

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**COMPARACIÓN DE LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO
ANTE EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES ADICTOS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTADA POR**

TLATEMPA LÓPEZ ERIKA

TUTOR: MTRO: GERMAN GOMEZ PEREZ

MEXICO D. F., NOVIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I. EL ESTRÉS.	9
Definición.....	9
Modelos de estrés.....	11
Fuentes de estrés.....	16
Niveles de estrés.....	20
CAPÍTULO II. AFRONTAMIENTO	34
Definición.....	34
Modelos de afrontamiento.....	34
Estrategias del afrontamiento.....	42
Evaluación cognoscitiva.....	45
Recursos del afrontamiento.....	47
CAPÍTULO III. ADOLESCENCIA.	53
Definición.....	53
Desarrollo el adolescente.....	56
Adolescencia y afrontamiento.....	64

Adolescentes con dificultades.....	70
CAPÍTULO IV. ADICCIONES.	72
Definición.....	81
Clasificación de las drogas.....	85
Etapas de evolución hacia la droga.	96
Motivaciones e influencias del uso de drogas.....	98
Contexto social y drogas en el adolescente.....	101
Factores de riesgo.....	103
Adicciones, jóvenes y actualidad.....	108
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.....	112
CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....	120
CAPÍTULO VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	132
REFERENCIAS.....	150
ANEXO I.....	156
ANEXO II.....	157

A DIOS,

A MIS PADRES,

A MIS HIJOS,

A FERNANDO,

A MIS HERMANOS Y HERMANAS EN ESPECIALMENTE A CECILIA

*Y A TODAS Y CADA UNAS DE LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON
PARA LA CONCLUSIÓN DE ESTE TRABAJO CON SU APOYO, CONSEJO,
COMPAÑÍA Y POR QUE NO HASTA REGAÑO.*

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo detectar las diferencias en los modos de afrontamiento de los jóvenes adictos cuando se afician a la cocaína, a la marihuana o a ambas, así como descubrir las diferencias entre ellos respecto al consumo de drogas y a la vez establecer la diferencia entre los adictos y los no consumidores de entre 15 y 20 años de edad. La muestra de 93 sujetos fue seleccionada de manera intencional; 70 de conductas adictivas (25 cocaína, 20 marihuana y 25 ambas), y los 23 restantes sin ningún comportamiento adictivo. Todos los sujetos contestaron el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) y un cuestionario demográfico. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los modos de afrontamiento dirigidos al problema o a la emoción entre los grupos que emplearon sustancias tóxicas. Se observó que el grupo que consume ambas sustancias emplea con mayor frecuencia los modos dirigidos hacia la emoción, en contraste, con los que no usan ninguna sustancia o utilizan solo marihuana quienes recurren con más frecuencia a los dirigidos al problema. De manera específica se presentaron diferencias estadísticas significativas en los modos de afrontamiento entre los grupos en: escape-evitación, resolución de problemas, distanciamiento, auto control y reevaluación positiva.

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se encuentran repleta de situaciones estresantes y suelen experimentar cosas únicas, resultan las grandes urbes llevan sin duda un bagaje de circunstancias que suelen ser incomprensibles cuando no se perciben y viven de manera personal. En consecuencia existe un constante ajeteo emocional y social que conduce con frecuencia a un padecimiento llamado estrés.

En el cotidiano estilo de vida es casi habitual que las personas sufran de un estado constante de estrés que con el tiempo se convierte en distrés. Las condiciones de agitación y violencia en las que se desarrollan marcan un ritmo que conduce a un desajuste físico y emocional constante, por lo cual se tiene que echar mano de recursos personales para lograr nuevamente el equilibrio y vivir adaptados en el medio.

Dentro de los estímulos que se convierten en estresantes se encuentran los acontecimientos que surgen a partir del desarrollo mismo de la vida, incluyendo eventos:(internos, dentro del organismo como el hambre y la sed, etc), externos como la muerte, el divorcio, etc. y ambientales como los terremotos, los huracanes, etc.).

La forma en que estos fenómenos afectan a cada persona es distinta y para comprender esta diversidad es necesario verlos desde una perspectiva amplia que tome en cuenta un enfoque biopsicosocial y así tener elementos que nos permita ver visualizar el todo de una manera más clara y no solamente desde un punto de vista que resulte limitado y sesgado.

Esta perspectiva proporciona un amplio panorama de la actividad y práctica del individuo, estructurándolo desde la herencia y vivencias personales, hasta su entorno influenciado por la cultura.

La experiencia individual constituye la dimensión psicológica de su práctica como individuo, la cual es indispensable para examinar las condiciones que lo distinguen

de otros, así como el contexto particular que lo lleva a comprender su interacción desde generaciones anteriores en retrospectiva.

Estas situaciones de distrés se presentan a lo largo de todas y cada unas de las etapas de la vida en mayor o menor intensidad, desde el nacimiento hasta la muerte no se pueden alejar las tensiones: en la infancia el niño vive la angustia de la separación de la madre y experimenta frustraciones al no poder obtener todos los placeres. El adulto está con la constante tensión que le produce la responsabilidad de ser independiente o cuando adquiere nuevas obligaciones como el formar una familia y proveerla de lo necesario o por la demanda persistente de autorrealización. Y qué decir de la caótica adolescencia donde el ser humano se encuentra tras la búsqueda de la identidad que le permita adaptarse a las exigencias de su entorno, en donde tiene que estar elaborando situaciones de duelo por los cambios corporales, por la pérdida de privilegios o por la condición cómoda del niño que de repente tiene que realizar tareas correspondientes a su nueva edad.

Así es que será necesario el análisis psicológico, que constituye un elemento fundamental y no un simple complemento para entender el estado de inadaptación que se pueda presentar en un individuo en particular, que dará como resultado la enfermedad como única respuesta a los estímulos específicos.

Por esto la labor del profesional de la salud en particular debe extenderse desde una perspectiva en donde no sólo sea importante lo físico sino también lo emocional, no como partes separadas ni como la suma de ellas, sino como una unidad o un todo.

El trabajo interdisciplinario debe ampliarse hacia todas las esferas del ser humano, y por ende abordar las situaciones sociales que afectan tanto al individuo como a la masa.

Desde esta perspectiva las adicciones son un fenómeno que ejemplifica la complejidad de su estudio así como los múltiples esfuerzos para prevenirla, tratarla y proponer modelos de rehabilitación.

En este trabajo surge el interés de investigar un problema de orden mundial desde un modelo psicológico, particularmente cognitivo conductual, con el fin de ampliar el conocimiento sobre las razones del joven adicto y sus modos de afrontar el entorno a partir de las herramientas adquiridas dentro del medio familiar y de su estatus en la sociedad.

En el primer capítulo se abarcan los diferentes modelos de estrés desde el inicio de su estudio con Cannon y Selye quienes sólo consideraban la estimación del evento biológico, hasta los que piensan en la interacción de gran cantidad de factores en todas las áreas del hombre como el de Lazarus y Folkman (1986).

Así mismo también se mencionan las diversas fuentes que ocasionan estados de distrés y los niveles en los que se pueden llegar a desarrollar.

El segundo capítulo refiere al afrontamiento y los diferentes enfoques en que se ha estudiado, haciendo hincapié en los múltiples factores que determinan el modo de manejarlos por parte del individuo, así como la descripción de cada uno de ellos de acuerdo con la conducta y el resultado que llevan a partir de su ejecución.

En el tercer capítulo se describe ampliamente la contradictoria adolescencia, sus variadas explicaciones partiendo de lo biológico a lo social y sus múltiples manifestaciones dentro de su entorno.

El cuarto capítulo trata las adicciones intentando explicar las clasificaciones, efectos a nivel físico y emocional así como los aspectos económicos, sociales, familiares y culturales de esta práctica entre los jóvenes, y se explica con detalle los efectos de la marihuana y la cocaína por ser las sustancias utilizadas como variables.

El quinto capítulo describe la metodología, el procedimiento utilizado y los resultados de la investigación realizada, en donde los objetivos generales fueron:

Detectar las diferencias en los modos de afrontamiento de los jóvenes adictos cuando se afician a la cocaína, a la marihuana o ambos tipo de sustancias, así como descubrir las diferencias en los modos de afrontamiento ante el consumo de drogas entre los jóvenes adictos respecto a los no consumidores.

CAPÍTULO I

EL ESTRÉS

En nuestros días existen diferentes manifestaciones del ser humano que provienen del ritmo acelerado al que está expuesto en las grandes urbes, debido a la explosión demográfica, la contaminación, así como a la inseguridad, fenómenos que se encuentran cotidianamente en el entorno y que lo acompañan en las crisis de su vida.

Los efectos en el organismo a la exposición de estos fenómenos, trajeron como consecuencia el estudio del estrés desde diferentes perspectivas como una respuesta al daño que sufría el individuo; por esa razón importa describir detalladamente los conceptos y modelos que explican este complejo fenómeno.

Definición

Se pueden encontrar diversas definiciones del estrés, de acuerdo con las perspectivas de las situaciones, respuestas o mecanismos que intervienen en él y/o los efectos que produce (Valadez y Landa, 1998).

El estrés se comienza a estudiar como una respuesta biológica del organismo humano, frente a los acontecimientos vitales o aparentemente importantes que le demandan un esfuerzo extra. En los años 30, Cannon proporcionó una descripción básica de la forma en que reaccionaban los organismos ante un estímulo amenazante, que le provoca alerta, por eso denominó a esta reacción, "*respuesta de lucha o huida*". Cuando esta respuesta se manifiesta, el Sistema Nervioso Simpático (SNS) estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino para que excrete epinefrina (adrenalina), que activa al organismo. Según Cannon esta activación podría tener consecuencias positivas o negativas, que se denomina respuesta adaptativa, porque prepara al organismo para que responda rápidamente al peligro; pero si el estado de activación es muy elevado puede ser perjudicial en caso de que se prolongue por más tiempo (Valdez y Flores, 1985).

El término “estrés” ha estado por mucho tiempo asociado con acciones que perturban al organismo aumentando su vulnerabilidad porque de una manera general facilita una mayor susceptibilidad a la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986; Spilberger, 1980), y puede tener efectos psicofisiológicos directos, los cuales afectan la salud. Esto sugiere que los estímulos psicosociales, causan cambios en el funcionamiento corporal teniendo como resultado diversas manifestaciones patológicas.

Valdés y Flores (1985) mencionan que el estrés se produce cuando en el organismo se presenta una activación mayor de la que es capaz de reducir con sus estrategias (psíquico y/o conductuales); por lo tanto el estrés no es sinónimo de activación normal, ya que sitúa en riesgo al organismo, por la incapacidad para mantener parámetros óptimos que le permitan alcanzar un buen rendimiento psíquico y conductual.

El estrés es como un estado de alarma que perturba el equilibrio interno del organismo, llamado "sobrecarga". La interrupción del estado de equilibrio u homeostasis, está relacionado con el inicio de la enfermedad (Sarason y Sarason, 1996).

Como podemos observar muchas de las definiciones califican al estrés como perjudicial y/o dañino, sin embargo en 1981 Selye publica un artículo, donde desmitifica este concepto describiéndolo, como indispensable para la vida, por ser necesario para llevar a cabo funciones tan esenciales como el respirar y tan complejas como el pensamiento o la ejecución correcta de actividades físicas. Para este fin el autor subdivide el estrés en dos tipos, según la repercusión en el organismo: el primero es denominado “*eustrés*”, el cual describe como aquella carga indispensable para realizar las actividades y funciones de la vida cotidiana y que se considera como “*grato y saludable*” (Selye, 1981)

El segundo es el “*distrés*”, y se refiere a la carga de estrés excesiva, la cual provoca molestias y situaciones de desgaste, que es un factor desencadenante de

la pérdida de la salud, que mantiene y/o agrava la enfermedad, la cual puede manifestarse como una simple infección de la piel, o un padecimiento crónico degenerativo y conductas conscientes que ponen en riesgo la integridad física como las adicciones (Gómez, 2004).

Con lo mencionado anteriormente podemos decir que:

- El estrés en si mismo no es perjudicial sino necesario (eustrés),
- El estrés nocivo es denominado distrés y es determinado de acuerdo a la frecuencia, intensidad y duración del fenómeno.
- El distrés es un factor que media la pérdida de la salud, por predisponer el inicio, mantenimiento o agravamiento de una enfermedad.

Entonces se puede decir que el distrés es “la experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o anímico, que interfiere con las capacidades de afrontar efectivamente una situación problemática en particular o una enfermedad.

El distrés abarca desde sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que llegan a incapacitar al individuo, tales como la depresión, pánico, aislamiento social y crisis espirituales que dificultan la toma de decisiones y la complejidad para dar soluciones a las demandas del medio ambiente. (Almanza, 2001).

Para fines de esta investigación haremos referencia al estrés nocivo como distrés, respetando las ideas principales de los autores que mencionamos a lo largo de este trabajo.

Modelos de Estrés.

En la constante búsqueda de una explicación del mecanismo del estrés se han desarrollado múltiples modelos que tienen diversas premisas que a continuación se describen.

Modelo de Estrés basado en la Respuesta. Está centrado en el ambiente; describe el estrés como una *respuesta*, esta explicación ha prevalecido porque satisface el modelo organicista que se ha establecido en Biología y en Medicina, que refiere el estado de estrés, como una reacción del individuo ante las situaciones de la vida y que busca la explicación de estas manifestaciones, sin considerar la naturaleza de las demandas ambientales (Friedman y DiMatteo, 1989).

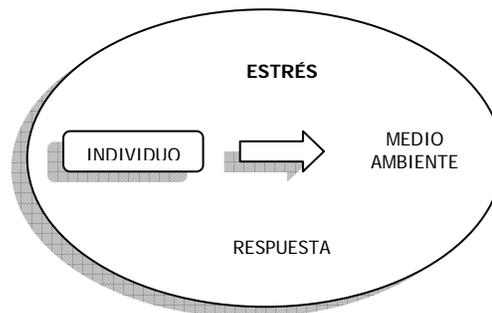


Fig. 1 Modelo de Estrés basado en la Respuesta.

El trabajo de Selye en los años 30's y 40's, marcó el inicio de la aproximación basada en la respuesta en el estudio del estrés. Selye introdujo la noción de enfermedad en relación con el estrés en términos del Síndrome General de Adaptación (SGA), sugiriendo que *“el estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda sobre esto...”*

De acuerdo con este teórico, la aparente especificidad de la adaptación está condicionada por factores tales como el sexo, la edad, la genética, aprendizaje, la dieta, etc., estimó que la respuesta al estrés era invariable debido a la naturaleza del estresor y que seguía un patrón universal (Selye, 1956 cit. en Valdés y Flores, 1985).

Selye explicó que el SGA está constituido por tres fases:

- 1) *Reacción o Estado de Alarma*, que se refiere a la respuesta psicofisiológica inmediata; es decir, ante un estímulo nocivo inespecífico el organismo, realiza esfuerzos adaptativos iniciales. Aquí los mecanismos fisiológicos se activan formando la reacción de emergencia conocida como lucha o huida.
- 2) *Fase de Resistencia* que se presenta ante un estresor continuo, donde la respuesta de adaptación y/o el retorno al equilibrio reemplaza a la reacción de alarma.
- 3) *Fase de Agotamiento o Fatiga* que es cuando el equilibrio se rompe y entra a un estado de enfermedad e incluso puede llegar a la muerte.

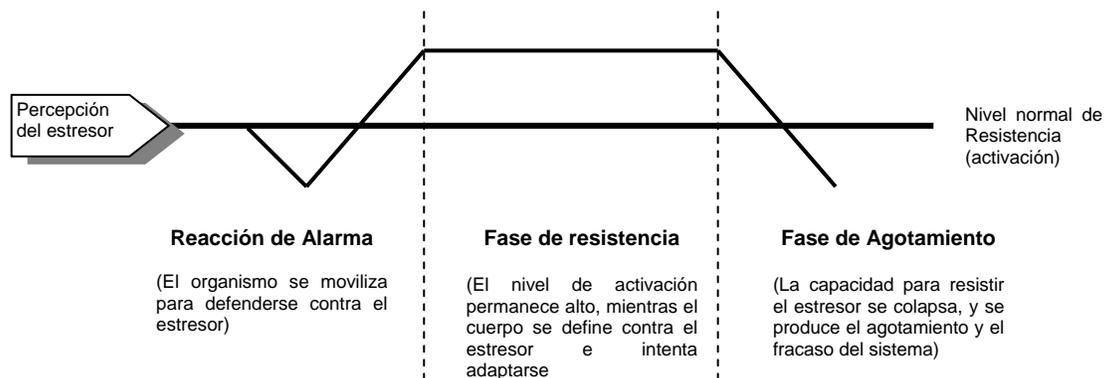


Fig. 2 Fases del Síndrome General de Adaptación.

Si la reacción de alarma se presenta de manera intensa o frecuente en períodos de tiempo, el organismo agota sus recursos fisiológicos y se llega la fase tres, provocando un elevado desgaste, que le puede conducir a la enfermedad y a una recuperación más lenta (Valdés y Flores, 1985).

El SGA, tiene gran influencia e impacto para la comprensión del estrés en la actualidad, aunque se muestra simplista en la explicación del mismo. Este modelo no considera la diferencia entre los tipos de estresores que producen la respuesta; tampoco toma en cuenta la respuesta psicológica del organismo o el que ésta

pueda resultar nuevamente un estímulo para otra respuesta diferente (Suthenland y Cooper, 1990).

Modelo de Estrés basado en el Estímulo. El segundo ve al estrés como un *estímulo*, centrándose en las reacciones de las personas ante los estresores. Esta aproximación tuvo sus inicios en la medicina hipocrática, en la cual se consideraba que la salud y la enfermedad estaban condicionadas por el medio ambiente externo.

La racionalización de esta aproximación aparece a partir de la creencia de que algunas fuerzas externas inciden sobre el organismo de una manera disruptiva (González et al, 1997).

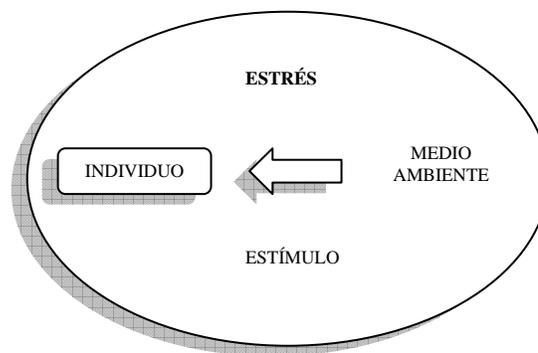


Fig. 3 Modelo de Estrés basado en el Estímulo

Este modelo se deriva de la ingeniería y la analogía se encuentra en que el estrés se define como una fuerza ejercida, que resulta en una carga o demanda, que ocasiona distorsión (p. e. las sustancias inorgánicas y orgánicas se toleran a ciertos niveles, pero su exceso temporal o permanente provoca daño).

Entre los estímulos generadores de estrés están considerados los acontecimientos con los que se encuentra el sujeto durante su vida, incluyendo tanto eventos

internos, (hambre, sed, etc.), como externos (muerte de un familiar, divorcio, etc.) e incluso ambientales (terremotos, huracanes, etc.).

En este modelo el individuo es bombardeado constantemente por fuentes potenciales de estrés ambiental, considerando que incluso un evento menor o inocuo, puede alterar la balanza entre la salud y la enfermedad. Aquí se toma en cuenta la diferencia entre la magnitud de los eventos y los cambios que generan. Entre las investigaciones basadas en esta perspectiva destaca la de Holm, *et al* (1986) quien reconoce que ciertos eventos en el individuo, requieren mayores cambios y adaptaciones que otros.

Modelo Interactivo de Estrés. La tercera aproximación describe al estrés como un proceso que incluye a los *estresores* (estímulos) y a las *respuestas*, reconociendo que hay una importante dimensión-relación entre la persona y el ambiente.

Este modelo enfatiza el papel mediador del organismo entre los estímulos medio ambientales y las respuestas que éstas producen en el ser humano. El considerar a la persona, implica una serie de características de ella como personalidad, sexo y creencia entre otras, las cuales moderan su relación con el medio ambiente y dan origen a las diferencias individuales. En esta perspectiva se habla de una transacción recíproca entre el individuo y el entorno en donde los factores cognoscitivos interactúan con las características del medio, que pueden afectar y transformar activamente las condiciones de las demandas del ambiente.

El énfasis de este modelo se centra en la relación de un constante intercambio entre los mecanismos adaptativos de la persona y las propiedades de los estímulos en el entorno. Esta propuesta incorpora a los dos modelos, por considerar la constante interacción entre ambas partes desde: 1) la fuente de estrés; 2) los mediadores de la respuesta de estrés; y 3) las manifestaciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Los conceptos planteados por Lazarus serán de gran importancia para el presente trabajo ya que determinan el fenómeno multifactorial del estrés, por lo tanto su mención permitirá comprender ampliamente las fuentes que interactúan entre el individuo y el medio, con el fin de encontrar el equilibrio que cubra las necesidades de cada sujeto.

Lazarus (1989, 1990), definió al estrés como el juicio cognoscitivo del individuo que suele producir temor por suponer que los recursos personales sean incapaces de dar la respuesta a la demanda generada por un acontecimiento particular y describe tres premisas: 1) es un fenómeno subjetivo; 2) es mejor evaluado en las circunstancias cotidianas; y 3) las mediciones del estrés deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés además del grado.

Con el fin de dar explicación de sus premisas, se dio a la tarea de buscar el origen de las fuentes del estrés así como sus características.

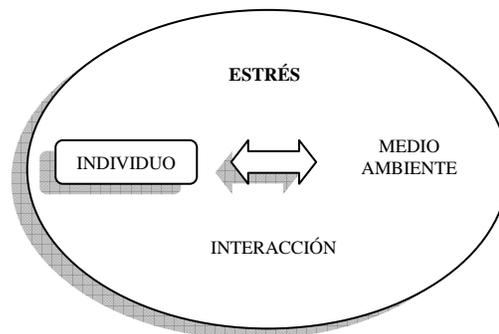


Fig. 4 Modelo Interactivo de Estrés.

Fuentes de Estrés

Existe una gran variedad de fuentes que inducen al desencadenamiento del estrés y que exigen una respuesta adaptativa del individuo, como son las situaciones que se presentan a lo largo de la vida y que pueden ser clasificadas según el sistema al que pertenezcan: la persona, la familia, la comunidad, la sociedad, situaciones

inesperadas, y las transiciones del desarrollo (Sarafino, 1990; Sarason y Sarason, 1996).

Las fuentes de estrés tienen características específicas que determinan los efectos de la tensión y la posibilidad de una conducta para buscar el equilibrio, es decir, dependen de los parámetros que a continuación se describen:

- *Duración*: las situaciones estresantes difieren en tiempo de permanencia, pues entre más se prolongue la fuente, más daño causan al organismo y la posibilidad de resolución será más difícil.
- *Severidad*: el grado de esta variación dependerá de las circunstancias que enfrente el individuo. En general un daño inferior es más fácil de manejar que otro más importante.
- *Posibilidad de pronosticar*: en algunos casos se puede saber lo que va a suceder al responder de cierta manera ante una situación específica, mientras que en otras esta posibilidad es muy baja, lo que puede producir mayor o menor amenaza o desafío según el caso.
- *Grado de pérdida de control*: los aspectos de una situación que producen mayor desconcierto dan la sensación de que no pueden influir en estas circunstancias, es decir a menor percepción de control mayor presencia de tensión.
- *El nivel de confianza del individuo en sí mismo*: la carencia de autoconfianza con frecuencia da como resultado una reducción de la eficacia personal, aún cuando el individuo sepa la manera de actuar ante tal situación.
- *Aparición repentina*: el impacto de la que tan súbita sea la llegada, tendrá influencia en el cómo se prepare el sujeto para controlar una situación particular (Sarason y Sarason, 1996).

Estrés personal. La fuente más frecuente de estrés es la situación conflictiva de un individuo. Ésta surge cuando se dan simultáneamente dos o más opciones de

respuesta incompatibles entre sí, de las cuales se tiene que tomar una decisión a partir de sólo una de ellas.

La situación de conflicto se puede dar en cuatro formas:

1. *Acercamiento - acercamiento*: En este caso la persona tiene que elegir entre dos opciones igualmente atractivas y deseables.
2. *Evitación - evitación*: Este caso se da cuando el individuo tiene dos o más opciones igualmente desagradables.
3. *Acercamiento - evitación*: caso en que la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo en que le da miedo obrar de esa forma.
4. *Doble acercamiento - evitación*: cuando el acercamiento de un objetivo concreto implica la pérdida de otro, de tal forma que el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos tiene una tendencia a evitarlo por que implica perder a alguno.

En estos acontecimientos tanto al resolver el problema como la indecisión son causas de tensión es decir son estresantes.

Estrés familiar. La relación con cada uno de los integrantes de la familia que tienen características y necesidades particulares es causa frecuente de estrés. La relación familiar provoca una ambivalencia ya que así como provoca estrés también lo previene o reduce. Uno de los principales sucesos que resultan estresantes dentro del ambiente familiar son los eventos críticos, como puede ser la muerte de algunos de los integrantes, el nacimiento o la separación de uno de ellos. Otro aspecto que se puede señalar es la tensión excesiva (distrés) que a veces se suscita en el ambiente, tales como la presencia de un enfermo crónico o con incapacidad permanente.

Estrés social. La diversidad de los contextos dentro de diversos ambientes de desarrollo, en que los seres humanos nos vemos inmersos y en los que tenemos que interactuar en ocasiones resulta estresante. En este caso el contexto laboral

es el de mayor relevancia para los adultos mientras que para los niños y jóvenes es el escolar.

Generalmente los efectos de la tensión se presentan en ambientes donde la mayor parte del tiempo se realizan actividades, por lo tanto la relevancia crece debido a la influencia de la gente con la que se convive y que resultan ser los amigos, pares, colegas, jefes, etc., o sean aquellos grupos que se rigen por reglas y normas colectivas que están determinadas por hábitos y costumbres que se dan culturalmente, como los estereotipos, mitos y etiquetas.

Estresores ambientales. Dentro de éste rubro se encuentran los emitidos por el ambiente físico y de los cuales no se tiene ningún control (desastres naturales, contaminación, temperatura, etc.), son catalogados como eventos traumáticos. Su impacto psicológico proviene del daño físico real o de las amenazas de daño, así como de la posibilidad de perder la vida.

Los desencadenantes externos del estrés ponen en movimiento un ciclo de reacciones, que se dirigen hacia la reestructuración del equilibrio entre el concepto que tiene la persona de sí misma, y las nuevas realidades de la vida (Gist y Lubin, 1989 cit. en Lazaruz y Folkman, 1986).

Estrés por las transiciones de la vida. Mientras que en los desastres naturales y otras fuentes, el estrés proviene en gran medida del exterior, hay algunas que se presentan a partir de la trayectoria del desarrollo normal del individuo.

Las etapas del desarrollo biopsicosocial del ser humano son una fuente importante de estrés porque no se prepara para las sucesos situacionales que se encuentran en las nuevas circunstancias y que desencadenan manifestaciones físicas, emocionales y sociales que requieren ser resueltas para su adaptación.

Entre éstas encontramos: el nacimiento de un hijo, el inicio de la etapa escolar, la elección de carrera, inicio de vida laboral, matrimonio, jubilación, la transición de la

infancia a la adolescencia, etc. Esta última se describirá de manera detallada en capítulos posteriores, ya que incumbe al objetivo del presente trabajo.

Estrés Psicosocial. Se refiere a las situaciones colectivas y estados psicológicos tales como conflictos, frustraciones, pérdidas o amenazas que pueden activar emociones y producir cambios fisiológicos. Este tipo de estrés actúa a través de la actividad simbólica y de las emociones que suscita y puede ser dañina como: la temperatura externa, los microorganismos patógenos y los traumatismos físicos (De la Fuente, 1996).

Niveles de Estrés

Lazarus y Folkman, (1986) reconocen que el estrés experimentado no sólo se refiere a eventos vitales sino que de la misma manera que los problemas cotidianos poseen un poder estresante, también las situaciones que se experimentan más a menudo que los eventos vitales, por lo tanto requieren del despliegue de recursos del sujeto y su impacto acumulativo puede medirse.

La proximidad con las respuestas de la salud, resulta significativa por lo cual MacPhillamy y Lewinsohn, 1982; Kanner, *et al.*, 1981; dicen que son tanto las contrariedades diarias, molestias, frustraciones, demandas estresantes, que de algún modo caracterizan las transacciones cotidianas con el entorno y los satisfactores, como aquellas experiencias positivas y estimulantes que provocan que la persona se sienta bien, (estos últimos se consideran opuestos a las contrariedades).

Por tanto las situaciones que activan los mecanismos del organismo para poder enfrentarlos son de diversas magnitudes y para su estudio se clasifican en tres niveles que se pueden describir de la siguiente forma:

1. *Acontecimientos vitales importantes.* Estos ocurren con frecuencia de manera repentina, por lo cual es necesario realizar ajustes importantes en el estilo de vida del sujeto ya que representan típicamente un período inicial de

choque seguido por otro de reajuste gradual. Por ejemplo muerte, divorcio, enfermedad, etc.

2. *Tensiones vitales persistentes*. Aquí se incluyen tanto la insatisfacción en el matrimonio como las actividades laborales, también se consideran las dificultades económicas. Este tipo de tensiones pueden ser de alguna manera autoinducidas o formar parte del entorno socioeconómico en el que el individuo se desenvuelve. tal como las dificultades en las reacciones ocupacionales, grupales o interpersonales que son constantes y que no se resuelven ni fácil ni rápidamente.

3. *Estrés producido por problemas cotidianos (hassles también llamados contrariedades de la vida diaria)*. Aquellos que son frecuentes y que a la larga se convierten en importantes, provocando daños persistentes por la tensión constante que ejercen sobre la vida diaria del sujeto y que repercuten en la salud física y emocional de las personas que cuando se presentan. Al resolverse pero son remplazados por otros fácilmente. (Sarafino, 1990).

