

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES CON
CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL
PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE PSIQUIATRA INFANTIL Y DE
LA ADOLESCENCIA**

P R E S E N T A:

ISABEL ESPINOSA SÁNCHEZ

**TUTOR TEORICO:
DRA. EDITH PADRON SOLOMON**

**TUTOR METODOLOGÍCO:
DRA. SILVIA ORTIZ DE LEON**



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.

INDICE

I. Introducción.....	3
II. Marco Teórico.....	4
III. Planteamiento del Problema.....	8
IV. Objetivos de la Investigación.....	9
V. Propósito de la Investigación.....	10
VI. Pregunta de la Investigación.....	10
VII. Metodología.....	11
VIII. Consideraciones éticas y control de calidad.....	16
IX. Resultados.....	17
X. Discusión.....	23
XII. Conclusiones.....	25
XII. Recomendaciones.....	26
XIII. Referencias.....	27
XIV. Anexos.....	30

I. INTRODUCCIÓN.

Los trastornos producidos por el consumo de alcohol, son un problema importante de salud pública. Dada la naturaleza multifactorial de este y las implicaciones que muestra, se debe considerar a la familia como parte fundamental en las intervenciones, cuando se maneja a una persona con consumo de alcohol, más aun si se realiza en forma temprana para evitar las consecuencias fatales ya conocidas del alcoholismo. Debido a esto, el considerar una intervención cuando se detecta un consumo de riesgo (es decir cuando aun no aparece datos de dependencia, no tolerancia, así como las complicaciones medicas por el consumo crónico), se vislumbra como prioritaria, mas aun en población de riesgo para desarrolla los trastornos producidos por el alcohol. La población de riesgo a nivel mundial cada vez apunta a jóvenes y adolescentes, siendo este un grupo que cada vez crece más en ambos sexos.

El presente estudio, es de tipo observacional y descriptivo, realizado a los padres que asisten con sus hijos adolescentes de 12 años a 17 años 11 meses en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, a los cuales se les pregunto si sabian su hijo consume o no alcohol. A los hijos de los que contestaron afirmativamente se les realizo un tamizaje con la entrevista de Detección de Trastornos por el uso de alcohol AUDIT y se determinó quienes tenían un consumo de riesgo, y a los padres de los adolescentes que se les detecto dicho consumo (de riesgo) se le aplicó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman para conocer que modos de afrontamiento utilizan y en que grado, en el supuesto de que el conocer como se aborda el problema desde el grupo primario de apoyo es importante para establecer una estrategia de acción en salud mental, que prevenga que el consumo de riesgo desemboque en otros trastornos mas graves producidos por el uso de alcohol.

II. MARCO TEÓRICO

El *Afrontamiento* se define según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como la acción y efecto de *afrontar* (lat. *affrontàre*, de *frontis*, *frontis*, frente) Poner cara a cara, hacer frente al enemigo, hacer cara a un peligro problema o situación comprometida^{2, 7}. En el modelo psicoanalítico de la psicología del Ego, define al *afrontamiento* como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés³. Lazarus y Folkman definen las estrategias (modos) de afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar la demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes respecto de los recursos de los individuos como lo refieren Lazarus y Folkman en sus observaciones³.”

El afrontamiento consiste en conductas y pensamientos (por ejemplo: pedir ayuda, analizar el problema o tratar de olvidar) empleados por un individuo para hacer frente a situaciones de tensión o estrés, tales como tener un hijo, cambiar de empleo, discutir con la pareja^{5, 6}. 14. Éste depende tanto de la naturaleza del evento amenazante como de los rasgos personales del sujeto³.

Lazarus y Folkman³ propusieron un modelo bidimensional, al considerar que el afrontamiento estaba al servicio de dos grandes funciones: solucionar el problema generador de tensión y actuar sobre las reacciones emocionales de estrés.

Las escalas de Afrontamiento de Lazarus y Folkman se derivaron de los factores obtenidos de la teoría psicoanalítica para conformar los principales modos (o estilos) de afrontamiento al estrés. Por *Modos de Afrontamiento* se deben entender a la manera en que cada individuo responde o reacciona ante un problema, buscando encontrar una solución y disminuir la tensión que genera una situación de esta naturaleza. Incluso el tomar la decisión de “no hacer nada” o de “evadir la situación” son formas de afrontar. La traducción al español y estandarización en población mexicana se llevo a cabo por Claudia Sotelo y Varenka Maupone, presentada como tesis de licenciatura en la facultad de Psicología de la UNAM en el 2000, la cual finalmente arrojó un valor Alfa general de 0.90; así mismo la discriminación por reactivo en la comparación de puntajes altos y bajos mediante la prueba “t” arrojó una significancia $P < 0.0001$ en cada uno de ellos⁴.

AFRONTAMIENTO Y SUS ESTUDIOS EN PSIQUIATRÍA

CONSUMO DE RIESGO: Se refiere a un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o los demás, es decir una alteración debida directamente al consumo en el ámbito social, familiar, laboral o escolar.

Se detecta el consumo de riesgo como ya se mencionó mediante un tamizaje como el Cuestionario AUDIT. Este es muy simple en su aplicación y evaluación, y ha mostrado tener una alta sensibilidad para detectar el consumo de riesgo (0.90) y una especificidad no tan alta pero si muy aceptable (0.80). La fiabilidad y validez del AUDIT han sido llevadas a cabo en diversos ámbitos y países diferentes⁸.

Se considera que el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es un problema importante por las repercusiones que se han encontrado: basta saber que en EUA las cuatro causas de muerte más frecuentes entre personas comprendidas en edades de 10 a 24 años son accidentes automovilísticos (37%), homicidio (14%), suicidio (12%) y otras lesiones o accidentes (12%) y mas de un tercio de los que llegan a centros de traumatología son tratados por consumo de alcohol o de otras drogas¹⁴.

En México representa un importante problema en cuanto a morbimortalidad: Según los indicadores de salud publica en México se ha encontrado que la exposición al alcohol aumenta entre mas años tenga el joven, encontrándose que a los 15 años el 10% consumen alcohol y a los 19 años la prevalencia asciende a 31%¹⁵. La Encuesta nacional de Salud sobre las adicciones del 2003, mostró que el consumo de alcohol entre los jóvenes de nivel medio superior y superior va en aumento¹⁶. Esta encuesta arrojó datos acerca de que los periodos de mayor riesgo para el uso de alcohol y drogas entre los jóvenes son en la transición de la escuela primaria a la escuela secundaria (11 a 13 años), de la secundaria a la preparatoria (14 a 17 años) y de la preparatoria a la universidad (17 a 20 años)¹⁶. Otro estudio realizado en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes mexicanos en el estado de Morelos se encontró que en ambos sexos a medida que aumenta su edad aumenta el consumo de alcohol, y que el uso previo de alcohol o tabaco se asocia a mayor frecuencia en el consumo de otras drogas¹⁵. Debido a lo anterior se intuye que los problemas que acarrea el consumo del alcohol También van en aumento.

El alcohol esta implicado en una amplia variedad de enfermedades y trastornos, así como en múltiples problemas sociales y legales^{18, 19, 20} de estos los problemas que acarrea el consumo de riesgo en población joven van desde una alta proporción de accidente automovilísticos (una las principales causas de muerte en población joven), así como la introducción a otro tipo de sustancias psicotrópicas^{13, 14, 15, 17 y 18}.

