



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

“EL AFRONTAMIENTO FUNCIONAL COMO RECURSO: UNA
INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES
EXPUESTOS A SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARIANA LINAGE RIVADENEYRA.

TUTORES PRINCIPALES:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, *Facultad de Psicología*
Dra. Shohana Berenzon Gorn, *Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la
Fuente”*
Dra. Mirta Flores Galáz, *Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma
de Yucatán*

MÉXICO, D.F., ENERO 2013



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.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a todos los adolescentes que participaron en esta investigación; alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel “Huayamilpas” y Colegio de Ciencias y Humanidades Sur (CCH-Sur). A las autoridades por su invaluable apoyo: Mtro Victor Rosales, Mtra Marisela Gabriel y Mtra. Maricarmen Melín. Gracias.

A mi Universidad, la UNAM; al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por haber sido parte fundamental de este proceso. Gracias por el apoyo.

A mi comité tutorial por su invaluable apoyo y guía en este proceso: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Dra. Shoshana Berenzon Gorn, Dra. Mirta Flores Galáz, Dra. Cecilia Silva Gutiérrez y Dra. Tania Rocha Sánchez.

A mis padres y a mi hermano; a la Familia Linage García y Rivadeneyra Bert; amigas y amigos que son mi pilar más fuerte. Gracias.

“Faith is an oasis in the head which will never be reached by the caravan of thinking” Khalil Gibran

Resumen 5

Índice

Abstract 6

1.Situación actual del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes 7

Panorama internacional 7

México en el panorama internacional 11

Los estudiantes en México: consumo y conductas problema 13

El perfil del adolescente consumidor: variables asociadas 16

2.Principales teorías del desarrollo psicológico: visiones de la adolescencia 18

Reflexiones sobre la adolescencia y el estrés 21

La Teoría de la Conservación de los Recursos: una teoría sobre estrés
y afrontamiento 23

Modelos sobre el afrontamiento, el estrés y el consumo de sustancias 35

3.Los sucesos de vida estresantes y el afrontamiento en jóvenes 42

Antecedentes: sucesos de vida estresantes en muestras normativas 42

Antecedentes: estrategias de afrontamiento en muestras normativas 47

Comparación entre muestras normativas y no normativas: Investigaciones nacionales e
internacionales 52

El afrontamiento como factor de protección 55

4.Intervenciones basadas en el afrontamiento para jóvenes con consumo

de sustancias expuestos a sucesos de vida estresantes 57

Intervenciones cognitivo-conductuales basadas en el afrontamiento para estudiantes 57

Intervenciones basadas en el afrontamiento con un enfoque social y de contexto para
estudiantes 59

Programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento para otras poblaciones 64

Método 68

Estudio 1. Antecedentes para la implementación de la intervención psicosocial y grupal 68

Subfase 1 68

Subfase 2 91

Estudio 2: Implementación de la intervención psicosocial y grupal 111

Método 111-150

Resultados 151

Discusión 179

Referencias bibliográficas 185

Apéndice A 200

Apéndice B 206

Apéndice C 225

Resumen

Estudios parecen demostrar una relación entre el afrontamiento, las conductas adictivas y los sucesos de vida estresantes en adolescentes. El uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales [E.A.D] se relaciona con un incremento del consumo de drogas, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento funcional [E.A.F] se asocia con una mejor adaptación y salud mental en jóvenes. El objetivo de esta investigación fue implementar una intervención grupal breve, indicada en bachilleratos, para prevenir o detener el consumo de sustancias mediante un entrenamiento dirigido a la promoción del afrontamiento funcional. Con un diseño para dos muestras relacionadas con pretest y posttest, y grupo control con seguimiento a 1 y 3 meses. Participaron 20 estudiantes de bachillerato expuestos a sucesos de vida estresantes: 8 en el grupo experimental y 12 en el grupo control. Para evaluar los cambios en el consumo de sustancias, se aplicó el análisis de la significancia clínica creado por Jacobson y Truax. Se realizó un análisis cualitativo caso por caso para analizar los cambios en el afrontamiento. Los resultados demostraron que el porcentaje de casos que disminuyeron su consumo de alcohol fue tres veces mayor en el grupo experimental en comparación con el control (50% vs 16.6%). El porcentaje de casos que disminuyeron el número de cigarrillos fue ligeramente mayor en el grupo control que en el experimental (12% vs 8%). Se encontró que los participantes del grupo experimental presentaron un menor uso de E.A.D y un mayor uso de E.A.F. Se sugiere continuar evaluando los efectos de dichas intervenciones dentro de los planteles escolares.

Palabras Clave: jóvenes, afrontamiento, drogas, intervención preventiva y estrés.

Abstract

Studies have demonstrated a relationship between coping, addictive behavior and stressful life events in young people. The use of dysfunctional coping strategies [D.C.E] increases drug abuse while the use of functional coping strategies [F.C.E] raises a healthy adjustment and mental health in adolescents. In accordance with the Conservation Resources Theory, coping is conceived as a personal resource that promotes a functional adjustment. The objective of this paper was to perform an indicated, group and brief intervention in mexican high school students, to prevent or stop substance abuse through a functional coping training program related to problem solving skills. Two related sample design with experimental and control group was used, with a 1-3 months follow-ups. 20 high-school students exposed to stressful life events participated in this study (8 experimental group and 12 controls). The Jacobson method was used to evaluate students individual change for drug abuse. To evaluate changes in coping strategies, an individual qualitative analysis was performed. Results showed a greater percentage of participants in the experimental group that reduces their consumption of alcohol in comparison with control group (50% vs 16.6%). Controls showed a greater decrease of tobacco use than experimental participants (12% vs 8%). The participants of the experimental group increased their use of F.C.E and decreased their use of D.C.E. Further investigation is required to evaluate the impact of these brief non-invasive interventions in scholar settings.

Key words: adolescents, coping, drugs, preventive intervention and stress.

1. Situación actual del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes

Panorama internacional

A nivel mundial el consumo de drogas: legales e ilegales entre los jóvenes es considerado como una de las principales conductas de riesgo, que ocasiona consecuencias adversas en su salud individual, y se asocia con problemas en la integración familiar y el equilibrio social.

El objetivo del presente capítulo será analizar los datos referentes al consumo de alcohol, tabaco y marihuana, como las drogas más consumidas por los jóvenes y que generan a nivel mundial, el mayor número de solicitudes de tratamiento (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT], 2007; Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [ONUDD], 2008b).

Es importante mencionar que de acuerdo con los reportes de cada región, los grupos de comparación varían. La mayoría de los datos que se presentan a continuación, y que fueron consultados de distintas encuestas e informes, hacen énfasis en los datos referentes al consumo de dichas sustancias en poblaciones adolescentes, consideradas entre los 12 y los 20 años (Andersson, Hibell, Beck, Choquet, Kokkevi, Fotiou et al., 2007; ONUDD, 2008a; OEDT, 2007, 2008; 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2008; 2011; Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [ONUDD, CICAD], 2008). Se presenta una comparación entre las regiones más significativas, por continente.

Entre los jóvenes el alcohol es la droga predilecta; los adolescentes lo utilizan con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. Aunque la mayoría de los jóvenes no han empezado a beber, la adolescencia es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001). Es importante mencionar que en México, en comparación con otros países del mundo, el consumo de alcohol es ilegal para la mayoría de los adolescentes menores de 18 años de edad.

En el panorama internacional, los países de la Unión Europea, específicamente Grecia y Letonia, presentan las prevalencias de vida más altas en cuanto al consumo de alcohol (90-98%) en jóvenes en comparación con las cifras reportadas en Estados Unidos (83.6%) y Sudamérica (79%-87%); con respecto a las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses y en el último, Sudamérica (p.e Chile, Uruguay y Perú) presenta los porcentajes más altos, seguido por Estados Unidos (Tabla 1). Como se había mencionado, los grupos de comparación por edad varían de acuerdo con la fuente consultada, por lo que se sugiere cierta precaución al comparar estas cifras (Andersson et al., 2007; SAMHSA, 2008; ONNUD, CICAD, 2008).

Tabla 1. Comparación de las prevalencias de vida, último año y último mes del consumo de alcohol en población joven en Europa, Estados Unidos y Sudamérica.

| Región | Año | Proyecto | Rango de edad | Prevalencia alguna vez en la vida | Último año | Último mes |
|---------------|------|--------------|---------------|-----------------------------------|------------|------------|
| Unión Europea | 2003 | ESPAD | 17-18 | 90-98% | 27-42% | 4-23% |
| EE.UU | 2008 | SAMHSA | 12-25 | 83.6% | 51.9% | 29.2% |
| Sudamérica | 2008 | ONNUD, CICAD | 15-34 | 79-87% | 60-76% | 36-59% |

*Datos obtenidos del Proyecto ESPAD (Andersson et al., 2007; SAMSHA, 2008; ONUDD, CICAD, 2008).

Un indicador importante que ayuda a delimitar grupos de riesgo en relación con el consumo de alcohol en adolescentes es el patrón de consumo, entendido como la cantidad y frecuencia del uso de alcohol; siendo el *consumo excesivo episódico* (cinco o más copas por ocasión; una o más veces al mes) el más típico entre los jóvenes (OPS, 2007) y el más problemático. Por ejemplo en Europa el patrón de consumo “juergista” (cinco copas o más por ocasión una vez al mes) ha mostrado un aumento desde la década de los 90 (OEDT, 2008). En Estados Unidos, 7.2 millones de jóvenes norteamericanos entre 12 y 20 años consumieron cinco o más copas de alcohol una vez al mes. Otro aspecto a considerar es que muchos de estos jóvenes son menores de edad, lo cual a su vez se relaciona con otras problemáticas como el consumo de drogas ilegales (SAMHSA, 2008). Datos

recientes refieren que en 2011 el 13.3% de los jóvenes norteamericanos de 12 a 17 años presentó consumo actual de alcohol (SAMHSA, 2011).

Algunos estudios reportan que de aquellos jóvenes que consumieron cinco o más copas una vez por semana en el último mes, el 60.1% eran consumidores actuales de drogas ilegales, porcentaje once veces mayor en comparación con los no bebedores (5%). Asimismo, el porcentaje de consumo actual de drogas ilegales fue nueve veces mayor entre los jóvenes de 12 a 17 años que habían fumado tabaco en el último mes (47.3%) en comparación con los no fumadores (5.4%) (SAMHSA, 2008). Por lo que el tabaco es otra droga de consumo legal, que a su vez se asocia con el consumo de drogas más fuertes.

Por otra parte, la droga ilegal de mayor consumo entre los adolescentes, a nivel mundial, es la marihuana. De acuerdo con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en su informe anual 2008, establece que después del alcohol y el tabaco, la marihuana es la droga más consumida por los estudiantes europeos (OEDT, 2008). Las tasas más altas se encontraron en países como Reino Unido, España, República Checa, Francia e Italia. En segundo lugar se encuentra el consumo de alguna droga sintética (p.e anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, LSD), aunque se estima que actualmente existen más consumidores de cocaína (OEDT, 2007, 2008). Al igual que en algunos de los estados de la Unión Europea aunque ligeramente menor al porcentaje de consumo observado en dicho continente (44%), la marihuana se ubicó como la droga de mayor uso entre la población joven sudamericana (15-34 años). En segundo lugar se ubicó el consumo de cocaína, un punto porcentual por arriba de la cifra reportada en la Unión Europea (2.4%), con una prevalencia en el último año de 3.3% (ONUUD, CICAD, 2008).