Lazarus y Folkman (1986) señalan que aspectos como los eventos vitales y las contrariedades diarias afectan la salud por lo tanto tienen que ver con la efectividad del afrontamiento. Mencionan que muchas crisis y conflictos, no solo reflejan los acontecimientos de la vida, sino también la falta de eficacia para afrontarlos. A su vez, las consecuencias adaptativas poco favorables como, el funcionamiento inadecuado dentro de la sociedad, la moral baja y la enfermedad, probablemente influyen en el tipo, frecuencia e intensidad de aquellas.

Proceso Salud- Enfermedad

La salud ha sido desde muchos siglos atrás una preocupación general, el mantenerla o recuperarla es una de las metas por parte de la sociedad y de la Ciencia, tarea que se ha asignado a los médicos, profesionales que han desarrollado grandes técnicas de intervención hasta nuestros días con el fin de cumplir ese papel. El tratamiento de la enfermedad, se ha enfocado a la

disminución y ausencia de síntomas físicos durante muchos siglos (De la Fuente, 1996).

La práctica médica difícilmente se interesaba en otro tipo de tratamiento no orgánico por estar fuera de su formación, sin embargo desde principios del siglo pasado este concepto ha comenzado a modificarse y a tomar en cuenta los factores psicológicos que tienen repercusión en la salud.

En las últimas décadas se han desarrollado investigaciones con el objeto de explorar la hipótesis de que los eventos desafortunados, el carácter, los conflictos las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en las enfermedades. Este postulado tiene como principio que, la mente y el cuerpo no son dos instancias distintas ni separadas, sino dos niveles de integración del organismo, o dos formas diferentes de ver un fenómeno global. (De la Fuente, 1996)

La hipótesis de la relación mente-cuerpo del individuo se ha presentado a través de mucho tiempo en la historia de la humanidad, con Mesmer y su magnetismo corporal, Charcot y la hipnosis para curar los trastornos físicos y Freud que pensaba que los síntomas somáticos tenían una importancia simbólica, que significaban impulsos, conflictos y una necesidad de defenderse de la ansiedad. Esta postura psicósomática, se hizo popular en las décadas de los 40's y 50's (Sarason y Sarason, 1996).

Muchos estudiosos han descubierto que las emociones negativas y el distrés debilitan la eficacia de las diversas células inmunológicas, aunque no siempre queda claro el alcance de estos cambios que son suficientemente amplios pero que se les resta importancia médica. Aún así, cada vez son más los médicos que reconocen el lugar que las emociones tienen en la Medicina.

En la revisión hecha por Antonovsky (1991) encontró pruebas sobre la importancia clínica de las emociones han aumentado incesantemente. Tal vez los datos más

evidentes del valor que en Medicina tienen las emociones surgen de un análisis que combina resultados de 101 estudios, de varios miles de hombre y mujeres.

El informe confirma que las emociones perturbadoras son malas para la salud, hasta cierto punto, ya que resultan un factor importante para el mantenimiento o la pérdida de ésta.

Se descubrió que las personas que experimentaban ansiedad crónica, períodos prologados de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad incesante, cinismo o suspicacia implacables, tenían el doble riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos (cada una de ellas representativa de categorías amplias de enfermedades). Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos; en otras palabras, una importante amenaza para la salud (Antonovsky, 1991).

Por supuesto, indica que todos aquellos que tengan estos sentimientos crónicos sean presas fáciles de la enfermedad, aunque por el hecho de que existen pruebas de la importancia del papel de las emociones en los padecimientos. Si hacemos un análisis más detallado de los datos acerca de emociones específicas, sobre todo de las tres primordiales: la ira, la ansiedad y la depresión, quedan más claras algunas formas específicas en que los sentimientos tienen significación médica.

Aunque los mecanismos biológicos mediante los cuales las emociones ejercen su efecto aún deben ser comprendidos con más detalle, desde el inicio de esta necesidad se han desarrollado diversos modelos que intentan explicar la compleja relación mente-cuerpo a partir del proceso salud-enfermedad (De la Fuente, 1996, Sarason y Sarason, 1996).

A continuación se refieren brevemente los diferentes modelos que describen el proceso salud-enfermedad, con el objeto de esclarecer la relación entre la enfermedad y las emociones, lo cual es importante para la comprensión de esta investigación, ya que las adicciones (tema que se abarcará con detalle en el capítulo 4) son clasificadas como una enfermedad, así como también son útiles para relacionar el afrontamiento con un factor de acción hacia lo psicosomático. Por lo que se describirán los diversos elementos involucrados en el proceso de la pérdida de la salud.

Modelo médico-biológico.

Este modelo que aborda la salud en términos de carencia de enfermedad hace énfasis en las condiciones propias del organismo de los distintos subsistemas que lo integran. Considera la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes nocivos externos. Desde esta perspectiva se asume que el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físico-químicas, sin considerar que detrás hay una persona cuyas respuestas a este estado van a influir en el curso de la patología (Amigo, et al, 1998).

La medicación de la salud en nuestro tiempo es un fenómeno que se presenta en gran magnitud, la salud es promocionada por las instituciones de tal manera que pareciera que lo único significativo dentro de ella es la ausencia de síntomas físicos, dejando de lado todo aquello que no sea cuantificable.

Las campañas de salud para la prevención resaltan la importancia de la salud dirigidas hacia lo biológico, es decir, salud física y no salud general en entender al hombre como un ser biopsicosocial. Esto implicaría un modelo interdisciplinario que no todos los médicos están dispuestos asumir por la magnitud del esfuerzo para poder englobar estas tres áreas. La intervención a este nivel tendría que aceptar la integración de profesionales que no sean médicos, cosa que aun se vislumbra mucho más complicado.

La dificultad para quitar los estigmas sobre la salud desde el entendido único de lo orgánico no sólo se presenta en la práctica médica, sino también desde el punto de vista conceptual, ya que se puede observar una confusión de términos que se trasladan a otras disciplinas del ámbito de la salud (Gómez, 2006).

Modelo sociocultural.

El modelo sociocultural resalta la correlación entre la ausencia de la enfermedad y las condiciones prácticas de la vida humana, y las cuales pueden determinarse por el medio físico y las experiencias socioculturales. De tal manera que se establece una diferencia entre las clases sociales, debido a las condiciones salubres entre ellas, además se suma la diferencia entre las épocas y las sociedades (socialismo vs capitalismo). El cambio en la forma de vida se refleja en la modalidad de las enfermedades que se presentan (Gómez, 1992).

Padecimientos que eran mortales han sido controlados disminuyendo su riesgo, otros que antes eran frecuentes ahora son raros; en cambio enfermedades como las cardiovasculares, ciertas formas de cáncer, las adicciones y los trastornos mentales se han convertido en las principales causas de morbi-mortalidad, particularmente en las sociedades urbanas.

En la actualidad se observa que gracias a la medicina preventiva, prácticamente la primera mitad de la vida ha quedado relativamente asegurada, las enfermedades más prevalentes aparecen en la segunda mitad de la vida, es decir esto va a estar condicionado por un estilo de vida social, económico y culturalmente determinado. De manera que se puede considerar que el modelo socio-cultural de la salud concibe al individuo preso de la enfermedad, fatalmente propiciada por el medio. Así la enfermedad como fenómeno individual es la manifestación concreta de los procesos sociales que determinan la salud colectiva.

Este modelo al igual que el médico-biológico, no considera las diferencias y los recursos de los individuos, ya que la salud o la enfermedad se percibe como un

fenómeno social y colectivo o bien como el resultado de la invasión de los agentes externos a un ente pasivo (Gómez, 1992).

Al tener una visión holista del ser humano, su salud sólo puede ver y entenderse desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales como individuo, estructurado con base en la herencia y experiencias individuales frente a un entorno que le es característico. Es justamente esta experiencia individual la que constituye la dimensión psicológica de su práctica como individuo, esta es indispensable para examinar las condiciones prácticas que lo distinguen de otros individuos.

Es así que el análisis psicológico constituye un elemento fundamental y no un simple complemento para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo particular. Es la dimensión en la que se plasma la individualidad de una Biología particular como entidad ubicada en un entorno y su estado continuo como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente (Amigo, et al, 1998).

Modelo psicológico.

El modelo psicológico de la salud vincula el aspecto biológico en un medio regulado por las relaciones socioculturales determinadas históricamente; el cual no es otro más que el representado por el comportamiento, que permite plantear prácticas efectivas de comprensión, prevención, curación y rehabilitación.

El modelo psicológico de la salud plantea los siguientes supuestos:

1. Descripción psicológica del continuo salud-enfermedad, que corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.

2. Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y sociales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a la de sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de la existencia del individuo práctico y de las relaciones biológicas integradas a su actividad.
4. Los factores sociales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historial personal.

La interrelación entre las condiciones ambientales y la acción de agentes biológicos sobre el organismo, se da como y mediante la práctica social de los individuos. De manera que se postula que en la última instancia, la prevención, la rehabilitación e inicio de una enfermedad implica la participación del individuo actuante. Lo cual constituye la dimensión psicológica de la salud.

En esta dimensión se distinguen tres puntos:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos y la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar ante una diversidad de situaciones, que afectan directamente el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que puedan afectar potencialmente su condición biológica (Sarason y Sarason, 1996).

Estos tres factores por lo general involucran una diversidad de funciones psicológicas distintas y su proceso, como interrelación recíproca es determinada en mayor o menor grado por los resultados observables biológicamente en términos de salud enfermedad.

El modelo psicológico tiene como propósito el de guiar la acción e intervención práctica en prevención curación y rehabilitación de las enfermedades en la medida en que estas prácticas no pueden considerarse efectivas sino en relación con su aplicación oportuna respecto a la actividad social de los individuos.

El proceso psicológico propuesto por Riber (1990, cit. en Amigo, et al, 1998), referente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo; b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales.

Es la historia de las interacciones de un individuo lo que constituye su disposición a continuar con una situación presente con base en sus formas y modos de interacción previos. Aunque la historia no constituye un factor determinante, sí es un agente que facilita que la emisión de ciertas conductas sean o no pertinentes. La historia interactiva puede examinarse en dos dimensiones separadas: a) los estilos interactivos y b) la disponibilidad de competencias funcionales. Los primeros constituyen la manera consistente e idiosincrática en que un individuo se enfrenta con una situación al interactuar por primera vez con ella para modular la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas.

Por lo que se refiere al concepto de naturaleza interactiva comprende siempre el comportamiento del individuo, la situación y los requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a las exigencias de dicha situación.

La forma peculiar de cada acción depende del desarrollo biológico del individuo, de las acciones previamente aprendidas con base en su desarrollo social y de las características del objeto, acontecimientos y personas con las que se relaciona en una situación determinada.

Por lo que respecta a las competencias funcionales presentes, éstas se distinguen por los requerimientos de la situación como campo de contingencia, es decir, las consecuencias y cambios que tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción: Toda competencia funcional es capacidad en la medida en que es pertinente, por tanto:

- a. los factores que definen el contexto de las interacciones y que son identificables como características de la situación, o bien como condiciones biológicas momentáneas del individuo;
- b. la historia de competencia pertinente, es decir, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación nos la da su experiencia particular.

La modulación de los estados biológicos se refiere a que estas condiciones del organismo pueden ser afectadas diferencialmente dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada. En la medida en que el individuo constituye un todo inseparable, el comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo. Los efectos del estrés no dependen exclusivamente de las características físicas de la situación, como se pensó en el primer momento, sino también a las circunstancias emocionales que encierran a dicho evento y a su vez la interacción de ambas.

Como resultado del proceso psicológico de la salud, se distinguen las siguientes consecuencias:

- a. el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y
- b. la disponibilidad y la emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de las enfermedades biológicas.

Estos dos factores interactúan para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que aparezca el comportamiento correlativo a ella.

Por vulnerabilidad biológica se entiende que, debido a las condiciones orgánicas aumenta el riesgo de que ante determinados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.

Las conductas instrumentales consisten en acciones de la persona que directa o indirectamente, disminuyen o aumentan el riesgo de contraer una enfermedad. Por consiguiente, reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en práctica de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas. En la medida en que las conductas instrumentales indirectas no tienen efecto inmediato ni específico sobre la salud, constituyen formas de comportamiento más difíciles de entrenar y regular positivamente.

Otro elemento que se distingue en el modelo psicológico es el relacionado con la patología biológica y los comportamientos asociados. La concurrencia de prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un alto grado de vulnerabilidad biológica se traduce en estados de patología biológica, por lo que no deben descuidarse aspectos vinculados al comportamiento individual, tales como:

- 1) los factores asociados al seguimiento y adherencia de una terapéutica efectiva;
- 2) el comportamiento requerido en los aspectos de rehabilitación de enfermedades crónico degenerativas o aquellas con impedimentos físicos terminales;
- 3) la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica, que eventualmente pueden adquirir autonomía funcional en su manifestación cotidiana.

En todos estos casos existe un conjunto de técnicas conductuales que pueden atacar directamente tales problemas, promoviendo o facilitando la acción del tratamiento.

Desde esta perspectiva se plantea que la estrategia de un sistema eficaz de salud biológica implica dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en el aumento de vulnerabilidad biológica, vinculada a la aparición de patología de tipo crónico o agudo.

Modelo biopsicosocial.

Toma en cuenta la interacción de las dimensiones biológica, mental y relacional de la persona. Desde este punto de vista, los factores psicológicos por lo regular desempeñan papeles indirectos en la enfermedad, en la cual se combinan vulnerabilidad biológica de las personas y el producto de su interacción que determinan el efecto de los diferentes niveles del estrés. Este punto de vista enfatiza la homeostasis, en la que un organismo vivo intenta restablecer su equilibrio dinámico cuando esta expuesto a estresores.

Como se mencionó en líneas anteriores el distrés ocurre cuando una persona se siente incapaz de controlar aspectos importantes de la vida. Las habilidades cuya presencia disminuye el estrés y el riesgo de enfermedad incluyen las que se utilizan para adaptarse a los cambios ambientales, manejar emociones fuertes, interpretar las situaciones de forma correcta y establecer relaciones estrechas positivas. El dolor es un ejemplo como causante de estrés influenciado por esta interacción de dos subsistemas de características psicológicas, vulnerabilidad biológica y nivel de estrés (Mohr, 1993).

La evidencia encontrada de que el distrés tiene gran contribución en el papel de la enfermedad y la salud cada vez es mayor. Se ha encontrado que suele presentarse cuando una persona piensa que es incapaz de controlar aspectos importantes de su vida que contribuyen en las esferas anteriormente señaladas (De la Fuente, 1996).

Las reacciones corporales están relacionadas con el SNA (sistema digestivo, endocrino, y nervioso) el cual trabaja en exceso cuando se experimenta un estrés excesivo.

Entre los cambios que suceden a nivel fisiológico encontramos la estimulación de secreción hormonal (sobre todo de las glándulas pituitaria y adrenal), que provoca cambios químicos que activan el nivel eléctrico del cerebro. Muchos de los síntomas físicos, que se presentan a partir de la alteración fisiológica durante los períodos de estrés son inadvertidos (Valdés y Flores, 1985).

Cuando estos síntomas se presentan de manera frecuente durante espacios de tiempo prolongados en la vida de una persona, aumenta la probabilidad de que ocurra algún tipo de debilidad o desequilibrio orgánico. Como consecuencia al exacerbarse o mantenerse, pueden contribuir al origen o agravamiento de un gran número de enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión, diabetes, cefaleas, úlceras gástricas, entre otras. Por lo cual es importante visualizar al paciente como un todo, es decir tener en cuenta las características personales y los aspectos de la vida que acompañan las reacciones de estrés fuerte y persistente o que pueden predisponer a un colapso mental o físico (Labrador y Crespo, 1993).

Ante la presencia de distrés excesivo y el riesgo de enfermedad existe la disminución de habilidades como son: a) capacidad para adaptarse a los cambios en las demandas del entorno; b) capacidad para manejar sentimientos y emociones fuertes, así como para expresarlos de manera realista; c) capacidad para interpretar las demandas, limitaciones y oportunidades en forma correcta y d) capacidad para establecer lazos interpersonales provechosos y duraderos, en particular relaciones amorosas.

Algunas personas tienen predisposición orgánica para una condición particular y se enfermarán, otras no la tienen; este punto se ha intentado explicar a partir de las diferencias individuales tanto en las dimensiones biológica, mental y relacional.

Sin embargo, la Medicina no ha encontrado una respuesta satisfactoria desde el punto de vista fisiológico y es por eso que surge la apertura hacia la Psicología para intentar explicar el riesgo biológico desde los procesos cognitivos, conductuales y emocionales, que pueden estar influyendo en la vulnerabilidad del individuo para enfermar. No sólo por sus manifestaciones orgánicas o síntomas, sino también por conductas autodestructivas que lo lleven a adquirir por ejemplo algún tipo de adicción, lo cual le traerá un deterioro, orgánico, emocional y social.

La ineficacia del individuo para responder ante estímulos que le impliquen un esfuerzo extra lo llevará a crear nuevas acciones que le permitan cubrir las exigencias del medio y aprender a manejar el distrés.

El manejo del distrés se ha estudiado desde perspectivas diferentes, lo cual tiene gran importancia para que el individuo aprenda a prevenir la enfermedad; la adquisición de habilidades que disminuyan los efectos biopsicosociales, dependerá de las estrategias que se lleven a cabo con ese fin.

Es aquí donde surge la necesidad de explicar las formas y modos a los que el sujeto se enfrenta en las situaciones que representan fuentes de distrés (internas y/o externas), que lo llevan a desplegar sus recursos en conductas, pensamientos o actitudes que les permitan resolver satisfactoriamente la nueva situación.

El emplear diversas estrategias con el fin adaptativo es lo que denominó Lazarus *Afrontamiento* el cual será tema del siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

AFRONTAMIENTO

Las etapas de la vida así como las múltiples situaciones y circunstancias a las que se enfrenta cotidianamente el ser humano lo llevan a establecer diferentes formas para responder adaptativamente a las exigencias que le solicita el medio. Sin embargo cada individuo reacciona de manera diferente, dependiendo de sus características, es decir afrontará las situaciones según sus recursos.

El modo de afrontamiento se empleará para disminuir el estrés que representan situaciones y que obligarán a manejar habilidades y recursos en la búsqueda del equilibrio. Así que la tarea del presente apartado es mostrar los modelos, el proceso y mencionar los recursos y estrategias que se relacionan con él.

Definición

El afrontamiento se puede conceptuar como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se usan para manejar las demandas específicas internas, y/o externas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento ha sido abarcado desde diferentes perspectivas para explicar su función, ya que no se ve sólo como un rasgo o conducta automatizada sino como un proceso complejo, que tiene como objetivo la adaptación a las demandas del entorno y de sí mismo. Desde esta visión, algunos teóricos han desarrollado modelos según su marco de referencia.

Modelos de afrontamiento

Modelo animal

Este modelo es la base del planteamiento para toda la literatura escrita sobre afrontamiento, la cual es desarrollada desde la teoría de Darwin en la que la supervivencia del animal dependía de la percepción del control y predicción de lo

amenazante y de las estrategias que empleaba para enfrentarse a tales situaciones de manera que pudiera huir, evitar o vencer, para lo cual la única herramienta era su sistema nervioso que le permitía poder discriminar el tipo de estrategia que tenía que manejar para sobrevivir.

Entre los autores que trabajan sobre este modelo se encuentran: Miller (1980 cit. en Lazarus y Folkman, 1986) quien dijo que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva y Ursin (1980 cit. en Lazarus y Folkman, 1986), quien afirma que el logro de una disminución gradual de la respuesta, es lo que se llama afrontamiento.

El modelo define el afrontamiento como: aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producidas por estas.

El punto central en el modelo animal es el concepto unidimensional de *drive* o *arousal* y toda la experimentación se centra en la conducta de huida y evitación.

Modelo psicoanalítico

Los autores que manejan el término de afrontamiento refieren dentro del modelo maduro del yo y lo que está organizado alrededor de él, los mecanismos de defensas (formas neuróticas de adaptación) y la fragmentación o fracaso del yo (niveles regresivos o psicóticos de la conducta). Menninger (1963 cit. en Lazarus y Folkman, 1986) menciona la distinción entre cinco órdenes o recursos reguladores establecidos de acuerdo al grado de organización interna y se refieren a:

1. *Estrategias Necesarias*: reducen las tensiones de la vida diaria y pueden ser consideradas normales (autocontrol, humor, llanto, lamentos, discutir, entre otras). Cuando esos recursos se utilizan de manera inapropiada pueden causar síntomas que indican descontrol y desequilibrio. Cuanto

mayor es la desorganización interna más primitivos se vuelven los recursos regulados.

2. *Abandono por Disociación*: (narcolepsia, amnesia), el abandono a impulsos más hostiles (compulsiones, rituales) sustitución del yo o como parte del objeto de agresión desplazada (restricciones y humillación).
3. *Conductas explosivas episódicas* (agresiones violentas, convulsiones y crisis de pánico).
4. *Aumento de desorganización*.
5. *Desintegración del yo*

Aquí el afrontamiento se presenta de manera más efectiva cuando la desorganización y desequilibrio es mínimo, de no ser así no existe afrontamiento.

Vaillant (1977 cit. en Lazarus y Folkman, 1986) dividió el afrontamiento en cuatro niveles o mecanismos:

1. Mecanismo psicótico (negación a la realidad, distorsión, proyección ilusoria)
2. Mecanismo de inmadurez (fantasía, proyección, hipocondriasis, conducta agresiva pasiva)
3. Mecanismo neurótico (intelectualización, represión, formación reactiva)
4. Mecanismo maduro (sublimación, altruismo, supresión, anticipación)

Haan (1977 cit. en Lazarus y Folkman, 1986) divide el afrontamiento en tres niveles e identifica cada uno de ellos por la forma en que se expresa el proceso genérico subyacente del yo.

1. Afrontamiento: (simbolización del significado) en respuesta adecuada a la realidad.
2. Mecanismos de Defensa (racionalización, proyección).
3. Fragmentación (confabulación, delirio).

Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas

Krohne (1989) distingue dos principales estrategias de afrontamiento: Vigilancia y evitación o prevención cognitiva.

La vigilancia se caracteriza por una aproximación y un procesamiento intensificado de los rasgos relevantes de información. Con esta estrategia el individuo busca controlar la situación y protegerse de la amenaza.

La evitación o prevención cognoscitiva es visualizada como la retirada (repliegue de la información amenazante). El propósito es reducir la activación engendrada por la confrontación con el evento aversivo.

Ambos términos son usados para describir acciones y operaciones cognitivas relacionadas con el estrés actual, y para indicar diferencias interindividuales en la dirección hacia algún tipo de estrategia. Este modelo se enfoca sobre aquellas estrategias que están orientadas para cambiar o modificar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante.

Las reacciones individuales a la amenaza están organizadas generalmente como actos de afrontamiento complejos, tales estrategias presuponen el cambio de la representación subjetiva de elementos inherentes a una situación amenazante (búsqueda de información selectiva, despliegue de atención o reinterpretación). Esta clase de comportamientos pueden ser combinados dentro de las estrategias de orden superior (súper estrategias). Y a ellas pertenecen fundamentalmente dos:

1. el intento de obtener información relacionada con el evento amenazante (vigilancia) y
2. la evitación de la información pertinente a la amenaza (prevención cognitiva).

Estas dos súper estrategias aparentemente no se relacionan cuando se utilizan.

En este sentido el uso de las estrategias de vigilancia es acompañada habitualmente por el uso escaso de estrategias de evitación cognitiva. En consecuencia de acuerdo a la manera en que habitualmente son empleadas una u otra en situaciones amenazantes, las personas pueden ser distinguidas en: sensitivas (vigilancia rígida); represivas (prevención cognitiva); ansiosa (afrontamiento inestable) y no defensiva (uso flexible de estrategias). Según la combinación de frecuencia de una y otra súper estrategia de afrontamiento, los cuatro estilos de afrontamiento pueden definirse de la siguiente manera:

- Sensitivo: alta vigilancia, baja prevención cognitiva.
- Represivo: alta prevención cognitiva, baja vigilancia.
- Ansioso: altos puntajes en ambas escalas
- No-defensivo: bajos puntajes en ambas dimensiones.

Dentro del encuadre del modelo de Krohne (1989), los estilos de “copar” o “soportar” son definidos por una relación específica entre aspectos situacionales (fundamentalmente de control y predicción) y conductas observables de afrontamiento.

En este sentido una persona no puede ser clasificada dentro del estilo “sensitivo”, simplemente porque muestra conductas vigilantes en una única situación dada, solo puede ocurrir cuando la persona emplea estrategias vigilantes de manera frecuente en diferentes situaciones y con diferente grado de control y predictibilidad y al mismo tiempo se abstiene de utilizar estrategias de evitación cognitiva. En algunos casos suele pasar de manera inversa.

Las personas con estilos de vigilancia rígida se caracterizan por prestar excesiva atención a la información amenazante. Las que emplean la prevención cognitiva tenderán a prestar poca atención a las características amenazantes de la situación y el rasgo discriminativo sería el *arousal* emocional provocado por las señales previas a la confrontación con un evento aversivo.

El modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas se puede representar de la siguiente manera:



Fig. 5 Frecuencia de estrategias de evitación (Krohne, 1989)

Modelo multifactorial del control percibido

Con este modelo, Bryant (cit. en Krohner, 1989), explica las distintas formas en que las personas evalúan su control sobre los eventos y los sentimientos referidos a las experiencias positivas y negativas. Supone que los seres humanos utilizan por lo menos cuatro distintas formas de auto-evaluación de la capacidad para controlar: Evitar los resultados negativos, Soportar los resultados negativos, Conseguir o lograr resultados positivos y Gozar o disfrutar de los resultados positivos.

Las creencias de control, evitación y obtención están en relación con el soportar y

disfrutar porque involucran diferentes conjuntos de estilos de comportamiento y cognición. Al mismo tiempo las de evitar y soportar están al parecer más relacionadas con la manera subjetiva de comprender el estrés, en tanto que las de obtener y disfrutar están más relacionadas con medidas subjetivas de bienestar.

Modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo

Schwarzer y Leppin (cit en Moreina, et al 2003, Omar. 1995) presentaron una taxonomía de las relaciones sociales y un modelo causal del proceso estrés-afrontamiento conocido como “el modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo”. En donde el apoyo social se describe como la información que orienta al sujeto a percibir lo estimado, cuidado y valorado por los miembros del entorno social. La habilidad para resolver problemas sociales está señalada básicamente por la capacidad de generar las soluciones frente a los problemas de interacción social, evaluar las posibles consecuencias y elegir la solución más efectiva.

En este modelo la integración social, el apoyo cognitivo y el apoyo comportamental social son diferenciados y correlacionados con la personalidad, estrés, afrontamiento y procesos patogénicos. Se presupone que el apoyo social mediatiza los efectos del estrés sobre la enfermedad, así como también afecta directamente al bienestar.

Los procesos de relaciones sociales se presentan aquí como una jerarquía con el propósito esencial de separar tres aspectos previos de la relación social: estrés, personalidad y salud. Las diferencias individuales podrían contribuir a explicar las discrepancias observadas entre apoyo cognitivo y comportamental. La habilidad social, la propensión para comunicarse competentemente con los miembros de la red social, debería ser un prerrequisito para la movilización de ayuda, por el contrario, la escasa competencia social reduciría la posibilidad de activar la red social. El deseo de aceptación ayuda a experimentar sentimientos de inferioridad o sentimientos que obliguen a reciprocidades, posteriormente también diferirían de acuerdo con la personalidad.

Modelo Fenomenológico-cognitivo

Lazarus y Laurier lo definieron como un conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, que tienden a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos (Lazarus y Folkman, 1978, Omar, 1995).

Lazarus propone un modelo a partir de esta definición con componentes cognitivos, afectivos y de comportamiento en el proceso de afrontamiento. Los eventos estresantes son definidos como transacciones o intercambios entre individuos y su medio ambiente particular y la forma de evaluarlos depende de su percepción como amenaza. El afrontamiento no es visto necesariamente como reductor del estrés sino más bien como la manera de reaccionar y manejar estos eventos (Lazarus, 1971).

La persona es conceptualizada como un reproductor de las relaciones del entorno, en tanto que el afrontamiento es percibido como los cambios conductuales de las personas en respuesta a las demandas transaccionales.

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

- a. el que se refiere a la observación y valoración relacionadas con los pensamientos y acciones reales del individuo en contraste con lo que generalmente realiza o realizaría, en situaciones específicas;
- b. lo que realmente piensa o hace, que se analiza dentro del contexto específico;
- c. como proceso implica un cambio en el pensamiento y hechos, a medida que la interacción va desarrollándose.

Este proceso está constantemente cambiando, porque el individuo cuenta con estrategias que le permiten defenderse y le ayudan a resolver problemas en experiencias poco cómodas (Lazarus y Folkman, 1980).

El modelo descrito por Lazarus y Folkman (1996) sobre el afrontamiento resulta de gran importancia ya que este planteamiento, es uno de los principales ejes a seguir durante la investigación, por lo tanto se revisará detenidamente dando inicio

con descripción de las estrategias del afrontamiento, ya que de ellas se desprende el inventario realizado por los autores para evaluar **Los Modos de Afrontamiento** el cual es utilizado como instrumento en este estudio (Vitaliano, et al., 1985).

Estrategias del afrontamiento

Los propósitos que persigue cada estrategia son muy diversos, ya que depende de muchos factores, tanto de la estrategia en sí, como de las características personales de quien las emplea. Además tienen que ver no solo con los resultados sino también con el efecto del tipo de afrontamiento.

Así la definición, dependerá de igual manera del marco teórico desde donde se conceptualice, por ejemplo: desde la perspectiva de los sistemas como procesos del Yo, su función es reducir la tensión y restablecer el equilibrio; en la toma de decisiones, búsqueda de información y evaluación de la información. Para la teoría del Yo, el objetivo es mantener las condiciones internas satisfactorias tanto para la acción como para el proceso de la información, conservar la autonomía del movimiento, la libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión (Jannis y Mann, 1977 cit. en Lazarus y Folkman, 1986).