Entre los trastornos por consumo de alcohol esta el consumo de riesgo, el cual implica que si se da una detección temprana se puede evitar que el individuo padezca otros trastornos como dependencia o consumo de riesgo. Para resolver el consumo de riesgo se han intentado varias estrategias como son: psicoterapias diversas⁸, orientación, información por medios masivos, etc. Al igual que en otros tipo de abordaje en salud, el manejo del consumo de riesgo de salud, se realiza de una manera integral, es por eso que se han realizado estudios para determinar los modos de afrontamiento de los familiares de individuos con abuso de alcohol, para tratar de entender cual es la trascendencia de este problema.

AFRONTAMIENTO ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL

El afrontamiento ante el consumo de alcohol en familiares, en la literatura se encuentran estudios como el de Orford y Natera⁴ en donde se valoran los patrones de afrontamiento que tienen las madre o esposas de individuos con consumo de alcohol y otras drogas^{6, 10, 11, 12 y 13}. Es importante aclarar que estos autores acuñaron el término de patrones de afrontamiento en base a las observaciones realizadas de lo que usualmente hacen los familiares de individuos con consumo de alcohol y tabaco, pero en cuanto al consumo del alcohol, que es lo que nos interesa en esta ocasión, ellos realizan los estudios en familiares de individuos con *abuso* de alcohol, es decir un patrón desadaptativo de consumo de alcohol manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de cualquier sustancia definido así por el Manual del Diagnostico de Trastornos Psiquiátricos IV (DSM-IV)⁵. Esta observación es importante debido a que los trastornos por consumo de alcohol abarcan un amplio espectro, además del abuso como tal. El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) puede identificar la existencia de múltiples trastornos producido por el consumo de alcohol, identificando no solo un alcoholismo presente, sino también el consumo de riesgo.

AFRONTAMIENTO DE FAMILIARES DE INDIVIDUOS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL.

En los trabajos realizados por Natera, se encuentra un estudio en donde se involucra a población joven⁶, y se refiere a *patrones de afrontamiento de las madres mexicanas* con familiares con abuso de alcohol u otras drogas fue realizado en México y en el se describen varias formas como usualmente responden las mujeres mexicanas ante el consumo de estas substancias por parte de sus hijos. Este estudio investiga sin un rango de edades de los hijos con abuso de alcohol amplio, es decir abarco desde jóvenes a individuos maduros.

Natera ha realizado varios estudios en este sentido, algunos en colaboración con Orford, sacando como conclusiones al menos once formas (a los que llama patrones indistintamente) de afrontamiento principalmente ante el consumo de alcohol y drogas, entre los cuales esta la negación, no hacer nada, control e incluso uno que describe un estilo de tipo independiente^{6, 10, 11, 12 y 13}. Estos patrones que describe Natera en sus trabajos son similares a las observaciones realizadas por Lazarus y Folkman.

En particular en cuanto a lo que es el afrontamiento de los padres respecto al consumo de alcohol en sus hijos jóvenes, existen estudios como el elaborado por Natera en el 2003, en donde hace un análisis a cerca del rol paterno frente al consumo de alcohol y otras drogas en sus hijos varones¹⁰. En este estudio se abordaron usuario de alcohol entre los 14 y 27 años, y se estudio las respuestas de los padres, encontrándose que el reconocimiento del uso de alcohol toma más tiempo a los padres respecto al uso de otras drogas, y las respuestas por lo general incluían un elevado patrón de involucramiento emocional. También se encontró que las respuestas iban con una gran carga de tolerancia, teniendo incluso algunas como “Yo digo que tomar una o dos copas es normal” y pensar que el alcohol es menos dañino que otras drogas¹¹.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las consecuencias de un consumo de riesgo en adolescentes van desde accidentes automovilísticos, consumo de otras sustancias como cocaína, violencia entre pares y actos vandálicos entre otros^{13, 14, 15, 17 y 18}, lo que nos habla de una población en riesgo, además si se considera que muchos de ellos no consideran el tener un problema con su forma de beber¹⁷. Existen estudios acerca de la forma en la que mujeres mexicanas afrontan el consumo de alcohol en sus hijos y esposos, pero en la mayoría de estos casos los individuos ya tienen un alcoholismo establecido, es decir que existe dependencia y tolerancia según la clasificación del DSM-IV, por lo tanto es importante detectar un consumo de riesgo de alcohol, ya que trae como beneficios que se puede incidir antes de que se llegue hasta este punto.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

General: Describir los modos de afrontamientos que muestran los padres ante el consumo de riesgo de alcohol que muestran sus hijos adolescentes.

Específicos:

- a) Describir en que nivel utilizan cada uno de los modos de afrontamiento los padres de los adolescentes con consumo de riesgo de alcohol.
- b) Describir el nivel total en cuanto a afrontamiento.
- c) Describir las condiciones socioculturales de los padres y adolescentes que participen en el estudio

V. PROPOSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Si conocemos más acerca de un problema tendremos más armas para poder manejarlo. En este caso sabemos que hay modos de afrontamiento ante un evento estresante que son efectivos y otros no, por lo que si conocemos cuales son los patrones que habitualmente utilizan los padres de familia de nuestra población de trabajo, no ayudaría a crear un plan de trabajo para incidir si es que son modos desadaptativos y no resulten el problema, ya sea con programas psicoeducativos específicos acerca de los modos de afrontamiento, o a través de modelos cognitivos que apoyen a los padres con este problema.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Utilizan los padres, los modos de afrontamiento mas adaptativos ante el consumo de riesgo que presentan sus hijos adolescentes?

VII. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Hipótesis

- **Hipótesis 1:** Los diferentes modos de afrontamientos que utilizan los padres ante el consumo de riesgo de alcohol por sus hijos adolescentes no son los más adaptativos.
- **Hipótesis 2:** El nivel de afrontamiento en los padres que tiene hijos jóvenes con consumo de alcohol es bajo.
-

b) Diseño del estudio

Tipo de estudio: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional.

Muestra: Se realizó un muestreo no aleatorizado, por conveniencia intencional, de padres (o tutores) que acudieron a la Consulta de Clínica de Adolescencia o al servicio de Urgencias y Admisión Continua, junto con sus hijos, con edades comprendidas entre los 12 años a 17 años 11 meses años, en el Hospital de Psiquiatría Infantil y del Adolescente Dr. Juan N. Navarro en el periodo de Septiembre 2008 a Noviembre 2008.

Criterios de inclusión para los padres:

1. Que su hijo adolescente tenga un consumo de riesgo detectado por el cuestionario AUDIT.
2. Que firmen su consentimiento informado.
3. Que convivan con los jóvenes.
4. Que su hijo acepte participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión.
5. Que contesten el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés de Richard Lazarus y Susan Folkman y la hoja de datos sociodemográficos.

Criterios de exclusión para los padres:

1. Que no firmen el consentimiento informado.
2. Que la información aportada sea insuficiente.
3. Que no convivan con el joven que participara el estudio

Criterios de inclusión para los jóvenes:

1. Edad entre 12 y 17 años 10 meses.
2. Que firmen el consentimiento informado.
3. Que contesten la escala AUDIT y la hoja de datos sociodemográficos.
4. Que uno o ambos padres o tutores acepten participar.