En 2011 se observó un incremento en el consumo de drogas ilegales entre los jóvenes norteamericanos de 12 a 17 años de edad pasando de 9.3% en 2008 a 10.1% en el 2011. En cuanto al consumo de marihuana se observa un incremento

en el consumo de 6.7% a 7.9% en un periodo de 3 años de 2008 a 2011 (SAMHSA, 2011)

Por el contrario en el continente europeo, el último informe de la OEDT (2011) refiere una tendencia general hacia la estabilización o disminución en el consumo de cannabis o marihuana entre los adultos jóvenes (15-34 años). Las encuestas realizadas a escolares entre 15 y 16 años de edad reflejan ese descenso. También se reporta un descenso o disminución del consumo de tabaco y cocaína en población joven en países como Dinamarca, España, Reino Unido e Italia; lo anterior relacionado con las crisis económicas que sufren algunos países europeos.

Estos datos permiten afirmar que después del alcohol y el tabaco, la cannabis constituye la sustancia de consumo más frecuentemente mencionada por las personas que reciben tratamiento en la Unión Europea y en América, al ser las drogas que mayor afección causan a los jóvenes en todo el planeta.

Con base en los datos recogidos por las encuestas mencionadas (Andersson et al., 2007; ONNUD, 2008a; OEDT, 2007, 2008; 2011; SAMHSA, 2008, 2011; ONUDD, CICAD, 2008), y tomando como referencia el consumo o la prevalencia a lo largo de la vida, el cual es un índice que se utiliza para referirse a grupos de jóvenes (OEDT, 2007), se puede concluir que la Unión Europea tiene los porcentajes más altos en cuanto a consumo de alcohol alguna vez en la vida en los jóvenes, seguido por Estados Unidos y Sudamérica. Y finalmente en la Unión Europea se encuentran el mayor número de jóvenes que afirman haber probado alguna vez en la vida la marihuana, le sigue Estados Unidos y Sudamérica. Aunque datos recientes reporten un decremento en el consumo a causa de la depresión económica.

Los datos antes mencionados permiten tener algunos parámetros de comparación para ubicar a México en el panorama internacional.

México en el panorama internacional

Al igual que en Europa, Estados Unidos y Sudamérica, el alcohol, el tabaco y la marihuana son las sustancias adictivas preferidas por los jóvenes mexicanos (ENA, 2008; 2011).

En México, al igual que en Europa y Estados Unidos, el patrón de consumo de alcohol que caracteriza a los jóvenes entre 12 y 17 años de edad (incluso al resto de la población) es de tipo *excesivo y esporádico* (OEDT, 2008; SAMHSA, 2008; ENA, 2008); siendo más común en varones que en mujeres, a razón de 1.4 hombres por cada mujer (Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003); lo cual coincide con lo reportado por otros países (ONNUD, 2008a).

Aunque se estima que el porcentaje de consumo de tabaco, marihuana y otras drogas ilegales en México en población general, es más bajo en comparación con lo reportado en otros países del mundo (Andersson et al., 2007; SAMHSA; ONNUD 2008a), en los últimos seis años ha habido un incremento del 28.9% en el número de personas de 12 a 65 años de edad que han usado alguna droga ilegal, con un aumento de 3.5 millones en 2002 a 4.5 millones en 2008, (ENA, 2008).

La última Encuesta Nacional de Adicciones mostró que la marihuana se mantiene como la droga ilegal de mayor consumo en población mexicana con una prevalencia del 1.2%, con una tendencia estable desde el 2008. Se observó un incremento del consumo de esta droga entre los hombres de 1.6% a 1.8%. El consumo de drogas ilegales es de 1.5% muy similar a lo encontrado en el 2008 (ENA, 2011). Por tipo de droga, la marihuana es la droga que más se consume en todas las regiones del país y en segundo lugar está la cocaína (Tabla 2).

Tabla 2. Índice de consumo de marihuana y cocaína en México y otros países

| País | Marihuana % | Cocaína % |
|----------------|-------------|-----------|
| Europa | 9.7 | 1.0 |
| Estados Unidos | 8.3 | 2.6 |
| Sudamérica | 4.7 | 2.0 |

| | | |
|--------|-----|-----|
| México | 1.2 | 0.5 |
|--------|-----|-----|

*Datos de la ENA 2002 y ENA 2011 (Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [SSA, CONADIC, INEGI], 2002; 2011)

En el subgrupo poblacional de adolescentes dicha tendencia se confirma, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011), en la población adolescente, el consumo de alcohol aumentó significativamente: el consumo “alguna vez en la vida” pasó de 35.6% a 42.9%; en el “último año” pasó de 25.7% a 30% y en el “último mes” pasó de 7.1% a 14.5%. El incremento fue más marcado para el caso de las jóvenes que pasó de 2.7% a 11.6% en comparación con los varones de 11.5% a 17.4%. En cuanto a los patrones de consumo se observó que el consumo diario de alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó pero el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1% (ENA, 2011). En las mujeres el índice de dependencia se triplicó de 0.6% a 2%.

Por su parte llama la atención que la población adolescente presenta adicción al tabaco, encontrándose que el grupo de 16-17 años presenta signos de dependencia a la nicotina, con un 9.7% en comparación con el grupo de edad de los 13 a los 15 con el 3.8%. Siendo más común el consumo entre los varones que entre las mujeres (8.1% vs 3.8%). Es interesante que comparado con otros grupos de edad, los adolescentes entre 16 y 17 años tienen los porcentajes más altos de exposición al humo de tabaco (41.7%) no solo entre el grupo de adolescentes sino en comparación con los adultos; estando más expuestos los varones (44.8%) que las mujeres (39.3%) (ENA, 2011).

En los adolescentes el consumo de marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%). En todos los casos las prevalencia se mantienen igual con relación al 2008 (ENA 2011).

A manera de conclusión se puede decir que (a) el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los jóvenes mexicanos es menor que el que presentan aquellos que

habitan la Unión Europea, Estados Unidos y Sudamérica, pero no menos problemático, (b) la marihuana es la droga ilegal preferida por los jóvenes mexicanos, lo cual coincide con lo reportado en la escena internacional, (c) si bien el patrón de consumo de alcohol esporádico es el más prevalente entre los adolescentes mexicanos, también se ha presentado un incremento de casos que presentan dependencia al alcohol; y también a la nicotina, (d) los varones en México y en el mundo son los que presentan las prevalencias más altas de consumo en comparación con las mujeres, sin embargo los porcentajes en ellas han mostrado un incremento sustancial. Finalmente se reporta que entre más temprana sea la edad de inicio del consumo alcohol y tabaco mayor será el riesgo de consumir otras drogas ilegales, en particular la marihuana (ENA, 2008).

De acuerdo con lo antes reportado, los jóvenes entre 12 y 17 años son el grupo más expuesto al consumo de sustancias, y a pesar de que la escuela es un factor protector, el consumo entre estudiantes sigue presente y va en aumento. Por tal razón el siguiente subtema tendrá por objetivo esbozar la situación de los estudiantes en relación al consumo de sustancias y otras conductas problema.

Los estudiantes en México: consumo de sustancias y conductas problema

En México, el estudio del consumo de sustancias en población estudiantil ha sido abordado desde la década de los 70, y era incluido dentro de las *encuestas a grupos especiales* (Medina-Mora et al., 1993; Villatoro et al., 2002; Villatoro et al., 2005; Villatoro et al., 2007), las cuales permitieron conocer los patrones experimentales y las tendencias del problema en estadios tempranos. Además existen los *sistemas de vigilancia epidemiológica* (p.e el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México [SISVEA] y el Sistema de Reporte de Investigación en Drogas [SRID]) que han sido de gran utilidad como instrumentos de advertencia temprana y tendencias de la problemática (En Medina-Mora et al., 2001). Juntos han permitido esbozar la situación de la población mexicana estudiantil.

En comparación con el resto de la República Mexicana, la situación del consumo de sustancias en la Ciudad de México se ubica en un nivel intermedio en relación con otras ciudades de mayor consumo como Tijuana y Ciudad Juárez y aquellas como Yucatán que presentan las prevalencias más bajas (ENA, 2002). De manera particular, las últimas encuestas sobre el consumo de drogas en estudiantes realizadas en la Ciudad de México durante el 2003 y 2006 señalan un incremento importante del consumo en estudiantes de nivel medio y medio superior; en los últimos tres años el consumo de sustancias pasó de 15.2% a 17.8% (Villatoro et al., 2005; Villatoro et al., 2007).

Específicamente, la Encuesta del 2006 realizada en la Ciudad de México reveló que el 68.2% de los adolescentes y el 64.4% de las jóvenes estudiantes entre 14 y 18 años consumieron alcohol alguna vez en la vida; para el 2009 esta cifra incrementó a 71.4% siendo el mismo porcentaje para ambos sexos (Villatoro et al., 2009; 2011). En cuanto al consumo de otras drogas, los varones también presentan porcentajes de consumo mayores que las mujeres (19.1% y 16.5%, respectivamente); siendo la marihuana (8.8%) la droga de mayor preferencia entre los estudiantes, después del alcohol y el tabaco. Un dato que resulta relevante es que los estudiantes de bachillerato presentan porcentajes mayores de consumo de sustancias totales, en el último año y en el último mes, en comparación con los estudiantes de secundaria (Villatoro et al., 2007).

Información obtenida de usuarios que acuden a pedir tratamiento por primera vez a los Centros de Integración Juvenil refieren que en su mayoría son varones jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%), en su mayoría solteros (62.2%), con estudios de nivel secundaria (45%) y estudiantes (28.7%) (citado en ENA, 2011)

Reportes recientes de los Centros Nueva Vida demuestran que durante el 2011 se atendieron principalmente menores de 18 años (48.4%); la droga de impacto referida fue principalmente el alcohol (44%), seguida de la marihuana en el 24%, los solventes (10.4%); el tabaco (9.4%) y la cocaína (5%) (ENA, 2011).

El aumento en el consumo de sustancias en dicha población se puede deber a diversos factores como la disponibilidad de las mismas y a la percepción de riesgo. Es interesante que la mayoría considera el consumo de drogas ilegales como muy peligroso (79.4 para cocaína y 66.9% para marihuana), mientras que cuando se trata de drogas legales la percepción de riesgo disminuye (49 para alcohol y 52% para tabaco). La baja percepción de riesgo aunado a la tolerancia social hacia dichas drogas legales, influye de manera directa para que éstas sean las más consumidas entre los estudiantes (Villatoro et al., 2002; Villatoro et al., 2006).