Para la socio-psicológica, el afrontamiento será a partir de las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación para hacer frente a éstas, cuidar un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía de los recursos a las exigencias externas, y el control situacional de los significados antes de que aparezca y el control del estrés cuando ya apareció (Mechanic, 1974; Florian, et al., 1995).

Los acontecimientos estresantes afectan a la persona emocional, cognitiva y fisiológicamente, a partir de esto existen maneras de afrontarlos y soportar sus efectos, que si resultan perjudiciales son moderados mediante estrategias de afrontamiento específicas.

Las estrategias de afrontamiento son las conductas que ocurren después de que

la situación o evento estresante se presenta. Estas estrategias individuales son usadas constante y prolongadamente como afrontamiento.

Para Lazarus y Folkman (1986), los diferentes modelos de afrontamiento que un sujeto utilice dependerá de la sensibilidad y vulnerabilidad de éste ante los diferentes tipos de situaciones estresantes.

Dado que el afrontamiento puede estimarse como una respuesta específica de la situación, debería ser posible identificar los determinantes de cada conducta.

Lazarus (1971) describe tres estrategias generales de afrontamiento:

- a. Afrontamiento cognitivo-activo: que son los intentos que hace el individuo para realizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- b. Afrontamiento conductual-activo: que se refiere a las conductas que ha llevado acabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- c. Evitación del afrontamiento: que como su nombre lo dice se refiere a la evitación para enfrentar el problema o reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas compulsivas o adictivas (fumar o comer más de lo habitual).

Basándose en el Modelo Cognoscitivo-Fenomenológico del Estrés de Lazarus y Folkman, (1986), se han desarrollado investigaciones con respecto a las estrategias dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción para diferenciarlas entre sí (Billings y Moos, 1981).

Generalmente hay dos formas de afrontar el estrés:

- 1) Métodos de afrontamiento directos: que implican dedicar toda la atención a un acontecimiento estresante y emplear los recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el acontecimiento, de manera que la situación pase de ser estresante a no serlo. Dentro de éstos se encuentran: la resolución planificada de problemas, el afrontamiento

confrontativo y el apoyo social que se relacionan con resultados positivos, que han sido enfocados hacia el problema (aproximación), y cuya función consiste en:

- a. tratar de disminuir el estrés haciendo cambios conductuales;
- b. cambiar o modificar la fuente de estrés;
- c. cambiar la relación entre persona-ambiente;
- d. dar soluciones cognoscitivas y conductuales; y
- e. utilizar las estrategias de afrontamiento como el confrontativo, o la resolución de problemas.

2) Métodos de afrontamiento defensivos: que implican la evitación del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido, o bien la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica ante él, con la consiguiente reducción del impacto. Aquí encontramos: mecanismos de defensa (negación, proyección, o formación reactiva), reductores químicos del estrés (uso de drogas para aliviar la tensión emocional), retroalimentación y el ejercicio. Parecen relacionarse con la ansiedad y la depresión, conocidos porque están enfocados a la emoción (evitación) y tienen por función:

- a. reducir el estrés emocional manteniendo un estado emocional satisfactorio;
- b. cambiar el estado emocional que acompaña al estresor;
- c. cambiar la relación emoción-estresor;
- d. dar soluciones emocionales y
- e. emplear estrategias de afrontamiento como escape-evitación y distanciamiento (Mochales y Gutiérrez, 2000).

En los modos de afrontamiento existen diferentes estrategias que pueden servir a ambas funciones.

Por ejemplo, en la búsqueda de apoyo social hay una mezcla del afrontamiento dirigido al problema y a la emoción, esto representa una búsqueda de apoyo en el

cual el sujeto pretende que otros le ayuden, dándole información práctica y emocional sobre lo que puede hacer para darle solución al evento estresante.

En teoría, tanto el afrontamiento dirigido al problema, como el dirigido hacia la emoción, pueden traslaparse, facilitando o impidiendo, cada uno, la aparición del otro. El resultado óptimo en el empleo frecuente de estas estrategias, sería que este proceso produjera un estado constante de bienestar en la persona, sin importar cual sea el más frecuente, siempre y cuando sea eficaz para poder cumplir el objetivo (Lazarus y Folkman, 1986).

El resultado del empleo de la estrategia de afrontamiento servirá para realizar una segunda evaluación y así poder determinar cognitivamente su eficacia y establecer si se puede aplicar nuevamente en otra situación. Tal proceso se llama evaluación cognitiva y se explica a continuación.

Evaluación cognoscitiva

En el desarrollo del afrontamiento se incluye la evaluación cognitiva, que es el proceso por el cual una persona evalúa la importancia del encuentro con el medio ambiente y que es relevante para su bienestar y la manera como le afectaría. También considera las posibles respuestas de afrontamiento para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro (Lazarus y Smith, 1988).

Dentro de la evaluación cognoscitiva se pueden distinguir dos momentos que son:
1) la evaluación primaria y 2) la evaluación secundaria

- 1) *Evaluación primaria*: valora la situación al entrar en contacto con el evento. La respuesta obtenida contribuirá a la calidad e intensidad de la emoción. Se puede subdividir en tres clases.
 - a) Irrelevante, cuando el encuentro con el entorno no le trae complicaciones al individuo es decir trae consigo beneficios ;
 - b) benigno-positiva, tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran positivas; y

c) la evaluación estresante que incluye daño y pérdida, amenaza y desafío.

Se considera daño o pérdida cuando se percibe algún perjuicio; la amenaza, que son aquellos daños o pérdidas que atentan contra la integridad física, y el desafío, que es la elaboración de la valoración de las fuerzas a vencer (Prokopčáková. 1992).

2) *Evaluación secundaria*: que es la tarea de la persona donde se determina que opciones y recursos de afrontamiento tiene disponible en ese momento para poder manejar la situación. Las situaciones que son evaluadas por una persona como amenazantes para el bienestar, tal vez otra las sobre evaluará como extremadamente estresantes.

Este proceso cognitivo se da cuando se han empleado las estrategias de afrontamiento y se evalúa el resultado de su aplicación.

Es decir el afrontamiento es el proceso que modera las relaciones entre el estrés y la adaptación somática y psicológica. El modo de afrontamiento depende generalmente de la evaluación primaria la cual está influenciada por factores de costumbres, creencias (estereotipos, las novedades del evento, etc.), etc., que pueden interferir en el modo adecuado o inadecuado del afrontamiento. Cuando el resultado es negativo se deduce que estos factores contribuyeron al aprendizaje inadecuado que produce una inadaptación al medio ambiente. Y por el contrario cuando tanto la evaluación primaria como la secundaria, así como el resultado es positivo, el individuo tendrá un aprendizaje adecuado, que lo llevará a una adaptación conveniente en su medio ambiente y lo podrá emplear en otra situación igual o semejante .

El afrontamiento se puede evaluar y medir como una disposición, un rasgo o un estilo, que se realiza a través de una variedad de encuentros estresantes. Con tal objetivo Lazarus y Folkman elaboraron un inventario, por medio del cual se evalúan los siguientes modos de afrontamiento: confrontativo, distanciamiento,

autocontrol, apoyo social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva; los cuales a su vez se clasifican de acuerdo a la dirección que toman: dirigidos al problema o a la emoción.

Recursos del afrontamiento

Los recursos del afrontamiento son las actitudes o conductas de cada individuo para manejar eficazmente el estrés. Estos se encuentran constituidos por facetas de la personalidad que afectan la variedad de factores del afrontamiento y pueden incrementar el potencial individual para resolverlo efectivamente (Lazarus y Folkman, 1986). Además dan al sujeto cierta inmunidad contra el daño del evento estresante (Baum y Singer, 1982).

La manera en que un individuo afronta sus problemas dependerá de los recursos que cuente y de las limitaciones que obstaculicen el uso de esos recursos, en el contexto de una interacción determinada. No solo se trata de disponer de una gran cantidad de recursos sino de saber emplearlos y contar con las habilidades para aplicarlos en diferentes situaciones tal como el entorno lo demande. Los recursos se obtienen de uno mismo, ya sea internos o como un medio para encontrar otros menos accesibles (Terry, 1991).

Los recursos del afrontamiento son de diferentes orígenes y de acuerdo a esto se pueden clasificar en personales, sociales y ambientales:

- **Personales.** Se refieren al acervo con que el sujeto cuenta; abarcando los físicos y los psicológicos, dentro de los primeros se encuentran la salud y la energía que facilitan el afrontamiento. Los psicológicos se refieren a las creencias positivas y las condiciones personales. Las creencias positivas sirven de base para la esperanza y favorecen el afrontamiento en las situaciones adversas. En este punto el individuo piensa que tiene la fuerza suficiente para cambiar, y que una persona o un programa resultarán eficaces, o bien el hecho de tener fe en

la justicia, la voluntad de Dios e incluso el azar.

En resumen las creencias personales se forman a partir de las creencias y valores que provocan ciertas formas de acción o de sentimientos y el déficit psicológico que es producto del desarrollo del sujeto.

- **Sociales.** Ayudan en la resolución de problemas por medio de la habilidad para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibles alternativas, predecir opciones útiles con el fin de obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.

Las habilidades sociales se forman a través de la capacidad para comunicarse y de actuar con los demás, en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, aumentando la capacidad para atraer su cooperación o apoyo y en general, aportando al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. El apoyo social se obtiene de alguna persona que proporcione apoyo emocional, informativo y/o tangible. A diferencia del apoyo social, los recursos materiales hacen referencia al dinero y los bienes y servicios que pueden adquirirse con él.

- **Ambientales.** Se desarrollan según el grado de amenaza del estrés y del nivel de importancia que adquiera. El grado de amenaza es máximo cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo que al ser experimentado por el individuo juega un papel importante en la efectividad del afrontamiento. La importancia atribuible al evento estresante es que previene la conducta de afrontamiento. La tendencia afirma que cuando hay altos niveles de amenaza las personas consideran importantes los hechos y de acuerdo al nivel de importancia se emplean diversas estrategias de afrontamiento.

El apoyo social reduce el impacto perjudicial del estrés de dos maneras: primero,

si se dispone de una red de apoyo social con abundancia de consejos, recursos, asistencia y apoyo económico, entonces se reduce la posibilidad de que los estresores potenciales sean causa de preocupación; y segundo, la certeza y seguridad de que se dispone de una red de apoyo social en los momentos de estrés, permite evaluar los acontecimientos vitales como menos amenazantes que de otra forma serían estimados como catastróficos (Lazarus y Folkman, 1980, Acuña y Bruner, 1999, Valery, et al, 1997, Plunkett, et al. 1999, Printz, et al, 1999).

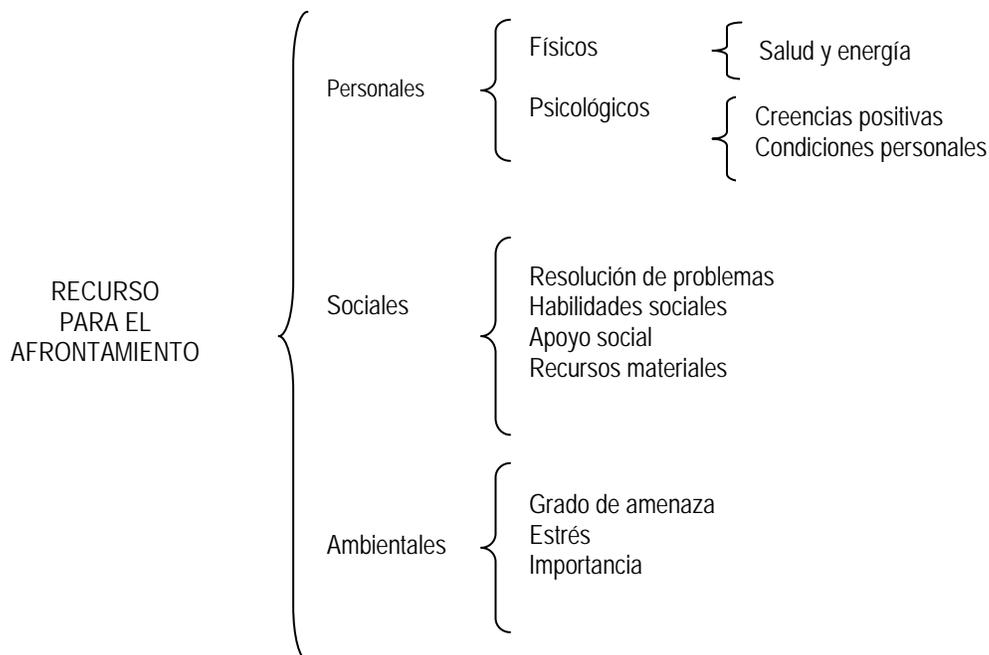


Fig. 6 Recursos para el afrontamiento (Valery, et.al, 1997)

Cuando las situaciones son muy estresantes o se perciben como duras o difíciles de cambiar, predomina el afrontamiento enfocado a la emoción, y cuanto son valoradas como controlables por alguna acción, predomina el dirigido al problema (Sotelo y Maupomé, 1999).

Es difícil decir si las estrategias de afrontamiento se relacionan con las facetas de la situación o los factores temporales. Algunas estrategias son estables o inestables dependiendo de determinadas situaciones estresantes.

Las estrategias que se dirigen a lo positivo, se enfocan sobre el crecimiento personal, conducen a la solución de los conflictos, revelan una sensación positiva de su propio valor, una visión positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo.

La reevaluación positiva promueve el ajuste facilitando el afrontamiento enfocado al problema y está asociada al afrontamiento conductual-activo. Esta estrategia parece reducir la depresión entre quienes enfrentan eventos de alta pérdida.

Las estrategias de evitación son menos adaptativas e incluyen el escape-evitación, que describe los esfuerzos de escape a través del pensamiento mágico, comer, beber, fumar, usar medicamento o drogas o dormir. Estas estrategias sólo permiten una breve pausa al dolor.

Cuando se emplean estrategias de evitación se lleva un factor de riesgo significativo. Sin embargo, un período intermedio de evitación cognoscitiva (negación), puede ser útil, pues proporciona tiempo para reunir recursos personales en las fases iniciales del afrontamiento en crisis inesperadas y devastadoras de la vida. Pero si un individuo continúa utilizando la evitación y no enfrenta directamente las crisis y sus consecuencias, es más probable que emerja una disfunción psicológica (Medina, 2000).

El pensamiento mágico se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza un individuo para dar soluciones a los problemas sin tener que participar activamente (Lilliston y Klein, 1990; Pargament, et al, 1990).

En las estrategias de vigilancia, la atención está puesta directamente en el problema y en los esfuerzos para prevenir o controlar la situación.

Las personas alcanzan un mejor funcionamiento con la utilización flexible de las estrategias, es decir, deberán emplear aquellas que mejor operen según los requisitos situacionales que prevalezcan en el momento de la aparición del estrés.

En estudios realizados se ha demostrado que el modo cambia según la situación y hay modos preferidos de acuerdo a ésta, por ejemplo: cuando una situación estresante se refiere a actividades de trabajo se recurre al autocontrol y al planteamiento de soluciones. En situaciones económicas se usa el afrontamiento confrontativo y la búsqueda de apoyo social. En problemas físicos se utiliza el apoyo social y el escape evitación, pero si el evento se puede modificar o tiene posibilidades de cambio, se recurre al planteamiento de la solución de problemas y a la revaloración positiva, en cambio cuando el problema no tiene posibilidades de modificarse se usa más el distanciamiento y el escape-evitación.

Por último cuando se requiere más información sobre el evento estresante se usa el apoyo social (Lazarus, 1990).

También puede haber diferenciaciones de acuerdo a otras variables por ejemplo en algunas investigaciones realizadas por Hammer y Marting (1988), se encontró que las mujeres muestran niveles más elevados de ansiedad preventiva en situaciones que provocan ansiedad irreal, como es la que producen la oscuridad, las películas, etc. También utilizan más la estrategia de escape para afrontar situaciones estresantes. Por otro lado, los hombres muestran más la conducta de autocontrol ante situaciones provocadas por el exterior, como son accidentes, animales o personas peligrosas (Jung, 1992).

Tanto los recursos de afrontamiento como las valoraciones situacionales tienen como finalidad la de afrontar. Esto no es inconsistente con el énfasis que Lazarus y Folkman (1986), dieron a la interacción entre la persona y las variables situacionales, al predecir los resultados del estrés.

La demanda de trabajo influye en el nivel directo de afrontamiento usado por

sujetos con bajo nivel de neurosis, pero tiene poco efecto en el nivel de afrontamiento usado por los sujetos de alta neurosis (Parkes, 1986).

Como se ha mencionado cada etapa del ser humano suele ser difícil en su transición por significar un cambio en todas las áreas de interacción tanto interna como externa en la cual es necesario emplear los modos de afrontamiento.

Sin duda alguna una de las etapas de la vida en donde el individuo presenta mayores niveles de estrés y necesita desplegar mayores modos de afrontamiento es la adolescencia. En donde los factores culturales no se deben pasar por alto. Los desastres de la vida y otras crisis personales tienen origen en el exterior pero otras nacen en el interior y en el transcurso del desarrollo personal del individuo como parte del ciclo vital (Sarason y Sarason, 1996).

El adolescente que se encuentra en la búsqueda de su identidad, inicia el empleo de nuevas maneras de actuar dentro del ambiente, que lo lleva a un constante cambio en el manejo de los recursos con que cuenta.

Es por esto que se presenta a continuación de manera amplia el tema de adolescencia, su transición y características biopsicosociales.

CAPÍTULO III

ADOLESCENCIA

Las transiciones de la vida van acompañadas de crisis que determinan el curso de la existencia de los individuos, la adolescencia es una de ellas y se ha caracterizado por presentarse con una intensidad particular que conlleva a estudiarla considerablemente.

Esta etapa presenta cambios a los cuales hay que adaptarse, ya que implica el establecimiento de nuevos roles en el entorno, algunos de los cuales parecerán desafortunados por el constante movimiento por el cual la identidad del adulto sustituye a la del niño. Esto significará una gran cantidad de pérdidas que requerirán un proceso complejo que suele resultar difícil para el adolescente que lo vive, por tal razón existe una gran cantidad de trabajos necesarios para explicar a detalle para comprender esta etapa.

Definición

Algunos autores se centran en definir la adolescencia partir de los rasgos de la personalidad que la caracterizan, tales como una excitabilidad excesiva, el placer por las discusiones sin fin (Platón), repugnancia a la escuela y a la familia, cambios de humor, despertar sexual (Hall), desarrollo de la capacidad de elección y formación de carácter (Aristóteles), despertar del sentido social, a la emotividad y conciencia moral (Rousseau), así como una reconciliación entre el yo y el ello con la interiorización del súper yo (conciencia moral de los padres), (Anna Freud), y la búsqueda de una identidad, una individualidad, a partir de modelos que en muchas ocasiones generan confusión y crisis (Erickson, 1982; Muss, 1994).

Aberastury y (1987) la explica a partir de lo que llama "Síndrome Normal de Adolescencia", el cual se distingue por la búsqueda de sí mismo y de su identidad, la recurrencia al grupo para obtener autoestima personal y seguridad, la necesidad de intelectualizar y fantasear, las crisis religiosas como intentos para dar solución

a la crisis del yo, la desubicación temporal, la elaboración sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad; la actitud social reivindicada, las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta, la separación progresiva de los padres y las constante fluctuaciones del humor y los estados de ánimo.

Chapela (1999) por su parte entiende la adolescencia desde una perspectiva física, afectiva, cognitiva y social y agrega que es un período en que aparece la necesidad vital del hombre de replantearse la pregunta sobre ¿quién soy dentro del mundo de los adultos? en el que aún no sabe como conducirse y experimenta comportamientos que a veces son reconocidos como aceptables y otras como fallidos, orillándolo a una crisis.

Esta crisis lo hace parecer inestable, caprichoso y en cierto momento intolerable, cuando lo único que sucede es que se encuentra en un proceso normal para lograr la adquisición de una identidad, que lo llevará más tarde a convertirse en un individuo único, con normas y valores propios.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latín *adolescere*, cuyo significado es crecer o llegar a la maduración, que no sólo se refiere al crecimiento orgánico sino al desarrollo mental. La adolescencia no debe confundirse con la pubertad, que se incluye en el periodo de la preadolescencia y que se caracteriza por los aspectos maduracionales, es decir es parte de ella, y seguramente un fenómeno de la misma, puesto que la adolescencia incluye todas las fases biopsicosociales. Es el período entre la niñez y la adultez que generalmente se encuentra entre los 13 y 19 años que da paso a los cambios fisiológicos de la pubertad y concluye cuando llega el estado sociológico del adulto.

Las dificultades que experimenta el adolescente para integrar los elementos que le permitirán conformar una personalidad equilibrada como adulto, se verá favorecida con frecuencia por el medio en el que vive, en donde los amigos, la escuela, el interés laboral y/o profesional pueden observar una crisis juvenil que es preciso

identificar, prevenir y apoyar para lograr en él un desarrollo armónico integral (Clark, A, et. al.,2000).

Gadea de Nicolás Luis (1992 cit. en Barbero, 1998), llama a la etapa entre los 12 y 20 años de identidad versus dispersión (confusión) de roles. Presenta al adolescente haciéndose preguntas como: ¿Quién soy?, ¿Quién he sido?, y ¿A dónde voy? En esencia el adolescente debe elaborar un sentido sólido de su identidad o de otra forma experimentará su Yo como una serie de roles divididos desconectados e inconscientes. Esta búsqueda de identidad nunca es fácil, por lo cual el individuo intenta encontrarlo en actividades muy diversas que le ayudan adquirir confianza en sí mismo y una perspectiva del futuro (adquiere un rol sexual definido).

Hay una línea que divide la adolescencia por extensión de la edad y los cambios producidos a lo largo de los años y que Blos (1986), divide en las siguientes etapas:

- a) preadolescencia de 9 a 11 años,
- b) adolescencia temprana de 12 a 15 años,
- c) adolescencia propiamente dicha de 16 a 18,
- d) adolescencia tardía de 19 a 21 años y
- e) postadolescencia de 22 a 24 años.

Sin embargo puede considerarse la adolescencia una etapa sin una determinada extensión de años, ya que se inicia cuando los jóvenes muestran indicios de ella y continua hasta que dichos jóvenes son sexual, cognitiva y emocionalmente maduros para pertenecer a la comunidad de adultos en la que se desenvuelven (Hurtock, 1987).

Cabe advertir que los adolescentes tienen períodos de perturbaciones en el curso de su desarrollo a los cuales se enfrentan con desesperación, muy a menudo

dolorosamente en la búsqueda de su propia identidad.

A partir del planteamiento de Erickson el período de identidad, es el que tiene mayor realce en la maduración del sujeto, ya que va a permitir encontrar una perspectiva a largo plazo que le podría facilitar la superación de su crisis de una manera activa en los diferentes problemas que va afrontando.

Los mismos adolescentes cuando intentan definir su etapa hacen alusión a conceptos tales como: una delimitación cronológica, incremento corporal, la creciente independencia de los padres, el desarrollo del pensamiento, una diferente función social y las nuevas posibilidades que se abren en su vida (Schaeffer et al., 1988)

Las vivencias del adolescente no sólo implica el cómo experimentan o describe sus experiencias sino como influye la visión de la sociedad en general en esta etapa, Anthony (1969 cit en, Baum y Singer, 1982) opina que las reacciones de los adultos con respecto a su conducta son reacciones estereotipadas, y hablan mucho sobre éstas. El adolescente es un objeto peligroso y en peligro; un objeto sexual, un individuo inadaptado, un objeto de envidia; sin remedio pero finalmente una “buena reacción” a esta fase, es aquella a la que los estereotipos se reducen al mínimo y se trata a los jóvenes como individuos (Schaeffer et al., 1988)

Existen muchas definiciones y algunos consideran unos aspectos más importantes que los otros, pero lo que es innegable y en lo que coinciden la mayoría de los teóricos, consiste en que, es una etapa fundamental en el ciclo vital del individuo que se le considera como un segundo nacimiento, como un nuevo y gran desprendimiento, ya no del seno materno, sino del núcleo familiar (Papalía, 1990).

Desarrollo del Adolescente

Desarrollo Físico

Uno de los cambios físicos de la pubertad temprana es el rápido aumento de la estatura, ésta varía notablemente entre los varones y las mujeres. En el caso de

los varones, el crecimiento rápido empieza entre los 12 y 15 años en promedio, mientras que en las mujeres comienza dos años antes, y la velocidad máxima de crecimiento ocurre a los 12 años para las niñas y a los 14 para los niños.

La fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, desarrollo de los huesos, cambios hormonales y la aparición repentina de las características sexuales primarias y secundarias que van a repercutir en las relaciones psicológicas. La aceleración del crecimiento se produce alrededor de la pubertad, o simultáneamente a ella, el llamado “estirón”, responde a una discontinuidad en la velocidad del crecimiento desde el nacimiento, que no es siempre la misma (Chapela, 1999).

El crecimiento implica la creación de nuevos tejidos:

- La maduración en cambio significa la consolidación en su forma definitiva de dichos tejidos, así como el acoplamiento de las piezas cartilagosas.
- Las niñas empiezan antes que los niños la aceleración de su crecimiento, con el correspondiente proceso de maduración, ya descrito, lo que permite adelantarse en uno o dos años respecto al sexo contrario, tanto en el comienzo como en la conclusión.
- A una misma edad cronológica, según el sexo correspondiente, se presenta una diferente edad ósea. Esto explica en gran parte que la talla acabe siendo a pesar de su precocidad, menor por término medio, en la mujer. En tanto los huesos no están soldados subsiste la posibilidad de seguir creciendo, de modo que el hombre dispone de tal posibilidad durante más tiempo.

La madurez fisiológica determina el conjunto de posibilidades de desarrollo y de las limitaciones del nivel logrado, siendo básico el medio social que proporcione estas posibilidades, fundamentales para la integración social y para que exista un desenvolvimiento armónico de las capacidades intelectuales, físicas y afectivas del púber, pues los estímulos adecuados de la familia son necesarios para un correcto

desarrollo de la persona (Sroufe, 2000).

Asimismo desde el punto de vista neurobiológico en la pubertad la plasticidad del cerebro continúa por medio de un proceso de sobreproducción y eliminación de sinopsis, mielinización progresiva, variaciones en la evolución de los sistemas de neurotransmisión y cambios en la tasa de actividad eléctrica y metabólica del cerebro (Sroufe, 2000).

Hay otros cambios dramáticos en los niveles hormonales como resultado de la pubertad y junto con esos cambios ocurren transiciones significativas en el desarrollo cognoscitivo, psicológico y social.

Luego entonces, la adolescencia, está caracterizada por el surgimiento de nuevas habilidades para pensar, por la re-evaluación de la imagen corporal, la relación con los compañeros, el deseo de establecer una nueva identidad y el distanciamiento de los padres (Sroufe, 2000).

Desarrollo social

Respecto al área social la adolescencia se identifica por ser un período donde hay una falta de claridad con respecto al puesto que ocupa el adolescente en la comunidad. (Chapela, 1997). McKinney et al. (1998) refieren al adolescente como el hombre marginal, tomando este concepto de la sociología, donde se usa para referirse a una persona cuya membresía en un grupo no es clara ni firme. Los adolescentes son marginales en el sentido de que sus derechos y responsabilidades no están claramente definidos como lo están los de los adultos y niños. Los adolescentes son responsables de su propio bienestar, pero todavía están sujetos a la autoridad de los adultos. Mientras que los niños dependen totalmente de los adultos y los adultos por su parte tienen que tomar sobre sí la responsabilidad total de sus hijos. Los adolescentes se desenvuelven en un área menos definida de responsabilidades en la cual el papel de la familia tiene gran importancia en la socialización, ya que permite un desarrollo maduro o inmaduro y

en el que el mundo extrafamiliar también tiene gran interés sobre todo en los grupos que van a contribuir en el sentido de pertenencia (González et.al., 1997).

Los aspectos de mayor importancia psicosocial son:

- los cambios en la imagen corporal,
- los cambios inherentes al ingreso en un nuevo sistema social de educación media básica,
- ingreso a una subcultura propia del entorno social en que se desenvuelven,
- establecimiento de relaciones interpersonales maduras extrafamiliares entre ambos sexos, y
- definición del rol social (masculino, femenino)

Al asumir todos estos cambios psicosociales generalmente se ven afectadas las principales áreas de la vida:

1. El entorno familiar (padres y hermanos)
2. El medio social amigos y compañeros de escuela)
3. La apariencia física (auto imagen) y
4. Las inquietudes sexuales

La influencia de la familia en la vida del adolescente facilita el ajuste social y emocional, por lo cual si se encuentra en armonía, es expresiva y organizada y fomenta la independencia de sus miembros recibirá mayor apoyo cada uno de sus integrantes. Si esta situación no se presenta porque existan conflictos y mala comunicación, se originarán o provocarán desajustes en el joven (González et al, 2002).

Una comunicación eficaz en la familia es importante para el bienestar y la relación efectiva del adolescente lo que contribuirá a su adaptación y será más probable que experimente afectos y aceptación.

No obstante el medio donde el adolescente empieza a descubrir por sí mismo esta confianza, es el lugar donde empieza a sentirse bien, como puede ser el grupo de amigos (as) quienes a su vez van ganando protagonismo y así todo lo que esté presente en la comunidad en que vive adquiere mayor relevancia, por ello el ambiente (hábitat) es el escenario natural, espacio físico y temporal que media entre la familia y la escuela (Chapela, 1997).

La duración y características de la adolescencia dependen del medio socio cultural y del grupo en que se desarrolla y varía de acuerdo a las condiciones históricas, socio-culturales y económicas, consiguientemente no es posible hacer referencia a una cultura juvenil como total sino a distintas expresiones culturales que pueden ser comunes entre los jóvenes.

Esta compleja red de interacciones sociales nos remite a tomar en cuenta la relación que se establece entre las diferentes vivencias cotidianas y las variadas formas de concebir la realidad por parte de los sujetos sociales (Rodríguez, 1986).