Criterios de exclusión para los jóvenes:

1. Que sus padres no acepten participar.
2. Que la información obtenida sea inadecuada o insuficiente.
3. Que presenten un estado de intoxicación etílica o por cualquier otra sustancia que altere su estado de alerta y no les permita contestar.
4. Que no obtengan una puntuación mayor de 7 en la escala AUDIT, es decir un consumo de riesgo en dicha escala.

c) Variables del estudio

- **Independiente:** Modos de afrontamiento de los padres.
- **Dependiente:** Consumo de riesgo en los jóvenes.

d) Universo muestras y unidades de observación

- **Universo:** Población de Adolescentes y sus padres que acuden al Hosp. Dr. Juan N. Navarro.
- **Unidades de Observación:** Padres con hijos adolescentes en el HPIJNN.

e) Instrumentos de recolección

- Cuestionario de identificación de trastornos relacionados al consumo de alcohol (AUDIT) Anexo 1.
- Cuestionario de “Modos de Afrontamiento” de Lazarus y Folkman, Anexo. 2.

Definición conceptual de las variables:

Consumo de riesgo: Según la OMS en el manual para la identificación de trastorno por consumo de alcohol (AUDIT) en su versión en español, consumo de riesgo se refiere a un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o los demás.

Modos de afrontamiento: Se refiere a la manera en que cada individuo responde o reacciona ante un problema, buscando encontrar una solución y disminuir la tensión que genera una situación de esta naturaleza. Incluso el tomar la decisión de “no hacer nada” o de “evadir la situación” son formas de afrontar.

Definición operacional de las variables:

Consumo de riesgo de alcohol:

Una puntuación igual o mayor 7 obtenida en el cuestionario AUDIT en los reactivos 1, 2 y 3.

Modos de afrontamiento. Son 6: flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a los positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva. Cada modo de afrontamiento se mide respondiendo a 66 reactivos. Se toman en cuenta determinadas reactivos para cada modo de afrontamiento. Así tenemos que para el modo de *flexibilidad de afrontamiento* se consideran los reactivos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20. Para el *afrontamiento dirigido a los positivo* los reactivos 5, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49 y 51. Para *pensamiento mágico* los reactivos 55, 56, 57, 58, 58, 60, 61 y 62. Para *distanciamiento* son 2, 33, 34, 40, 47, 50 y 53. Para el *afrontamiento dirigido al problema* son el 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31 y 35. Y por ultimo en la revaloración positiva son 63, 64, 65 y 66. A las respuestas de los reactivos se les asigna un valor y son: *de ninguna manera=0, en alguna medida=1, generalmente, usualmente=2 y siempre, en gran medida=3*. El valor obtenido en cada una de las respuestas se suma con el valor de otros reactivos que se agrupan en uno de los 6 modos de afrontamiento dentro de la tabla de Estilos de afrontamiento que propuso Lazarus y Folkman (anexo 2); esta suma es el puntaje natural. Este puntaje natural se normaliza de acuerdo a las tablas de las subescalas (Anexo 3 a 8) que representan los modos de afrontamiento que abarca la tabla inicial ya referida. El puntaje normalizado en cada una de estas subescalas de los modos de afrontamiento representa el nivel de afrontamiento. El nivel de afrontamiento va desde *alto, medio y bajo*. El nivel alto representa que dicho modo de afrontamiento predomina. La suma

total de los puntajes naturales en cada una de las subescalas nos puede dar el nivel de afrontamiento en general de la persona, si normalizamos este puntaje en la Escala Total de afrontamiento (Anexo 9). Así obtenemos el modo de afrontamiento predominante y el nivel de afrontamiento en general de la persona.

f) Procedimiento:

- Los diferentes adolescentes que se detectaron con otro trastorno diferente al consumo de riesgo según el AUDIT se les canalizó al servicio de PAIDEIA el cual está especializado en el manejo de trastornos por adicción a sustancias en el hospital Dr. Juan N. Navarro o a algún Hospital Pediátrico que contara con el servicio especializado, dependiendo de la cercanía a su hogar de acuerdo a lo detectado (tolerancia, abstinencia, complicaciones debido al uso y abuso de alcohol, etc.)
- Todos los participantes en el servicio recibieron durante la entrevista de la aplicación de los cuestionarios para el estudio, orientación respecto al uso, abuso y complicaciones del alcohol, a los padres también se les dio orientación al respecto, y al final se realizó una plática de psicoeducación por parte de la investigadora principal.
- Aquellos que quisieran mayor información u orientación al respecto también se les facilitó los datos de las distintas instituciones civiles y gubernamentales que manejan programas para el alcoholismo y su prevención. (Ver anexo de directorio 14)
- Todas las intervenciones psicoeducativas serán realizadas en base a las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo al Manual para la Detección de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) en español.

g) Plan de análisis

Se aplicó el paquete de estadístico SPSS versión 12, para obtener estadística descriptiva (cálculo de medidas de tendencia central, distribución de frecuencias, análisis, gráfico):

1. Se aplicó a los padres con hijos de 12 años a 17 años y 11 meses de edad, la pregunta ¿Sabe si su hijo/a consume alcohol?, y las respuestas de “sí” o “no” se vaciaron en la hoja de registro de “Pregunta de Tamizaje”.
2. Después se aplicó a los adolescentes el Cuestionario AUDIT de aquellos padres que contestaron afirmativamente y que aceptaron su participación. Los resultados obtenidos se vaciaron en la hoja de registro de “Resultados de AUDIT en los adolescentes”.
3. El Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman se dio a los padres de cuyos hijos resultaron con “consumo de riesgo” según el AUDIT y que aceptaron participar. Estos datos se vaciaron en las hojas de registro de resultados de cada uno de los modos de afrontamiento y el nivel total (“Entrevista a los padres”, ver anexos).
4. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 12 y se evaluaron las frecuencias respecto a la edad, sexo, escolaridad, ocupación y aspectos socioeconómicos de los padres entrevistados (ver anexo 11) también se manejó de esta manera la información obtenida de los datos sociodemográficos en las entrevistas de los adolescentes (ver anexo 12).
5. Se procesaron finalmente los datos obtenidos de los modos de afrontamiento en los padres para obtener estadística descriptiva con el paquete SPSS 12, vaciándose previamente en sabanas de registro de los resultados de todos los participantes (anexo 13).
6. Los resultados se graficaron en tablas de barras y pastel con los datos obtenidos en el análisis estadístico.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS Y CONTROL DE CALIDAD

El diseño se basó de acuerdo a las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud y de la Declaración de Helsinki en 1975, enmendada en 1989. Los padres y adolescentes que aceptaron su participación, se les brindo un consentimiento informado en donde se les detallo el procedimiento del estudio, su propósito, y se salvaguardo la información personal, siendo utilizada únicamente para los fines de este estudio. Se les informo así mismo de los resultados obtenidos en las escalas, y si así lo deseaban mas adelante los resultados obtenidos en el estudio.

IX. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 42 padres y sus hijos que participaron en el estudio ($N=42$).

De la población inicial de 62 padres que contestaron afirmativamente que sus hijos consumían alcohol, solo 42 tuvieron un *Consumo de Riesgo* detectado en el Cuestionario AUDIT, 15 no tuvieron ningún trastorno por consumo de alcohol y el resto tuvo otro trastorno mayor al consumo de riesgo detectado por el cuestionario AUDIT.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

La tabla 1 describe los datos sociodemográficos del grupo de estudio, en los cuales destaca que la mayoría de los padres que participaron eran del sexo femenino ($n=35$, 83.3%), la mayoría eran empleados ($n=21$, 50%) y tienen un ingreso promedio de 7000 a 9000 pesos al mes (25, 59.5%). En los adolescentes llama la atención que la mayoría fueron del sexo masculino ($n=30$, 71.4%) y vivían al momento del estudio con ambos padres ($n=35$, 83.3%). Un porcentaje importante no estudiaba ni trabaja ($n=5$, 11.9%). Ver tabla 1.