Por otra parte, el consumo de sustancias está altamente vinculado con otras conductas problemáticas como: conductas antisociales, síntomas depresivos, problemas de la conducta alimentaria y abuso sexual; siendo los varones quienes presentan los porcentajes más altos (Villatoro et al., 2006). La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 reveló que, en relación al consumo excesivo de alcohol, los problemas con la familia son los más frecuentes (10.8%), así como las peleas (6%) y los problemas con la policía (3.7%). Es muy alto el porcentaje de jóvenes detenidos bajo los efectos del alcohol (41.3%) (ENA, 2008).

Finalmente, si bien las últimas encuestas en estudiantes reportan mayor consumo en los bachilleratos en comparación con las secundarias, es sabido que la población que estudia tiempo completo presenta porcentajes menores de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en relación con quienes no estudian o lo hacen medio tiempo (Villatoro et al., 2007; 2009). Por lo que la escuela es considerada como un factor de protección (Villatoro et al., 2002).

Se sabe que no todos los jóvenes que consumen sustancias son iguales, sin embargo la evidencia empírica reporta algunas características sociodemográficas y factores de riesgo que están presentes en la mayoría de los casos, que de manera general permiten perfilar al “joven consumidor”.

El perfil del adolescente consumidor: variables asociadas

La adolescencia es considerada como una etapa crítica y dinámica del ciclo vital que requiere de adaptación y ajustes en las capacidades de los jóvenes, y puede ser una fuente de estrés que se suma a los cambios físicos propios de esta etapa. Algunos autores la han denominado como un tiempo de “tormenta y estrés” caracterizado por la presencia de emociones contradictorias (Hall, 1916 en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Desde esta perspectiva, la mayoría de los jóvenes se reajustan a las transiciones, pero para algunos de ellos dicho estrés los sobrepasa, lo cual amenaza su bienestar y pone a prueba la reserva de recursos internos y externos con los que cuenta (Hobfoll, 1998, 2001), y algunos de ellos hacen uso del consumo de sustancias para enfrentar los retos de dicha etapa (Bolognini, Plancherel, Laget y Halfon, 2003).

La literatura menciona ciertas características sociodemográficas y psicológicas, factores de riesgo y conductas problemáticas que frecuentemente están presentes en los jóvenes consumidores (Fleiz-Bautista et al., 1999; González Forteza et al., 2002).

Entre los principales factores de riesgo asociados al uso de drogas están: (a) el ser varón, (b) ser abusado física y sexualmente, (c) tener familiares que presentan problemas con el alcohol y/o drogas, (d) presentar estrés postraumático, (e) tener bajo rendimiento escolar, (f) pares consumidores, (g) no estudiar, (h) tener creencias positivas sobre los atributos de las drogas, así como (i) baja percepción de riesgo, entre otros (Villatoro et al., 2002; Kilpatrick et al., 2000; Rojas et al., 1995).

Las encuestas que evalúan a los estudiantes, han encontrado sistemáticamente que aquellos con mayor consumo de sustancias son principalmente varones cuyos padres tienen una escolaridad de secundaria o mayor, estudian medio tiempo y además trabajan. También presentan otras problemáticas como: conductas

antisociales, relaciones sexuales tempranas, intento suicida, problemas de la conducta alimentaria y algunos han sido víctimas de abuso sexual (Villatoro et al., 2006).

Por otra parte, la presencia de psicopatología es mayor en jóvenes consumidores que en no consumidores, por ejemplo algunos estudios han demostrado que los estudiantes que usan drogas en comparación con los que no consumen presentan más problemas familiares, de conducta, cognitivos, de control de enojo, depresión, ansiedad, hiperactividad, trastorno por déficit de atención, distractibilidad entre otros (Lara, Romero, Foncerrada, Rebollo y Aguilar, 2006).

Sin duda la adolescencia es una etapa del desarrollo que conlleva cambios en todas las áreas de la vida de la persona (p.e físicos, cognitivos, emocionales e interpersonales), que son percibidos por los jóvenes como generadores de estrés importantes (Archer, 1997). Por otro lado, los especialistas en el tema han subrayado la necesidad de diferenciar entre las conductas problemáticas mayores y conductas problemáticas menores, dado que, si bien la mayoría de los adolescentes viven un desajuste “esperado” y transitorio, algunos de ellos no y son ellos quienes corren el riesgo de presentar desajustes en el futuro (Steinberg y Belsky, 1997).

En el siguiente apartado se abordarán las principales teorías del desarrollo desde las que se ha abordado la adolescencia, así como algunas reflexiones en torno a esta etapa de la vida.

2. Principales Teorías del Desarrollo Psicológico: visiones sobre la adolescencia

El estudio de las diferentes teorías psicológicas del desarrollo humano ha contemplado tres aspectos fundamentales: (a) *el peso relativo dado a la herencia y el ambiente;* (b) *la actividad o pasividad de las personas como agentes de su*

propio desarrollo, y (c) el desarrollo visto como un continuo o por etapas. Dichas consideraciones han permitido estructurar la comprensión de las teorías del desarrollo en tres grandes grupos: (1) **los enfoques organísmicos**; (2) **los enfoques mecanicistas**; y por último (3) **los enfoques cuasiorganísmicos** o bidireccionales (Pepper 1942, 1961 en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Existe otra categorización de las teorías las cuales son divididas en cinco grupos: 1) psicoanalítica, 2) del aprendizaje, 3) cognoscitiva, 4) evolutiva/sociobiológica y 5) contextual.

Dado que el estudio del desarrollo psicológico ha sido abordado desde diferentes perspectivas teóricas y abordarlas a profundidad excede los objetivos de éste trabajo, se considera pertinente el uso de la primera clasificación porque permite una mayor simplicidad al clasificar a las teorías en tres grandes grupos.

Enfoques organísmicos

Estos enfoques conciben al desarrollo humano como un proceso cualitativo por etapas, donde las personas participan en los eventos, no sólo reaccionan ante ellos. La conducta es un “todo orgánico” y no puede ser descompuesta en respuestas simples. Consideran que las influencias ambientales no son la causa de la conducta humana sin embargo sí pueden acelerarla o retrasarla (Muuss, 1996; Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Aunque distintos en la esencia de sus planteamientos teóricos, autores pioneros como Sigmund Freud con la *teoría del desarrollo psicosexual*, Erik Erikson con su planteamiento sobre las “*Ocho etapas del hombre*”, Lawrence Kohlberg y la *teoría del desarrollo moral* y, Jean Piaget y la teoría de etapas cognoscitivas favorecieron este tipo de visión (Morris, 1992; Muuss, 1996; Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Las teorías antes mencionadas comparten una visión del desarrollo basado en etapas o estadios a través de las cuales las personas transitan de manera activa. La adolescencia es otra fase más del desarrollo en la que el joven debe cumplir

algunas tareas para pasar a la siguiente etapa como: separarse de los padres, conformar su identidad y lograr la madurez psicosexual.

Los enfoques mecanicistas, no comparten esta visión; para estos enfoque el desarrollo es un proceso continuo donde los principios del aprendizaje son indistintos.

Enfoques mecanicistas

Estos enfoques esperan cambios cuantitativos en las respuestas de las personas y conciben al desarrollo como un continuo, en el cual el ser humano aprende bajo los mismos principios que otros organismos, buscando identificar o aislar factores generales que hacen que las personas se comporten o reaccionen como lo hacen.

El conductismo es una teoría mecanicista que describe la conducta observada como una respuesta predecible a partir de la experiencia, sus principales exponentes fueron Ivan Pavlov y B.F Skinner.

A diferencia del planteamiento de los enfoques organísmicos que permiten ubicar al adolescente en alguno de los estadios, el conductismo establece que los seres humanos de cualquier edad aprenden como lo hacen otros seres vivos; reaccionando a las condiciones o aspectos del ambiente que encuentran placenteros, dolorosos o amenazantes.

Dentro de este grupo también se encuentra la *Teoría del Aprendizaje Social* propuesta por Albert Bandura. El planteamiento más reciente que deriva de esta teoría, se denomina teoría cognoscitiva social y refleja el énfasis que da el autor a los procesos de pensamiento como la percepción, presentes en los procesos de observación y modelamiento (Bandura, 1986).

El principal cuestionamiento hecho por este enfoque en torno a esta etapa del desarrollo, fue debatir la aseveración de que la adolescencia constituye una fase de desarrollo distinta que requiere de explicaciones teóricas particulares. Bandura

propone que los principios del aprendizaje que explican el desarrollo del niño aplican de igual manera al desarrollo del adolescente y del adulto.

De acuerdo con esta postura teórica la conducta de consumo es aprendida o imitada, los jóvenes aprenden a imitar la conducta de consumo de otros y son reforzados socialmente para que lo hagan sobre todo por el grupo de pares (Cox, Fadardi y Klinger, 2006; Heath, 2000).

Existe un tercer grupo que abarca las aproximaciones de tipo contextual las cuales se centran en las bases biológicas de la conducta, pero en lugar de buscar grandes etapas o identificar principios universales que expliquen el aprendizaje, buscan descubrir qué conductas muestran continuidad o falta de ella y qué procesos están implicados en cada una.

Enfoques cuasiorganísmicos o bidireccionales

La visión de estos enfoques es de tipo integrativa, donde el ambiente y la herencia operan en conjunto, lo cual trae como resultado un equilibrio entre el desarrollo activo y pasivo. Tal es el caso de la *Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano* de Urie Bronfenbrenner, donde la interacción entre la persona y el ambiente es el núcleo de su teoría y el desarrollo es una función compartida de la persona y el ambiente (Muuss, 1996).

De acuerdo con Bronfenbrenner (1993), el desarrollo ocurre a través de procesos complejos de interacción entre una persona en desarrollo y el ambiente inmediato, procesos que son afectados a su vez por contextos más remotos. Divide el “ambiente” en 4 sistemas o niveles ecológico-ambientales que van de los procesos más proximales como la interacción madre-hijo en casa, hasta las influencias más distales comprendiendo categorías sociales más amplias, como la ley, el gobierno y la cultura. Y es mediante las interacciones entre el microsistema (mamá-papá-hijo) y el mesosistema (joven-amigos-maestros-escuela) que se puede explicar la conducta problema del adolescente.

La teoría bioecológica de Bronfenbrenner es esencial para comprender la etiología de la conducta problema en los adolescentes, dado su carácter multifactorial. Y de ésta parten la mayoría de los modelos que explican la relación entre el consumo de sustancias y otras conductas problema asociadas.

La teoría sociocultural de Lev Vygotsky es otro ejemplo de la importancia contextual para el desarrollo, este autor se centra en el desarrollo cognoscitivo de los niños (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Por otro lado existen otras perspectivas que destacan el estrés que viven los jóvenes como resultado de los cambios físicos y psicológicos y que merecen ser abordadas por separado.

Reflexiones sobre la adolescencia y el estrés

Stanley Hall (1916 en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005) fue el primer teórico que planteó la adolescencia como un tiempo de “tormenta y estrés”, caracterizado por emociones contradictorias. Este planteamiento fue muy importante y a la vez controvertido; y junto con otros teóricos como Ana Freud la adolescencia fue concebida como un momento del desarrollo que puede acompañarse de trastornos emocionales y de turbulencia conductual.