Consecuentemente en este ámbito socio cultural se establecen todas las acciones que desarrolla el hombre dentro de la sociedad y en ella se desenvuelve el adolescente a través del descubrimiento y exploración de la misma, que será positiva si favorece el desarrollo evolutivo, de tal manera que el grado en que se adapte a las nuevas experiencias sociales dependerá en gran parte de sus primeras experiencias en la sociedad y las actitudes que él halla desarrollado como resultado de éstas.

El aprendizaje de la conducta adolescente depende más del aprendizaje cultural, que de los factores biológicos propios de la adolescencia, así pues el adolescente va aprendiendo las formas de conducta social que son inaceptables para descartarlas o modificarlas, y así tener menor desaprobación de la sociedad. En consecuencia surgen nuevas responsabilidades, obligaciones y conflictos entre el deseo de independencia y la necesidad de apoyo paterno, mostrándose en muchas ocasiones obstinado y rebelde. Estos comportamientos juveniles ocurren

en un contexto que incluye a la familia y su dinámica, en el grupo de pares, en el vecindario y en las oportunidades políticas y sociales. Mientras más adverso sea el contexto mayor es la necesidad de apoyo que le permita afrontar las situaciones adecuadas para prosperar.

Durante la adolescencia, el grupo es a menudo el que proporciona a el joven seguridad y una estimación propia, procedente del hecho de que es aceptado por los otros. Procura también un poderoso punto de apoyo en el proceso de emancipación de los padres y de los adultos, un cuadro de referencia y un sistema de valores para reemplazar los de la infancia. Asegura un consuelo en los momentos de incertidumbre, indecisión, ansiedad y culpabilidad, que originan muchas veces la conquista de la autonomía.

Al conferir al grupo la facultad de imponer nuevas normas de conducta, el adolescente afirma su derecho de autoderminación, porque él no es diferente a sus compañeros. Como instrumento de presión “todos los demás lo hacen”, permite conquistar privilegios. Ayuda al joven a afrontar con menos ansiedad los cambios que se producen en su vida y su persona, como las transformaciones fisiológicas de la pubertad. Reduce la masa de las frustraciones, no sólo las que son específicas de la edad, sino también las que afectan a otros adolescentes particulares.

El grupo responde a las necesidades cognoscitivas de los adolescentes, admite que discutan interminablemente sobre el sentido de la existencia, sobre teorías filosóficas, políticas y sociales, sobre religión, arte, literatura, etc. La comparación de puntos de vista diferentes en un plano de paridad y reciprocidad les habilita para desarrollar estrategias cognoscitivas más elaboradas y favorece el acceso al pensamiento formal. Permite también conocer mejor a los otros, sus pensamientos, sus sentimientos y sus estados de ánimo.

El grupo constituye además un lugar de aprendizaje de los modos de relacionarse con los otros fuera de la familia. Ayuda a asimilar mejor los roles socio-sexuales, la

competitividad, la cooperación, los valores, las creencias y las actitudes dominantes del grupo social. De este modo prepara la maduración del adolescente para la vida adulta. El grupo funge además como medio para la adquisición de una identidad a la medida de cada cual; es el camino común que resulta maravilloso por el acompañamiento de los iguales (Del Toro, 1999).

Después de haber mencionado los aspectos anteriores es importante resaltar que para el desarrollo integral del adolescente es necesario brindarle las condiciones adecuadas en el ámbito familiar y social, pues si carece de alguna de ellas, será más vulnerable y le pueden afectar más los problemas a los que se halla expuesto, como la violencia, la depresión, la agresividad y la ingesta de drogas entre otras.

Desarrollo psicológico

El entorno dentro del que se mueve el adolescente está constituido por el medio ambiente interno y externo, el ambiente interno es aquel en el que suceden eventos fisiológicos y cognitivos (ideaciones, sueños, fantasías, interpretaciones de la realidad, etc.), los cuales forman parte del desarrollo psicológico, que va a depender de las condiciones externas. Estas interacciones suceden cuando el adolescente se imagina o fantasea sobre el futuro o sobre algunas personas, instituciones u objetos. Sus preocupaciones, deseos, aspiraciones, intereses, motivaciones o ideales por un lado, y por el otro sus recuerdos y lo que significan para él; sus remembranzas del pasado, sus interpretaciones de la realidad o las explicaciones que se da ante lo que le sucede, son los ejemplos del proceso de interacción con el medio ambiente. Es precisamente este momento en que se dan estos cambios orgánicos y cognitivos cuando se notan más claramente los diferentes ritmos de maduración entre varones y mujeres, estos cambios son importantes y decisivos porque es el criterio mediante el cual se percibe al sujeto y como éste se percibe a sí mismo (Aguilar, 1991).

La adolescencia es vulnerable ya que constituye un período crítico del desarrollo

humano, esto se debe al precario equilibrio emocional que caracteriza a esta etapa. La primera reacción del adolescente ante todo y ante todos, es casi siempre una reacción emocional, de gran magnitud, que puede manifestarse abiertamente o no. Estas reacciones son los principales modeladores de su personalidad, de su auto concepto o imagen, en pocas palabras de su identidad. De tal manera y dada la difícil situación por la que atraviesa el adolescente resulta de difícil manejo y debido a los cambios biológicos y hormonales que se dan en esta etapa de la vida, los efectos de las emociones que experimenta influyen modelando su personalidad y su carácter futuros.

El adolescente tiene un carácter inestable, propenso lo mismo a la tristeza que a la alegría, capaz de pasar rápidamente de la confianza al más completo pesimismo (Aberastury, 1987).

Estas oscilaciones de humor característico, causan en él la vivencia del estrés ya que la implementación o evaluación subjetiva de las situaciones a las que se enfrenta se presentan en la duda de sí mismo, de su identidad y humor inmediatos, de su constante expectativa y la duda de la nueva etapa por la que atraviesa.

En nuestra sociedad mexicana no se le permite al joven una satisfacción directa de sus impulsos sexuales y menos aún en su expresión temprana de una relación heterosexual, en una sociedad que paradójicamente todo lo enfatiza desde la óptica del sexo. Ante estas circunstancias el joven expresa de diferentes formas dichas necesidades y las desplaza a través del desarrollo de actividades de común interés que puede compartir con sus compañeros (Aguilar, 1991).

Cada vez que el adolescente se enfrenta con un problema o dificultad sexual que concierne a su evolución conjunta como ser humano, debe resolver su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a estos cambiantes impulsos, puesto que esto juega un papel importante en el desarrollo de sí mismo.

Es substancial que tenga una interacción constante con su medio social que le permita reconocerlo y a la vez concientizar sobre él mismo para ampliar las interacciones y sus formas con el entorno. Todo comportamiento se refleja en su personalidad como un todo, expresando la unidad de lo cognitivo, afectivo y social. En la concepción del hombre es importante concebir lo psíquico como un proceso que se forma en la vida social, que se establece por medio del régimen social e histórico. La tarea principal de esta etapa es la estabilidad de su identidad personal que esté de acuerdo con ello. (Del Toro, 1999; Mariño et al., 1999).

Las expectativas que vivencian los adolescentes consiste en la anticipación a nivel cognitivo de los acontecimientos que habrán de venir. Por eso lo típico de un individuo expectante es mantenerse alerta con un gasto enorme de energía preparándose para realizar un acto en cuando aparezca la señal de aquello por venir, y sabido es que la actitud en tanto más se prolonga se vuelve más penosa (Mariño, et al., 1999).

Adolescencia y Afrontamiento

Gallagher ,1974 (cit. en Plunkett, et al., 1999) dice que los desórdenes emocionales de la adolescencia no son tan importantes y señala que éstos no suelen ser graves, sin embargo explica que es raro que exista algún joven que haya atravesado esta etapa sin sufrir un periodo de estrés que lo haya perturbado.

Es la etapa de transición en la cual el sujeto deja de ser niño en lo biológico, pero no en lo psicológico, porque aún no es adulto, a pesar de que le son asignadas tareas correspondientes a este estado, es una fuente de distrés constante que suele incrementarse por la falta de concordancia entre su desarrollo físico y el psicológico, ya que en muchas ocasiones el período de la adolescencia se prolonga más de la cuenta, así como la gran cantidad de decisiones que tiene que tomar, y que tiene que afrontar y efectuar a partir de las estrategias con las que cuente, variables en cada sujeto dependiendo de un sin fin de factores biopsicosociales (Plunkett, et al., 1999).

Según Blos (1986) durante la adolescencia temprana (entre 12 y 14 años) el estado de ánimo, la depresión, el enojo y las emociones impredecibles que con frecuencia se observan, se deben a los cambios de los niveles hormonales. Sin embargo se ha demostrado que la adolescencia no necesariamente tiene que ser estresante y tormentosa solamente por lo anterior sino por otros muchos factores. El interés por parte de los padres, los lineamientos razonables y el apoyo, especialmente el recibido por el padre del mismo sexo, desempeñan un papel importante en la ayuda que se le da al joven para que realice la transición, la adaptación y la disminución de su angustia.

En la adolescencia media (15 a 17 años), se adquieren más responsabilidades y mayores privilegios, pero también hay un aumento en el estrés provocado por muchos eventos, ya que están marginados: demasiado grandes para que se le trate como niños y demasiado jóvenes para gozar de los derechos del adulto, como ya se dijo arriba.

Tal vez el suceso del desarrollo más notable en la adolescencia media es el cambio gradual de una perspectiva en el aquí y el ahora, en un punto en que debe orientarse hacia el futuro. Además el individuo, se vuelve menos ensimismado y se preocupa cada vez más por los valores e ideales.

En el transcurso de la adolescencia tardía, los sujetos dejan de considerar a sus padres como las figuras principales modelos. En ese momento, puede terminar la fase de vivir con la familia, que algunos consideran protectora y otros restrictiva. Algunos individuos se mueven en forma directa a los roles propios de los adultos, como el matrimonio y el trabajo de tiempo completo, en tanto que otros entran a una adolescencia más o menos prolongada, durante la época universitaria y la experiencia de capacitación para el trabajo.

Las tareas principales de ese período incluyen el desarrollo de la identidad personal, la renegociación de las relaciones con la familia y el desarrollo de los lazos estables y duraderos con los demás. La adolescencia tardía puede

complicarse por varias razones, que incluye la tasa de desempleo elevada entre los adultos jóvenes, así como los altos índices de criminalidad y los problemas que representan el alcoholismo y el uso de drogas (Sarason y Sarason, 1996).

Cuando aparece el distrés es porque las expectativas comienzan a realizarse mal, entonces se observa una reacción de enojo, por el sentimiento de insuficiencia e impotencia, por encontrarse desarmado, por no poder resolver con éxito la situaciones molestas, y es entonces cuando la expectativa adquiere un verdadero carácter de estrés, y por poca emotividad que exprese, comenzará a manifestar reacciones fisiológicas que son producto de la ansiedad producida por la insatisfacción. Diariamente el adolescente experimentará este tipo de sensaciones, mientras se encuentra en la constante espera para desarrollar una profesión, las ideas, e incluso para el amor (Sarason y Sarason, 1996).

La expectativa del adolescente es en sí un estrés constante, porque no tiene modos de afrontamiento adecuados a las nuevas situaciones que le son planteadas que le sean autorizados. En esta edad se comienzan a desplegar los recursos personales, se modifican, crean o solidifican, según los resultados obtenidos. Por lo tanto encontramos modos contradictorios e irreconocibles que le ocurren y lo agitan provocándole distrés (Plunkett, et al., 1999).

Cuando los adolescentes tienen la capacidad para afrontar efectivamente los estresores diarios, generalmente tienen un buen ajuste a pesar de su entorno. Los que no poseen esta habilidad para afrontar las contrariedades, tienen un riesgo elevado de suicidio, delincuencia, problemas escolares, adicción y embarazos no deseados.

Los individuos con auto conducción ofrecen más respuestas estropeadas, que les facilita el grupo adulto, sin embargo, sugestionados por el auto monitoreo pueden ser más efectivamente controlados por un adulto. Esto demostró que la participación de los adultos se facilita cuando se obtiene mayor confianza en sus habilidades para la resolución de problemas (Meriweather, 1997).

La experimentación de la crisis existencial es otro motivo de estrés, cuando descubre la finitud de la existencia, la muerte, no sólo la suya, sino la de los padres, y en ocasiones trata afanosamente de aferrarse a una ideología religiosa, que le garantice la prolongación de la vida. Ya desde Kierkegaard, se planteaban los grandes dilemas de la existencia del hombre: el aislamiento social, la libertad, la muerte, y el sentido de la vida. Que no son otra cosa sino la crisis que experimentan los adolescentes y que los hace sentirse estresados y ser inestables, en humor, cognición y conducta.

Finalmente Hurlock (1987) dice que las dificultades escolares, la adaptación sexual, la falta de popularidad, las expectativas sociales de comportamiento más maduro, las aspiraciones carentes de realismo, las limitaciones para hacer lo que quiera, entre otras, son situaciones perturbadoras, lo cual lleva a replantearse los modos de afrontamiento empleados, es decir, inicia un proceso de ensayo y error para perfeccionar las habilidades y estrategias que espera sean parte de su personalidad, consolidándose así y pueda alcanzar la ansiada madurez.

Otra situación que con frecuencia se presenta en los adolescentes, es la alimentación deficiente que se ve disminuida por la preocupación de la imagen corporal, tan acentuada, porque tiene como base la belleza física y el reconocimiento de los otros que lo reafirman y lo hacen aumentar su auto estima. Esta mala alimentación ocasiona problemas como anemia, por la insuficiencia de hierro que genera apatía, melancolía y se acompaña de un aumento en los niveles de estrés y por lo tanto de irritabilidad. La falta de calcio también es común por el crecimiento acelerado y origina la irritabilidad y a inestabilidad emocional.

Por tanto, independientemente de las causas que puedan estar provocando el estrés en el adolescente, los que lograron desarrollar una personalidad independiente y emocionalmente estable durante la infancia, se ven menos afectados circunstancialmente por estas situaciones. En cambio los jóvenes que son dependientes e inseguros, se sienten abatidos y son ellos quienes necesitan

la ayuda que les brindará mayor seguridad e independencia, que puede tener un valor preventivo.

Algunos adolescentes que tienen un mejor autoconcepto y más recursos cognoscitivos y físicos reportan menos síntomas estresantes pues hay una estrecha relación entre los recursos físicos, los cognoscitivos y la ansiedad. En la adolescencia las relaciones sociales fuera de la familia ofrecen protección contra los eventos estresantes. Los recursos filosóficos y espirituales requieren una sólida visión del mundo que todavía no se ha definido en esa edad. Cuando la autoestima es alta los sujetos usan más el afrontamiento confrontativo, aceptando más su responsabilidad; mientras que cuando la autoestima es baja, utilizan más el estilo de escape y en menor grado el apoyo social (Hammer y Marting, 1988).

Sobre el afrontamiento en niños y adolescentes, Welberg, (1992), encontró que los factores estresantes para los adultos, no son los mismos que para los niños y los adolescentes ya que tendrán influencia en todas las condiciones de crisis de la vida; ya que tendrán más influencia en todas las condiciones de la vida.

Descubrió que la mayoría de los factores estresantes para niños y adolescentes son causados por la relación con sus padres, familiares y maestros, así como de los factores socioeconómicos que no dependen directamente de ellos. También averiguó que la habilidad para lograr una buena valoración cognoscitiva del estresor y de los recursos de afrontamiento se desarrolla gradualmente desde la infancia hasta la adolescencia.

Continuando con esta línea de investigaciones del estrés y del afrontamiento, Compas (1987), propone que en niños y adolescentes es importante el contexto social del afrontamiento con respecto a su dependencia de un adulto. Los esfuerzos del afrontamiento del niño dependen de su madurez para reaccionar a estresores físicos y biológicos.

También se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento preferidas por los

adolescentes son solucionar el problema y el pensamiento mágico. En los adolescentes de entre 15 y 17 años hay una preferencia por la reestructuración cognoscitiva, por culpar a los demás y por la resignación. La estrategia más efectiva para ellos es la autocrítica y la menos efectiva es culpar a otros (Daniels y Moos, 1990).

En los adolescentes que toman medidas a corto plazo en situaciones en las que tienen que afrontar problemas con su pareja, con su novio (a) es más efectiva la regulación emocional. Mientras que para problemas escolares es más efectivo usar el apoyo social y el pensamiento mágico y en la relación con los amigos es más útil emplear la regulación emocional. Cuando se obtienen medidas a corto plazo la estrategia de escape-evitación puede utilizarse como recurso efectivo cuando el evento estresante proviene de una situación incontrolable.

En resumen el adolescente tiene que caminar a través de un sin número de situaciones y fenómenos característicos de la transición y aunque el camino parezca largo y sinuoso, es necesario recorrerlo para alcanzar la madurez y ser bienvenido al mundo del adulto.

Las vivencias suelen ser en muchas ocasiones difíciles y percibidas como catastróficas lo cual, los pueden conducir a tomar decisiones erróneas que alcanzan funestas consecuencias que y un sin fin de problemas a partir de su conducta (delincuencia, promiscuidad, ingestión de sustancias, entre otras), por lo cual pueden recibir desde una simple sanción por parte de los padres, las cárcel o en casos extremos la muerte.

Una de las conductas a la que recurren un gran número de jóvenes por múltiples razones es la ingesta de sustancias adictivas (alcoholismo, marihuana, cocaína, etc.), problema de salud pública en nuestros días que esta alcanzando una magnitud alarmante, y que no ha encontrado los medios adecuados para poder controlarlos.

Las causas de la ingesta de psicotrópicos por los jóvenes al igual que el mantenimiento de esta conducta no son muy claras, ya que se desconocen las razones, motivos o factores que lo llevan a depender física y emocionalmente de éstas.

Adolescentes con dificultades

La mayoría de los autores están de acuerdo en que es imposible clasificar los trastornos psicológicos de los adolescentes basándose únicamente en los síntomas y que el paso de la semiología a la etiología no se hace de manera inmediata. Es ésta una posición teórica y práctica defendida, por Flavigny a causa del hecho de que los adolescentes están en transformación mientras que las clasificaciones comportan un aspecto estático y algo inamovible.

Considerando que los adolescentes tienen importantes capacidades dinámicas y de transformación, hay que evitar en lo posible, encerrarlos en una etiqueta nosológica para fijar un pronóstico con el fin de dejar abierta una evolución positiva para el porvenir. Se rechaza firmemente definirlos por un síntoma, sobre todo cuando éste no es más que la traducción de un comportamiento (psicópatas, toxicómanos, suicidas, delincuentes, etc.) ya que todo síntoma traduce la manera como emerge un problema global.

En un estudio de Seracini (1996) realizado en 97 sujetos con un rango de edad entre 9 a 19 años, adictos a la heroína, encontró que la evitación, la auto-culpa, el enojo, abandono y en general la conceptualización del afrontamiento evitativo, estaban fuertemente asociados con un ajuste psicosocial pobre en los niños adictos a la heroína.

El enojo como afrontamiento general, la conceptualización del afrontamiento evitativo, también fueron asociados generalmente con altos niveles al uso de sustancias. También descubrió que el estrés contribuye a un pobre logro en los niños y que el apoyo social percibido estaba en relación con la búsqueda de apoyo

como estrategia de afrontamiento.

Los trabajos sobre la adolescencia en los cuales se explican las conductas, pensamientos y situaciones de los jóvenes, resaltan la circunstancia propia. Es un tiempo de grandes retos y desafíos que no siempre resultan positivos, de tal forma que existen diversas complicaciones que se manifiestan en conductas y actitudes que son peligrosas o arriesgadas para la propia integridad del joven. Dentro de estas conductas se identifican las adicciones, que son autodestructivas pero que suelen ser un recurso al cual es fácil acceder y que es momentáneamente efectivo, pero cuyas consecuencias son perjudiciales para la salud integral del joven.

Por tal hecho será esbozado el tema de las adicciones con el fin de describir los contenidos que se relacionan con éste.

CAPÍTULO IV

ADICCIONES

La presencia y el consumo de sustancias adictivas no es algo nuevo en ninguna sociedad, su existencia está documentada en la historia de la mayoría de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones individuales y sociales así como las respuestas que las sociedades han ido desarrollando a través del tiempo. La connotación ritual/cultural, médico/terapéutico, social/ recreacional u ocupacional/ funcional y las formas de uso de drogas pueden fluctuar de acuerdo con numerosos factores individuales y sociales

Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial. La relación entre el ser humano y las drogas ha sido compleja y de importantes transformaciones a lo largo de la historia; Luca de Tena (2000), apunta: *“Las drogas acompañan al hombre por el largo camino de la historia, siendo parte esencial de su medio natural y de las distintas culturas. El dominio de ellas y su funcionalidad múltiple han permitido que la especie humana extienda su presencia en la Tierra aumentando su nivel de bienestar”*.

Tales afirmaciones indican una relación cercana con la integridad vivencial del individuo, siendo las drogas sustancias utilizadas para la sedación, la estimulación o como una ayuda para lograr una cercanía con la divinidad. De esta manera, la embrollada relación, va más allá, de comprender las propiedades farmacológicas determinadas, sin algo que pueda recibir cualidades de otro tipo en el ambiente esencialmente cultural de los humanos (Wagner, 1993).

Como muestra de la complejidad cultural del uso de las drogas, encontramos que: en Perú los Incas, utilizan la hoja de coca era un símbolo inca, reservado exclusivamente a la corte, que podía otorgarse como premio al siervo digno por

alguna razón. En Roma pre imperial el libre uso del vino estaba reservado a los varones mayores de treinta años, y la costumbre admitía ejecutar a cualquier mujer u hombre joven descubierto en las proximidades de una bodega. En Rusia beber café fue durante medio siglo un crimen castigado con tortura y mutilación de las orejas. El fumar tabaco se condenó con excomunión entre los católicos... la hierba mate que hoy beben en infusión los gauchos de la pampa fue considerada brebaje diabólico (Escotado, 1998).

Lo anterior es muestra de la importancia que tiene considerar y percibir aquellos valores e ideas que se forjan en el interior de cada sociedad sobre las drogas. Desde la perspectiva psicosocial podríamos encontrar un suelo fértil para apoyar tales consideraciones en el estudio de la cultura como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, las reglas de interacción de los individuos en los diferentes tipos de papeles sociales que hay que llenar (Díaz-Guerrero, 1997).

Todo lo anterior nos permite formar la realidad social y en la construcción compleja de la misma perspectiva de salud y enfermedad como construcciones sociales y los distintos modos de preservarla en relación con los diferentes recursos externos entre los que figuran las llamadas drogas.

Podríamos decir que las premisas socioculturales permiten establecer las bases de la comunicación comprensible entre los individuos mediante la cual los usos y los efectos de las sustancias se convierten en construcciones importantes de la realidad del grupo social, dentro de la que cumplen su función no sólo farmacológica, sino simbólica y representacional (Luca de Tena, 2000).

La ambivalencia social hacia las sustancias adictivas encuentra su mejor expresión en el antiguo vocablo griego pharmakon, que significa tanto medicina como veneno, algo que salva o quita la vida.

Los patrones tradicionales de uso fueron desapareciendo a través del tiempo y el contexto y las formas de consumo cambiaron. Las transformaciones y conflictos geopolíticos y económicos, aunados a los intereses y ramificaciones de la producción y distribución internacional de sustancias, contribuyeron a que el consumo fuera adquiriendo un carácter desintegrador. Lo que imprime una especificidad e importancia al tema de las drogas en la actualidad es la forma en que se presentan sus patrones de producción y distribución a nivel mundial, los efectos económicos, sociales y de salud vinculados a esas sustancias, así como su carácter ilícito, su impacto en las instituciones y la relevancia del tema en la agenda y relación política de los gobiernos (Wagner, 1993).

Se ha señalado que el consumo de drogas y las políticas han ido cambiando a través del tiempo. Las actitudes hacia las sustancias y su demanda son cambiantes y se ven influenciadas por numerosos factores culturales, económicos y sociales en un país o región; y a esto se agrega la oferta y accesibilidad de las sustancias y el marco de control legal y social que rodea al consumo. La percepción del público hacia distintas sustancias y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades, condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control.

En otros casos, el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busque otras drogas, incluso más dañinas, o que se produzca un rechazo de la sociedad hacia la política (Baron y Kenny, 1986).

La demanda de sustancias adictivas ilícitas surge como problema mundial de salud pública a finales de los años sesenta. En EEUU y otros países se observa un aumento acelerado del consumo de drogas, asociado a la emergencia y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura.

Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde se comenzó a observar un crecimiento en el uso de sustancias en ciertos sectores, por lo que en ese periodo empiezan a generarse diversas iniciativas para enfrentar este problema.

El consumo de drogas en la actualidad se ha convertido en un problema de salud pública por su magnitud dentro de la sociedad. En el mundo existe un gran número de individuos que consumen sustancias adictivas como alcohol, tabaco y psicotrópicos, tal conducta se manifiesta en aquellos que sólo la consumieron una vez por curiosidad, hasta aquellos que lo hacen cotidianamente como respuesta a la dependencia que ésta les crea (ENA, 2002).

Podemos encontrar que el número de consumidores de drogas de la población mundial aumentó en el 2004 a 200 millones de personas, es decir el 5% de la población mundial de la cual un 96% se administran *Cannabis* como: marihuana y hashish, según un informe dado en Viena por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD, 2004).

A la marihuana le siguen los opiáceos: heroína, morfina y opio, en un 87%, cocaína sus derivados 81%, inhalables y las anfetaminas como el éxtasis en un 0.1% de la población global (Medina y Rojas, 2003).

Las personas más vulnerables para consumir cualquier tipo de droga, oscilan entre los 11 y los 20 años de edad y por tanto, la acción de los distribuidores e iniciadores de consumo, se extiende, sobre todo, en la población de las escuelas preparatorias, secundarias y aún en las escuelas primarias y es ahí mismo en donde deben iniciarse las acciones profilácticas de mayor intensidad.

La ONUDD (2004) menciona que de los 200 millones de consumidores, de entre 15 y 64 años de edad, 110 millones consumen drogas una vez al mes y unos 22 millones de forma diaria, el resto probó alguna droga al menos una vez al año.

La mayoría de los consumidores se encuentra en Norteamérica y Europa, aunque ha aumentado el número de usuarios en los países asiáticos y sudamericanos por donde pasa la droga o se producen los estupefacientes.

El informe de la ONUDD (2004) añade que la producción de cocaína, que se concentra en Colombia, Perú y Bolivia, aumentó en 2004 un dos por ciento, hasta

687 toneladas (frente a 674 toneladas un año antes), aunque se encuentra todavía un 26 por ciento por debajo de los niveles récord de 1999.

En nuestro país el panorama de este fenómeno no es diferente al del resto del mundo ya que de los casi 100 millones de mexicanos que somos, cerca de 400 mil personas pueden considerarse como "usuarios fuertes" de drogas ilegales (ENA, 2002).

Por lo tanto, poner en claro el tema de las adicciones en los adolescentes es de nuestra competencia para que se pueda comprender el aumento del índice de consumo entre los adolescentes, que es cada vez mayor, ya que el problema parece muy difícil de resolver por lo cual resulta de gran interés esclarecer las múltiples razones, motivos e intereses, que conllevan a los jóvenes a afrontar las exigencias del medio con una conducta autodestructiva.

Las víctimas que cobra el consumo se cuentan por millones en todo el mundo sus consecuencias se observan cuando destrozan hogares, destruye carreras, afectan la vida de muchas personas al alrededor del adicto. Sólo el tabaco y el alcohol, sustancias legales y socialmente aceptadas, matan anualmente a millones de personas.

El gobierno de México inició, desde la década de los 70's, actividades para atender este problema, mucho antes de que la demanda de drogas adquiriera mayores proporciones, por lo que contamos ya con una considerable experiencia acumulada. Nuestro país ha realizado esfuerzos importantes por enfrentar este problema a través del desarrollo de un marco jurídico-normativo e institucional y de programas que, al mismo tiempo que dan seguimiento a los acuerdos que México ha firmado en el ámbito internacional, se ajustan a las características socioculturales específicas de nuestra nación (Villatoro et. al. 2001).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 1998, se confrontan las tendencias con los estudios similares realizados en 1988, 1993 y 2002. Los

datos indican que, si bien la prevalencia global del consumo de drogas en México es aún baja al compararla con otras sociedades, registra incrementos y tendencias preocupantes. La marihuana se mantiene como una de las principales drogas consumidas por distintos grupos de la población. Los solventes inhalantes, utilizados principalmente por jóvenes, tienden a disminuir en importancia, aunque el uso de la cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población, se ha extendido actualmente a diversos sectores como los jóvenes y los de menos recursos (Ortiz, Rodríguez, et al, cit en Medina, et al, 2001).

La prevalencia del uso de sustancias a nivel mundial según datos de la ONU es que un 4.3 % de la población mayor de 15 años consume: drogas ilícitas, 3.5% Cannabis, 0.3% ingieren cocaína y un 0.22% heroína. En nuestro país la distribución se encuentra de la siguiente manera: 1.2% consume drogas ilícitas, 1%, Cannabis, 0.5%, ingieren cocaína y un 0.01% heroína. Al contrastar estos índices de consumo se puede observar que estos resultan bajos en México. En cifras comparativas, se observa que en la actualidad, nuestro país tiene bajos índices de dependencia, y aunque se ha calculado que un 0.7% de la población urbana adulta reúne los criterios de dependencia a las drogas, su consumo es menor al observado en los Estados Unidos de Norteamérica (7.5%), Alemania (2.1%), y los países bajos (1.8%) (Merikangas et.al 1998, cit. en Medina y Rojas, 2003).

En la ENA 2002 realizada a la población mexicana de entre 12 y 65 años de edad se encontró que 3.5 millones de personas han usado drogas (excluyendo alcohol y tabaco); 1.13 % usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los 30 días previos a la encuesta.

Prevalencia de uso de drogas	Población Total (N = 69,767,067)	
	N	%
Últimos 30 días	569,035	0.82
Últimos 12 meses	911,359	1.31
Total Alguna Vez	3'506,602	5.03

FUENTE: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRM, DGE, INEGI

Tabla 1. Prevalencia de uso de Drogas cifras dadas por el ENA 2002, SSA, CONADIC, INPRM, DGE e INEGI.