Se encontró también que 20 (47.6%) de los jóvenes eran los primogénitos, 8 (19%) los menores y el resto fueron hijos intermedios. Ver tabla 1.

Tabla 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Variable	Padres N (%)	Adolescentes N (%)
Edad ⁺	40.5 (5.1)	15.9 (1.0)
Sexo		
Masculino	35 (83.3)	30 (71.4)
Femenino	7 (16.7)	12 (21.6)
Estado Civil		
Casado/a	24 (57.1)	
Unión Libre	11 (26.2)	
Separado/a	4 (9.5)	
Divorciado/a	2 (4.8)	
Soltero	1 (2.4)	
Escolaridad		
Primaria	7 (16.7)	8 (19)
Secundaria	13 (31)	33 (18.6)
Preparatoria/Bachiller	12 (28.6)	1 (2.4)
Carrera Técnica	6 (14.3)	
Licenciatura	4 (9.5)	
Ocupación		
Ama de casa	14 (33.3)	
Estudiante		32 (76.2)
Empleado	21 (50)	5 (11.9)
Comerciante	6 (14.3)	
Taxista	1 (2.4)	
Sin Ocupación		5 (11.9)
Religión		
Católica	40 (95.2)	
Cristiana	1 (2.4)	
T. Jehová	1 (2.4)	
Ingreso al mes		
5000 a 7000	6 (14.3)	
7000 a 9000	25 (59.5)	
9000 a 11000	7 (16.7)	
11000 a 13000	3 (7.1)	
13000 o más	1 (2.4)	
Tipo de casa		
Propia	21 (50)	
Rentada	5 (11.9)	
Prestada	16 (38.1)	
Servicios Intradom.		
Agua	42 (100)	
Luz Eléctrica	42 (100)	
Drenaje	42 (100)	
Teléfono	40 (95.2)	
Computadora	18 (42.9)	
Carro	26 (61.9)	
Personas que le dependen ⁺	3 (+-1)	
Hermanos		2.3 (0.97)
Padre con el que vive		
Madre		7 (16.7)
Ambos		35 (83.3)

⁺Promedio ± D.E.

DATOS CLINICOS DE LOS ADOLESCENTES

Es de resaltar que el diagnóstico de trastorno *Oposicionista Desafiante* (91.3) fue el mas frecuente encontrándose en un 22 (52.4%) de los adolescentes como primer, segundo y tercer diagnósticos, así como el *Trastorno Disocial en Niños Socializados* (F91.2) que se encontró en 12 (28,5%) de ellos. El diagnóstico de Supervisión Inadecuada por los padres (Z63.2) estuvo en 13 (30.9%) de los adolescentes en el segundo y tercer diagnósticos. Estos datos no se han descrito antes en algún estudio. Ver tablas 2, 3 y 4.

Tabla 2. Primer diagnostico

Dx. CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Psicotico agudo con sint. De esquizofrenia	1	2,4%
Episodio Depresivo moderado	8	19%
Trastorno Depresivo Recurrente, actual moderado	5	11,9%
Trastorno de Pánico	1	2,4%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	2	4,8%
Trastorno de Adaptación	2	4,8%
Trastorno de la Actividad y la Atención	5	11,9%
Trastornos Disocial en niños socializados	9	21,4%
Trastorno Oposicionista y Desafiante	9	21,4%
Total=	42	100%

Tabla 3. Segundo Diagnóstico

Dx. CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Sin 2° diagnostico	1	2,4%
Episodio Depresivo moderado	4	9,5%
Distimia	6	14,3%
Trastorno de Pánico	1	2,4%
Trastorno por estrés Postraumático	1	2,4%
Trastorno Somatomorfo	1	2,4%
Trastorno de la Actividad y la Atención	12	28,6%
Trastorno Disocial en niños Socializados	1	2,4%
Trastorno Oposicionista y Desafiante	12	28,6%
Supervisión Inadecuada de los Padres	3	7,1%
Total=	42	100%

Tabla 4. Tercer Diagnóstico

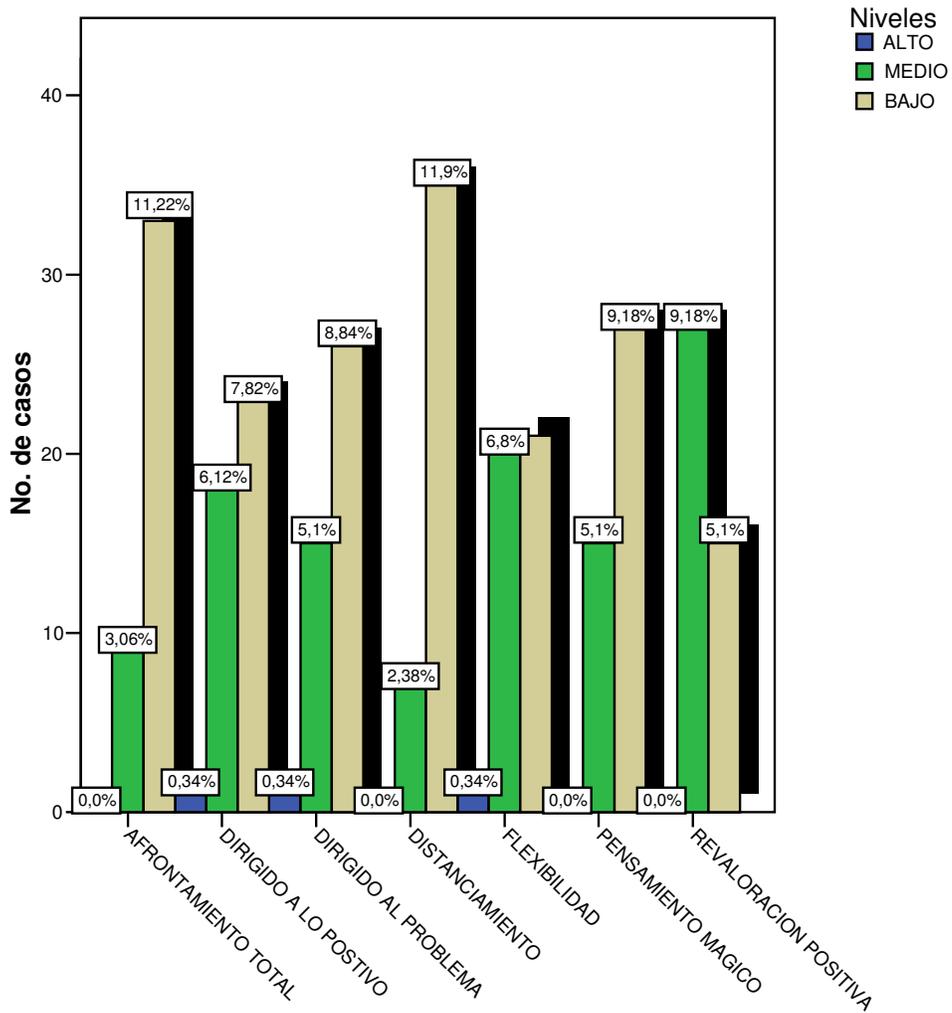
Dx. CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
Sin 3er diagnostico	1	2,4%
Episodio Depresivo Moderado	4	9,5%
Distimia	6	14,3%
Trastorno de Pánico	1	2,4%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1	2,4%
Trastorno somatomorfo	1	2,4%
Trastorno de la actividad y la atención	12	28,6%
Trastorno Disocial en niños socializado	1	2,4%
Trastorno Oposicionista y Desafiante	12	28,6%
Supervisión inadecuada de los Padres	3	7,1%
Total	42	100%

MODOS DE AFRONTAMIENTO.