Hoy en día la OPS (2001) define a la adolescencia como: “una fase o período en la cual los jóvenes son particularmente vulnerables a los riesgos de salud”. Estos riesgos se relacionan con: la sexualidad, la reproducción, el suicidio, el consumo de drogas, los accidentes, entre otros.

Experimentar estrés durante la adolescencia cumple una función importante relacionada con el desarrollo de la persona; que puede ser vista como una etapa en la que el estrés está presente junto con algunas conductas problemáticas (Seiffge-Krenke, 1998; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009). Más allá de que para muchos puede ser una afirmación fatalista; permite visualizarla como una

ventana a la naturaleza y organización de la psicopatología durante el ciclo de vida de la persona. En otras palabras, el patrón de conducta exhibido durante la adolescencia puede revelar información importante sobre el funcionamiento de la persona en etapas posteriores (Steinberg y Belsky, 1997); un buen ajuste en la adolescencia puede predecir un buen funcionamiento en la adultez, por el contrario, desajustes en el adolescente aumentan el riesgo de desajustes en el adulto. Esto no quiere decir que todos los jóvenes presenten trastornos o psicopatología, por el contrario, la mayoría de ellos tienen un desarrollo saludable, sin embargo aquellos que presentan problemas durante la adolescencia deberán ser atendidos para evitar que se agrave la problemática.

Actualmente el estudio de la adolescencia presenta lo que algunos teóricos con una perspectiva del desarrollo llaman la paradoja del “trastorno normativo” (Steinberg y Belsky, 1997), donde la presencia de conductas problema en los adolescentes es, por un lado, algo esperado, que en la mayoría de los casos desaparece con el tiempo; a la vez que es una situación que preocupa a los padres y a todos aquellos que interactúan con el joven.

En el presente trabajo se conceptúa a la adolescencia como una etapa del desarrollo en la que el individuo está expuesto a un número importante de cambios, los cuales pueden ser percibidos como sucesos estresantes que pueden exacerbar la vulnerabilidad de presentar conductas de riesgo y el uso frecuente de estrategias de afrontamiento poco útiles, como el consumo de sustancias. Asimismo se asume que estas conductas pueden ser “esperadas” y transitorias, sin embargo aquellos que ya presentan problemas asociados y que han estado expuestos a un mayor número de sucesos de vida estresantes, necesitan de una atención más puntual y preventiva.

Dado que la adolescencia es una etapa de cambios, en la que los jóvenes reportan mayor malestar asociado a cambios físicos y a la vivencia de sucesos de vida estresantes, en el capítulo siguiente se abordarán cuáles son los eventos que

con mayor frecuencia preocupan a los jóvenes, así como la manera en que éstos enfrentan tales situaciones.

Por último, algunos autores coinciden en que lo estresante para un individuo es el reajuste que resulta de las transiciones de la vida; y si se considera que la adolescencia es una etapa de cambio en la cual el estrés está presente, la necesidad de contar con una teoría que explique dicho proceso es esencial. A continuación se describe una de las teorías más actuales sobre el estrés y el afrontamiento propuesta por Stevan Hobfoll (1998, 2001), que si bien no es una teoría de la adolescencia, sus principios sobre los recursos y las pérdidas pueden ser ayudar a para entender la compleja interacción entre los sucesos de vida estresantes, el afrontamiento y el consumo de drogas.

La Teoría de la Conservación de los Recursos (Hobfoll, 1998, 2001)

Desde hace varias décadas el estudio del estrés ha ocupado un lugar importante en las ciencias del comportamiento, es a raíz de sucesos históricos como la primera y segunda guerra mundial que el interés sobre el estrés y sus consecuencias cobra mayor auge. En un inicio la explicación del estrés se hacía en términos puramente biológicos, sin embargo los investigadores y estudiosos del área se darían cuenta de que la respuesta implicaba también procesos de tipo psicológico. Conforme avanzaba el campo de estudio, surgieron posturas más conciliadoras que subrayaban la influencia de las exigencias ambientales y el significado personal a las experiencias estresantes como elementos que representaban de manera más completa el proceso del estrés.

En el campo de la Psicología, el estudio del estrés se abordó a partir de dos corrientes teóricas: el Conductismo y el Humanismo. Según el conductismo cuyo mayor exponente fue B.F Skinner, el estrés podía ser operacionalizado en términos de castigo o de circunstancias impredecibles en las cuales el castigo no podía evitarse o en la cual el placer no se podía alcanzar. En el modelo teórico original las emociones y las cogniciones no eran consideradas como elementos

esenciales para explicar el fenómeno. Por otro lado, durante 1960 y 1970 surge el humanismo, con las formulaciones teóricas de Carl Rogers y Abraham Maslow, quienes promovieron un abordaje “centrado en la persona” para tratar los problemas, en los cuales el autodescubrimiento, la importancia de la conexión con otros y la confianza en los recursos de la persona eran elementos que podían fortalecer al individuo ante situaciones de tensión; visión que fue criticada por muchos porque desencajaba con el rumbo empírico que iba tomando el campo de la Psicología.

Posteriormente, surgiría el movimiento cognitivo conductual con autores como Bandura, quien revaloró el papel de las cogniciones, describiéndolas como otro tipo de conductas, también sujetas a los mismos principios de reforzamiento, castigo y extinción. De esta misma corriente surgen autores como Lazarus (1990) quien forjó una tradición en el estudio del estrés. Su principal aportación reside en que (a) *el estrés es visto como un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo*, (b) *el cual es mejor evaluado mediante situaciones cotidianas que en situaciones extraordinarias* y (c) *el papel de las evaluaciones subjetivas y las cogniciones* como clave para entender el proceso del estrés. Asimismo ellos consideraban la influencia del ambiente externo como un factor importante del proceso, pero pusieron mayor énfasis en la evaluación subjetiva de los elementos estresantes objetivos. Ante la primacía de la evaluación subjetiva de los sucesos en dicho modelo, los elementos objetivos y los recursos jugaban un papel secundario en la explicación del proceso del estrés.

Con una postura más crítica y revalorando el papel del contexto y la cultura como elementos esenciales que explican el proceso del estrés, surge Stevan E. Hobfoll (1998, 2001) con la Teoría de la Conservación de Recursos (COR) como una propuesta ante los modelos tradicionales que han funcionado como la base del estudio del estrés en las últimas décadas. La principal crítica de Hobfoll (1998) a los modelos individualistas y tradicionalistas que abordan el estrés, se basa en la afirmación que de que el estrés es un proceso que se entiende mejor si se ubica

dentro de un contexto cultural y social, por lo tanto no es un fenómeno puramente subjetivo, sino es un proceso que es determinado culturalmente. Por otro lado para él, los modelos cognitivos y conductuales populares hoy en día refuerzan la concepción individualista de abordar las problemáticas del ser humano, en la que se considera a la persona como responsable de sus dificultades y por lo tanto quien en sí mismo deberá darles solución, ya sea cambiando su percepción (en este caso de los sucesos estresantes) o bien modificando sus emociones relacionadas con los sucesos que le producen estrés. Desde esta postura, dicha visión refuerza el aislamiento de la persona subestimando la influencia de grupo social como un agente de apoyo ante las dificultades de la vida. Asimismo dichos modelos parecen estar más acordes con una necesidad económica que con estándares de efectividad con bases empíricas.

Desde el punto de vista del autor, lo anterior ha llevado a un pobre entendimiento del proceso del estrés, que no debe confundirse con que el fenómeno del estrés no posea elementos cognitivos o que la psicología cognitiva no provea un acercamiento valioso en cuanto a la introspección y el entendimiento del estrés; más bien, Hobfoll enfatiza que son la cultura y el contexto los elementos explicativos que fundamentan al proceso del estrés, y que el ser humano debe ser conceptualizado como un ente inmerso en la familia, la cual está inmersa en un grupo social a la vez inmerso en un contexto social y cultural, que es ahí donde reside el apoyo y las acciones para intervenir y tratar las problemáticas. Y es la experiencia de vivir en una cultura lo que determina qué es estresante y para quién, siendo la amenaza de la pérdida de los recursos y no las cogniciones el móvil principal en el cual se sitúa el estrés.

Es así como La Teoría de la Conservación de Recursos (*COR*) propuesta por Stevan Hobfoll (1989, 1998, 2001) surge como una de las teorías más actuales sobre estrés y afrontamiento y destaca el papel que juegan en el proceso del estrés elementos como las ganancias y la pérdida de recursos, situaciones a las que están expuestas las personas a lo largo de la vida. Su principal tesis se basa

en la idea de que las personas luchan por obtener, retener y proteger aquello que consideran valioso (recursos).

Hobfoll (1998) en su libro *“Stress, Culture and Community”* hace toda una reflexión sobre aquellos elementos que diferencian a la COR de otras teorías sobre estrés. En primer lugar y como se menciona con anterioridad, la COR hace menor énfasis en la evaluación ideográfica (subjetiva) del estrés típica de otras teorías (Lazarus y Folkman, 1984), al destacar no solo sus bases biológicas sino sociales y culturales. En segundo lugar, el estrés debe ser considerado como un proceso en el cual la cultura y el contexto juegan un papel preponderante en cuanto a su comprensión y explicación, que no puede definirse meramente como un proceso cognitivo. Tercero, Hobfoll introduce el concepto de *“self-nested-in family, nested-in social organization”* para explicar la interrelación que existe entre la persona, su familia, el grupo de pares y la sociedad como estructuras sociales de medio nivel que guardan una interrelación en cuanto al proceso del estrés y su afrontamiento. Un cuarto punto, se relaciona con que no todo es estresante y no depende solamente de la evaluación que hace la persona del ambiente, los elementos estresantes pueden acotarse a una lista más o menos finita, y la evaluación de aquello que es estresante, y por lo tanto, aquello que es valioso (recursos) está determinado culturalmente y es compartida por un grupo. Por lo tanto las interpretaciones individuales tienen un componente dictado socialmente (objetivo).

Lo anterior permite precisar que el estrés se entiende como:

1. Una amenaza de pérdida de recursos, o
2. Una pérdida real de recursos necesarios para sostener al individuo inmerso en la familia, inmersa en la sociedad.

Además, dado que las personas invierten en aquello que valoran para tener más ganancias, el estrés también ocurre cuando las personas invirtieron una cantidad considerable de recursos y no reciben a cambio ganancias razonables para ellos mismos o para el grupo, lo cual genera una pérdida (Hobfoll, 1998).

A través de la experiencia personal, del modelamiento y del aprendizaje, las personas reconocen aquello que es importante o valioso para ellos, y por lo tanto aprenden a identificar qué necesitan para asegurar la adquisición y posesión de aquello que es importante, directa, indirecta o simbólicamente, todo esto inmerso en un contexto social y cultural. Para Hobfoll (1998) los *“recursos incluyen los objetos, las condiciones, las características personales y la energía que son elementos valiosos para la supervivencia (directa o indirectamente) o que sirven como medios para lograr algunas metas”* (p.54). Los recursos se definen como *“características materiales, sociales o personales que poseen las personas, que pueden ser utilizados para alcanzar sus metas personales”*.