En nuestro país 215,634 adolescentes de entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, entre 18 y 34, 1'795,577 (1'351.138 varones y 449,439 mujeres) y entre 35 y 65 1'495,391(1'177,683 varones y 317,708 mujeres).

Población rural y urbana por edad y sexo que usó alguna vez

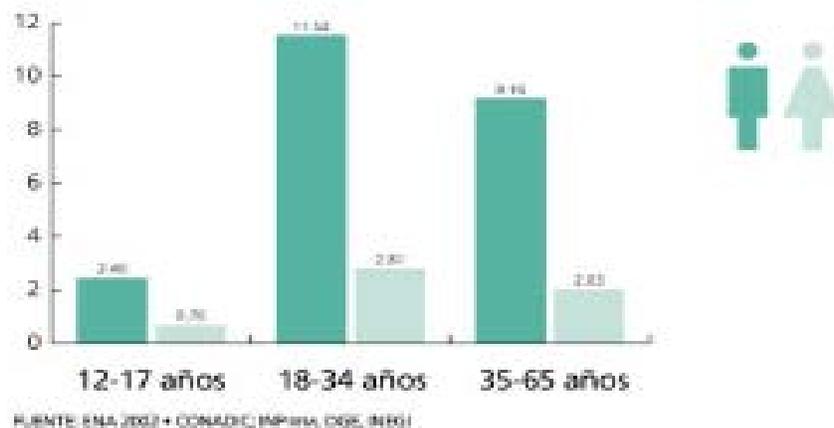


Fig.7 Población rural y urbana por edad y sexo.

La droga de mayor consumo (excluyendo alcohol y tabaco) es la marihuana con 2.4 millones de personas que la han probado alguna vez. La cocaína ocupa el segundo lugar en preferencia con el 1.4% de la población urbana y la población mayor se da entre 18 y 34 años.

El inicio de consumo se da en el grupo de edad de entre 12 y 17 años, la marihuana muestra la máxima elevación alrededor de los 15 años y la cocaína de los 16.

Prevalencia total, anual y actual del uso de drogas ilegales

	Uso alguna vez*	Uso en el último año*	Uso en el último mes*
Mariguana	3.48	0.60	0.31
Inhalables	0.45	0.08	0.08
Alucinógenos	0.25	0.01	0.01
Cocaína y otros derivados	1.23	0.35	0.19
Heroína	0.09	0.01	—
Estimulantes tipo anfetaminico	0.08	0.04	0.01

FUENTE: ENA - SSA, CONADIC, INPRIMA, DGE, INEGI

* Porcentaje del total de la población

Tabla 2. Prevalencia del uso de drogas ilegales.

Prevalencia del uso de drogas por grupos de edad

<i>Alguna vez usado</i>	12 y 17 años* (N=172,020)	18 y 34 años* (N=1'565,494)	35 y 65 años* (N=1'150,386)
Mariguana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y otros derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	—	0.22	—
Estimulantes tipo anfetamínico	0.13	0.11	0.03

FUENTE: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRIM, DGE, INEGI * Porcentaje del total de la población.

Tabla 3. Prevalencia del uso de drogas por edad.

El principal motivo por el que los jóvenes inician el consumo es por los amigos (marihuana 57% y la cocaína 69%)

Con respecto a los adolescentes se encontró que más de 200 mil de entre 12 y 17 años han usado drogas, el 55.3 % continúa usándola en el último año y un 37 % la usó en el mes previo a la encuesta.

Una proporción muy baja de los usuarios han solicitado ayuda, de médicos y sacerdotes con mayor frecuencia.

Uso de servicios	% del total que ha usado drogas*	% del total que ha tenido problemas*	% del total que ha tenido prob. físicos*
Hospital General o Centro Comunitario	1.21	1.93	3.38
Hospital o Servicio Psiquiátrico	0.56	0.47	0.89
Grupo de Atención Médica o Médico privado	4.91	4.99	9.54
Sacerdote	4.22	4.47	6.06
Curandero			
Otros	2.88	2.16	4.14
Cualquier tipo de ayuda	14.54	14.75	25.40

FUENTE: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRIM, DGE, INEGI * Porcentaje de cada grupo que ha asistido al servicio.

Tabla 4. Prevalencia uso de servicios para ayuda.

Definición

La definición de droga propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a todas las sustancias psicoactivas o a "...cualquier sustancia que, en el interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras". Esto incluye el alcohol, el tabaco y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos.

Hoy día los expertos aceptan que el mal uso o abuso de cualquier sustancia o comportamiento que afecte a la mente, el cuerpo y las emociones humanas conducen a la adicción o dependencia.

La OMS habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso esporádico, persistente o excesivo de las drogas fuera de una práctica médica aceptable. Como esto fue considerado muy ambiguo, se comenzó a remplazar el término abuso con el de uso dañino, que incluye: "un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud (...) física o mental". Sin embargo, dentro del contexto del control internacional de drogas, la OMS utiliza la palabra abuso para reforzar el uso de los términos utilizados por las Convenciones que emplean indistintamente los vocablos "abuso", "uso inadecuado" o "uso ilícito".

El uso habitual de una droga, con frecuencia provoca una necesidad física. La adicción es un proceso fisiológico según el cual el organismo responde a ciertas drogas. Conforme aumenta el tiempo de ingestión se llegan a tolerar cantidades cada vez mayores de ellas. Los sistemas fisiológicos se habitúan a dichas sustancias químicas de manera que se necesitan dosis cada vez mayores de ellas para seguir produciendo el mismo efecto tóxico.

La adicción se define como *"El abuso compulsivo de sustancias que afectan el estado de ánimo y de conciencia del individuo*. Es una enfermedad, reconocida como tal por la OMS y las más recientes investigaciones y descubrimientos médicos confirman esta posición.

En 1963, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por dependencia, entendida como:

“Un estado psicológico y/o físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La tolerancia (una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia) puede o no estar presente en la dependencia; una persona puede ser dependiente a varias drogas”.

Las convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de drogas no establecen una distinción entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término droga ilegal o ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal.

El alcohol y el tabaco, en estas organizaciones internacionales, son generalmente mencionados como sustancias más que drogas, debido a que no están sujetas al control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que, además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo.

Por otra parte, en algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control terapéutico son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles, aunque no están dentro del mencionado control internacional, son frecuentemente usados con fines de intoxicación por niños en muchos países, como en México.

En los Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de dependencia y abuso de

sustancias se observa la siguiente clasificación.

Dependencia

Un patrón de mala adaptación con consumo de sustancia, que da lugar a un deterioro o alteración clínicamente significativa, que se manifiesta por tres (o más) de las siguientes características, aparecidas en algún momento de un mismo período de 12 meses.

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - A. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o los efectos deseados.
 - B. El efecto de las mismas cantidades de sustancia para conseguir disminuye claramente con su consumo continuado.
2. abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - A. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - B. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante periodos de tiempo más largos de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. Visitar a varios médicos o desplazarse grandes distancias), en el consumo de sustancias (p. ej. Fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias.
7. se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancias (p. ej. Consumo de cocaína a

pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Abuso de sustancias.

A. Patrón desadaptativo con consumo de sustancias, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes ítems, durante un mismo periodo de 12 meses:

- a. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej. Ausencias repetidas o bajo rendimiento laboral relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con las sustancias; falta de atención a los hijos o a las obligaciones de la casa).
- b. Consumo recurrente de sustancias, en situaciones en las que hacerlo resulta peligroso (p. ej. Conducir un auto a alta velocidad o manejar maquinaria).
- c. Problemas legales repetidos (p. ej. Arrestos por alteración del orden público).
- d. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por el consumo de sustancias (p. ej. Discusiones con el cónyuge a cerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

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

En 1992 se pensó que era necesario aclarar más el término y fue modificado por: "un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; (...) hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan

conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan".

Las sensaciones provocadas por la droga pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente, que su ausencia se vuelve intolerable (síndrome de abstinencia o supresión) y lleva a algunos usuarios a extremos para conseguirlas. Los conocimientos científicos no permiten predecir quién se volverá adicto y quién no.

Clasificación de las drogas

Existen diferentes y numerosas clasificaciones de las drogas psicotrópicas, en relación a lo que se considera de base para incluir una droga en un grupo u otro. Así, pueden existir clasificaciones en base al origen de la droga, uso médico, legalidad, composición química, efectos, riesgos, valor terapéutico, dependencia, tolerancia que producen, etc.

Por ejemplo, se ha intentado dividir las drogas en categorías tales como "duras" y "blandas", pero, está demostrado, que esta clasificación carece de una base científica lógica, pues las consideradas "blandas" como los tranquilizantes pueden ser tan peligrosos y adictivos como cualquier droga "dura" como la heroína.

Para fines didácticos y para facilitar una comprensión, utilizaremos aquella que agrupa a los fármacos de acuerdo a su efecto en el sistema nervioso central (estimulantes, depresores, narcóticos, y alucinógenos), ampliando la información de aquellas sustancias que se tomaran como variables en el estudio es decir los efectos de la cocaína y la marihuana.

Tipos de sustancias

Estimulantes

Cocaína. Es el más poderoso estimulante del Sistema Nervioso que proviene de sustancias naturales. Es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta

Erthroxilon coca, originaria de América del Sur y se presenta como un polvo compuesto por pequeños cristales blancos.

Los efectos y la rapidez con que los percibe el consumidor de cocaína varían notablemente de acuerdo al estado físico y mental, la dosis, la frecuencia del consumo y, sobre todo la vía de administración. En la actualidad, la forma más frecuente y en la que se obtienen efectos casi de inmediato, es la aspiración por las vías nasales; pero también puede ser inyectada, fumada e ingerida en diversas preparaciones. Para los usuarios por vía intravenosa, se aumentan los riesgos de adquirir hepatitis, SIDA y endocarditis.

La cocaína, al estimular el sistema nervioso, provoca una mayor frecuencia en los latidos del corazón y contrae los vasos sanguíneos. Esto aumenta los riesgos de problemas cardiovasculares. En las primeras ocasiones que se consume, provoca pérdida del apetito y euforia. Cuando pasan estos efectos, el consumidor entra en un estado anímico opuesto, en el que se presenta depresión, ansiedad y temor.

Con dosis altas, los usuarios pueden padecer paranoia y estados de psicosis aguda. En algunos casos, el incremento en la presión sanguínea provoca consecuencias fatales.

El consumidor de cocaína desarrolla diferentes trastornos:

1. Problemas en el organismo:

- Dependencia, por lo que percibe que le es imposible suspender el consumo de esa sustancia.
- Problemas cardiovasculares, latidos irregulares del corazón, deficiencia cardiaca, ataque cardíaco, etc.
- Problemas neurológicos, taquicardia y hemorragias en el tejido del cerebro.
- Problemas pulmonares, como fluidos en los pulmones, asma aguda y trastornos respiratorios.

- Disfunción sexual, pérdida del olfato, irritación y sangrado nasal, náusea y dolor de cabeza.

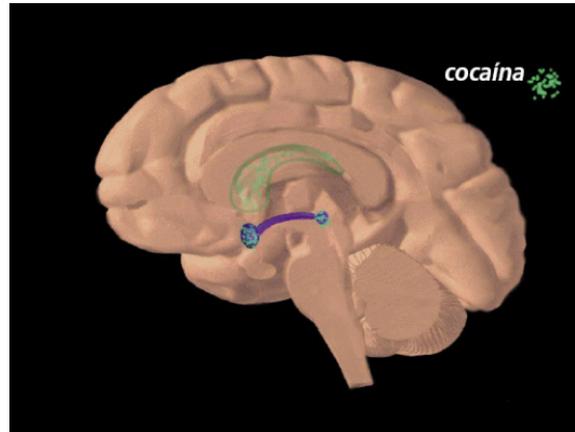


Fig.8. Acción de la Cocaína en el cerebro humano.

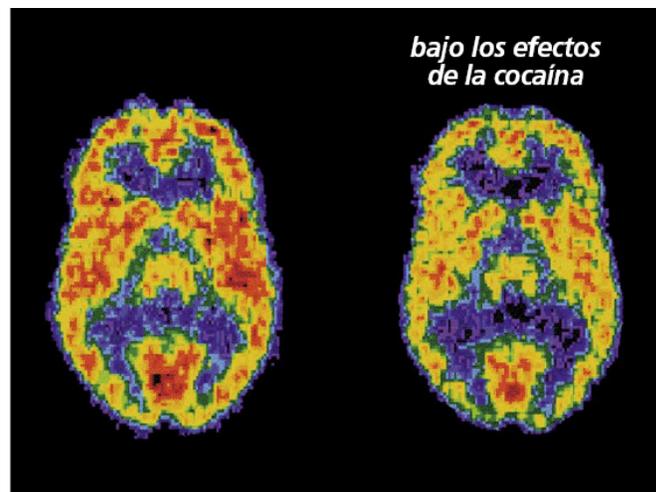


Fig.9 visualización en TAC de los efectos de la cocaína en el cerebro humano



Fig.10. visualización en TAC de los efectos de la cocaína y de visualización en el cerebro humano

2. **Problemas mentales:**

- Psicosis, paranoia, depresión, ansiedad.
- Conducta agresiva, violenta y delictiva.
- Insomnio.

3. **En el embarazo:**

- Separación prematura de la placenta, aborto espontáneo, parto prematuro.
- En el bebé de madres consumidoras: bajo peso al nacer, deterioro visual, problemas de retraso mental y malformaciones.

Anfetaminas. Son sustancias producidas de forma sintética en laboratorio. Su principal función es potenciar la actividad del Sistema Nervioso Central.

Las formas más corrientes de encontrar la sustancia son tabletas, cápsulas y en polvo. Pueden tener texturas y colores diferentes, y su pureza en el mercado ilícito suele ser baja; las principales sustancias de corte son: lactosa, manitol, cafeína, paracetamol, etc.

Las anfetaminas se absorben sin dificultad, tanto por el tracto digestivo como por vía parenteral, por lo que se pueden administrar oralmente (método más común), inyectada o también esnifada.

Su peligrosidad estriba sobre todo en que constituye el primer paso en la carrera de la drogadicción. Junto con las anfetaminas es la droga de mayor consumo en nuestro país entre los adolescentes.

Éxtasis. Es una composición basada en las anfetaminas a la que se adicionan otras sustancias. Así, además de los efectos estimulantes y de acuerdo a la composición puede alcanzar propiedades alucinógenas, semejantes a las producidas por la mezcalina. En general se ingiere, pero puede fumarse e inyectarse.

En dosis pequeñas, hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad para las percepciones sensoriales. Como se eleva la temperatura del cuerpo, si se toma en lugares concurridos y se baila, se pierde líquido y se puede llegar a la deshidratación. También se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación, pudiendo presentarse crisis de ansiedad y ataques de pánico. Estas sensaciones van disminuyendo y puede surgir un comportamiento impredecible, pasando de la tranquilidad y la actitud amistosa a la ira y la provocación, así como insomnio y falta de apetito. Puede también presentarse somnolencia, ansiedad, depresión e irritabilidad.

En dosis altas, o cuando existe una predisposición genética e hipersensibilidad hacia algunos de los compuestos, del éxtasis, el consumidor puede desarrollar complicaciones graves, como profunda alteración de la conciencia, agitación, convulsiones e insuficiencia renal aguda, que pueden causarle la muerte.

Después de un tiempo de consumir éxtasis pueden aparecer trastornos neuropsicológicos o psiquiátricos permanentes, desde alteraciones de la memoria hasta

trastornos afectivos y psicosis paranoide. También se presentan alteraciones cardiovasculares graves, como arritmias y colapso cardiovascular.

El grupo social también se ve afectado por quienes se intoxican con éxtasis, ya que impacta en la seguridad y el bienestar, porque se presentan más accidentes, en especial de tránsito. Además, como es producido en laboratorios encubiertos, sin condiciones higiénicas, no existe control acerca de su composición y con frecuencia contiene impurezas y diferentes proporciones de sus compuestos, lo que facilita la intoxicación, ya que el consumidor no tiene control sobre la potencia de las sustancias que consume.

Depresores

Barbitúricos. Son depresores del Sistema Nervioso Central. Las dosis bajas provocan sensaciones de tranquilidad y ayudan a conciliar el sueño. Cantidades más elevadas disminuyen los reflejos y provocan lentitud respiratoria que puede llevar hasta el coma y la muerte. Tras el consumo prolongado aparecen trastornos físicos como anemia, hepatitis, depresión, incoordinación motriz y entorpecimiento del habla, etc.

Benzodiacepinas. Estas sustancias tienen acción ansiolítica, mejoran el rendimiento del paciente e inducen a un estado de relajamiento muscular y somnolencia. En ocasiones producen desinhibición, mostrándose el usuario locuaz, excitable e incluso agresivo.

Dosis elevadas producen náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz, etc.

Los signos que configuran un síndrome de abstinencia a estos fármacos son: aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza y tensión muscular, temblor y palpitaciones, disforia, y en casos graves: convulsiones y "estatus epiléptico".

Alcohol. El alcoholismo es la primera toxicomanía en muchos países del mundo.

Afecta a un gran número de individuos, en general adultos, pero también y cada vez más a los adolescentes, aunque no medie la dependencia es la causa de accidentes, problemas familiares, escolares, intoxicaciones graves, etc. Es la droga más consumida en todos los tramos de edad, en los dos sexos y en casi todos los grupos sociales.

Con respecto a los más jóvenes, esta sustancia se consume muy por delante de otras drogas ilegales. Ante lo que se considera un uso esporádico del mismo, puede afianzarse una alcoholización precoz, dado que las dependencias alcohólicas más graves se inician en estas edades.

El marcado carácter social que presenta esta droga y la gran aceptación de la que goza permite que se cataloguen como normales patrones de consumo que, en verdad, son claramente desmesurados. Esto genera una serie de efectos adversos de muy diversa índole como puede ser:

El hecho de que afecta a todo el organismo, siendo el más perjudicado el hígado. En exceso produce acidez en el estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación, etc. Si las dosis ingeridas han sido muy elevadas puede inducir a la depresión respiratoria, coma etílico y ocasionalmente la muerte.

El alcohol afecta a los centros superiores del cerebro, o lo que es lo mismo, a los sentimientos, reflexión, memoria, atención y control social. La ingesta excesiva produce falta de coordinación, lentitud en los reflejos, vértigo e incluso visión doble y pérdida de equilibrio.

En el núcleo familiar, (desestructuración, aparición de crisis, malos tratos, etc.). La inestabilidad, el absentismo laboral y el aumento de accidentes constituyen una muestra de los múltiples contratiempos que vive el paciente alcohólico en el ámbito profesional. En el plano social, el abuso del alcohol se asocia a conductas delictivas, alteraciones del orden y suicidios.

Narcóticos

Opiáceos. El fruto de la planta amapola o adormidera (*Papaver Somniferum*) es una cápsula globosa y achatada de la que se extrae un látex blanquecino que se procesa hasta obtener el opio. Los opiáceos son las drogas derivadas del opio: la morfina, la heroína y la codeína. También se las llama narcóticos o estupefacientes.

Los efectos y las consecuencias de estas tres drogas son semejantes. Uno de sus principales efectos es que mitigan el dolor, razón por la cual se usan como analgésicos. Su consumo provoca euforia, despreocupación, relajación y bienestar. Más tarde el usuario se vuelve introvertido y solitario. Paralelamente se pueden presentar náuseas y vómitos, sensación de calor y depresión.

Las repercusiones de su abuso son muchas como desnutrición, temblores y múltiples infecciones en distintos órganos vitales, pero sobretodo una gran dependencia. La depresión creada por la carencia, junto con el intenso grado de tolerancia que crean estas drogas, acaba en una dolorosa necesidad de las sustancias, y la inyección de heroína es el medio para evitar el sufrimiento, el síndrome de abstinencia, por el cual la droga deja de constituir una fuente de placer, para llegar a convertirse trágicamente en una necesidad vital.

Heroína. Es un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, pero su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación a los que haya sido sometido. Vulgarmente, es conocida como reina, caballo, nieve, poderosa, dama blanca, hero y jinete del Apocalipsis.

Los efectos de la heroína son iguales a los de la morfina, pero más graves. Elimina la sensación de dolor y la percepción, y es depresor del sistema nervioso central. Tras la administración de una dosis de heroína, aparece en el individuo una sensación de bienestar, placidez, imaginación exaltada y unas sensaciones agradables que los heroinómanos dicen no poder explicar con palabras, y que

para saber realmente como son esas sensaciones tan agradables no hay más remedio que "picarse". Aparte de estos efectos, que pueden considerarse los "deseados", le siguen otros tales como somnolencia, miosis, braquicardia, bradipnea, hipotensión e hipotermia.

Codeína. Se encuentra de forma natural en el opio, es un calmante similar a la morfina, pero mucho menos potente y con pequeños efectos sedantes. Es útil para aliviar dolores moderados y tiene mucho menor riesgo que la morfina de provocar dependencia o efectos tóxicos. Si se instaura la adicción, mediante el uso prolongado de altas dosis, el síndrome de abstinencia resultante es menos severo.

Entre los efectos secundarios encontramos: estreñimiento, náuseas, vómitos, vértigo y somnolencia. Las dosis elevadas pueden producir inquietud y excitación. En los niños pueden provocar convulsiones.

Alucinógenos

L.S.D. O droga psicodélica. Llamada también "ácido". Es un alucinógeno potente que fue ensayado con fines psiquiátricos en el Psicoanálisis. Su ingestión hace que afloren problemas subconscientes con posibles "viajes" a veces terroríficos, por lo que el individuo puede atentar contra su vida o la de los demás.

Produce dependencia psíquica y el fenómeno de "flash back", es decir, que se vuelven a experimentar las alucinaciones hasta meses después de haber ingerido la droga.

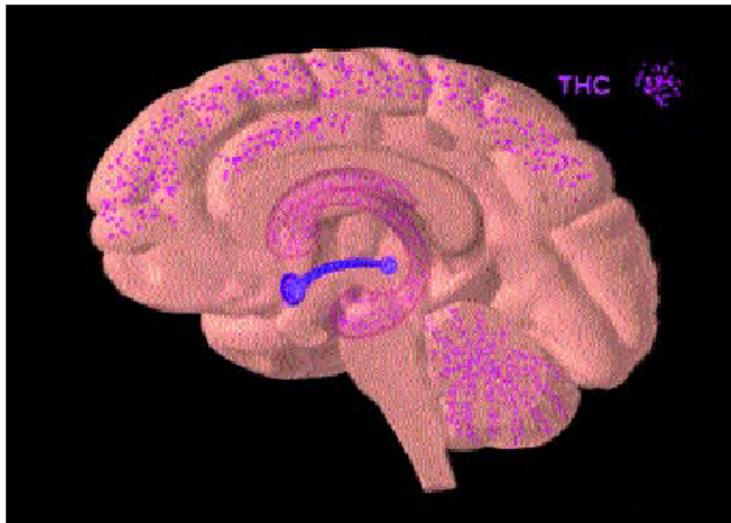
Debido a que las cantidades necesarias son muy pequeñas, suelen usarse métodos insólitos para traficar la droga, como cartas con gotas desecadas al lado de palabras clave, pañuelos embebidos y secados, etc.

Marihuana. Se la obtiene de una planta, "Cannabis sativa" en América y "Cannabis indica" en Oriente. Sinónimos vulgares son "grass", yerba, "griffa", etc. Es un producto alucinógeno cuyo principio activo es el tetrahidro cannabinol (THC), que es más abundante en la época de floración.

Produce alteraciones en la percepción y se distorsiona la relación témporo-espacial, los objetos o miembros aparecen lejanos, se puede tener la sensación de flotar. Al final produce depresión, falta de apetito, cansancio y mucho sueño.

Hay también irritación de las conjuntivas oculares y vías respiratorias y cambios negativos en la personalidad. Consumida en el embarazo, puede producir teratogénesis, es decir, aumenta el riesgo de malformaciones. Todos estos efectos a veces se manifiestan debido a la mala calidad del producto o a su adulteración o fraude.

Localización de los sitios donde se fija el THC.



Fuente: National Institute on Drug Abuse. www.drugabuse.gov.

Fig.11. Acción de la marihuana en el SNC

Inhalantes. Se trata de sustancias de fácil adquisición y bajo costo económico, con lo que son las clases sociales más desfavorecidas y marginales quienes más las utilizan, en especial los niños y adolescentes que a ellas pertenecen.

Los efectos inmediatos son exaltación del humor, euforia y alegría, ocasionales alucinaciones y trastornos de la conducta (agresividad, hiperactividad motora,

etc.). Pasados estos efectos iniciales, aparece una depresión del Sistema Nervioso Central, somnolencia y confusión. Si la inhalación continua puede alcanzar una intoxicación grave semejante a la embriaguez etílica, con amodorramiento profundo e incluso pérdida de conciencia. A ello se unen otros síntomas como náuseas, vómitos, tos, lagrimeo, etc.

No existe consenso sobre la capacidad de los inhalantes para generar dependencia física; en cambio, hay datos suficientes para afirmar que sí causan dependencia psicológica y tolerancia.

Muchos inhaladores crónicos presentan un alto grado de ansiedad ante la falta de la sustancia y un fuerte deseo de inhalar, a la vez que tienen que aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos que tiempo atrás, alcanzaban con cantidades inferiores.

Aunque la marihuana es la droga a la que se recurre con más frecuencia, los sedantes, estimulantes y los alucinógenos son también muy empleados, y la adicción a los narcóticos “fuertes” ha aumentado considerablemente.

La droga y el alcohol, que a fin de cuentas es un tipo de droga, no es una enfermedad, es sólo una sustancia o un objeto. No es del todo acertado demonizar la sustancia, esto da lugar a confusiones. La adicción es una consecuencia de una cierta predisposición neurótica, debido a ciertas tendencias adquiridas en el desarrollo de nuestra vida es por lo que nos podemos enganchar a un vaso o a una jeringuilla, o incluso, por qué no, a la televisión. Esto nos da pie a enunciar un cierto principio fundamental: “la droga no provoca la enfermedad... el sujeto se droga porque está enfermo”. En este sentido, la adicción es un síntoma.

En cuanto el adicto toma su droga, el estado de angustia desaparece y se logra un cierto estado de bienestar. El problema es que ese estado de bienestar y plenitud buscado es ilusorio e irreal. Es más, a medida que la adicción se prolonga en el

tiempo es más difícil lograr ese estado y el acento de la adicción busca calmar la angustia.

La vida humana, la cultura humana provoca angustia. A medida que maduramos aumentan las responsabilidades, a medida que avanzamos en edad somos más conscientes de nuestras limitaciones y de la muerte.

La adicción es un mecanismo que sirve para escapar de esa realidad de la vida. Es como buscar un mundo aparte, un paraíso dentro de uno mismo. En realidad se trata de una opción narcisista.

Ese paraíso que se busca, esa plenitud que se pretende tiene que ver con una cierta idealización de la infancia, donde los padres son vistos como el objeto droga, que da todo al niño y satisface todas sus necesidades. La ausencia de la madre puede provocar un estado de suma inquietud en el bebé. Es lo mismo que le pasa a un drogadicto... en realidad se trata de una conducta infantil... Desde este punto de vista podemos considerar a la adicción como un intento de volver a tener ese objeto que nos da todo, como un intento de reconstruir ese estado gozoso de la infancia.

Etapas de evolución hacia la droga

En las fases más tempranas del consumo, generalmente los individuos lo realizan ocasionalmente, pero después presentarán un trastorno porque el consumo de sustancias es indistinguible de los demás en cuanto al tipo y frecuencia en el consumo de una sustancia. Sin embargo el inicio temprano y el consumo regular de las drogas que constituyen “puertas de entrada”, como el alcohol, la marihuana y la nicotina y los signos tempranos de comportamiento agresivo, alteraciones intrafamiliares y asociación con otros compañeros que la consumen, contribuyen a producir y predecir el consumo continuado de las sustancias y la posterior aparición de abuso y dependencia (Dupont, 1989; Brook, 1990).

No se presentan problemas cuando el sujeto consume los fines de semana y en oportunidades absolutamente casuales. La droga es regalada o compartida. No afecta su vida laboral, escolar o de pareja. No presenta episodios de intoxicación, hay buen estado de ánimo y solo busca un cambio de sensaciones o experiencias.

Se puede hablar de abuso cuando el uso de una sustancia es regular durante una semana. Se presentan episodios de intoxicación. El compromiso escolar no es efectivo. Se inicia un deterioro en la vida familiar o de pareja. En el estado de ánimo hay cambios, confusión, se lleva una vida dual, una existencia cotidiana común y otra adictiva, a veces desconocida por parte de sus allegados.

Se habla de adicción cuando ha desaparecido toda relación con la familia o pareja, y hay bajo rendimiento en la escolaridad, o en el trabajo. Está perdido porque presenta un compromiso orgánico total. Hay un alto riesgo de destrucción inmunológico, peligro de SIDA, y el estado de ánimo decae, volviéndose dependiente porque recurre obsesiva y compulsivamente a la droga., además de que hay una imposibilidad absoluta de abstinencia.

Dependencia Psíquica o Habitación. Es el impulso incontrolable de consumir alguna sustancia o fármaco para obtener un estado de bienestar psicológico, para experimentar placer proporcionando alivio a la tensión y a la incomodidad emocional.

Cuando en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica entonces se presenta:

Dependencia Física o Adicción. Que es el impulso incontrolable de consumir la droga, porque los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia lo exigen.

Tolerancia. Se presenta cuando el organismo se ha adaptado a los efectos de la droga, se genera la necesidad de aumentar la dosis de consumo para continuar obteniendo los mismos efectos.

Síndrome de Abstinencia. Es el conjunto de síntomas caracterizados por

trastornos fisiológicos que se presentan al suspender bruscamente el consumo de un fármaco cuando existe dependencia.