En cuanto a los **Modos de Afrontamiento** se encontraron los siguientes resultados, señalados en la figura 1:

En la **Flexibilidad de Afrontamiento** 21 (50%) mostraron un nivel bajo para este tipo de afrontamiento y 20 (47.6%) para nivel medio, y uno (2.4%) para el nivel alto. En el **Afrontamiento Dirigido al Problema**, 26 (61.9%) de los padres tuvieron un nivel bajo para este afrontamiento, 15 (35.7%) un nivel medio y uno (2.4%) un nivel alto. En la **Revaloración Positiva**, se encontró que 27 (64.3%) de los padres utilizan un nivel medio en este tipo de afrontamiento y 15 (35.7%) un nivel bajo. Ninguno puntuó para nivel alto. Para **Distanciamiento** se encontraron 35 (83.3%) de los padres con un nivel bajo, 7 (16.7%) con un nivel medio y ninguno en nivel alto. En el **Afrontamiento Dirigido a lo Positivo**, 23 (54.8%) tuvieron un nivel bajo y 18 (42.9%) para nivel medio y uno (2.4%) nivel alto. En el **Pensamiento mágico** como modo de afrontamiento se encontró que 27 (64.3%) de los padres tenían un nivel bajo y 15 (35.7%) presentaron un nivel medio y ninguno en nivel alto. Y por último en el **Nivel de Afrontamiento Total** se encontró que 33 (78.6%) de los padres muestra un nivel de afrontamiento total bajo, 9 (21.4%) tuvieron un nivel medio y ninguno tuvo un nivel alto. Ver figura 1.

FIGURA 1: NIVELES DE AFRONTAMIENTO



X. DISCUSION

A los 62 adolescentes a los que se les aplico el cuestionario AUDIT, 42 tuvieron consumo de riesgo, 15 sin algún trastorno y 5 con un trastorno mas grave por consumo de alcohol, esto habla de la importancia de la aplicación de una prueba de tamizaje como lo es el AUDIT para la detección de los trastornos por consumo de alcohol cuando se encuentra como dato positivo dentro de la información en la historia clínica, dado que el diferenciar un trastorno de otro o de un simple consumo experimental, nos dar la pauta de manejo mas adecuada²¹.

Entre los datos importantes cabe señalar el hecho de que, en este estudio fueron las madres las que en general acompañaron a sus hijos a la consulta y por lo tanto se involucran mas cuando éstos tienen problemas con el alcohol, igual a lo referido por otras investigaciones que señalan que por lo general la mujer latina tiende más involucrarse cuando hay un enfermo alcohólico en la familia^{6, 22}, lo cual también es evidente cuando se observa el hecho de que se encontró en este estudio de que cuando los jóvenes no viven con ambos padres, en todos los caso estaban viviendo con la madre.

Al igual que en otros estudios la mayoría de los adolescentes que presentaron un consumo de riesgo fuer del sexo masculino y un porcentaje importante de ellos no estudiaba ni trabajaba, lo que implica mas datos de disfunción en las diferentes áreas de su vida, lo cual es coherente con lo reportado en la literatura que indica que es más frecuente que los varones comiencen con el consumo de alcohol, y muchos de ellos abandonan sus estudios y no tienen alguna actividad laboral con respecto a los jóvenes que no tienen consumo de alcohol^{6, 11, 13 y 21}.

Un dato interesante fue el hecho de la mayoría de los jóvenes eran los primeros hijos, seguidos por los menores respecto a los demás hermanos, lo cual contrasta con lo que refiere Ezpeleta²³ respecto a que los primeros hijos por lo general muestra un locus de control interno mas acentuado, lo que supondría un factor de protección, y por lo tanto estos hallazgos abren una brecha en donde la cabe la pregunta de cuales son otros factores que podrían estar influyendo para que aparezca un trastorno como el consumo de riesgo en lo hijos mayores.

En los hallazgos clínicos, el hecho de que se encuentre un mayor número de adolescentes con trastornos de conducta (oposicionista y desafiante o disocial) concuerda con la literatura que refiere que hay mayor riesgo de consumo de alcohol cuando hay dichos trastornos^{26, 17}. Así mismo el que presenten el diagnóstico de Supervisión inadecuada de los padres

(Z63.2) también ya se había reportado anteriormente como un factor encontrado en adolescentes con conductas delictivas y violentas, de hecho también se ha asociado un estilo educativo con falta de control con un inicio precoz en el consumo de alcohol^{23,24}.

Casi todos los modos de afrontamiento fueron bajos, con excepción de la **revaloración positiva**, lo que nos habla de una capacidad baja para hacer frente y anticipar un estresor²⁴. Si tomamos en cuenta que el afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y/o conductual independientemente de la estrategia de afrontamiento tenga éxito o no en eliminar el estresor, genera una fatiga que puede tener la misma carga psicológica que el estresor desencadenante, por lo que es importante que los tipos de afrontamiento utilizados sean del tipo adaptativos, es decir aquellos que se enfocan a la resolución del problema (**Afrontamiento dirigido al problema**), o los que dirigen la energía de una manera constructiva (**Afrontamiento dirigido a lo positivo**), o que experimentan diferentes alternativas de solución (**Flexibilidad de Afrontamiento**), pero que al mismo tiempo la persona tenga la capacidad de darse cuenta de si esta funcionando o no la forma en como afronta dicho estrés²³. Aun así es importante resaltar que un nivel bajo de afrontamiento, aunque sea en un modo poco adaptativo (**distanciamiento, pensamiento mágico**), tendrá como riesgo que el estresor no se resuelva y persista con lo que el gasto de energía psíquica continua y genera un pobre uso de otros recursos psicológicos. El **Afrontamiento de Revaloración Positiva**, el cual fue el único en el que nivel fue medio en la mayoría de los padres no habla de la confianza que se tiene para tener el control sobre el estresor, esto en cierta forma resuelve el conflicto y disminuye el estrés, debido a que esta forma de afrontamiento visualiza los estresores como positivos e incluso agradables, debido a que pone en marcha aspectos psicológicos positivos de la persona, haciendo que el estresor en si no sea impredecible, lo que disminuye la intensidad del estresor, lo cual fue descrito por Seligman en 1968 y 1975 como la *Hipótesis de la señal de seguridad*, sin embargo este tipo de afrontamiento no necesariamente da solución a la situación estresante²³.