La importancia de estudiar los recursos reside en que son medios que permiten lograr un sentimiento de dominio y competencia. Asimismo permiten el abastecimiento de las necesidades psicológicas y físicas. Se ha encontrado que la reserva de recursos, sobre todo personales y sociales, es un predictor importante de satisfacción y bienestar psicológico (Soons y Liefbroer, 2009). Sobre todo en población joven se ha encontrado que las relaciones interpersonales con amigos y con los padres son recursos que predicen el bienestar subjetivo (Trzcinski y Holst, 2008). Incluso recursos como el temperamento, la popularidad y la apariencia física están relacionadas con la felicidad en preadolescentes (Holder y Coleman, 2008).

Es así como ante situaciones de estrés, las personas actúan para obtener, retener y proteger sus recursos, incluso aún cuando el nivel de estrés es bajo. Desde esta visión el individuo evalúa sus recursos, sus pérdidas y sus ganancias, en función de factores más o menos objetivos, los cuales se reducen a una lista de 74 recursos que se ha visto son compartidas entre personas y culturas (Hobfoll y Lilly 1993).

Principios de la Teoría de la Conservación de Recursos (COR).

El principio básico de la COR sostiene que las personas se esfuerzan por obtener, retener, proteger e incluso adquirir aquello que valoran (Hobfoll, 1989, 1998, 2001). Los estresores mayores tienen un impacto en la adquisición y protección de los recursos, pero los problemas cotidianos van mermando la capacidad de las personas para cultivar sus recursos.

Los recursos pueden ser categorizados en cuatro grupos: (a) *recursos materiales*, (b) *recursos de condición*, (c) *recursos personales* y (d) *recursos de energía* (Hobfoll, 1998, 2001). La característica que tienen en común es que todos están íntimamente relacionados con la supervivencia del individuo, y se pueden encontrar en la red familiar, la red social, los amigos y las organizaciones. Es importante mencionar que la jerarquía de los recursos es dictaminada según la sociedad.

Los *recursos materiales* son aquellos objetos que tienen una presencia física como la casa, el automóvil, la computadora, es decir, todos aquellos objetos que sean valiosos para la persona porque le dan autoestima, autoconfianza, valor en sí mismo. Los *recursos personales* incluyen las habilidades y los rasgos o atributos personales que en su mayoría se aprenden por modelamiento o son inculcados socialmente, algunos ejemplos son las habilidades profesionales, el aplomo social, la habilidad de liderazgo, entre otros. Los rasgos personales pueden ser la autoestima, el optimismo, la autoeficacia y la esperanza. Otro recurso personal es el afrontamiento.

Por otra parte, los *recursos de condición* son importantes porque permiten el acceso a otros recursos, pueden ser estructuras o estados que permiten la posesión de otros recursos, por ejemplo estar saludable, tener empleo, poseer un grado académico o una propiedad, el matrimonio, ser mayor de edad, etc. Y *finalmente los recursos de energía* son valiosos porque pueden intercambiarse para obtener los otros recursos de las otras cuatro categorías, e incluye el dinero,

el crédito o el conocimiento. Aunque esta nomenclatura puede tener debilidades, su fortaleza reside en que permite ubicar a los recursos en dichas categorías y permite hacer distinciones, los cuales pueden operar de manera diferenciada en el proceso del estrés.

En cuanto a la importancia de los recursos personales y externos, se ha visto que en pacientes psiquiátricos éstos predicen la búsqueda de apoyo en otros significativos (apoyo social) (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Michielsen, Hodiamont et al., 2006). La importancia de retener y obtener recursos se hace especialmente trascendente ante la amenaza de escasez que surge a finales del siglo XX, Asimismo la competitividad que existe hoy en día provoca una mayor demanda de los mismos y una inversión mayor aún cuando hay riesgo de no obtener ganancias a cambio.

Hasta el momento se ha abordado el tema de los recursos y su importancia como elementos que permiten un mayor bienestar para la persona, siendo el afrontamiento un recurso personal importante. Sin embargo los recursos están íntimamente vinculados con las pérdidas, dado que la mayoría de las veces las personas buscan retener, obtener y proteger lo que tienen evitar futuras pérdidas. De este planteamiento se deriva el *principio 1 de la COR*: “*La pérdida de recursos es más sobresaliente que la ganancia de recursos*”, lo cual sugiere que las pérdidas y las ganancias no son equivalentes. La pérdida de un objeto o condición es más potente y está definida culturalmente, en comparación con su ganancia, en términos del malestar psicológico asociado. Este sesgo se debe a que, es más probable, que una pérdida amenace la supervivencia y por lo tanto la persona vea empobrecida su reserva de recursos. Las ganancias son valoradas en la medida que previenen o compensan futuras pérdidas, o en la medida que dan placer, Asimismo su relevancia reside en que ayudan a reducir el estrés. Por lo tanto, el estrés se presenta como resultado de una pérdida.

Del planteamiento anterior se deriva el Principio 2 de la COR que afirma que *“las personas deben invertir recursos para protegerse de la pérdida, o bien para recuperarse de la pérdida o para ganar recursos”*. Para la COR los recursos son la principal característica de la experiencia del estrés, dado que éste ocurre cuando los recursos se pierden o están amenazados. Lo más destacado es que cuando una persona sufre una pérdida, pone en marcha otros mecanismos que le aseguran la adquisición de nuevos recursos. Por ejemplo, el apoyo social puede ser empleado para fortalecer la autoestima, específicamente las estrategias de afrontamiento dirigidas a la búsqueda de apoyo o referencia a otros y conformación de redes (p.e de pares, familiares) tienen un papel moderador y protector ante los eventos de vida estresantes (pérdidas), los problemas cotidianos y el uso de alcohol en adolescentes (Courtois, Rèveillère, Paüs, Berton y Jouint, 2007; Luo y Wang, 2009; Oliva, Jiménez y Parra, 2009).

El principio 1 y 2 permiten concluir que los recursos operan de manera diferenciada según los ciclos de pérdida y ganancia, y la COR postula cuatro corolarios para explicarlo (Hobfoll, 1998):

Corolario 1: “Aquellos con mayores recursos son menos vulnerables ante la pérdida, y más capaces de reabastecerse de recursos. De manera contraria, aquellos con poco recursos son más vulnerables ante la pérdida y por lo tanto menos capaces de ganar recursos”. En un estudio realizado por Hobfoll, Johnson, Ennis y Jackson (2003) se encontró que la pérdida de recursos materiales provocó en un grupo de mujeres jóvenes mayor percepción de pérdida de dominio y apoyo social, lo cual las hizo más vulnerables y, aumentó la depresión y el enojo.

Corolario 2: “Aquellos que carecen de recursos no solo son más vulnerables ante la pérdida, sino que el inicio de la pérdida engendra pérdidas futuras”; dado que como poseen pocos recursos, éstos ya están organizados para asegurar la protección de sí mismos, sus familias o su grupo social.

Corolario 3: Es considerado como un espejo del Corolario 2 y propone que “aquellos que poseen recursos son más capaces de obtener ganancias, y que una vez iniciado el ciclo de ganancias se engendran ganancias posteriores”. Son diversos los procesos que subyacen la inversión de recursos; la ganancia generalmente involucra arriesgar los recursos con el objetivo de lograr metas y aspiraciones. En cualquier caso, la necesidad de obtener ganancias no es tan inminente como la necesidad de compensar la pérdida.

Corolario 4: “Aquellos que tienen una carencia de recursos tienen más probabilidades de adoptar una postura defensiva para mantener sus recursos”. Desde la visión de una persona con pocos recursos, una postura defensiva le permite mantener al máximo su reserva de recursos y lo protege del impacto de una pérdida futura. Se puede entender la negación como un mecanismo de defensa y protección contra las pérdidas. Algunos estudios han demostrado que la vivencia de sucesos de vida estresantes provoca una sensación de pérdida que lleva al individuo a emprender estrategias de afrontamiento de tipo defensivo (p.e el consumo de alcohol y drogas, la negación o la evitación) para proteger o mantener aquello que considera valioso (Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick y Saunders, 1994; Freedy, Resnick y Kilpatrick, 1992).

Para este trabajo el corolario 4 es básico para entender porqué aquellos jóvenes que experimentaron sucesos de vida estresantes y por lo tanto pérdidas, ponen en marcha estrategias de afrontamiento disfuncionales o defensivas como el consumo de drogas.

A manera de conclusión se puede decir que, más que buscar reforzadores o evitar el castigo, las personas hacen esfuerzos basados en la conservación de sus recursos que les permitan prever o contrarrestar las pérdidas.

El Afrontamiento como un recurso.

En términos generales, se puede decir que la adaptación del ser humano a su ambiente es el fin último del afrontamiento. Hobfoll (1998, 2001) partiendo del modelo ecológico clásico de Bronfenbrenner propone el modelo multiaxial del afrontamiento para explicar la interacción el estrés, su afrontamiento y el elemento social en el proceso de optimización y compensación de los recursos. El planteamiento central del modelo se basa en que los recursos, aunque se agoten, son siempre adaptativos; subrayando que debe prestarse mayor atención a la conservación de los mismos para poder responder ante las demandas estresantes.

Para Hobfoll (1998, 2001), el *afrontamiento* es considerado como aquellas cosas que las personas insertas en la familia y en la sociedad, hacen para combatir el estrés, sus pensamientos y acciones, y en particular las acciones que emprenden para conservar, invertir y construir recursos.

Este modelo ofrece otra visión en relación al “no-afrontamiento”, mientras que en la literatura clásica se refiere que la no respuesta ante los problemas puede ser visto como algo desadaptativo, de acuerdo con esta visión que retoma el contexto, el “no-afrontamiento” se concibe como una estrategia de conservación de recursos y de energía enfocada a mantener los recursos disponibles, ya sea para responder ante demandas futuras o para preservar los recursos mínimos disponibles para subsistir.

Es importante mencionar que para este autor la concepción del fenómeno es distinto a los planteamientos clásicos hechos por Lazarus y Folkman, porque de acuerdo con Hobfoll (1998, 2001) es posible determinar a priori qué estrategias de afrontamiento son más efectivas (p.e estrategias orientadas a la solución de problemas o dirigidas a metas), planteamiento que se aleja de la tesis de los primeros quienes afirman que el afrontamiento es un estilo personal y que su efectividad depende del contexto o de circunstancias específicas, por lo que es complicado predecirlo.

De acuerdo con dicho autor aquellos que emplean estrategias de afrontamiento más activas (p.e dirigidas al problema, búsqueda de apoyo en otros) poseen más recursos materiales, personales, de condición y de energía. Asimismo quienes tienen más recursos son capaces de autoregularse. Por lo tanto, la COR plantea un modelo comunitario del afrontamiento-recursos, con un énfasis en el balance entre la persona, el ambiente y el contexto, alejándose de los modelos individualistas basados en la evaluación subjetiva del estrés. Desde esta visión se subraya la orientación hacia el grupo, la dirección de la acción y los vínculos sociales como los principales estilos de afrontamiento.