Tipos de Usuarios:

- Usuarios experimentales. Este tipo de personas no se les puede considerar propiamente fármaco dependientes, pues su contacto con las drogas fue motivado por la curiosidad
- Usuarios Sociales u Ocasionales. A este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras o
- Únicamente en situaciones sociales. O bien, cuando las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos.
- Usuarios Funcionales. Son aquellas personas que hacen uso de las drogas para realizar actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal, que puede realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.
- Usuarios disfuncionales. Son personas que constantemente necesitan consumir la droga y que han dejado de funcionar social y productivamente.
- Ex fármaco dependiente. Aquellas personas que han dejado de utilizar sustancias tóxicas por lo menos en los últimos seis meses.
- Abuso compulsivo. El uso de droga se torna una compulsión, esto es, acto basado en la emoción, más que la volición, reconocible irracional para el consumidor, pero repetido para evitar la angustia. En algún tiempo la gente padece una compulsión, por ejemplo: fumar cigarrillos, beber café, morderse la uñas, etc.

Motivaciones e influencias del uso de drogas.

Las drogas son consumidas para aliviar el dolor, para el tratamiento de una enfermedad, para cambiar el estado de ánimo, como búsqueda o abandono de la identidad, como escape para olvidar o para explorar estados de conciencia y

sensaciones.

Diferentes estudios (Mohr, 1993; Meriweather, 1997; Myers, et al M; 1995; Prokopčáková, 1992; Seracini, 1996; Terry, 1991; Wagner, et al., 1999; Wagner, 1993) nos llevan a la conclusión de que el estrés de la vida actual, el materialismo y consumismo entre otros, ha traído consigo a un sin número de individuos carentes de límites y reglas claras. La descomposición social y familiar que inducen a la confusión de roles, causan graves problemas emocionales y psicológicos, que conducen al individuo a la búsqueda de escapes para amortiguar el dolor que estos provocan. Fatalmente, los escapes solo amortiguan el dolor que causan los problemas emocionales pero no los solucionan, al contrario los exacerban.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay unos grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas por el uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar las posibilidades de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos en la vida (Seracini, 1996).

La investigación científica ha tratado de identificar los factores que influyen en el uso de drogas de algunas personas; como son los factores personales, los interpersonales y los del medio ambiente social y cultural. Pero hay pocas explicaciones del por qué la mayoría de los individuos que las prueban después las abandonan, mientras otros continúan usándolas. Tampoco hay absoluta certeza sobre los factores que hacen que la mayor parte de la población no las consuma jamás, a pesar de estar igualmente expuesta al estrés social, a la disponibilidad de las sustancias y a otras realidades adversas en su vida personal y colectiva (Myers, et al, 1995; Prokopčáková, 1992; Seracini, 1996; Terry, 1991;

Wagner, et al, 1999; Parkes, 1986; Printz, et al.,1999; Mohr, 1993; Gómez, G. 2006).

Sin embargo, se han logrado importantes avances en el conocimiento y comprensión de este fenómeno, que provienen tanto de la Neurobiología y la Genética, como de la Psicología y otras Ciencias Sociales y de la Conducta. De este modo, hay diversas teorías sobre la relación de los factores biológicos predisponentes que, al establecer contacto con la droga, hacen que algunos individuos sean más susceptibles a desarrollar dependencia. También hay teorías psicológicas que, en concordancia con las recién mencionadas, hablan de una personalidad más vulnerable a desarrollar un vínculo estrecho con las sustancias. Se dice, asimismo, que ciertos rasgos y necesidades personales tienen relación con el tipo de droga consumida o preferida (Mohr, 1993).

En contraste con estas teorías, se encuentran los autores de otras corrientes que ponen el acento en el aprendizaje social y la influencia del grupo donde se mueve el individuo y su integración al mismo.

Los estudios sociológicos de la desviación han desarrollado teorías sobre la interacción entre la conducta del consumo y la forma en que otros la clasifican y sancionan.

La investigación muestra que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, período de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de la diferenciación con los adultos. Puede comenzar como una forma en el manejo de las emociones negativas y como respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil.

Se ha señalado reiteradamente que la presión del grupo de pares, la curiosidad y la pobre integración familiar, son factores que contribuyen al uso de drogas. Asimismo, son mencionados otros factores, como la pobreza, la falta de alternativas y una percepción pesimista del futuro.

Otros estudios sugieren que los que están en mayor riesgo consumir drogas tienen ciertas características: se alejan de los valores convencionales, una mayor preocupación por su independencia y autonomía, una visión sombría de la sociedad en general, poca compatibilidad entre las expectativas familiares y las de su grupo de pares, y perciben escaso apoyo familiar, por lo cual valoran más el que le dan sus amigos (Wagner, 1993; Wagner, et al., 1999; Villatoro, et al., 2001; Valery, et al., 1997).

Hay un acuerdo en el sentido de que la familia juega un papel importante en estas conductas: las actitudes y patrones de consumo; el tipo y grado de comunicación, respeto y cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo del menor. La presencia de una cohesión en la estructura social, familiar y comunitaria, donde se da atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas, o de trasgresión.

Las actitudes y pautas familiares en materia del cuidado de la salud y de la formación de hábitos saludables, así como el manejo de las emociones positivas y negativas, pueden ejercer también una influencia relevante en el niño, tanto para la evitación del consumo de sustancias como en otros aspectos de su desarrollo.

Un papel cada vez más relevante se concede a los medios masivos de comunicación y a la globalización de la información pues cotidianamente los medios incluyen noticias sobre las drogas, que ha originado un falso sentido de familiaridad con el fenómeno y, en ocasiones, una asociación con estilos de vida y valores materiales que pueden propiciar la difusión de imágenes parciales y distorsionadas de este problema (Villatoro, et al., 2001).

Contexto social y drogas en el adolescente

La mayor parte del abuso de las drogas hoy en día es de tipo social, y está basado en la aceptación del grupo para ponerse a la par, curiosidad, alienación, desafío y factores semejantes. Las drogas han adquirido gran importancia en la vida de muchos jóvenes por que les facilita establecer lazos de solidaridad con los de su grupo de edad, para expresar su desafío a la autoridad y a las convenciones sociales y a su vez cubrir el deseo ávido de aventura (De la Fuente, 1996).

Aunque nada impide que el adolescente o el joven fume su primer cigarrillo, tome su primera copa o ingiera su primera droga, él solo, como un acto individual, debe entenderse por ello que las acciones propias del adolescente como actividades que tienen significado, dependen de otros individuos y de los contextos sociales donde se llevan a cabo, de hecho estos primeros consumos y también los que le siguen suelen ser un verdadero acto grupal. (Lidz T., 1980)

Por tanto la primera vez que consumen droga no es fruto de una decisión personal, asumida aisladamente ni con pleno conocimiento de causa, este primer consumo suele darse en un contexto social o grupal, en estas ocasiones hace lo que los demás esperan que haga.

Esta programación social, genera percepciones contradictorias, haciendo también que el adolescente sea más vulnerable frente al consumo de drogas (en lo que se refiere a las drogas legales aunque también puede ocurrir con las ilegales), los cuales surgen de aspectos que se trasladan del ámbito familiar, escuela, barrio, amistades y medios culturales y de comunicación (a los que se tiene acceso el adolescente tales como el cine, radio, televisión, prensa), siendo estos ambientes los iniciadores del consumo de drogas en algunos casos bajo la influencia en el "aprendizaje" de conductas inadecuadas que transmiten y que el receptor (niño-adolescente) internaliza. (Mowbray, 1994).

Por consiguiente el contexto social hace más o menos vulnerables a las personas especialmente a los adolescentes en el consumo de diferentes sustancias, dependiendo de la calidad de las relaciones, del tipo de relación que se establece

entre la voluntad, droga-conducta, de la articulación y de los significados que circulan entre el consumidor y su entorno. Sin embargo los cambios en las sustancias y en los hábitos de consumo, han generado una importante alarma social por la gravedad de los efectos negativos, tanto individuales como sociales que ha producido el consumo de drogas por tratarse de un fenómeno con múltiples referencias sociales, que no sólo incluye a la presión hacia el consumo sino que también las oportunidades de desarrollo que el ambiente brinda a los individuos y las actitudes sociales que son incorporadas por éstos a lo largo del proceso de socialización.

Factores de riesgo

La OMS (1992) reconoce que los problemas más importantes de salud en la etapa de la adolescencia son los que surgen de situaciones generadoras de riesgo. Indudablemente que los comportamientos de riesgo tienen consecuencias biomédicas pero también sociales, personales o psicológicas.

En este sentido el estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de jóvenes involucrados en dichos comportamientos como son los actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia y el pandillerismo entre otros (Muñoz, 1986).

Los comportamientos de riesgo en adolescentes, entonces, estarían relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir en el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y la competencia social. Se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desordenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de los otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los

individuos se ubican en un medio social determinado. Por lo general el adolescente se encuentra involucrado en más de un comportamiento de riesgo (Pierre, 1965)

Los factores de riesgo son un conjunto de agentes que se relacionan con la probabilidad del consumo de drogas, el cual se constituye en un patrón comportamental de vulnerabilidad para el adolescente. Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede iniciar el consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada una interacción recíproca y dinámica. (Rocheblave, 1980)

Los factores de riesgo se modifican en el transcurso del tiempo, al igual que los patrones en el comportamiento del consumo, estos se potencializan asociándose, fraccionándose o logrando mantenerse; y son típicamente diferentes de individuo a individuo, de población a población, de una época histórica a otra, e inclusive en la misma persona en etapas diferentes de su evolución (Rojas, 1999).

Clasificación de los factores de riesgo

Es importante notar que los factores de riesgo representan un desafío para el desarrollo de una persona, ya que tienen un diferente impacto, dependiendo de las circunstancias en que se presentan (Rodríguez, 1986). Se configuran en dos grandes ejes, el primero es el de los factores relacionados con el entorno microsocioal, aquellos que están asociados con el entorno más cercano de la persona y que tienen que ver con sus características, entre ellos:

Factores de Riesgo asociados a la Persona

Se puede observar cómo los efectos de una sustancia no tienen que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta

relación entre el sujeto y el momento en el que acontece la interacción "Droga-Individuo".

Por tanto uno de los factores de riesgo relevante en el desarrollo personal de los niños y adolescentes, que predisponen al consumo de drogas, es de carácter Individual-personal, el cual comprende aspectos de tipo físico, relacionados a la edad y sexo; de tipo genético en donde influye la sensibilidad, tolerancia y dependencia; y de tipo evolutivo y personalidad, como la experimentación temprana al consumo de drogas, la falta de identidad personal, (inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, sistema de valores poco claros, escasas o nulas habilidades sociales, etc.).

La dificultad para hacer frente a los conflictos, puede facilitar el uso de drogas para amortiguar el efecto de los mismos, en lugar de buscar respuestas y soluciones constructivas frente a los problemas presentados. También son importantes las dificultades que tiene el adolescente para tomar decisiones frente a la presión de su grupo, este elemento representa una elevada probabilidad en el inicio de consumo de drogas.

Factores de Riesgo asociados a la Familia

Se sabe cómo los diferentes comportamientos y actitudes están directamente relacionados con el uso de drogas, reflejándose ello en alguno de sus miembros especialmente el adolescente. Se habla de la existencia de 2 tipos de factores familiares, que de una u otra manera pueden potenciar y en algunos casos, desencadenar el consumo de sustancias en los adolescentes. Los factores específicos son los que tienen una influencia directa en el consumo de sustancias, en tal sentido los hijos tiene exposición a las drogas en una fase prenatal del desarrollo (consumo por parte de los padres), y la aceptación de los padres del uso de drogas. Los factores no específicos son la desestructuración familiar, la exposición a conflictos familiares (padres separados), exposición a altos niveles de estatus y psicopatologías familiares, negligencia, abuso físico-emocional,

exclusión social. Los conflictos familiares se consideran como los factores de mayor riesgo en la salud de los adolescentes, en relación con el consumo de drogas. (Silva, 1991, Herrera, 1999).

Así la familia se constituye en otro factor de riesgo a través de la práctica de estilos y/o pautas educativas como los déficit o los excesos de disciplina, la excesiva implicación o autoritarismo de uno de los padres puede estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos, ello acompañada por el desentendimiento o permisividad del otro. Las actitudes permisivas de los padres hacia los hijos, aumentan el riesgo del consumo de sustancias, así como las relaciones afectivas y las relaciones o interacciones como la baja o inadecuada comunicación familiar.

También son factores importantes la inconsistencia en las normas, los límites poco claros y las expectativas poco realistas sobre sus hijos, o la mala estructuración familiar así como en algunos casos la ausencia de lazos familiares no solo física sino afectiva y moral, en donde el adolescente no tiene una identificación con sus padres y carece de modelos de identidad, por lo cual busca un modelo sustituto, que puede ser nocivo para su desarrollo (Herrera, 1999).

El ejemplo de los adultos consumidores de drogas cercanos al adolescente, sobre todo cuando el mayor número de miembros de la familia las usa, o que involucre a los niños en ese uso, aun cuando esa implicación solo se reduzca a pedir al niño que vaya a comprar una cerveza o un paquete de cigarrillos, aumentará el riesgo para que los niños comiencen a usar drogas (Tolentino y Rivera, 2000). La influencia directa de la familia en cuanto al nivel socio económico bajo, la deficiente transmisión de valores en la familia, la ausencia de valoración en la salud y los conflictos familiares, son factores que predicen mejor los problemas de conducta que la propia estructura de la familia.

Factores de Riesgo asociados a la Escuela

Los estilos educativos de la escuela constituyen otro factor de riesgo, entre ellos, el grado de integración del alumno, el fracaso escolar, bajo o dificultades serias en el rendimiento académico, la calidad de la interacción que se establece entre el docente–alumno, el sistema de orientación, el ambiente del aula, la formalidad o verticalidad en la interacción, la ausencia de estímulos al desarrollo colectivo y de oportunidades para que cada alumno desarrolle sus habilidades en la toma de decisiones racionales de modo autónomo y responsable, limitándose al otorgamiento de calificaciones y puntuaciones, y en donde el comportamiento social es más aversivo que un refuerzo social positivo,

Factores de Riesgo asociados al grupo de pares

El grupo de pares facilita un factor de riesgo dependiendo de la elección de amigos, y el grupo al que se pertenece, el grado de dependencia que se tenga del mismo, la presión del grupo y la influencia de estos pueden incitar y/o reforzar el consumo de sustancias, en función de los hábitos y actitudes de este grupo, los cuales están estrechamente relacionados con la ausencia de autonomía de las personas en la toma de decisiones, en la valoración de los pro y los contra de sus actos y en la limitación para asumir las consecuencias de sus conductas de esta forma el sujeto puede caer en prácticas como la búsqueda de situaciones excitantes, de sucesos estresantes, o en la depresión, la ansiedad, o en actitudes antisociales etc.

El rápido desarrollo de las sociedades junto a la multiplicidad de influencias interculturales que se producen, ha propiciado una situación de confusión de valores, ante las cuales los adolescentes son especialmente sensibles, pudiendo sentirse, a veces pequeños en ese marco de referencia que no les permita tomar decisiones adecuadas sobre su propia conducta. Se sabe además que la adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo y que forjando su individualidad crea un sistema de valores mientras va aprendiendo el rol personal y social que requiere para la vida

adulta. Este proceso de construcción que señala el tránsito de la infancia al mundo adulto suele ir acompañado de una situación de desequilibrio e inestabilidad, que perturba al adolescente por ser una etapa del desarrollo, pero que también afecta a la familia y este es el preciso momento cuando se habla de una crisis de la adolescencia, la cual varía mucho de acuerdo con el carácter y temperamento del adolescente y de sus padres, de la calidad de la familia y de las características del medio.

Adicciones, jóvenes y actualidad

El sujeto adicto se caracteriza por su incapacidad de postergar la demanda de satisfacción de necesidades, situación que le produce angustia, porque no tiene la posibilidad de espera ni reevaluar el logro de los objetivos (Aberasturi, 1987).

La droga adquiere el valor de una salida exitosa y momentánea frente a la angustia, puesta al servicio del conflicto de decidir sobre la manera adaptarse a las exigencias del medio. El adicto posee notables dificultades en el manejo de los límites. Poseen un estado de hiperactividad, con escasa tolerancia a la frustración y con poca capacidad para detener los actos a través del pensamiento, encontrándose afectivamente desconectado. Resulta candidato a conductas autodestructivas promovidas por afectos intolerantes, siendo incapaz de aceptar los límites y normas de convivencia.

Este sujeto halla en la crisis de los modelos parentales y sociales, una réplica donde sólo encuentra una respuesta en el vacío. Esta crisis de los modelos ataca la constitución de los ideales y de las utopías creativas tan necesarias en el crecimiento de una persona.

El conflicto con los ideales tiene una relación estrecha con los valores deformados propagados en la postmodernidad: el poder, la suma de la información, la rapidez y la falta de medida. El estilo de vida promovido por la mercadotecnia, que implica un retroceso en crecimiento para el individuo.

El adicto se halla expuesto a cierta fragilidad de su identidad que pone en peligro su estabilidad emocional, reniega de cualquier privación que denuncie su incapacidad para tolerar la falta de objeto, y la no satisfacción de su demanda inmediata. La droga se presenta instrumento para manifestar el conflicto que vive el sujeto. La falta de energía del adicto le promueve pobreza en la identidad, falta de límites, confusión y miedo respecto de la realidad que lo circunda, trastornos en el manejo de la agresión y perversión de los valores que guían el propio accionar.

El problema del adicto se refleja en la falta de un proyecto de vida que le facilite una identificación o que le ofrezca una oportunidad para ella. Esta falta la suplirá con la droga, adjudicándose la etiqueta de "drogadicto", siendo ésta la única que lo representa (Wagner, 1993; Wagner, et al., 1999; Villatoro, et al., 2001; Valery, et al., 1997).

Wagner, et al., (1999), examinó la relación entre demora de gratificación y uso de sustancias en adolescentes. Las variables predictoras incluyeron, demora de gratificación, impulsividad, estrés y percepción observada del uso de sustancias.

La demora de gratificación y el afrontamiento enfocado hacia el problema no tuvieron relación con el uso de sustancias. Ni el afrontamiento ni la impulsividad tuvieron una relación significativa con el uso de estos elementos, y el uso de ellos resultó ser el predictor más poderoso del seguimiento del uso de sustancias en adolescentes por el estrés percibido.

De ahí que en lo adelante construirá de manera inestable el único objetivo, para él, un mundo imaginario en el que extenderá los cables de sus vínculos, sólo como facilitadores de droga, pues ella será lo único a conseguir y a compartir, la única forma de obtener la hermandad, uniéndose a rituales en torno al objeto totémico, la droga. Esta se presenta como el centro. Es su meta, el principio, el medio y el fin ante la fragmentación, que le brindará la ilusión de que es un ser completo, entero y sin fisuras, un ser total, "terminado".

La droga afronta la escena, reemplazando la subjetividad, en lugar de ser el sujeto artífice de su propio destino. Para que el sujeto drogadicto pueda constituirse como sujeto deseable, participando activamente de su propia vida, y no comportándose como esclavo o marioneta de distintos titiriteros (Wagner, et al., 1999).

El uso de las drogas comporta tanto su farmacología como sus efectos, y su administración está sujeta a lo que se piensa de ellas en cada tiempo y lugar. Hoy día, las pautas de consumo se han convertido en alarmantes problemas de salud pública, dada su creciente demanda y búsqueda de combinaciones para encontrar mayores efectos en la complejidad de la conformación de las sociedades y sus exigencias, principalmente, sobre lo que ahora entendemos por salud y su contraparte la enfermedad. El uso de sustancias más que ser observado como algo bueno o malo, indecente o decente, legal o ilegal, de acuerdo a la sustancia que se ingiere, es conveniente hacerlo de acuerdo a la oportunidad y medida de consumo. En otras palabras, la relación entre el individuo y las sustancias que cuentan con la capacidad de modificar el cuerpo, las cogniciones y emociones, que se encuentra mediado por un importante hilo histórico cultural y social. Por lo que tal relación no puede advertirse, única y llanamente, por criterios morales y jurídicos, que enfatizan la defensa que van más allá del mismo individuo.

Los jóvenes de nuestra sociedad están amenazados y expuestos por el consumo inminente de drogas. Actualmente no hay joven que no esté en riesgo de adquirirla y hacerse consumidor; tal situación se agrava por la constante información que llega de los medios de comunicación y de la sociedad. En general lejos de proteger a los jóvenes del inicio de la adicción los lleva a ella, promoviendo su consumo como un estilo de vida.

A esto se suma la crisis de la adolescencia por la que están atravesando que es en si un evento estresante por los múltiples cambios biopsicosociales que se presentan, lo cual los hace el blanco perfecto para la influencia de los pares

quienes por lo general son los que les ofrecen o incitan a ingerir sustancias tóxicas que los conducen a las adicciones

Los pares con quienes convive son iguales o similares en características emocionales, sociales y culturales, por lo cual los sentimientos de soledad, inestabilidad, falta de límites los hace unirse en la búsqueda de una salida imaginaria para conseguir un alivio furtivo de su estado crítico lleno de frustraciones, privaciones por medio del efecto psicotrópico que le produce la ingesta constante de sustancias adictivas.

Por todo lo mencionado a lo largo de los capítulos se considera de gran importancia averiguar un pequeño espectro más del fenómeno de la adicción intentando encontrar elementos cognitivos y conductuales que nos muestren un lado más claro sobre lo que lleva a los jóvenes a aficionarse a determinada sustancia, a abandonarla e incluso a no consumirla nunca, esto a partir del conocimiento de sus estrategias de afrontamiento y la efectividad de emplearlas a lo largo la adolescencia.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- ¿Serán diferentes los modos de afrontamiento de jóvenes adictos hacia el consumo de drogas dependiendo del tipo de sustancia que consumen (cocaína, marihuana o ambas)?

OBJETIVOS GENERALES:

- Comparar los modos de afrontamiento de los jóvenes adictos que afician a la cocaína, a la marihuana o ambas
- Comparar los modos de afrontamiento hacia el consumo de drogas entre los jóvenes adictos respecto a los no consumidores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Observar si los jóvenes que consumen drogas se inclinan a los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.
- Observar si los modos de afrontamiento que emplean los jóvenes que no han consumido drogas son dirigidos hacia el problema.

HIPÓTESIS:

- Existirán diferencias en los modos de afrontamiento dependiendo del tipo de sustancia que consuman los jóvenes adictos.
- Los modos de afrontamiento que presenten los jóvenes adictos (consumidores de marihuana y cocaína) serán diferentes a los que manifiesten los no consumidores.

Variables:

Independiente. **Adicción a sustancias** con tres niveles: cocaína, marihuana y ambas.

Definición conceptual: abuso o dependencia de las sustancias que presentan un patrón de hábitos repetitivos que aumenta el riesgo de enfermar y se relaciona con problemas personales y sociales (Sarason y Sarason, 1996).

Definición operacional: impulso incontrolable del consumo de la sustancia por los fenómenos de tolerancia (el organismo se ha adaptado a los efectos de las drogas) y síndrome de abstinencia (signos que se presentan al suspender bruscamente el consumo de drogas cuando existe dependencia de la misma).

Dependiente: **Afrontamiento.**

Definición conceptual: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional: los puntajes de ejecución típica medida con el Inventario Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1988).

Sujetos:

La muestra fue elegida con una técnica de muestreo no probabilístico de manera intencional con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Jóvenes con un rango de edad entre 15 y 20 años
 - 20 adictos a la marihuana
 - 25 adictos a la cocaína
 - 25 ambas
 - 23 no consumidores de ninguna droga

Criterios de no inclusión

Consumidores drogas

- haber ingerido drogas en menos de 24 horas
- tener datos evidentes de daño orgánico a consecuencia de las drogas

No consumidores

- no haber consumido nunca alguna de las drogas ilícita o
- haber consumido drogas sólo ocasionalmente

Criterios de exclusión

- no haber completado el inventario
- falta de seriedad sobre las respuestas
- información falseada

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 93 adolescentes con edades que fluctuaban entre 15 y 20 años, como se puede observar en la figura, cerca del 70 % de la población dijeron tener entre 16 y 18 años.

EDAD	N	PROMEDIO %
15	11	12
16	26	28
17	18	19
18	18	19
19	14	15
20	7	7

Tabla 5. Distribución por Edad

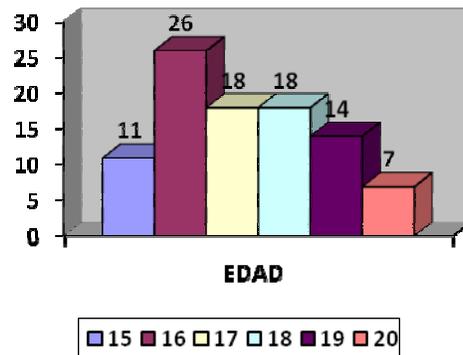


Fig.12. Distribución por edad

La distribución de acuerdo a la escolaridad se observa que el 72% de los jóvenes cursan el nivel medio superior, y un porcentaje mínimo (28%) reportaron estar cursando el nivel superior, primaria o secundaria.

ESCOLARIDAD	N	PORCENTAJE %
Primaria	3	3
Secundaria	19	20
Medio Superior	66	72
Superior	5	5

Tabla 6. Distribución por Escolaridad

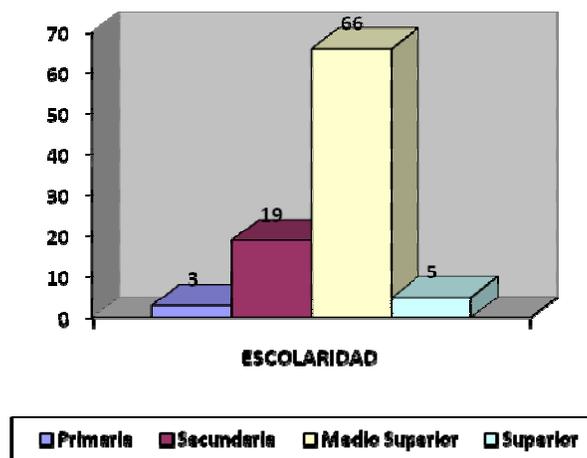


Fig. 13. Escolaridad

Solo el 29% de los sujetos fueron del sexo femenino, se observa en las fig que casi las $\frac{3}{4}$ partes de la muestra en estudio fue del sexo masculino.

SEXO	N	PORCENTAJE %
Masculino	66	71
Femenino	27	29

Tabla 7. Distribución por Sexo

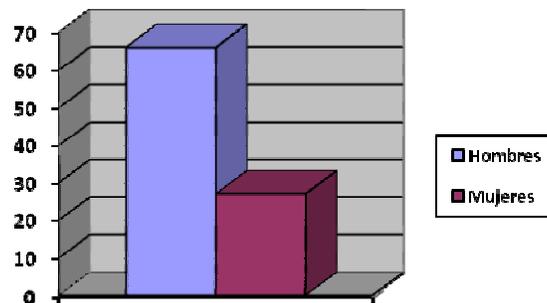


Fig. 14. Distribución por Sexo

El total de la muestra se dividió en cuatro grupos, el primero fue de los jóvenes que consumían sólo marihuana (22%); el segundo de consumidores de cocaína (25%); el tercero de los que consumen ambas sustancias (25%) y un cuarto como control (23%).

SUSTANCIA	N	PORCENTAJE%
Marihuana	20	22
Cocaína	25	26
Ambas	25	27
Control	23	25

Tabla 8. Distribución de grupos por consumo de sustancia

INSTRUMENTOS:

1. **Cuestionario de datos generales** realizado para cubrir aspectos de esta investigación y basado en la Encuesta Nacional de Adicciones (ver anexo 1), el cual consta de 12 preguntas de opción múltiple, donde se cuestionan datos generales, así como características y parámetros del consumo de sustancias.

2. **Inventario Modos de Afrontamiento** de Lazarus y Folkman (1986).

Que consiste en una escala liker con 67 reactivos, divididas en 8 sub-escalas de evaluación las cuales son:

- *Confrontación.* Describe los esfuerzos agresivos empleados después de la situación y sugiere algunos grados de hostilidad.
- *Distanciamiento.* Los esfuerzos cognitivos para salir por sí mismo y para minimizar el significado de la situación.
- *Auto-control.* Los esfuerzos para regular uno mismo los sentimientos y acciones.
- *Apoyo social.* La iniciativa para buscar información sobre el problema y su solución, ayuda tangible y apoyo emocional.
- *Responsabilidad.* Reconocimiento del propio papel en el problema con un término concomitante o tratar de resolver las cosas bien.
- *Escape-evitación.* Describe los pensamientos mágicos o ilusiones además de los esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema. Los reactivos de este modo contrastan con aquellos que corresponden al *Distanciamiento*, los cuales sugieren un alejamiento.
- *Resolución de problemas.* Son los esfuerzos deliberados enfocados al problema que se presentan después de la situación, aunados a una estrategia para resolver el problema.

- *Reevaluación positiva.* Describe los esfuerzos para crear el sentido positivo, orientado hacia el crecimiento personal. Esto también tiene un sentido religioso (Ver anexo 2).

PROCEDIMIENTO:

La selección de los sujetos se realizó de manera intencional, en el plantel del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente con el objeto de localizar a la población con las características requeridas. El primer contacto se obtuvo en los corredores, canchas y jardines del plantel, se contactaba directamente a los adolescentes y se inicio con los sujetos que dieron respuesta positiva a la pregunta: ¿Deseas colaborar en la investigación? Se les proporcionaron los datos necesarios de identificación, y los motivos y fines de la información obtenida. Se aclaró que todos los datos proporcionados serían manejados de manera confidencial y para fines meramente estadísticos.

Se procedió a cuestionarle sí consumía algún tipo de sustancia o si la había probado en alguna ocasión. Durante esta primera charla se observó al sujeto para ver si no estaban intoxicados durante la aplicación y que no tuvieran daño orgánico visible provocado o no por la ingestión de sustancias, que le impidiera ser parte del estudio.

Después de que el sujeto cumplió con los criterios de selección se le pidió que nos desplazarse a un salón junto con el entrevistador, para mayor comodidad durante la aplicación de los instrumentos de tal manera también se obtuvo mayor privacidad; después de instalar al individuo sentado frente al entrevistador se procedió a aplicar el cuestionario de datos demográficos (anexo 1) esta entrevista se realizó en un promedio de 5 minutos; al terminar la aplicación se evaluó el cumplimiento del resto de los criterios antes mencionados, si cubría todos se procedía a darle las instrucciones para continuar con el Inventario de Modos de

Afrontamiento (anexo 2).