XI. CONCLUSIONES

El Afrontamiento existente en los padres de adolescentes con consumo de riesgo de alcohol en el hospital psiquiátrico es bajo en la mayoría de los modos de afrontamiento, lo cual pareciera estar muy ligado con los patrones de crianza, así como aspectos socioculturales que aun no están de todo claro. En este estudio es evidente la necesidad de conocer más acerca de la forma en la que se maneja una situación estresante como lo es el consumo de riesgo de alcohol, y promover también información al respecto. El que se encuentre un porcentaje alto de pacientes con un trastorno de conducta nos hace sospechar aun más de que pudieran estar involucrados factores educacionales, de disciplina y crianza, los cuales están estrechamente relacionados con el estilo de afrontamiento que muestran los padres ante la problemática de sus hijos.

Dado que el estudio se limitó a la descripción de los padres de este tipo de adolescentes, no se tuvo un grupo control con el que se podría vislumbrar aun más si los hallazgos respecto a los modos de afrontamiento, así como los datos clínicos encontrados, se podrían mantener, por lo que este podría ser el siguiente paso a seguir para continuar investigando en este campo aun turbio en la salud mental en México.

XII. RECOMENDACIONES

Se desprende del presente estudio una serie de recomendaciones basadas en las recomendaciones de la OMS en la publicación de *Child and Adolescent Mental Health Policies and Planes*²⁵:

1. Continuar con la investigación a cerca del manejo de los padres del consumo de riesgo de sus hijos adolescentes, en particular de las estrategias utilizadas.
2. Realizar la capacitación del personal del primer nivel de salud en la detección de trastornos producidos por el consumo de alcohol.
3. Elaborar un manual de manejo en caso de detectarse un consumo de riesgo que incluya el manejo tanto del adolescente como de su entorno.
4. Promover el manejo psicoterapéutico de los padres cuando se detecta un consumo de riesgo en sus hijos adolescentes, en un segundo y tercer nivel.
5. Promover en los medio informativos locales y nacionales, así como en el sistema educativo la información a cerca de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en la familia.

XIII. REFERENCIAS

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 5ª. Edición. Ed. Larousse. 2004.
2. Hartman H, *La psicología del Yo y el problema de la adaptación*. Ed. Paidós Buenos Aires. pp: 215-222. 1987.
3. Lazarus R. y Folkman S. *Estrés y procesos cognoscitivos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Universidad, Martínez Roca, Barcelona España, 1986.
4. Garduño L, Mendoza H, Valencia P. *afrontamiento de mujeres mexicanas ante el divorcio en los Centros de Atención familiar*. Tesis para titulación en Lic. de Psicología, UNAM 2002.
5. Banyard V. y Graham-Bermann S. *Can Women Cope? A gender analysis of theories of coping with stress*. Psychology Women 17:303-31, 1993.
6. Orford J, Natera G, Copello a, et. al. *Coping with Alcohol and Drugs problems: The Experiences of family members in three contrasting culture* Ed. Routledge
7. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales. DSM-IV-TR. Primera Edición en español. Ed.Masson 2002. pp. 217-20, 242.
8. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. AUDIT. WHO/MSD/ MSB701.6ª Original Ingles. ED. Generalita Valenciana, conserjería de bienestar social.
9. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
10. Orford J., Natera G., Velleman R., Copello A., Bowie N. y cols. *Ways of coping and the healt of relatives facing drug and alcohol problems in México and England*. Adiccion 2001, 96:761-774.
11. Natera G., Mora J. y Tiburcio M. *El rol de las Mujeres Mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia*. Revista de Psicología social y Personalidad 1997, Vol. XIII No. 2.
12. Natera G. y Orford J. *Conceptual Analysis of coping methods for alcohol and drugs use in family*. Simposium on Alcohol, Family and Significant Others in Helsinki 1991. Biblioteca del instituto Nacional de Psiquiatria. Pub. No. 2039 Depto. De Adicciones.
13. Natera G., Mora J., Tiburcio M. *El rol paterno frente al consumo de alcohol y drogas de sus hijos varones: Un estudio*

- cualitativo*. *Hispanic Health Care Internacional*, 2:2 pp. 81-92 2003.
14. Mendelsson J., et al. *Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults: Epidemiology, Neurobiology, Prevention, and Treatment*. Ed. Marca Galanter. New Eng Journal Med. New York, Springer-Verlag, 2006.
 15. Celis-de la Rosa A. *La salud de adolescentes en cifras*. *Salud Publica de México*, 45:1 2003.
 16. Natera G. Casco M., Nava A. y Olliger E. *Respuestas Naturales de la Familia al Uso y abuso de alcohol y otras drogas*. Resultados de un Estudio Piloto. *Revista Mexicana de Psicología*. 6:1 1998
 17. Villatorio J., Medina-Mora M., Hernández M., Fleiz C., Amador N., Bermudez P. *La encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio superior de la Ciudad de México; Noviembre 2003. Prevalencia y Evolución del Consumo de Drogas*. *Salud Mental* 28 (1): 38-51 febrero 2005.
 18. Anderson P., Cremona A., Paton A., Turner C. y Wallace P. *The risk of the alcohol*. *Addiction* 88: 1493-1598 1993.
 19. Edwards G., Anderson P., Babor T., Casswell S., Ferrence R. y cols. *Alcohol Police and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
 20. Who Health Organization. *Problem related to alcohol consumption, Report an Expert Comité*, Tech, Report Series 650, Geneva WHO, 1980.
 21. Villatoro-Velazquez, J., Medina-Mora, M., López-Lugo, E., Juárez-García F. y Rivera-Guevara, E. *La Dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones*. *Salud Mental* 19(3): 1-6, 1996.
 22. Medina-Mora, M. *Women and Alcohol in developing Countries*. *Salud Mental* 24(2): 3-10, abril 2001.
 23. Ezpeleta, L. *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Cap. 6: Variables cognitivas, pp. 157. Ed. Elsevier, España, 2007.
 24. García, E., Martín, M. y Jiménez, P. *Emoción y motivación: La adaptación humana*. Cap. 24. El estrés. Ed. Ramón Areces, 2003.
 25. Child and Adolescent Mental Health Policies and Planes (Mental Health Policies and Planes Guidance Package). WHO 2005.

26. McCubbin, H., Cauble, A. & Patterson, J. *Family Stress, coping and social support*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA, 1982.
27. Pulkkinen, L. Developmental Psychology II: *Adulthood and Aging*. In K. Oawlick & M.R. Rosenzwwig (Eds). *International Handbook of Psychology* (pp. 261-282). London: Sage Publications. 2000.

XIV. ANEXOS

Anexo 1.

<p>Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.</p> <p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.</p>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p>
<p>Registre la puntuación total aquí</p>	
<p><i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i></p>	

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN

Nombre: _____ Expediente No.: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer que es lo que hacen las personas como usted, **cuando se enfrentan a un problema de consumo excesivo de alcohol de sus hijos adolescentes**; para esto le pedimos que conteste los reactivos siguientes escogiendo una de las cuatro opciones de respuesta.

Recuerde que solo puede elegir una de las cuatro opciones. Marque con una **X** el número de la opción que eligió.

Nota: recuerde que no debe de dejar ningún reactivo sin contestar.