Modelo Multiaxial del afrontamiento de Hobfoll.

Es importante mencionar que el modelo multiaxial de afrontamiento no fue diseñado para comprender las respuestas de los adolescentes, pero se presenta de manera breve dado que forma una parte importante de la COR.

Este modelo posee dos ejes que permiten diferenciar entre nivel de acción y la sociabilidad (*sociability*) en relación a las estrategias de afrontamiento.

El *primer eje* indica el grado de actividad en relación al afrontamiento. Independientemente de la cultura o del género, las personas pueden ser ubicadas a lo largo del continuo según qué tan activas sean sus respuestas para afrontar los problemas. El grado de actividad de la persona puede enfocarse en tres aspectos:

1. Activo en la respuesta derivada de la evaluación hecha del suceso estresante.
2. Activo en construir recursos
3. Activo en la reconstrucción de recursos una vez que la reserva disminuyó.

El *segundo eje* describe la dimensión social del afrontamiento y subraya que las estrategias de afrontamiento generalmente ocurren a través de un proceso de interacción social, por lo que se divide en: (a) *afrontamiento prosocial*, que son aquellas acciones adaptativas que involucran la búsqueda de apoyo en otros, la construcción de vínculos o redes sociales, así como aquellas actividades empáticas que consideran a la otra persona y sus necesidades (empatía); por el contrario (b) *el afrontamiento antisocial (agresivo)* incluye aquellas actividades que tienen la intención de dañar directamente a otros o que no contemplan que podrían causar un mal a otros, por ejemplo: tomar ventaja de otros o exponer sus debilidades con el objetivo de alcanzar metas propias.

En esta tesis se propone trabajar con la clasificación de las estrategias de afrontamiento propuesta por Frydenberg y colaboradores mencionada en apartados anteriores, porque está dirigida específicamente para entender el afrontamiento en los jóvenes.

Finalmente y con base en la COR, el presente trabajo retomará los siguientes postulados: (a) los sucesos de vida estresantes son eventos que amenazan la reserva de recursos porque implican una pérdida para la persona, (b) aquellos expuestos a sucesos de vida estresantes pueden tener una disminución de la reserva de recursos y por lo tanto tienen más probabilidades de adoptar una postura defensiva para mantener sus recursos; (c) el consumo de sustancias visto como una estrategia de afrontamiento defensiva y por lo tanto disfuncional que las personas emplean para conservar sus recursos; y (d) el afrontamiento como un recurso que permite que la persona tenga una mejor adaptación, en especial aquellas estrategias dirigidas a la solución de problemas y a la búsqueda de apoyo en otros (referencia a otros).

A continuación se describen los modelos más difundidos que abarcan las variables de interés para el presente trabajo:

Modelos sobre estrés, afrontamiento y consumo de sustancias

El consumo de drogas en adolescentes es un problema multifactorial, y desde hace varias décadas el estrés y la forma de enfrentarlo ha formado parte del análisis. Varias teorías han sustentado la hipótesis de que la presencia de estrés agudo y crónico puede motivar a los individuos al abuso de sustancias (Marlatt, 1985; Wills y Shiffman, 1985; Koob y LeMoal, 1997).

Los modelos teóricos que abordan el uso de las sustancias pueden ser clasificados en cuatro grupos (Brandon, Herzog, Irvin y Gwaltney, 2004), cada uno de los cuales enfatiza, en mayor o menor medida, el tema del estrés y el afrontamiento en relación al consumo de sustancias:

- 1. Modelos de reforzamiento positivo*
- 2. Modelos de reforzamiento negativo*
- 3. Modelos basado en la Teoría del Aprendizaje Social*
- 4. Modelos de afrontamiento.*

Modelos de reforzamiento positivo.

Plantean que los procesos cognitivos como las expectativas relacionadas con una droga incrementan la motivación hacia su consumo. Los individuos pueden consumir alcohol porque poseen expectativas positivas sobre sus efectos, como que incrementa el deseo sexual o facilita la interacción social, aunque su efecto fisiológico provoque justo el efecto contrario.

El modelo de las expectativas propuesto por Goldman, DelBoca y Darkes (1999) se basa en la función que desempeñan las expectativas, las cuales son “registros” que se guardan en el sistema nervioso y procesan la información para producir

una respuesta conductual; éste proceso prepara al organismo para responder a los estímulos en función de la expectativa creada. Asimismo existen modelos más actuales como el propuesto por Glautier (2000) y Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton (2004) que también hacen énfasis en el reforzamiento positivo del uso de sustancias.

Este tipo de enfoques se centran en las creencias asociadas al uso de sustancias, las cuales en general se relacionan con aumentar la relajación y disminuir la tensión, convirtiéndose en motivos para su uso ulterior.

Modelos de reforzamiento negativo.

El planteamiento principal se centra en que el estrés agudo o crónico es un estado emocional displacentero que provoca incomodidad y en el afán de liberarse del estado de tensión, las personas pueden recurrir al uso de alcohol u otras sustancias para obtener cierta relajación.

Entre los modelos de reforzamiento negativo más actuales se encuentra el modelo de la conducta adictiva propuesto por Baker, Piper, McCarthy, Majeskie y Fiore (2004) quienes afirman que “cuando los estresores o la abstinencia causan un aumento del afecto negativo, éste incrementa un proceso de atención sesgado dirigido a promover el consumo de la droga” (p.33). Este modelo predice que el afecto negativo puede incrementar la atención de la persona hacia señales ambientales relacionadas con las sustancias (incluido el alcohol); además esto se acentúa en sujetos cuyo principal motivo para el consumo de sustancias es el afrontamiento de estados emocionales negativos. Los afectos negativos pueden entenderse como aquellos estados emocionales displacenteros como son el estrés, el enojo y la frustración (Marlatt, 1996).

Dicho modelo ha sido comprobado empíricamente en una muestra de estudiantes ingleses detectados como bebedores problema (Field y Powell, 2007), encontrándose que aquellos jóvenes cuyo principal motivo para beber era para reducir el afecto negativo y que fueron expuestos a un estresor (p.e tener que

hablar en público), presentaron un proceso de atención sesgado hacia señales ambientales relacionadas con el alcohol.

Otro ejemplo de este tipo de planteamiento teórico es la hipótesis de la reducción del estrés (Sher y Levenson, 1982) y la automedicación (Khantzian, 1985), basadas en que la motivación para incrementar emociones positivas es mayor en estados de estrés agudo o crónico. En un inicio la droga puede ser usada para modular la tensión, pero tras su uso repetido se convierte en una respuesta generalizada para aliviar el estrés e incrementar el afecto positivo.

Modelos basados en la Teoría del Aprendizaje Social.

El tercer grupo está conformado por los modelos de la adicción basados en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), cuyos principios se basan en los factores situacionales y contextuales, el modelamiento social, las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y las expectativas.

Marlatt (1985) propone el modelo de la recaída, donde la principal causa de la recaída es la presencia de situaciones de riesgo las cuales amenazan el autocontrol del individuo e incrementan el riesgo de presentar recaída. Para evitarla, la persona deberá poner en marcha una respuesta conductual o cognitiva de afrontamiento, la cual aumentará su autoeficacia o su confianza de enfrentar las situaciones de riesgo, de lo contrario experimentará un decremento de la misma trayendo como consecuencia un aumento de las expectativas positivas relacionadas con el uso de sustancias.

Niaura et al. (1988), en su modelo proponen que el precipitante inicial de una recaída es una señal contextual asociada con el uso de drogas. Dicha señal ocasiona antojo por el consumo, expectativas positivas sobre la droga y activación fisiológica; dichos elementos de manera conjunta disminuyen la autoeficacia y también disminuyen el afrontamiento cognitivo y conductual.

Un tercer ejemplo es el Modelo de abuso y dependencia al alcohol de Cooper, Russell y George (1988), el cual destaca que el predictor para el consumo

excesivo de alcohol, y en última instancia para el abuso y la dependencia, es el beber como un medio para afrontar el estrés y el afecto negativo. Las habilidades de afrontamiento limitadas y las expectativas positivas relacionadas con los efectos del alcohol, son generalmente predictores de “beber para afrontar”.

Cabe señalar que estos ejemplos no son exhaustivos de los modelos de adicción derivados de la Teoría del Aprendizaje Social, sin embargo ejemplifican cómo interactúan los constructos teóricos, dando lugar a modelos más integrales que explican la relación entre el estrés. Sin embargo hasta este momento ningún modelo habla de los sucesos de vida estresantes, entendidos como otra conceptualización del estrés (Sinha, 2001).

Modelos de afrontamiento.

Los modelos del uso de sustancias basados en el afrontamiento constituyen un cuarto grupo, éstos postulan que las personas usan sustancias para hacerle frente al estrés cotidiano y se basan principalmente en el modelo de Lazarus y Folkman (1984), el cual distingue el afrontamiento orientado hacia el problema y el afrontamiento orientado a la emoción, ambos señalados como factores protectores ante el uso de sustancias.

De acuerdo con estos modelos el uso de sustancias posee tres funciones de afrontamiento principales: (a) regulación afectiva, decrementando afecto negativo e incrementando el positivo (Wills y Shiffman, 1985); (b) distracción y (c) aumento de la ejecución.

Asimismo, están los modelos de afrontamiento que distinguen entre el afrontamiento activo y el pasivo (Roth y Cohen, 1986; Moos y Schaefer, 1993). El afrontamiento activo se entiende como aquella estrategia que implica un esfuerzo dirigido a tratar un problema, mientras que el afrontamiento evitativo es definido por el alejamiento o la falta de esfuerzo. En general, se sabe que el afrontamiento de tipo activo conlleva resultados favorables, mientras que el evitativo genera problemas. Un aspecto paradójico de estos modelos es que el uso de sustancias

es a la vez un mecanismo de afrontamiento evitativo y un resultado de otras formas de afrontamiento inefectivas (Brandon et al., 2004).

Otro modelo que se deriva de dicho planteamiento teórico, es el modelo del estrés-afrontamiento de Wills (Wills y Hirky, 1996), el cual propone que el uso de sustancias adictivas es una estrategia de afrontamiento que resulta de la exposición al estrés o sucesos de vida estresantes y que provocan un sentimiento de pérdida en el individuo.

Este modelo fue seleccionado como el modelo principal de este trabajo por varios motivos. Primero, integra los elementos más importantes de modelos previos. Segundo, aborda explícitamente el tema el uso de sustancias mientras que otros modelos tienen una visión más general. Tercero, concibe el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento no productiva (evitativa) que resulta de la exposición a sucesos de vida estresantes y que provocan en el individuo un sentimiento de pérdida. A continuación se describe con detalle dicho modelo.

El modelo del estrés-afrontamiento de Wills (Wills y Hirky, 1996).