Se pidió al joven que contestará el Inventario aclarándole que diera la respuesta respecto a las drogas y su consumo, se le pidió que contestara con la verdad y con la seriedad que un estudio de investigación requería, recordándole la confidencialidad de las respuestas.

DISEÑO:

Pre-experimental de 4 grupos. Intergrupos con postest (Hernández, 1991)

Este diseño fue elegido porque se realizó la medición de una sola variable.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó por medio de la prueba no paramétrica del Análisis de varianza en una sola dirección Kruskal-Wallis (Levin, 1979, Hernández, 1991).

CAPÍTULO VI

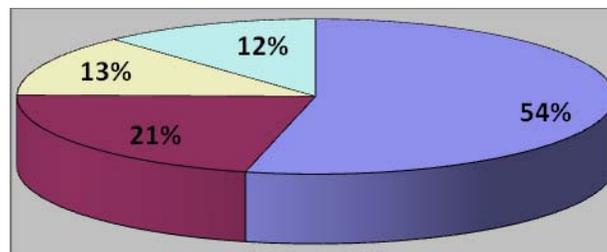
RESULTADOS

En la frecuencia de consumo se aprecia que el 53% de la población reporta haberlo hecho muchas veces, el 22% frecuentemente; resaltando que dentro de los adolescentes del grupo control el 13% anotó haberlo hecho al menos una vez.

Es decir que menos del 50% del grupo control nunca ha consumido sustancias adictivas no lícitas.

FRECUENCIA DE CONSUMO	N	PORCENTAJE %
Muchas veces	50	53
Frecuentemente	20	22
Alguna vez	12	13
Nunca	11	12

Tabla 9. Consumo de drogas en los grupos de jóvenes



■ Muchas Veces ■ Frecuentemente ■ Alguna Vez ■ Nunca

Fig. 15. Frecuencia de Consumo de drogas en los grupos de jóvenes adictos

El 93% de los individuos adictos dijeron que tienen consumiendo las sustancias por lo menos un año o más.

TIEMPO DE CONSUMO	N	PORCENTAJE
		%
Menos de 1 Año	5	7
Un año	12	17
Más de 1 Año	53	76

Tabla 10. Tiempo de consumo en los grupos de jóvenes adictos

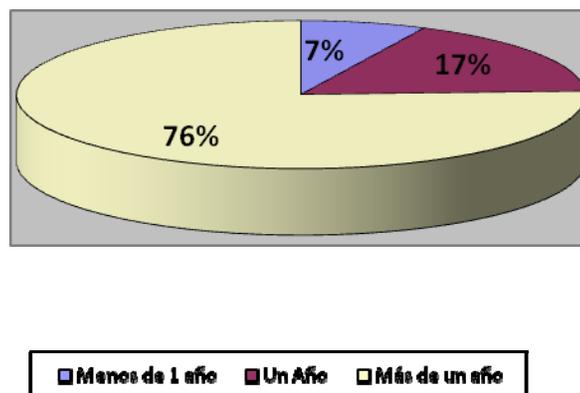


Fig. 16. Distribución del tiempo de consumo en los grupos de jóvenes adictos

La población de jóvenes que consumen sustancias contestó que con frecuencia aumentan las dosis para conseguir los efectos deseados sólo un 19% nunca lo ha hecho; y el 81% lo ha realizado al menos una vez pero no sienten la necesidad de hacerlo frecuentemente.

AUMENTO DE CONSUMO	PORCENTAJE	
	N	%
Casi siempre	15	21
Frecuentemente	13	19
Alguna vez	29	41
Nunca	13	19

Tabla 11. Aumento de consumo en los grupos de jóvenes adictos

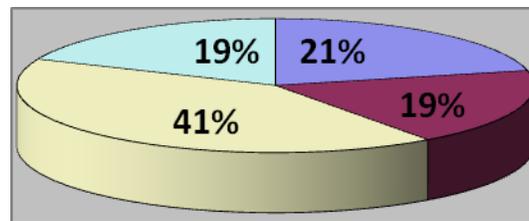


Fig. 17. Distribución del aumento de consumo en los grupos de jóvenes adictos

La situación en que los sujetos consumen las sustancias comúnmente es con amigos (57%) y el 43% se intoxican solos, en fiestas sin importar la situación o la compañía.

SITUACIÓN DE CONSUMO	PORCENTAJE	
	N	%
Amigo	40	57
Fiestas	9	13
Solo	17	24
Siempre	4	6

Tabla 12. Situación de consumo en los grupos de jóvenes adictos

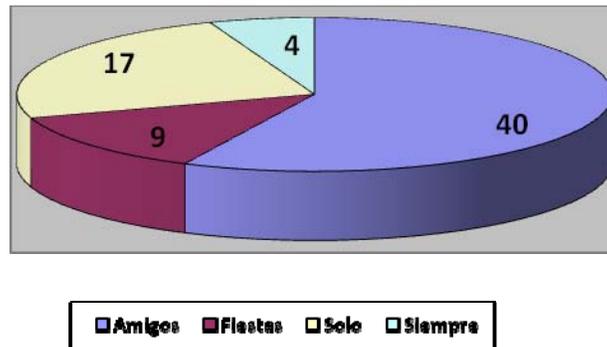


Fig. 18. Distribución de la situación de consumo en los grupos de jóvenes adictos

En los motivos por lo que los jóvenes reportaron consumir las sustancias se encontró que en un 39% se intoxican por sentirse solos, 56% se drogan por convivir, curiosidad o competir. El 5% informaron que era por todas los motivos anteriores. Un 76 % lo hace con alguien más es decir en situaciones sociales donde se encuentran con el grupo de pares.

MOTIVO DE CONSUMO	PORCENTAJE	
	N	%
Soledad	32	39
Convivir	29	35
Competencia	4	5
Curiosidad	13	16
Todas	4	5

Tabla 13. Motivo de consumo en los grupos de jóvenes adictos

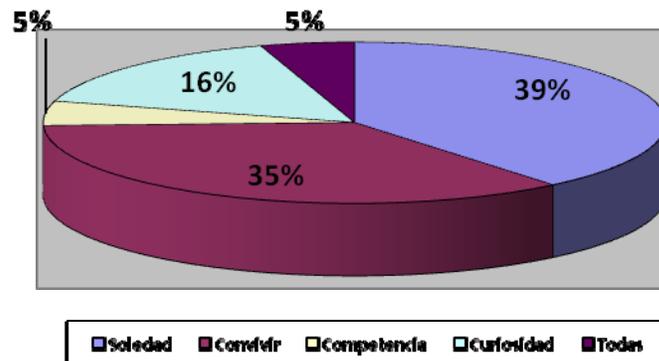


Fig. 19. Distribución del motivo de consumo en los grupos de jóvenes adictos

Los sujetos consumidores notificaron en 58% que siempre o alguna vez habían sentido la necesidad administrarse la sustancia y el 42% nunca había percibido esta necesidad.

NECESIDAD DE CONSUMO	PORCENTAJE	
	N	%
Casi siempre	11	16
Frecuentemente	9	13
Alguna vez	20	29
Nunca	30	42

Tabla 14. Necesidad de consumo en los grupos de jóvenes adictos

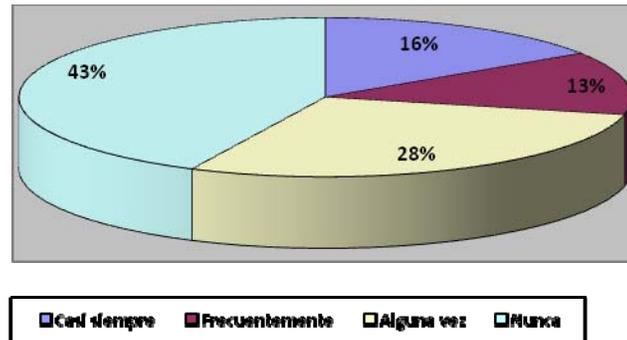


Fig. 20. Distribución de la necesidad de consumo en los grupos de jóvenes adictos

Respecto a la percepción de adicción menos del 50% reconoció ser adicto y el 29% dijo no serlo y poder dejarla cuando lo decidieran.

PERCEPCIÓN DE ADICCIÓN	N	PORCENTAJE %
No	20	29
Tal vez	13	19
No se	8	11
Si	20	41

Tabla 15. Percepción de adicción en los grupos de jóvenes adictos.

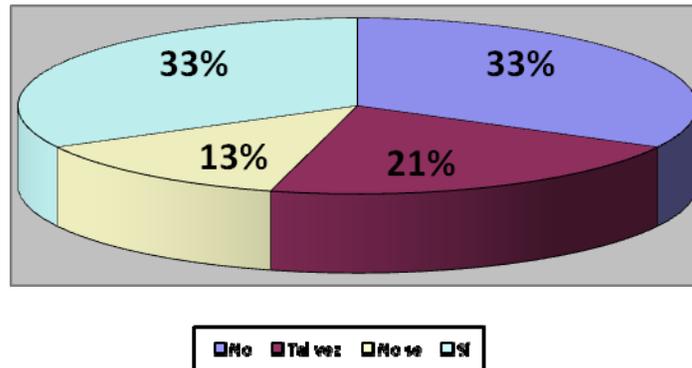


Fig.21. Distribución de la percepción de adicción en los grupos de jóvenes adictos

En los modos de afrontamiento de Confrontación, Distanciamiento, Apoyo Social y Responsabilidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los entre los grupos de acuerdo al tipo de sustancia de consumo.

ESTILO DE AFRONTAMIENTO	Chi ²	Sig.
CONFRONTACIÓN	2.871	.412
DISTANCIAMIENTO	2.092	.553
AUTOCONTROL	11.549	.009*
APOYO SOCIAL	6.457	.091
RESPONSABILIDAD	5.217	.157
ESCAPE-EVITACIÓN	7.889	.048*
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	19.527	.000*
REEVALUACION POSITIVA	22.521	.000*

Nivel de Significancia 0.050

Tabla 16. Resultados de la Prueba Kruskal-Wallis.

Entre las variables que tuvieron una chi-cuadrada estadísticamente significativa se encuentran Autocontrol, Escape-Evitación, Solución de Problemas y Reevaluación Positiva.

En Auto Control se observa una chi-cuadrada de 11.549 con una significancia de 0.009, existiendo que los que consumen cocaína emplean con mayor frecuencia este modo de afrontamiento, que los grupos que ingieren marihuana, ambas sustancias y los no adictos. Aunque la diferencia más marcada se encuentra entre los que consumen cocaína y los que consumen marihuana y una mínima diferencia entre los consumidores de cocaína y los de ambas.

SUSTANCIA	N	Medias
marihuana	20	30.05
cocaína	25	56.26
ambas	25	50.80
ninguna	23	47.54
Total	93	
	X²	11.549
	GL	3
	SIG.	.009

Tabla 17. Comparación de medias entre grupos (chi²) del modo de afrontamiento de autocontrol entre los grupos de jóvenes adictos y el grupo que no consume drogas

Escape –Evitación en este modo de afrontamiento se presentó una chi-cuadrada de 7.889 con una significancia de 0.048 con lo cual se nota una diferencia estadísticamente significativa. La más notoria entre los rangos de medias se muestra entre el grupo consumidor de cocaína y el que es adicto a la marihuana. Y existe una mínima entre este último grupo y los que consumen cocaína.

SUSTANCIA	N	Media
marihuana	20	33.80
cocaína	25	53.92
ambas	25	52.88
ninguna	23	44.57
Total	93	
	X²	7.889
	GL	3
	SIG.	.048

Tabla 18. Comparación de medias entre grupos (chi²) del modo de afrontamiento Escape – evitación entre los grupos de jóvenes adictos y el grupo que no consume drogas

En el modo de afrontamiento de Solución de Problemas se presentó una chi-cuadrada entre los grupos de 19.527 con una significancia de 0.00. El rango de medias más marcado se encuentra entre los que consumen marihuana (58.80) con los que consumen ambas sustancias (27.42) indicándonos el mayor empleo de este tipo de afrontamiento en el primer grupo mencionado.

SUSTANCIA	N	Medias
marihuana	20	58.80
cocaína	25	54.76
ambas	25	27.42
ninguna	23	49.59
Total	93	
	X²	19.527
	GL	3
	SIG.	.000

Tabla 19. Comparación de medias entre grupos (chi²) del modo de afrontamiento solución de problemas entre los grupos de jóvenes adictos y el grupo que no consume drogas

Con respecto al modo de Reevaluación Positiva, se obtuvo una chi-cuadrada de 22.521 con una significancia de 0.000. Los sujetos consumidores de cocaína (66.64) utilizan con más frecuencia este tipo de afrontamiento a diferencia de los consumidores de ambas sustancias quienes lo utilizan con menos frecuencia (31.24)

SUSTANCIA	N	Medias
marihuana	20	46.03
cocaína	25	66.64
ambas	25	31.24
ninguna	23	43.63
Total	93	
	X²	22.521
	GL	3
	SIG.	.000

Tabla 20. Comparación de medias entre grupos (chi²) del modo de afrontamiento reevaluación positiva entre los grupos de jóvenes adictos y el grupo que no consume drogas

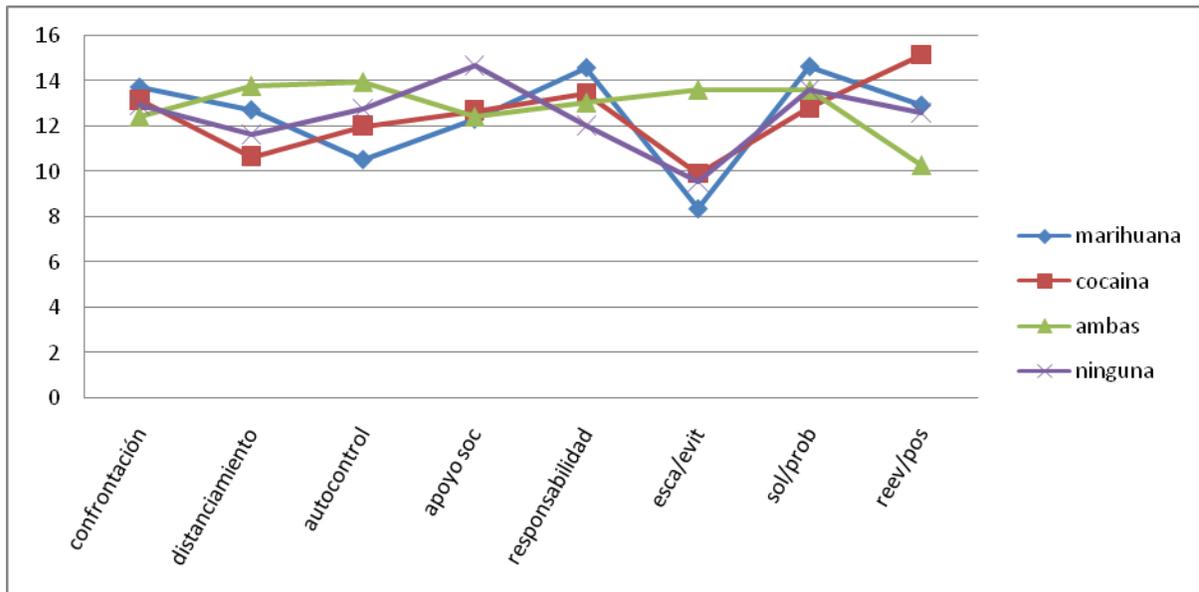


Fig. 22. Puntajes brutos del inventario de modos de afrontamiento entre los grupos de jóvenes adictos y el grupo que no consume drogas

Podemos observar que el grupo no consumidor de ninguna sustancia presenta una estabilidad en los modos de afrontamiento por que no varían tanto como en los otros tres grupos. Así como los modos de afrontamiento con más variaciones son: Escape-Evitación y Reevaluación Positiva.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La adolescencia es un estadios críticos de la vida debido a la inestabilidad emocional que se presenta durante ésta, se convierte en tiempo de vulnerabilidad por las reacciones magnificadas que presenta el sujeto y que son modeladores de su personalidad, el auto concepto y la imagen corporal, es decir de su identidad.

Dada la difícil situación por la que atraviesa el adolescente resulta complicado el manejo, porque se suman los cambios biológicos y hormonales que se dan en esta etapa, además de los efectos emocionales que experimenta, tales acontecimientos están influyendo en su personalidad y carácter futuros en el mundo adulto.

Los jóvenes adquieren responsabilidades así como privilegios correspondientes a su estatus, los cuales aumentan el estrés provocado en ellos mismos, por el hecho de percibirse como personas marginadas, es decir, son demasiado grandes para que se le trate como niños y muy jóvenes para gozar de los derechos del adulto. Por lo tanto necesitan desarrollar estrategias de afrontamiento que les sirvan para adaptarse a las exigencias del medio sin que resulten aversivos por el efecto biopsicosocial que implicará su implementación.

Las habilidades que se adquieran a partir de la aplicación de estrategias suelen resultar efectivas momentáneamente para resolver el problema o para calmar la emoción, sin embargo existen conductas que al continuar efectuándolas se convertirán en dañinas para la salud física o emocional del individuo como el caso del consumo y abuso de sustancias adictivas.

Es así como el consumo de drogas crece alarmantemente, los jóvenes quienes son un grupo vulnerable están recurriendo al abuso de sustancias para sobrellevar la carga del estrés en este difícil y confuso tránsito hacia la adultez, esta conducta

los llevará a un deterioro que al inicio no percibirán como grave, pero con el tiempo los puede conducir a consecuencias tales como la muerte.

La ingesta de sustancias adictivas se convierte en un fenómeno tan serio como interesante lo cual nos lleva al planteamiento de un sin número de interrogantes, siendo un aspecto tan amplio del cual sólo se puede analizar un pequeño ápice, aunque no hay que perder de vista que la enfermedad es multifactorial y que si bien es cierto se tomó sólo una parte fue con el fin de cubrir los objetivos de esta investigación.

Un factor que sin duda se encuentra relacionado por el riesgo es la adolescencia ya que es donde se da el inicio de la ingesta de alguna sustancia adictiva, es una de las etapas de la vida donde el individuo presenta mayores niveles de estrés y necesita desplegar mayores modos de afrontamiento y satisfacer las exigencias de su nuevo estatus. Para cumplir con este objetivo los chicos recurren a conductas temerarias que arriesgan su integridad física y mental pasando por alto los factores culturales y colectivos con los que han sido educados (Sarason y Sarason, 1996).

El planteamiento de este estudio relacionó Afrontamiento, Adolescencia y Adicciones, con el fin de detectar la relación entre ya que estos tres grandes temas no sólo son de interés para la psicología, sino también para las ciencias y disciplinas que tienen como objeto el estudio del ser humano.

Por tanto los objetivos generales que se plantearon en este trabajo fueron: 1. Detectar las diferencias en los modos de afrontamiento de los jóvenes adictos cuando se aficianan a la cocaína, a la marihuana o ambos tipos de sustancias y 2. Detectar las diferencias en los modos de afrontamiento hacia el consumo de drogas entre los jóvenes adictos respecto a los no consumidores; de acuerdo a éstos se encontró lo siguiente:

Los sujetos que no usan ningún tipo de sustancia y los que consumen solo marihuana, emplean más los modos de afrontamiento dirigidos hacia el problema, es decir que enfrenta con estrategias la solución de la situación estresante.

Lo anterior nos sugiere que estos sujetos tienden a solucionar los problemas por medio de su resolución práctica afrontándolos directamente, lo que implica dedicar toda la atención a un acontecimiento estresante y emplear los recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el acontecimiento, de manera que la situación deje de ser molesta e incómoda. Dentro de éstos se encuentran: la resolución planificada de los problemas, el afrontamiento confrontativo y el apoyo social y otros que se están más relacionados con los resultados positivos. Con la diferencia de que los que consumen ambas sustancias, resuelven los conflictos estresantes por medio del empleo de modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

Con respecto a esto podemos ver que Lazarus y Folkman (1986) señalaban que la función de estos modos de afrontamiento dirigidos hacia el problema consisten en: a) disminuir el estrés haciendo cambios conductuales, b) cambiar o modificar la fuente de estrés, c) cambiar la relación entre persona-ambiente, d) dar soluciones cognoscitivas y conductuales, y e) utilizar las estrategias de afrontamiento como: confrontativo, resolución de problemas y/o reevaluación positiva.

Las adolescentes que consumen ambas sustancias tienden a evadir los problemas y ha escapar de ellos por medio de los efectos de las sustancias ingeridas, este resultado lo consiguen al combinar las drogas por el hecho de que su cuerpo ya es tolerante a una sola sustancia y para lograr el objetivo de intoxicación, necesitan combinarla y aumentar la cantidad. Por lo que se puede decir que a mayor carga emocional de los jóvenes que consumen juntas la marihuana y la cocaína menor empleo de modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Al igual que el grupo que consume ambas sustancias los jóvenes consumidores de cocaína, emplean más frecuentemente los modos de afrontamiento dirigidos hacia la emoción, lo cual indica que tienden a dejarse llevar por las emociones que provocan las situaciones y no a la resolución pronta de los mismos. Estas sensaciones, tienden a mitigar el malestar emocional, por la estimulación psicoactiva producida por la ingestión de la sustancias para alcanzar un estado de bienestar, por supuesto ficticio y momentáneo.

Tal conducta nos indica que sus estrategias van dirigidas hacia los sentimientos tratan de evitar las emociones negativas, sienten perder el control ante las situaciones estresantes y la única forma de disminuir el malestar es evitando lo que les causa estrés o escapando de la fuente.

Dentro de los resultados significativos es decir aquellos que mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) resaltó el modo de afrontamiento escape-evitación el cual indica librarse del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido, o bien la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica ante él, con la consiguiente reducción del impacto.

El uso de drogas sirve para aliviar la tensión emocional, que parece estar relacionada con la ansiedad y la depresión, conocido como el enfocado a la emoción (evitación), y tiene como función: a) reducir el estrés emocional manteniendo un estado emocional satisfactorio, b) cambiar el estado emocional que acompaña al estresor, c) cambiar la relación emoción-estresor; dando soluciones emocionales y d) emplear estrategias de afrontamiento como el escape-evitación y el distanciamiento.

Cuando el adicto toma la droga, el estado de angustia desaparece y se logra un estado de bienestar, el cual es ilusorio e irreal, porque a medida que la adicción se prolonga es más difícil conseguir este y se acentúa la adicción se ya que para la

desaparición de la angustia es necesario incrementar las dosis o combinarlas con otras sustancias para lograrlo. Con esta impresión atiende el malestar emocional, para sacia la necesidad de afecto, la sensación de soledad, entre otras emociones.

Podemos inferir que es debido a que como estas sustancias activan el SNC consiguen efecto de alerta, euforia o tranquilidad, para poder afrontar de manera “aparentemente más activa” las situaciones, ya que proporciona un estado de bienestar y lo invade una idea irreal de superhombre capaz de resolver cualquier cosa a partir de los efectos, aunque no esté tan disparado, en comparación con los modos dirigidos a la emoción. Estos sujetos muestran menos desequilibrio en el empleo de los tipos de modo de afrontamiento.

Esta investigación confirma que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud que puede comenzar como una forma para manejar emociones negativas y dar respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil. Los resultados obtenidos arrojan que la influencia del grupo es determinante en el inicio, mantenimiento y aumento del consumo de sustancias en la muestra seleccionada.

Generalmente da inicio por la presión del grupo de pares así como por curiosidad, factores que contribuyen al uso de sustancias, esto se pudo confirmar. Asimismo, son mencionadas otras causas, como la pobreza, la falta de alternativas, una percepción desesperanzada del futuro y desintegración familiar (Luca de Tena, 2000), variables que no fueron consideradas y que sería importante evaluar para obtener otras posibles causas del fenómeno.

También se pudo observar que los jóvenes que por lo general realizan conductas adictivas en compañía de los amigos y/o compañeros, lo hacen por un motivo social o por que se sienten solos y el hacerlo les asegura alejarse de esas

sensaciones porque adquieren un sentido de pertenencia dentro del gremio de adolescentes datos que concuerdan con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (2002).

Se afirma que los adolescentes tienden a buscar una identidad que no han adquirido al inicio de los cambios biopsicosociales, en donde la relación familiar suele ser inestable e incluso frustrante por lo que se consideran fuera de lugar en ese ambiente, que les hace sentirse incomprendidos. De esta precaria situación se puede deducir que proviene esta sensación de soledad, por lo que se refugian en la seguridad y el sentido de pertenencia que les proporciona el grupo de pares por la igualdad que se respira en él.

De este vínculo surge la postura solidaria de apoyar al semejante a pesar de que esto implique llevar a cabo conductas autodestructivas como es el caso aquí analizado del consumo de sustancias adictivas, que se une al desafío y la curiosidad que llenan de placer y satisfacción al adolescente.

La mayor parte del abuso de las drogas hoy en día es de tipo social, basado en la aceptación del grupo para ponerse a la par, curiosidad, alienación, desafío y factores semejantes. Las drogas han adquirido gran importancia en la vida de muchos jóvenes por que les facilita establecer lazos de solidaridad con el grupo de su misma edad, para expresar su desafío a la autoridad y a los convencionalismos sociales y a su vez cubrir el ávido deseo de aventura (De la Fuente, 1996).

Las conductas que se realizan entre los jóvenes son muy diversas y van desde una simple reunión para compartir experiencias y expectativas hasta delinquir, sin embargo el que un sujeto decida recurrir a las conductas adictivas, dependerá de la calidad y eficacia de sus modos de afrontamiento además de los muchos rasgos de su personalidad adquiridos a partir de su historia personal.

Por consiguiente el tipo de relación se establece entre la voluntad, droga-conducta

y articulación de los significados que circulan entre el consumidor y su entorno. Sin embargo los cambios en las sustancias y en los hábitos de consumo, han generado una importante alarma social por la gravedad de los efectos negativos, individuales, sociales que ha producido el consumo de drogas por tratarse de un fenómeno con múltiples referencias sociales, que no sólo incluye la presión hacia el consumo sino que también las oportunidades de desarrollo que el ambiente brinda a los individuos y las actitudes sociales que son incorporadas por éstos a lo largo del proceso de socialización (Lazarus, 1993).

En este trabajo se encontró que la elevación del modo de afrontamiento de escape evitación fue más alta en los sujetos consumidores de cocaína, por lo que se infiere que en estos jóvenes los efectos de la sustancia los lleva a sentirse con la fuerza para poder huir de los problemas y no así de confrontarlos, esto sucede por la excitación del SNC. es bien sabido que este tipo de efecto tanto físico como psicológico es muy variado, dependiendo de las características individuales, pero en la muestra estudiada los jóvenes consumidores de cocaína emplean un inadecuado modo de afrontamiento ya que utilizan las drogas como una herramienta para escapar de su realidad, considerando que por ser individuos de un mismo nivel socioeconómico y de comunidades muy cercanas sus características individuales tenderán no a ser iguales, pero sí semejantes.

En los resultados obtenidos en esta investigación con respecto a los sujetos que ingieren ambas sustancias obtuvieron una diferencia de medias de 52.88 y los que usan sólo cocaína obtuvieron 53.92 así que podemos observar la mínima diferencia entre los dos grupos.

Los hallazgos aquí encontrados coinciden con lo descrito por Mochales y Gutiérrez (2000), quienes encontraron que el modo escape-evitación: implica la evitación del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido, o la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica ante él, con la reducción del impacto.

Los reductores fisiológicos del estrés como: comer, beber, fumar, usar medicamento o drogas o dormir (uso de drogas para aliviar la tensión emocional), retroalimentación y el ejercicio; son menos adaptativas, describen los esfuerzos de huir a través del pensamiento mágico. Estas estrategias sólo proveen una breve pausa para el dolor y suelen relacionarse con la ansiedad y la depresión.

El modo de afrontamiento de escape-evitación se caracteriza por ser una manera de fugarse de la realidad fomentando el pensamiento mágico y la realización de rituales que suele presentarse a la par con esta cognición; por lo cual la ingestión de drogas puede resultar en si misma toda una ceremonia con lo que el individuo obtendrá una solución milagrosa para aliviar sus malestares emocionales y a su vez una necesidad física. Este efecto suele ocurrir durante la intoxicación, sin embargo es muy breve y es por eso que se busca con más frecuencia este placer y bienestar surgiendo la dependencia psicológica y física hacia la sustancia.

Cuando se emplean este tipo de estrategias que conducen a un factor de riesgo significativo, se presenta un período intermedio de evitación cognoscitiva (negación), que resulta útil, porque proporciona tiempo para conjuntar recursos personales en las fases iniciales del afrontamiento de las crisis inesperadas y devastadoras de la vida. Pero si un individuo continúa utilizando la evitación y no enfrenta directamente las crisis y sus consecuencias, es más probable que emerja una disfunción psicológica (Medina, 2000).

Conjugando lo anterior con los resultados de esta investigación se puede decir que la dificultad para salir de este tipo de disfunción se complica una vez instalada, por el hecho de que las adicciones traen consigo muchas ganancias emocionales que son secundarias a la conducta y que un individuo puede tener todos los recursos personales e intelectuales para poder enfrentar funcionalmente su realidad y alejarse del consumo de drogas; pero las ganancias emocionales y sociales son mayores real o imaginariamente por lo que difícilmente se alejarán de

esto, a menos que se les proporcione un elemento de placer mayor que el que obtiene con sus efectos.

Si los adolescentes tienen la capacidad para afrontar efectivamente los estresores diarios, tendrán un buen ajuste a pesar de su entorno. Los adolescentes que no poseen esta habilidad para afrontar los eventos cotidianos tienen un riesgo elevado de suicidio, delincuencia, problemas escolares, adicción y embarazos no deseados (Meriweather, 1997).