		No, de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
1.	Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente.	0	1	2	3
2.	Trate de analizar el problema para entenderlo mejor.	0	1	2	3
3.	Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema.	0	1	2	3
4.	Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5.	Me propuse sacar algo positivo del problema	0	1	2	3
6.	Hice algo en lo que no creía,, pero al menos no me quede sin hacer nada	0	1	2	3
7.	Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud	0	1	2	3
8.	Hablé con alguien para averiguar más del problema	0	1	2	3
9.	Me criticé o cuestioné a mi mismo.	0	1	2	3
10.	No agote mis posibilidades de solución, sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11.	Esperé a que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12.	Seguí adelante con mi destino (Simplemente algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13.	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14.	Intenté guardar para mí mis sentimientos,	0	1	2	3
15.	Busque un poco de esperanza, intente mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.	Dormí más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
17.	Expresé mi enojo a las personas que creía responsables del problema.	0	1	2	3
18.	Acepté la lastima y comprensión de los demás.	0	1	2	3
19.	ME dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor	0	1	2	3
20.	ME inspire para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.	Trate de olvidarme por completo del problema	0	1	2	3
22.	Busque la ayuda de un profesional.	0	1	2	3

23.	Cambié y maduré como persona.	0	1	2	3
24.	Esperé a ver que pasaba antes de hacer algo.	0	1	2	3
25.	Me disculpe o hice algo para compensar el problema	0	1	2	3
26.	Desarrolle un plan y lo seguí.	0	1	2	3
27.	Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería.	0	1	2	3
28.	Hice mis sentimientos a un lado.	0	1	2	3
29.	Me di cuenta de que yo mismo cause el problema	0	1	2	3
30.	Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo.	0	1	2	3
31.	Platiqué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema.	0	1	2	3
32.	Me “escape” un rato, traté de descansar o tomar vacaciones.	0	1	2	3
33.	Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando o tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
34.	Hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35.	Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera.	0	1	2	3
36.	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37.	Mantuve mi orgullo y puse “al mal tiempo buena cara”.	0	1	2	3
38.	Pensé en las cosas buenas de la vida.	0	1	2	3
39.	Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad.	0	1	2	3
40.	Evite estar con la gente.	0	1	2	3
41.	No permití que el problema me venciera, evitando pensar mucho en él.	0	1	2	3
42.	Le pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.	0	1	2	3
43.	Evite que los demás se enteran de los mal que estaban las cosas.	0	1	2	3
44.	Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tome en cuenta.	0	1	2	3
45.	Le platiqué a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46.	Me mantuve firme y luche por lo que quería.	0	1	2	3
47.	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.	Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta de que ya había vivido algo parecido.	0	1	2	3
49.	Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para que las cosas funcionaran.	0	1	2	3
50.	Me negué a creer lo que estaba pasando.	0	1	2	3
51.	Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez.	0	1	2	3
52.	Pensé en algunas soluciones al problema.	0	1	2	3
53.	Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto.	0	1	2	3
54.	Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	0	1	2	3
55.	Deseaba poder cambiar las cosas que estaban pasando.	0	1	2	3
56.	Cambié algo de mi mismo.	0	1	2	3
57.	Soñé o imaginé que las cosas eran mejores.	0	1	2	3
58.	Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	0	1	2	3
59.	Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.	Recé.	0	1	2	3

61.	Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62.	Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63.	Pensé lo que haría en mi lugar la persona a quien más admiro.	0	1	2	3
64.	Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona.	0	1	2	3
65.	Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores.	0	1	2	3
66.	Salí a correr o hice ejercicio.	0	1	2	3

Por su colaboración. GRACIAS.

Anexo 3.

TABLA 1
MODOS DE AFRONTAMIENTO

Factor	Definición	Reactivos	α
Uno Flexibilidad de afrontamiento	Se asocia con altos niveles de desarrollo y, con procesos maduros, como toma de decisiones de alta calidad y adaptabilidad	6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17,18 19,20	.90
Dos Afrontamiento dirigido a lo positivo	Describe los esfuerzos para crear resultados positivos, enfocándose al crecimiento personal, manifestando una sensación positiva de su propio valor, como vista positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo	5, 37, 38, 39, 41, 42,43, 44, 45, 46, 48, 49, 51.	.84
Tres Pensamiento mágico.	Fantasías involuntaria y consientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa	55, 56, 57, 58, 58, 60, 61, 62.	.73
Cuatro Distanciamiento	Evasión de todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que provoca	2, 33, 34, 40, 47, 50,53.	.59
Cinco Afrontamiento dirigido al problema	Asociaciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.	22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 35.	.63
Seis Revaloración Positiva	Esfuerzo para crear resultados positivo en su crecimiento personal teniendo una visión positiva hacia el problema	63, 64, 65, 66.	.57

Anexo 4.

TABLA 2
SUBESCALA “FLEXIBILIDAD DE AFRONTAMIENTO”.

FLEXIBILIDAD DE AFRONTAMIENTO							
MUJERES			HOMBRES				
PUNTAJE NATURAL	PUNTAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTAJE NATURAL	PUNTAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO		
5	24	BAJO	4	22	BAJO		
6	25		5	24			
7	27		6	25			
8	29		7	27			
9	31		8	29			
10	32		9	31			
11	34		10	32			
12	36		11	34			
13	38		12	36			
14	39		13	38			
15	41		14	39			
16	43		15	41			
17	45		MEDIO	16		43	MEDIO
18	46			17		45	
19	48			18		46	
20	50	19		48			
21	52	20		50			
22	54	21		52			
23	55	22		54			
24	57	23		55			
25	59	24		57			
26	61	25		59			
27	62	26	61	ALTO			
28	64	27	62				
29	66	28	64				
30	68	29	66				
31	69	30	68				
32	71	31	69				
33	73	32	71				
34	75	33	73				
35	76	34	75				
36	78	35	76				
37	80	36	78				
38-39	83		----	----			

Anexo 5.

TABLA 3

SUBESCALA “AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LO POSITIVO”

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LO POSITIVO					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
2-3	14	BAJO	6	20	BAJO
4-6	17		7	22	
7	22		8	23	
8	23		9	25	
9	25		10	26	
10	26		11	28	
11	28		12	29	
12	30		13	31	
13	31		14	32	
14	32		15	34	
15	34		16	35	
16	35		17	37	
17	37		18	39	
28	39		19	40	
19	40		20	42	
20	42		21	43	
21	43		22	45	
22	45	23	46		
23	46	24	48		
24	48	25	49		
25	49	26	51		
26	51	27	52		
27	52	28	54		
28	54	29	56		
29	56	30	57		
30	57	31	59		
31	59	32	60		
32	60	33	62		
33	62	34	63		
34	63	35	65		
35	65	36	66		
36	66	37	68		
37	68	38	69		
38	69	39	71		
39	71	40-43	73		
40	73	44-46	79		
41	74	47	83		
42	76	----	----		

Anexo 6.
TABLA 4
SUBESCALA “PENSAMIENTO MAGICO”

PENSAMIENTO MAGICO					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
2	28	BAJO	0	23	BAJO
3	29		1	25	
4	31		2	27	
5	33		3	29	
6	35		4	31	
7	37		5	33	
8	39		6	35	
9	41		7	37	
10	43	MEDIO	8	39	MEDIO
11	46		9	41	
12	48		10	43	
13	50		11	46	
14	52		12	48	
15	54		13	50	
16	56	ALTO	14	52	ALTO
17	58		15	54	
18	60		16	56	
19	62		17	58	
20	64		18	60	
21	66		19	62	
22	69		20	64	
23	71		21	66	
24	73	22	69		
----	----		23	71	
----	----		24	73	

Anexo 7.
TABLA 5
SUBESCALA “DISTANCIAMIENTO”

“DISTANCIAMIENTO”					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
1	35	BAJO	1	35	BAJO
2	38		2	38	
3	41		3	41	
4	44		4	44	
5	47		5	47	
6	50		6	50	
7	53	MEDIO	7	53	MEDIO
8	56		8	56	
9	59		9	59	
10	62		10	62	
11	65		11	65	
12	68		12	68	
13	71	ALTO	13	71	ALTO
14	74		14	74	
15	77		15	77	
16-18	80		16	80	
19	90		17	83	
20	93		18	87	
21	96		----	----	

Anexo 8.