El modelo de Wills plantea que el uso de sustancias está influenciado por dos grandes aspectos: *el estrés y el afrontamiento*; y ambos pueden también predecirlo. De acuerdo con este autor el estrés ocurre cuando “las demandas del ambiente exceden o sobrepasan los recursos que la persona posee para hacer frente a dichas demandas” (Wills y Filer, 1996, p.93). También afirman que el estrés está relacionado con los sucesos de vida negativos.

Retomando la clasificación hecha por otros teóricos del afrontamiento (Roth y Cohen, 1986; Moos y Schaefer, 1993), este modelo concibe al afrontamiento con base en dos grandes clases: *activo y evitativo*. El primer tipo sirve de protección ante el uso de sustancias, mientras que el segundo está asociado frecuentemente con su incremento.

Los tres principios en los que reside este modelo son: *el estrés o los sucesos de vida estresantes son factores de riesgo que puede estar presente en todas las*

fases del uso de sustancias (inicio, escalada, mantenimiento y recaída) (Wills y Hirky, 1996). Existe un gran número de posibles explicaciones de dicha relación, sin embargo todas éstas poseen debilidades. La primera explicación menciona que el uso de sustancias puede ser empleado como una forma de regular el afecto, incrementando el afecto positivo y mitigando las emociones negativas (Eissenberg, 2004).

Otra posibilidad se relaciona con que los sucesos de vida negativos provocan sentimientos de pérdida de control y una percepción de que la vida carece de sentido, y provocar que la persona use sustancias (Newcomb y Harlow, 1986). Esta segunda hipótesis es esencial para este trabajo dado que subraya el papel de los sucesos de vida estresantes como un factor que provoca un sentimiento de pérdida y que puede precipitar el uso de drogas; sin embargo es importante mencionar que es un aspecto que requiere de mayor investigación dado que, aunque el estrés sea un factor de riesgo no es una causa necesaria o suficiente para que cause el consumo de sustancias (Brandon et al., 2004).

El segundo principio se refiere a que *dependiendo de cómo una persona enfrente el estrés, afecta la probabilidad de que se use drogas*. Por ejemplo el afrontamiento activo (solución de problemas, afrontamiento conductual) disminuye la probabilidad del uso y abuso de drogas, mientras que el afrontamiento evitativo (enojo, evitación, distracción) es un factor de riesgo para el uso y abuso de sustancias (Wills y Hirky, 1996).

El tercer principio establece que *las personas poseen diferentes expectativas en torno a que tanto las sustancias los pueden ayudar a liberar el estrés*. Las personas que creen que el alcohol puede ser útil para enfrentar el estrés tienen más probabilidades de consumir en comparación con quienes no lo creen así.

Recientemente el modelo clásico de estrés-afrontamiento de Wills ha sido revisado (Wills, Gibbons, Gerrard y Broady, 2000), lo cual ha derivado en un

mayor énfasis sobre los factores del desarrollo temprano como el autocontrol. Como resultado de estas revisiones, también destaca el papel de los factores genéticos, biológicos y ambientales como fuerzas que influyen en el desarrollo del autocontrol y el uso de sustancias como forma de afrontamiento (Wills, Windle y Cleary 1998).

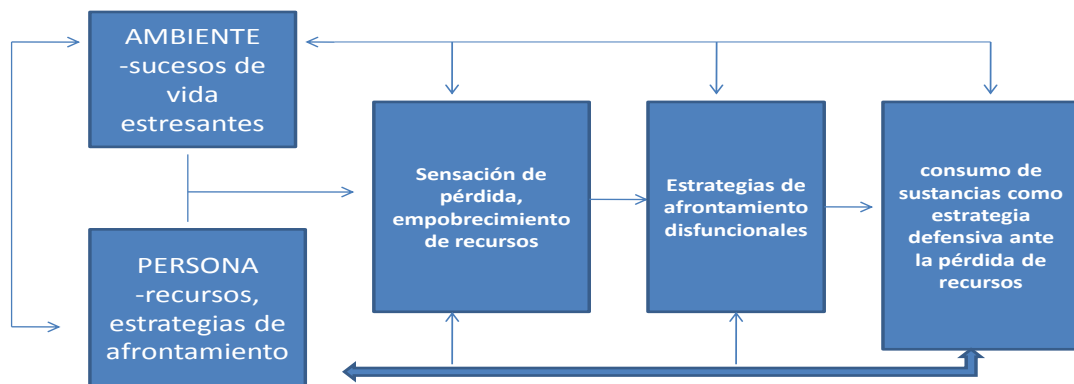


Figura 1. Representación gráfica de la propuesta de modelo de estrés, afrontamiento y consumo de sustancias adaptado del Modelo de Wills y colaboradores.

3. Los sucesos de vida estresantes y el afrontamiento en jóvenes

Antecedentes: sucesos de vida estresantes en muestras normativas

Los problemas cotidianos o los sucesos de vida estresantes que viven los jóvenes, se han asociado, por varias décadas, con el desarrollo o mantenimiento de alteraciones psicológicas (González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002). La mayoría de los estudios se han centrado en la adolescencia, dado que es una etapa del desarrollo que comprende importantes desafíos y retos para el joven, de índole física, psicológica, emocional y social (Archer, 1997) que desde ciertas

perspectivas son generadores de estrés. La importancia de abordar los pequeños problemas de la vida se debe a que se ha encontrado que estos son mejores predictores de síntomas psicológicos actuales y subsecuentes que los sucesos de vida mayores (Seiffge-Krenke, 1993; Vitaliano, De Wolfe, Maiuro, Russo y Katon, 1990).

Los sucesos de vida estresantes se definen como situaciones que pueden ocurrirle a un individuo o grupo y que poseen cierto potencial de causar estrés (Plunkett, Radmacher y Moll-Phanara, 2000). Y que de acuerdo con teorías actuales sobre estrés y afrontamiento (p.e la COR; Hobfoll, 1998; 2001) pueden ser conceptualizados como fenómenos que amenazan la reserva de recursos que tiene la persona para hacerle frente a la adversidad (Hobfoll et al., 2003).

En el estudio de los sucesos de vida estresantes, la literatura destaca la importancia de conocer no sólo las situaciones que estresan a los jóvenes, sino también la evaluación personal que hacen de las mismas, que puede ser tanto subjetiva como culturalmente aprendida, en relación a la carga de estrés que representa la situación. Dicho conocimiento es de gran utilidad para los profesionales de la salud o personal educativo dado que les permite comprender qué situaciones son las que más estrés les causan a los jóvenes, lo cual puede derivar en lineamientos para saber qué habilidades incorporar a las acciones preventivas.

No todos los problemas que viven los adolescentes tienen la misma frecuencia de aparición ni son evaluados de la misma manera en función de la carga de estrés que representan, lo que puede ser estresante para un joven puede no serlo para otro. Para facilitar su comprensión se han dividido en *sucesos normativos*, como aquellos eventos que pueden ser esperados o normales para dicha etapa del desarrollo y que producen cargas de estrés leves como: (a) *cambiar de escuela*, (b) *el nacimiento de un hermano*, (c) *cambios físicos entre otros*; y los *sucesos no normativos*, como aquellas situaciones que no son compartidas por el común de los chicos o que no se viven con tanta frecuencia y que por lo tanto son generadores importantes de estrés, como: (a) *la muerte de un padre o un amigo*,

(b) *enfermedad propia o de alguien cercano*, (c) *accidentes*, entre otros. Seiffge-Krenke (1993) también los llamó *estresores menores* y *estresores mayores*.

Los acontecimientos estresantes que preocupan a los jóvenes son diversos y diferenciados según el sexo y la edad, asimismo se relacionan con distintas áreas de la vida como puede ser: los amigos, la infancia, la familia, la escuela, la relación con otros y la salud; lo cual coincide con la mayoría de los estudios en el área (Forns et al., 2004; Kirchner y Forns, 2000; Plunkett et al., 2000; Seiffge-Krenke, 1993; Stark, Spirito, Williams y Guevremont, 1989).

Kirchner y Forns (2000) identificaron los sucesos de vida estresantes relatados libremente por jóvenes entre 12 y 16 años, encontrando que los estresores más comunes fueron:

- *Problemas familiares* (mala relación con los padres y hermanos, muerte de familiares).
- *Problemas con los amigos* (tener pocos amigos o malas relaciones con ellos).
- *Problemas con el rendimiento escolar*.

Mediante un análisis diferenciado según el sexo, dichos autores encontraron que las chicas reportaron más problemas familiares y con amistades, mientras que los chicos reportaban además de los estresores antes mencionados, la salud y la escuela como ámbitos que les generan preocupación.

Forns et al. (2004) identificaron los problemas de 1,362 adolescentes estudiantes entre 12 y 16 años, y reportaron que el 50% de los problemas se reducen a tres tipos básicos: (a) *problemas interpersonales* con compañeros que afectan principalmente a las chicas; (b) *problemas de rendimiento escolar*, cuyo protagonista principal es el individuo y afecta a los chicos; y (c) *problemas ajenos* que les preocupan de igual manera a ambos sexos, relativos a muertes de familiares. Estos resultados concuerdan con estudios anteriores (Kirchner y Forns, 2000). Es interesante que de acuerdo con el ámbito de ocurrencia, los jóvenes reportan que el hogar y la escuela son los dos escenarios en los que se sitúan sus

problemas de forma preferente. Ellas ubican más problemas en el hogar mientras que ellos los sitúan más en la escuela.

La literatura y los estudios antes mencionados, coinciden en que los sucesos de vida estresantes se presentan de manera diferenciada según el sexo, sin embargo para otros autores la diferencia no es tan acentuada. Plunkett et al. (2000) afirman que si bien es cierto ellas reportan más sucesos de vida estresantes, niveles de estrés más altos y uso de mayores estrategias de afrontamiento que los varones, existen dos áreas que preocupan a hombres y mujeres por igual, una es “cambio en las relaciones con personas que conoces” y “problemas en las relaciones cercanas con amigos del sexo opuesto”. Esto sugiere que las cuestiones relacionadas con la interacción personal son las experiencias más vividas por los jóvenes y también las que perciben como más estresantes. Asimismo “problemas económicos en la familia” es otra área en que los varones y las mujeres coinciden que les produce preocupación.

Dichos estudios coinciden con investigaciones clásicas, como la de Stark et al. (1989) y Seiffge-Krenke (1993) quienes en una muestra normativa de jóvenes identificaron los problemas más comunes que estos enfrentan. Los resultados mostraron que los adolescentes entre 14 y 17 años identifican cuatro tipos de problemas: (a) la escuela, (b) los padres, (c) los amigos y (d) la pareja. Los varones reportan más problemas escolares y las niñas más problemas interpersonales.

También se han encontrado diferencias en relación a la edad, por ejemplo, al hacer un análisis comparativo con estudios realizados con niños entre 9-14 años se encontró que conforme la edad aumenta los problemas con el novio o la novia aparecen y decrecen los problemas con los hermanos (Spirito, Stark, Grace y Stamoulis, 1991).