De acuerdo a Hammer y Marting (1985), Seracini (1996) cuando la autoestima es alta los sujetos usan más el afrontamiento confrontativo, aceptando más su responsabilidad; mientras que cuando la autoestima es baja, utilizan más el estilo del escape y menor grado del apoyo social ya que hallaron que el estrés contribuye al pobre logro en los niños. Dicho apoyo social percibido estuvo relacionado a usar la búsqueda del mismo como estrategia de afrontamiento

Se cree que los jóvenes enfrentan su condición dolorosa creando una realidad ficticia, es decir, construyen un esquema imaginario del entorno y de sí mismos, dándose dotes y poderes sobre lo antes mencionado, que promueven una fuga de su estado inconstante y difícil. Huyen no sólo de sí mismos sino de lo que les hace recordar y regresar a su inevitable realidad, siendo la familia el mayor vínculo de su origen y la evidencia por la cual se alejan evitándola y refugiándose en los amigos, los iguales en busca de seguridad e identidad.

Las acciones propias del adolescente como actividades que son importantes, dependen de los otros individuos y de los contextos sociales donde se llevan a cabo, suelen ser un verdadero acto grupal, de hecho estos primeros consumos se realizan por persuasión, presión, imitación, o demanda de los pares para no perder el sentido de pertenencia (Lidz, 1980; Feldman, 2001).

Esto mismo fue arrojado por los resultados de nuestra muestra donde se observa

que durante la adolescencia es el grupo el que a menudo proporciona al joven la seguridad y la estimación propia, al ser aceptado por los otros. Esto da consuelo en los momentos de incertidumbre, indecisión, ansiedad y culpabilidad, que muchas veces acompañan a la conquista de la autonomía.

Por lo tanto confiere al grupo el derecho de imponer nuevas normas de conducta. También funciona como instrumento de presión (“todos los demás lo hacen”), permite conquistar privilegios, a veces mal dirigidos, y ayuda al joven a afrontar con menos ansiedad los cambios que se producen en la vida y en su persona, como las transformaciones fisiológicas de la pubertad y al mismo tiempo reduce las frustraciones, no sólo las específicas de su edad, sino otras.

Del Toro, (1999) y Pepin (1975) sustentan resultados y afirman que el grupo responde a las necesidades cognoscitivas de los adolescentes que les permite desarrollar estrategias cognoscitivas más elaboradas que favorecen el acceso al pensamiento formal. El grupo funge como medio para la adquisición prudente de la identidad de cada cual.

Con respecto a lo encontrado en el modo de afrontamiento del autocontrol, los jóvenes que consumen sólo cocaína presentan elevación de 56.26 estadísticamente significativo en comparación a los otros grupos (marihuana, 30.05 y ambas 50.08) por lo cual podemos inferir que por no poder resolver los problemas externos, que se les salen de control, se ven orillados a intentar obtenerlo de una manera imaginaria por medio de la ingesta de drogas, lo cual les hace sentir que controlan su entorno, y recurren a la fuga interna asumiendo que solo a partir de esta conducta, podrán encontrar una solución, que dependerá de su percepción, sin darse cuenta que su comportamiento es inadaptado y poco a poco los va llevando a su propia destrucción.

Por otro lado, se destaca por los resultados obtenidos de este modo que las

personas consumidoras de marihuana lo utilizan con menor frecuencia pues estos sujetos tienden más hacia la experimentación del placer, se dejan llevar por los efectos alucinógenos de la droga y olvidan los problemas existenciales que le aquejan en ese momento, sin importarles ya la pérdida total o parcial de la conciencia y por ende del control de si mismo.

La adicción no siempre implica una pérdida de control sobre los pensamientos, sentimientos, ideas o comportamientos, hacia las situaciones amenazantes, de daño o pérdida para los chicos, ya que las estrategias de afrontamiento que emplea no son suficientemente efectivas. Ante esta situación es más fácil huir de la realidad para protegerse del dolor que de conocerla (Lidz, 1980).

Otro de los modos que presentan diferencias estadísticamente significativas en nuestra investigación, fue la solución de problemas, resaltando que el grupo que emplea más esta estrategia son los consumidores de marihuana seguida por los sujetos no consumidores. En consideración a esto podemos inferir que existe una necesidad de solucionar los problemas cuando se presentan, es decir, se esfuerzan en focalizar la situación y buscar una solución adecuada, apoyándose en un análisis exhaustivo del evento (Lazarus y Folkman, 1988).

La reevaluación positiva promueve el ajuste, facilitando el afrontamiento enfocado a los problemas y está asociada al afrontamiento conductual-activo. Esta estrategia parece reducir la depresión entre personas que enfrentan eventos de alta pérdida (Medina, 2000). El grupo que presentó la diferencia más marcada fueron los sujetos consumidores de cocaína quienes emplean en gran medida este modo de afrontamiento y es incluso el más elevado en comparación a los demás. El fenómeno que se presenta aquí es sin duda característico en la muestra ya que se refiere a la capacidad para poder evaluar las situaciones de una manera positiva a partir de la experiencia. Esto nos diría que los chicos a partir de los efectos de la sustancia reevalúan de manera aparentemente adaptativa los

eventos estresantes, la forma de percibirlos es poco o nada amenazante de tal manera que puede resultar un reto la resolución de estos a partir del empleo de sus recursos.

La reevaluación positiva puede promover el ajuste facilitando el afrontamiento enfocado a los problemas y está asociada al afrontamiento conductual-activo.

Estas estrategias parecen reducir la depresión entre personas que enfrentan eventos de alta pérdida.

A diferencia de los que consumen ambas sustancias, estilo menos empleado, esto nos puede indicar que estas personas a pesar de la ingesta combinada de drogas no consiguen visualizar las situaciones menos aversivas y ven la vida de manera catastrófica y amenazante. Estos sujetos atraviesan por una gran crisis que perciben con pocos recursos para superarla por lo que recurren a la búsqueda de la disminución de la angustia a través de los efectos producidos por la droga, y procurándose un estado de placer momentáneo, fuera de su cruda realidad.

En general los grupos más parecidos en el empleo de modos son los no consumidores y los que sólo consumen marihuana, inferimos que esto se debe a que aunque es la sustancia más consumida en nuestro país no produce adicción aunque los efectos producidos no dejan de causar daños irreversibles al SNC en menor grado.

Se puede decir que el modo de afrontar el problema dependiendo del estilo, se debe a la evaluación y a la percepción que lleva a los modos que intervienen, intentando que sea menor el efecto en su integridad psicológica siendo ésta una forma de defenderse contra las adversidades que les amenazan sin percatarse que toda la agresión percibida, la vuelcan sobre si mismos empleando un mecanismo de auto-destrucción que origina que éste entre en acción. Planteado anteriormente por Oliveinstei (en Soubrier, 1972), el grado de su visión dependerá

del tipo de estrategias empleadas y de la sustancia que ingiera para conseguir su objetivo.

Con lo encontrado en los resultados y se corroboran los hallazgos de Labrador (1993), donde observó que el estrés provoca un deterioro en el estado físico y mental de los adolescentes en general, pero es mayor la alteración en los que consumen algún tipo de sustancia adictiva, pues los lleva a un estado inminente de vulnerabilidad. Dentro de las capacidades que se ven disminuidas se encuentran:

- 1) La capacidad para adaptarse a los cambios del entorno;
- 2) Capacidad para manejar sentimientos y emociones fuertes, así como para expresarlos de manera realista;
- 3) Capacidad para interpretar las demandas, limitaciones y oportunidades en forma correcta y
- 4) Capacidad para establecer lazos interpersonales provechosos y duraderos.

La adicción es una dependencia, actividad o relación que arrastra a la persona adicta lejos de todo lo que le rodea. Los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos de las personas, actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la cosa deseada o para comprometerse en la actividad deseada.

Las adicciones son "dependencias" con graves consecuencias en la vida real que deterioran, afectan negativamente, y destruyen relaciones, salud (física y mental), y la capacidad de funcionar de manera efectiva dentro del entorno.

Las drogas son usadas para aliviar el dolor real o imaginario, para el tratamiento de una enfermedad, para cambiar el estado de ánimo, como búsqueda o abandono de la identidad, como escape para olvidar o para explorar estados de conciencia y sensaciones.

Diferentes estudios nos llevan a la conclusión de que el estrés de la vida actual, el materialismo y consumismo entre otros, ha traído consigo a un sin número de jóvenes carentes de límites y reglas claras. Producida en gran medida por la descomposición social y familiar que inducen a la confusión de roles, causan graves problemas emocionales y psicológicos, que conducen al individuo a la búsqueda de escapes para amortiguar el dolor que estos provocan. Fatalmente, los escapes solo amortiguan el dolor que causan los problemas emocionales pero no los solucionan, al contrario los exacerban.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias muy serias en la salud no sólo de quien las consume sino también en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social.

Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros para sufrir consecuencias negativas de su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida por no tener los recursos necesarios para enfrentar los problemas que se le presentan dentro y fuera de él.

Es importante resaltar que para el desarrollo integral del adolescente es necesario brindar las condiciones adecuadas en el ámbito familiar y social, ya que al carecer de alguna de éstas, será más vulnerable y tendrán mayor efecto los diferentes problemas a los que se encuentra expuesto, como la violencia, la depresión, la agresividad y la ingesta de drogas entre otras.

Una comunicación eficaz en la familia es un elemento importante para su bienestar y la relación efectiva contribuirá para que sea un hombre de bien y así será más probable que el adolescente experimente afectos y aceptación en su familia.

Para poder superar el estrés que provocan situaciones específicas de esta etapa

de transición se sugiere proveer a los jóvenes de estrategias funcionales que le den oportunidad de afrontar de la mejor manera sus problemas, para que resuelva sus necesidades y que además contribuya a la disminución de la angustias existencial y puedan así lograr superar no sólo los miedos sino la crisis en sí misma, sin tener que recurrir a salidas autodestructivas para conseguir el bienestar. De esta manera se promueve la generación de recursos propios que le hagan llegar a la madurez y que le permitan entrar a la vida del adulto con mejor y mayores alternativas de crecimiento personal, familiar, laboral y social.

Para poder echar mano de la manera en que nuestros jóvenes evalúan las situaciones y poder identificar las situaciones específicas que se presentan en los jóvenes regularmente se debe intervenir antes de que se conviertan en una cifra estadística más, en la descripción fría e impersonal de nuestra población.

Los resultados obtenidos en esta investigación dan la oportunidad de visualizar una vertiente más del fenómeno de la adicción, si bien es cierto que en la actualidad se han realizado un gran número de investigaciones que intentan describir, explicar y solucionar tal problema social, resulta complicado cumplir con los objetivos en su totalidad ya que como sabemos el origen, el desarrollo y su proceso se dan de maneras múltiples y diversas en cada individuo.

Encontrarse frente a fenómenos multicausales nos compromete a iniciar búsquedas en terrenos a veces desconocidos e inexplorados, pereciendo en ocasiones descabellados o inaceptables. Tal apertura nos lleva a encontrar hallazgos que plantean nuevos espectros viables para encontrar si no todas las respuestas sí una pequeña parte del amplio y complejo tema de los jóvenes y sus adicciones. A su vez surgirán otras más que necesitarán ser respondidas.

La magnitud de las conductas adictivas llevará a averiguar todas las posibles causas que las originan y fomentan, así como las implicaciones biopsicosociales

con base en investigaciones anteriores se puede observar que la visión es diferente de acuerdo a la orientación científica que se tiene y podemos encontrar desde las genéticas, las sociales hasta las espirituales. Sin embargo el estudio aislado de cada uno de estos conlleva a darnos cuenta que de esta manera sólo se pierde información que puede resultar de gran importancia como la adolescencia y los modos de afrontamiento.

Los deducciones obtenidas en esta investigación no se pueden considerar como concluyentes por el hecho de que la muestra no fue representativa de la población general por el tipo de muestreo no probabilístico así como por otras consideraciones metodológicas, a pesar de esto se considera que los resultados aportan información para quien se interesen por los adolescentes y adicciones.

Las carencias y limitaciones de todo estudio son innegables a lo largo del análisis de resultados de esta investigación se observo que existen muchas variables que deben ser estudiadas, que por las objetivos no fueron consideradas en el diseño, una de las que a lo largo de la literatura se encontraron es el entorno familiar y la personalidad.

Con respecto a lo familiar y considerando que es donde el individuo se desarrolla y crece podría estudiarse desde la conformación de la pareja de progenitores y poder analizar situaciones que proporcionararan elementos que nos permitieran comprender e incluso prevenir la conducta adictiva.

Otro variable a considerar son las características de personalidad, se sabe que existen perfiles que son se predisponen a las conductas adicciones sin embargo sería de utilidad averiguar ¿cómo se da el proceso de instalación de un tipo o de otro? Y ¿cuáles son los factores determinantes su permanencia?

Existen propuestas que parecen ambiciosas y se vislumbran difíciles de ver la viabilidad que tienen, sin embargo se requieren estudios que tengan una

perspectiva de abordaje diferente a las que se han realizado con el fin de ampliar el espectro del conocimiento.

Los resultados confirman datos ya conocidos sin embargo surgen otras interrogantes que deben ponerse en la mesa de investigación como son ¿Cuál es el punto dónde se entrelazan todas y cada una de las fuentes de influencia para que un joven se aficione a las sustancias adictivas? ¿Existirá una fórmula para prevenir parcialmente el riesgo de adicción? ¿Cuál debe ser el punto de acción para el tema de las adicciones, detección, tratamiento, intervención o prevención? ¿Desde dónde se debe intervenir, desde el ámbito escolar, familiar o social?

Para poder responder lo anterior se debe realizar una evaluación para ver si con la investigación se puede prevenir o combatir este problema social, o para ver si es necesario recurrir a campañas más humanas, donde no sólo se les llene a los participantes de una información vana, sino que se comprometan las instituciones para que participen de forma activa tanto los jóvenes como las escuelas y principalmente las familias, recurriendo a las estrategias básicas como son el ayudar a crecer a nuestros menores no sólo físicamente sino también social, personal, emocional y ¿por qué no? espiritualmente. De esta manera se tendrán seres humanos en toda la extensión de la palabra y no personas o individuos que en lugar de vivir solo sobreviven en un medio hostil y poco propicio al enriquecimiento de los valores y principios que dan la garantía de vivir con las cualidades necesarias para conseguir plenamente aquello que los humanos llamamos felicidad.

REFERENCIAS

- Aberasturi, A. y Knobel, M. (1987). La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico. Ed. Paidós. México.
- Acuña, L y Bruner, C (1999). Estructura factorial del cuestionario de apoyo social de Sarason, Living, Basham y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 16 (2), 267-279.
- Almanza, J (2001). El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Neuro-cirugía y psiquiatría*. Numero especial 1994-2001. 35-43.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. En C. L. Cooper, y R. Payne, *Personality and Stress: individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Chichester: John Wiley & Sons.
- Amigo V., Fernández R., C. y Pérez A., M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Barbero, J.M. (1998) *Desorden cultural y palimpsestos de identidad*. En *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Bogotá. Ed.Universidad Central. Depto de Investigaciones.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Baum, A and Singer, J. (1982). Stress and environment. *Journal of social issues*, 37. 4-35.
- Billings, A y Moos, R. (1981). Stressful life events and symptoms: A longitudinal model. *Health Psychology*. 99-118.
- Blos, P (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz. México.
- Chapela, L . (1999) *Adolescencia y curso de vida*, México, CONAPO,
- Clark, A, et. Al (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*, Madrid, Debate.
- Compas, B., (1987). Coping with Stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- De la Fuente, R. (1996). *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica. México
- Díaz-Guerrero. (1997), *Psicología del Mexicano*. Trillas. México.
- Escobar, L. (1995). *El adolescente y su medio ambiente y actitudes*. Universidad Católica del Perú. Perú
- Escotado, A. (1998). *Aprendiendo de las drogas*, Barcelona, Anagrama.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (1998). México
- Encuesta Nacional de Adicciones, (2002). México

- Erikson, E. (1982). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Feldman, F (2001). Las dos caras de la moneda: motivaciones de los jóvenes deportistas para el uso o no uso de drogas.
- Florian, V.; Mikulincer, M. y Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation?. The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 687-695
- Friedman, H. y DiMatteo, M. (1989). *Health psychology*. Springer Verlag. New York.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 14 (2); 363-368.
- González, C.; Villatoro, J.; Medina, M.; Juárez, F.; Bebezón, S.; y Rojas, E. (1997). Indicadores Sociodemográficos de riesgo de Estrés Psicosocial en los Estudiantes de Educación Media y Media Superior en La República Mexicana. *Salud Mental*. 20 (4), 1-7.
- Gómez, G. (2004). Algunas reflexiones psicológicas sobre el concepto de salud. Mecanograma. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México.
- Gómez, G. (2006). Aristas conceptuales sobre la salud mental, distrés, aspectos psicociliaes y alineación. Mecanograma. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México.
- Gómez, G. (1992). UAQ. México.
- Hammer, A y Marting, S (1988). *Manual for the Coping Resources Inventory*. California: Consulting Psychologist Press, Inc
- Herrera, P. (1999) Principales Factores de riesgo psicológicos y sociales en el Adolescente. *Rev Cubana Pediatría*; 71(1):39-42.
- Holm, J., Holroyd, B. Hunnsey, L. Penzen, K. (1986). The rol of stress in recurrent tension headache. *Headache*. 26: 160-167.
- Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. Paidos. México.
- Jung, J. (1992). The relationship of worrying, coping and symptoms among college men and women. *The Journal of General Psychology*, 120(2), 139-148.
- Kanner, L., Coyner, J., Shaefer, C. y Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts *versus* major life events. *Journal of behavioral medicine*. 4: 1-39.
- Khohner, H., (1989). The Concept of Coping Modes: Relating Cognitive Person Variables to Actual Copin Behavior. *Advance in Behavioural Research Therapy*, 11:235-248.
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Eudema. Madrid.
- Lazarus, R. (1971). *Psychological stress and the coping process*. Mc Graw-Hill. New York.

- Lazarus, R. (1989). Stress and coping-. An Antology. University Press. New York: Columbia.
- Lazarus, R. (1990).theory-based stress measurement. Psychological Inquiry. 1 (1), 3-13.
- Lazarus, R. y Folkman, S., (1980). Emotions: A cognitive phenomenological analysis. En Plutchik y Kelleman. Theories of emotion. University Press. New York.
- Lazarus, R. y Folkman, S., (1986). Estrés y procesos cognitivos. Martínez-Roca. Barcelona.
- Lazarus, R. y Folkman, S., (1988). Inventario de Modos de Afrontamiento. Consulting Psychologists Press.
- Lazarus, R. and Smith. (1988). Knowledge and Appraisal in the Cognition Emotion Relationship. Cognition and Emotion, 4 (2), 231-300.
- Levin, J., (1979) Fundamentos de **Estadística** en la Investigación Social, 2ª Ed. Harla. México.
- Lidz T. (1980). La persona su desarrollo a través del ciclo vital. Herd. España - Barcelona
- Lilliston, L y Klein, D (1990). A Self-discrepancy reduction model of religious coping. Journal of Clinical Psychology, 47(6), 854-860.
- Luca de Tena, B. (2000), La guerra de la cocaína.Temas de debate. Barcelona.
- Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. (1994). DSM-IV
- Mckinney, J. (1998). *Psicología del desarrollo (edad adolescente)*. México: Ed. El Manual Moderno, S. A.
- Mc Phillamy, D. y Lewinsohn, P. (1982). The pleasant event schedule: Studies on reability, validity and case intercorrelation. Journal of consulting and Clinical Interactions. New York.
- Mechanic, D. (1974). Social Structure and Personal adaptation: some neglected-dimension. Coping and adaptation, 1 (3), 73-80
- Medina, M, (2000).Evaluación Conductual del usuario del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Medina, M, Natera, G, Borges, G, Cravioto, P, Fleiz, C y Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, Vol. 24 No. 4, Págs. 3-19.
- Medina, M y Rojas, E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. Salud Mental, Vol. 26-2, (1-11).
- Meriweather, A. (1997). The influence of self-led discussions on the learning of problem-solving skills with adolescent females. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering. Vol 57(12-B), Jun 1997, US.
- Mochales, S. y Gutiérrez, M. (2000). Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social. www. psiconet.com

- Mohr, G. (1993). Significance of psychological stress, absence of stress and resources for health promotion at the workplace. *Sozial und Praventivmedizin*, 38 Suple. 2 (96-99).
- Moreira, M., Silva, M., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, B., and Afonso, H. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. Vol. 34-3 (485-501)
- Mowbray, R. (1994). Los Programas Comunitarios de Prevención de las drogodependencias. España.
- Muñoz, M. (1986). Estructura de la Personalidad. 1a.Ed. Madrid: Ed. Iberoamericana-Quorum.
- Muss, R. (1994). Teorías de la adolescencia. Ed. Paidós. México.
- Myers, M; Brown, S and Mott, M. (1995). Preadolescent conduct disorder behaviors predict relapse and progression of addiction for adolescent alcohol and drug abusers. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. Vol 19(6) Dec 1995, 1528-1536.
- ONUDD. (2004) Informe mundial sobre las drogas. Publicación de las Naciones Unidas, Volumen 1: Análisis.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- OMS (1992) CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento Meditor: Madrid.
- Papalia, D. (1990). Desarrollo humano. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Mc Graw-Hill. México.
- Pargament, K; Ensing, D; Falgout, K y cols.(1990). God help me: (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824.
- Parkes, (1986). Coping in stressful episodes: The role individual differences, environmental factors, and situational characteristic. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51. 1277-1292.
- Plunkett, S; Henry, C ; and Knaub, P. (1999). Family stressor Events. Family Coping and adolescents adaptation in Farm Ranch Families. *Adolescence*. 34 (133), 147-167.
- Printz, B ; Shermis, M and Webb, P (1999). Stress-bufering factors related to adolescent coping: A path analysis. *Adolescence*. 34 (136), 715-731
- Prokopčáková, A. (1992). Coping with stress situations, anxiety and control. *Studia Psicológica*, 34 (1). 69-77.
- Rodríguez, R. (1986). La Personalidad Factor Hereditario ambiental. Madrid: ed. Iberoamericana - Quorum T4 21 – 34
- Rocheblave S., A. (1980). El adolescente y su mundo. Herder. Barcelona.

- Rojas, M. (1999). Factores de riesgo y de Protección en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima metropolitana. CEDRO. Lima.
- Sarafino, E. (1990). Health Psychology. J. Wiley. New York.
- Schaeffer, M., Baum, A., Paulus, P. Y Gaes, G. (1988). Architecturally mediated effects of social density in prison. Environmental Behavior, vol. 20 no. 1 pp 3-19.
- Seracini, A (1996). Coping, social support and adjustment in the children of heroin addicts. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering. Vol 56(10-B), Apr 1996, US
- Sarason, I. y Sarason, B. (1996). Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. Séptima Edición. Prentice Hall. Hispanoamericana. México.
- Selye, H., (1981) Stress and the Hearth Raven Press: New York pp 1-11.
- Shoal, G. and Giancola, P., (2001). Ognition, negtive affectivity and sustance use en adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. Psychol. Addict. Behav., 14, 56-68
- Sotelo, C y Maupomé, V (1999). Traducción y estandarización del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura. UNAM. México.
- Spilberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. Harper y row. Latinoamericana. México.
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A., & Craig, S. (1998). One-year outcomes of Project Towards No Drug Abuse. Preventive Medicine, 27, 632-642
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional*. Oxford.
- Sutherland, V. y Cooper, C. (1990). Understing stress: A psychological perspective for health professionals. Chapman and Hall. New York .
- Terry, D. (1991). Coping resourses and situational appraisals as predictors of coping behavior. Personal Individual Differences, 2 (1), 1031-1041.
- Tolentino, N. y Rivera, G. (2000). Fundamento y Teorías de las adicciones. LAYMAR Lima – Perú.
- Valadez, A y Landa, P. (1998). Connotación del Estrés: una aproximación inicial. Enseñanza e Investigación en Psicología. 3 (2), 163-175.
- Valery, J ; O'Connor, P. and Jennings, S. (1997). The nature and among of soppott College Age Adolescents Request and Receive from Parents. Adolescence. 32 (126), 323-337.
- Valdés, M. y Flores, F. (1985). Psicobiología del estrés. Martínez-Roca. Barcelona.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez,

- P., Castro, P. , Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000. Reporte Global de Escuelas Secundarias INP - SEP. México.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Mauro, R. y Becker, S. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vaccaro, D., & Wills, T. A. (1998). stress-coping factors in adolescent substance use: Test of ethnic and gender differences in samples of urban adolescents. *J. Drug Educ.*, 28, 257-280.
- Wagner, E; Myers, M; McIninch, J. (1999) Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*. 24(6) Nov-Dec 1999, 769-779. US.
- Wagner, E. F. (1993). Delay of gratification, coping with stress, and substance use in adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 1, 27-43.

ANEXO I

Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Estado civil _____

*A continuación se presenta una serie de preguntas, marca la que más se acerque a tu respuesta. Por favor contesta con la verdad, toda la información que proporciones será confidencial sólo se utilizara para datos estadísticos. **De antemano muchas gracias.***

1. ¿Haz consumido droga?
a) Nunca b) alguna vez c) muchas veces d) frecuentemente
Si es afirmativa tu respuesta continúa
2. ¿Cuál?
a) Marihuana b) cocaína c) ambas d) otra
3. ¿Desde cuando?
a) una semana b) un mes c) un año d) más de un año
4. ¿Con que frecuencia?
a) Diario b) cada tercer día c) ocasionalmente d) solo en fiestas
5. ¿Has aumentado tu consumo para obtener el efecto que te provocaba al inicio?
a) casi siempre b) frecuentemente c) alguna vez d) nunca
6. ¿Consumes más de un tipo de sustancia a la vez?
a) si b) frecuentemente c) alguna vez d) no
7. ¿En que situaciones llegas a consumirla con mayor frecuencia?
a) con amigos b) solo c) en fiestas d) siempre
8. ¿Cuál es el principal motivo por que llegas a consumirla?
a) por convivir b) por sentirte solo c) por no quedarte atrás d) todas las anteriores
9. ¿Haz sentido la necesidad incontrolable de administrártela alguna vez?
a) nunca b) alguna vez c) frecuentemente d) casi siempre
10. ¿Te consideras un adicto?
a) si b) no c) no sé d) tal vez
11. ¿Por que?
a) no puedo dejarla b) la necesito c) me siento bien cuando la ingiero
d) todas las anteriores.
12. ¿Haz perdido la conciencia de tus actos al administrarte la sustancia?
a) nunca b) alguna vez c) frecuentemente d) casi siempre

ANEXO II

Inventario de Modos de Afrontamiento

Iniciarles del Paciente: _____ Fecha: _____ Folio _____

Lee por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tacha el número que mejor te describa en la siguiente escala:

0 = No, de ninguna manera.

1 = En alguna medida.

2 = Generalmente, usualmente.

3 = Siempre, en gran medida.

NOTA: Favor de no hacer anotaciones en la primera columna de la izquierda.

P	1.- Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.	0	1	2	3
	2.- Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
	3.- Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
	4.- Pienso que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tengo que hacer es esperar.	0	1	2	3
	5.- Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
P	6.- Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
P	7.- Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
P/E	8.- Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
E	9.- Me crítico o me sermoneo a mí mismo.	0	1	2	3
E	10.- No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
E	11.- Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3
E	12.- Sigo adelante con mi destino pues solo algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3
E	13.- Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3

E	14.- Guardo sólo para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
E	15.- Busco alguna mínima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
E	16.- Duermo más de lo que acostumbro.	0	1	2	3
P	17.- Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
P/E	18.- Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
	19.- Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor.	0	1	2	3
E	20.- Me siento inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
E	21.- Intento olvidarme de todo.	0	1	2	3
P/E	22.- Busco la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
E	23.- Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.	0	1	2	3
	24.- Espero haber lo que sucede antes de hacer algo.	0	1	2	3
E	25.- Me disculpo o hago algo para compensar.	0	1	2	3
P	26.- Desarrollo un plan de acción y lo sigo.	0	1	2	3
	27.- Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
P	28.- De algún modo expreso mis sentimientos.	0	1	2	3
E	29.- Me doy cuenta de que yo soy la causa del problema.	0	1	2	3
E	30.- Salgo mejor de la situación de como la empecé.	0	1	2	3
P/E	31.- Hablo con alguien que puede hacer algo por mi problema.	0	1	2	3
	32.- Me alejo del problema por un tiempo; intenté descansar o distraerme.	0	1	2	3
E	33.- Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
P	34.- Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado	0	1	2	3
E	35.- Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso.	0	1	2	3
E	36.- Tengo fe en algo nuevo.	0	1	2	3

	37.- Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
E	38.- Redescubro lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
P	39.- Hago cambios para que las cosas salgan mejor.	0	1	2	3
E	40.- Evito estar con la gente en general.	0	1	2	3
E	41.- No dejo que el problema me venza; rehusó pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
P/E	42.- Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo.	0	1	2	3
E	43.- Oculto a los demás lo mal que me va.	0	1	2	3
E	44.- No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.	0	1	2	3
P/E	45.- Le platico a alguien como me siento.	0	1	2	3
P	46.- Me mantengo firme y peleo por lo que quiero	0	1	2	3
E	47.- Me desquito con los demás.	0	1	2	3
P	48.- Recurro a experiencias pasadas; ya antes me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
P	49.-Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.	0	1	2	3
E	50.- Me niego a creer lo que ha ocurrido.	0	1	2	3
E	51.- Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3
P	52.- Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
	53.- Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto.	0	1	2	3
E	54.- Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado en otras cosas.	0	1	2	3
	55.- Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo o la forma como me siento.	0	1	2	3
E	56.- Cambio algo de mí.	0	1	2	3
	57.- Sueño o me imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
E	58.- Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.	0	1	2	3
E	59.- Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3

E	60.- Rezo alguna oración.	0	1	2	3
	61.- Me preparo para lo peor.	0	1	2	3
E	62.- Repaso mentalmente lo que haré o diré.	0	1	2	3
E	63.- Pienso como dominaría la situación a quien admiro y la tomo como modelo.	0	1	2	3
	64.- Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
	65.- Me digo a mí mismo que las cosas podrían ser peor.	0	1	2	3
	66.- Realizo algún ejercicio.	0	1	2	3
	67.- Intento algo distinto de todo lo anterior (describalo)	0	1	2	3