TABLA 6

SUBESCALA “AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA”

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
2	24	BAJO	1	21	BAJO
3	26		2	24	
4	28		3	26	
5	30		4	28	
6	33		5	30	
7	35		6	33	
8	37		7	35	
9	39		8	37	
10	41	MEDIO	9	39	MEDIO
11	44		10	41	
12	46		11	44	
13	48		12	46	
14	50		13	48	
15	53		14	50	
16	55		15	53	
17	57		16	55	
18	59	ALTO	17	57	ALTO
19	61		18	59	
20	64		19	61	
21	66		20	64	
22	68		21	66	
23	70		22	68	
24	73		23	70	
25	75		24	73	
26	77	25	75		
27	79	26	77		
----	----		27	79	

Anexo 9.

TABLA 7

SUBESCALA “REVALORACIÓN POSITIVA”

REVALORACION POSITIVA					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTUAJE NATURAL	PUNTUAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
0	34	BAJO	0	34	BAJO
1	38		1	38	
2	41		2	41	
3	45	MEDIO	3	45	MEDIO
4	49		4	49	
5	53		5	53	
6	57		6	57	
7	60	ALTO	7	60	ALTO
8	64		8	64	
9	68		9	68	
10	72		10	72	
11	75		11	75	
----	----		12	79	

Anexo 10. TABLA 8 “ESCALA TOTAL”

ESCALA TOTAL					
MUJERES			HOMBRES		
PUNTAJE NATURAL	PUNTAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO	PUNTAJE NATURAL	PUNTAJE NORMALIZADO	NIVEL DE AFRONTAMIENTO
27-36	21	BAJO	21-25	18	BAJO
37-39	26		26-27	20	
40-41	28		28	21	
42-43	29		29-30	22	
44-45	30		31-34	23	
46-47	31		35	25	
48-49	32		36-37	26	
50-51	33		38-40	27	
52-53	34		41	28	
54	35		42	29	
55-56	36		43-46	30	
57-58	37		47	31	
59-60	38		48-49	32	
61-62	39		50-51	33	
63-64	40		52-53	34	
65-66	41		54	35	
67-68	42		55-56	36	
69-70	43		57-58	37	
71-72	44		59-60	38	
73-74	45		61-62	39	
75	46	63-64	40	MEDIO	
76-77	47	65-66	41		
78-79	48	67-68	42		
80-81	49	69-70	43		
82-83	50	71-72	44		
84-85	51	73-74	45		
86-87	52	75	46		
88-89	53	76-77	47		
90-91	54	78-79	48		
92-93	55	80-81	49		
94-95	56	82-83	50		
96	57	84-85	51		
97-98	58	86-87	52		
99-100	59	88-89	53		
101-102	60	90-91	54		
103-104	61	92-93	55		
105-106	62	94-95	56		
107-108	63	96-97	57		
109-110	64	98-99	58		
111-112	65	100	59		
113-114	66	101-102	60	ALTO	
115-116	67	103-104	61		
117-118	68	105-106	62		
119	69	107-108	63		
120-121	70	109-110	64		
122-123	71	111-112	65		
124-125	72	113-114	66		
126-127	73	115	67		
128-132	76	116-117	68		
133-138	79	118-119	69		
139-143	82	120-121	70		
144-149	85	122-123	71		
----	----	124-125	72		
----	----	126-128	73		
----	----	129-134	74		
----	----	135-145	77		
----	----	146	83		

Anexo 11.
Entrevista del los padres

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PADRES)

Nombre: _____ **Expediente:** _____
Fecha: _____ **Lugar:** _____

Se me ha informado a cerca de la naturaleza del estudio **AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES DE JOVENES CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL**, y acepto mi participación en él. Mi participación consiste en contestar el **Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman**, así como una Encuesta socioeconómica. La información que sea obtenida se manejará en forma confidencial y solo para los fines de este estudio.

También estoy en el entendido de que si en algún momento durante el estudio decido abandonar y no aportar mi participación, lo podré hacer sin ningún problema.

Nombre y firma del participante

Dra. Isabel Espinosa Sánchez
Investigadora principal

TESTIGO 1

TESTIGO 2

**ENCUESTA SOCIOECONOMICA
(PADRES)**

Expediente (si cuenta con el en el HPIIJN): _____

Fecha: _____

Lugar de procedencia : _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nac.: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Salario mensual: _____ Personas que depende económicamente de usted: _____

Hijos	Edad	Sexo	Escolaridad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Religión: _____ Estado Civil: _____

La casa donde habita es: Propia: ____ Rentada: ____ Prestada: ____

Cuenta con automóvil propio: _____ Cuenta con servicio de: Luz: ____

Agua: ____ Teléfono: ____ Computadora: _____.

Anexo 12.
Entrevista de los Adolescentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adolescentes)

Nombre: _____ **Expediente:** _____
Fecha: _____ **Lugar:** _____

Se me ha informado a cerca de la naturaleza del estudio **AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES DE JOVENES CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL**, y acepto mi participación en él. Mi participación consiste en contestar el **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)**, así como una Encuesta socioeconómica. La información que sea obtenida se manejará en forma confidencial y solo para los fines de este estudio.

También estoy en el entendido de que si en algún momento durante el estudio decido abandonar y no aportar mi participación, lo podré hacer sin ningún problema.

Nombre y firma del participante

Dra. Isabel Espinosa Sánchez
Investigadora principal

TESTIGO 1

TESTIGO 2

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

(ADOLESCENTES)

Expediente (si cuenta con el en el HPIJN): _____

Dx. (según cie-10): _____

Fecha: _____

Lugar de procedencia: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nac.: _____ Lugar de nacimiento _____

Domicilio: _____

Escolaridad: _____

Año que actualmente cursa (Estudiantes): _____

Ocupación (si es que trabaja): _____

Vive con: _____

Numero de Hermano ____ No. de hijo en relación con hermanos: _____

Anexo 14.**Sabana para captación de datos por paciente (padre).**

No. De caso:		Fecha:		Nombre del Padre:		
No. Expediente			Sexo:	Edad:	Personas que dependen económicamente:	
Ocupación:		Religión:		Escolaridad:		
Numero de hijos y edades:						
No. De hijos:		Salario mensual:			Casa donde se habita:	
Escolaridad de los hijos:						
Nombre su hijo en estudio:					No. Expediente:	
Modo de afrontamiento Predominante						
Otros modos de afrontamiento encontrados:						
Cuenta con:	Agua	Luz	Teléfono	Drenaje	Carro propio	

Anexo 15.**Sabana de captación de datos por paciente (adolescente)**

No. De caso		Fecha:		Nombre del joven:		
No. De expediente:		Domicilio:			Edad:	
Sexo:	Fecha de Nacimiento:			Escolaridad:	Ocupación:	
Año que cursa (estudiantes):			Actualmente vive con:			
No. De hermano:		No. de hijo en Rel. con sus hermanos:				
Puntuación obtenida en el AUDIT:				Trastorno detectado según AUDIT:		