En México, los estudios sobre el estrés psicosocial en estudiantes se han venido realizando desde la última década de los 90 (González-Forteza et al., 1997; González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado, 1998), y han coincidido con los

hallazgos internacionales que indican que en las mujeres el nivel de estrés percibido es mayor y que las áreas de mayor estrés para los jóvenes en general son las relaciones interpersonales (amigos), las relaciones con familiares y la interacción con los maestros (Forns, Amador, Kirchner, Matorell, Zanini y Muro, 2004; Kirchner y Forns, 2000; Plunkett et al., 2000; Seiffge-Krenke, 1993; Stark et al., 1989).

De manera particular González-Forteza et al. (1997) al analizar las áreas de mayor estrés percibido en una muestra de 61,779 jóvenes estudiantes encontraron que el área que les genera mayor preocupación es “la traición del mejor amigo” seguida de las “prohibiciones parentales” y “los problemas con las autoridades escolares”. Dichos autores propusieron un perfil de indicadores demográficos de riesgo en relación al estrés, entre las principales variables se encontraron:

1. Ser mujer
2. Ser estudiante de educación media superior
3. No estudiar tiempo completo
4. Vivir la mayor parte de la vida en zonas urbanas

González-Forteza et al. (1998) en un estudio que se realizó con 800 adolescentes entre 13 y 18 años de edad de la Ciudad de México, también encontraron que el nivel socioeconómico bajo fue un factor de riesgo en cuanto al impacto del estrés psicosocial sobre el malestar emocional (depresión e ideación suicida) asimismo las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo fueron mayores en jóvenes de estratos bajos en comparación con estratos medios.

Autores que han abordado el estudio del apoyo social percibido en individuos expuestos a trauma, encontraron que el estatus socioeconómico y algunas variables contextuales se relacionan sistemáticamente con el malestar psicológico y con la percepción que tienen las personas respecto al apoyo que reciben de sus redes sociales (Norris, Baker, Muiyphy & Kaniasty, 2005); donde el estrés es una variable que afecta el acceso a redes sociales de apoyo.

Por otra parte, a diferencia de las investigaciones anteriores, existen otros autores que han encontrado que son los varones quienes presentan un mayor número de sucesos estresantes, observándose que a medida que aumenta la edad, incrementa la ocurrencia de los mismos (Lucio, Loza y Durán, 2000; Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco, 2001). Donde la variable de pobreza hace la gran diferencia dado que los jóvenes de niveles socioeconómicos bajos están más expuestos a estrés dado que salen a edad más temprana a pedir empleo y se encuentran con las exigencias del mundo adulto. Dichos hallazgos se confirmaron en estudios posteriores (Lucio et al., 2001).

Con base en la revisión de la literatura, se puede concluir que la gran mayoría de los sucesos que causan estrés se enmarcan en el terreno de lo cotidiano (p.e el hogar, la escuela, los amigos, los maestros) y por lo tanto tienen una estrecha vinculación con el estado emocional de la persona, asimismo se ha encontrado que pueden variar según la edad, el sexo y nivel socioeconómico; y que el estrés psicosocial (interacción con amigos u otros significativos) es un indicador importante de riesgo del malestar emocional en los jóvenes.

Que las mujeres experimenten más sucesos estresantes o mayor estrés percibido que los varones aún es un tema debatido, algunos explican que esto se debe a que ellas experimentan varias transiciones de manera simultánea (madurez física, cambios en la escuela y cambios de rol), mientras que los varones pueden ir enfrentando estas tareas de manera más paulatina (Seiffge-Krenke, 1993).

Por otra parte los especialistas en el área mencionan que el afrontamiento es un moderador de los efectos negativos de los sucesos de vida estresantes en los jóvenes, por lo que la manera de enfrentar la adversidad se vuelve un tema de gran interés para cualquiera que busque comprender el proceso del estrés-afrontamiento-salud en la adolescencia.

Antecedentes: Estrategias de Afrontamiento en muestras normativas

A partir de la década de los 80 con los estudios de Lazarus y colaboradores sobre estrés y afrontamiento, la investigación sobre el proceso de afrontamiento

comenzó a ser un área de especial interés con importantes implicaciones desde una perspectiva básica y aplicada.

Desde la visión del proceso básico del desarrollo, la investigación sobre afrontamiento ha aportado conocimientos para entender aspectos fundamentales sobre la regulación de la emoción, la conducta y la cognición. Desde una perspectiva aplicada ha sido de gran importancia para identificar habilidades y competencias que pueden fortalecerse mediante una intervención y facilitar la adaptación de las personas jóvenes que están en riesgo de presentar problemas psicológicos y de salud como resultado de una exposición considerable al estrés y la adversidad (Compas, 1998).

Lazarus y Folkman (1984) propusieron una de las primeras definiciones sobre las respuestas de afrontamiento y las definieron como “aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales en constante cambio, que se desarrollan en respuesta a las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes en relación a los recursos personales” (p.141). Desde la concepción de dichos autores clásicos, el afrontamiento es visto como el proceso que ayuda a superar el estrés, el cual está íntimamente ligado a la evaluación subjetiva.

Es importante mencionar que la adversidad puede enfrentarse a través de un gran número de formas que pueden clasificarse con base a numerosos criterios, y que hacen del afrontamiento un concepto heterogéneo y complejo que puede ser descrito en términos de la función de la respuesta (centrado en el problema vs centrado en la emoción); y la orientación de la respuesta (conducta vs cognición-emoción), principalmente. Así como en términos de estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones y conductas (Schwarzer y Schwarzer, 1996).

Es así como el objetivo de este subtema no es presentar una revisión profunda de las distintas clasificaciones del afrontamiento, sino mostrar los antecedentes de dicho concepto en relación a su categorización, funcionalidad o eficacia; para que

desde una perspectiva teórica se comprenda cómo ha sido estudiado el afrontamiento en muestras normativas de adolescentes y determinar qué estrategias de afrontamiento son las más utilizadas por los jóvenes así como aquellas que se relacionan con un mejor funcionamiento físico y psicológico.

Un aspecto a considerar en torno al afrontamiento y los jóvenes, y que pone en relieve la necesidad de continuar ampliando el campo de conocimiento sobre este proceso es que la mayoría de la investigación sigue estando regida por estudios en población anglosajona (Zanini et al., 2003) de los cuales han derivado modelos para adultos que han sido generalizados o adaptados a niños y adolescentes (Compas, 1998). Lo cual a su vez se relaciona con una falta de consenso en relación a las dimensiones básicas del afrontamiento, a través de las cuales distinguir las respuestas de los jóvenes.

Por otro lado, a pesar de que el número de respuestas para enfrentar el estrés no tiene fin, los teóricos han considerado útil clasificarlas conforme a su propósito o por su función. Por ejemplo, una de las clasificaciones más utilizadas fue propuesta por Lazarus y Folkman (1991) quienes discriminaron entre el *afrontamiento centrado en el problema* y el *centrado en la emoción*. El primero se centra en la acción, en el sentido de que la problemática puede ser resuelta mediante acciones instrumentales, en contraste con el segundo que no se dirige hacia a la conducta sino a la cognición y la asignación de un nuevo significado a la situación, no es una acción pasiva y requiere de una reestructuración interna por parte del sujeto que puede ser compleja.

Schwarzer y Schwarzer (1996) al hacer una revisión sobre las distintas formas de categorizar las estrategias de afrontamiento propuestas por otros teóricos, encontraron que algunos investigadores las han clasificado en dos dimensiones: (a) *afrontamiento confrontativo* también denominado como instrumental, atento o vigilante; y (b) *afrontamiento emocional o evitativo*. La primera clasificación parece coincidir con el afrontamiento centrado en el problema propuesto en un inicio por Lazarus y Folkman (1991); mientras que la última aunque posee el mismo nombre

no se refiere al mismo tipo de afrontamiento; la evitación, como se verá más adelante, consiste en retirarse de la situación estresante y conforma una dimensión distinta.

A diferencia de las clasificaciones antes citadas, existe una tipología del afrontamiento basada en estudios con adolescentes, la cual constituye la base del trabajo realizado por Seiffge-Krenke (1993); dicha autora integró muestras clínicas y normales de adolescentes para investigar el estrés percibido y las formas en que los jóvenes afrontan las exigencias normativas y no normativas típicas. Los resultados muestran tres estilos de afrontamiento típico de los adolescentes: 1) *afrontamiento activo mediante recursos sociales* (“Discuto el problema con amigos”); 2) *afrontamiento interno reflexivo* (“Analizo el problema y pienso en sus posibles soluciones”) y 3) *evitación* (“Me retiro porque son incapaz de cambiar la situación”). Siendo las dos primeras las más utilizadas por los jóvenes entre 12 y 19 años que participaron en el estudio, mientras que la evitación fue rara vez empleada y sólo ante problemas relacionados con los padres.

Dicha autora clasifica sus tres estilos de afrontamiento (activo, interno y evitativo) en: *estilos funcionales y disfuncionales*, y sostiene que el *funcional* incluye el afrontamiento activo y el interno, los cuales comprenden actividades como búsqueda de información, consejos o enfatizar la evaluación que hace el adolescente del problema. Describiendo al afrontamiento funcional como aquellos esfuerzos encaminados a manejar el problema, ya sea buscado apoyo de manera activa, acciones concretas o reflexiones sobre las posibles soluciones. Mientras que, el afrontamiento *disfuncional* es representado por la evitación e incluye defensas tales como la negación o la represión, y una actitud fatalista respecto al problema que lleva en última instancia hacia el retiro. También se refiere al control de los sentimientos que pueden tener una función importante sobre todo cuando están más allá del control personal o cuando la acción directa está limitada por barreras externas.

Seiffge-Krenke (1993) haciendo una revisión de las distintas clasificaciones de dicho concepto, encontró que otros autores como Billings y Moos (1984) distinguen entre el afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción y la aproximación o evitación. Destacando con certeza que el afrontamiento evitativo se relaciona con una adaptación limitada.

Erika Frydenberg (2008) es una autora contemporánea que ha estudiado el afrontamiento en poblaciones jóvenes. Define el afrontamiento como aquellos pensamientos, sentimientos y acciones que un individuo emplea para lidiar con las demandas de una situación. De las descripciones que mencionaron los jóvenes, se categorizaron en 79 acciones de afrontamiento las cuales fueron agrupadas en 18 áreas conocidas como estrategias de afrontamiento. Las 18 estrategias de afrontamiento fueron agrupadas en tres grandes grupos conocidos como estilos de afrontamiento: a) **afrontamiento productivo**, b) **afrontamiento no productivo** y c) **referencia a otros** (Frydenberg, Eacott y Clark, 2008).

- a) El afrontamiento productivo incluye estrategias como: buscar soluciones del problema, enfocarse en lo positivo, pasar tiempo con amigos cercanos, recreación física, búsqueda de actividades relajantes, buscar pertenecer y búsqueda de logros (esforzarse).
- b) El afrontamiento no productivo contiene estrategias tales como: ignorar el problema, mantenerse reservado, no afrontar, autoculparse, reducción de la tensión, hacerse ilusiones y preocuparse.
- c) El afrontamiento relacionado con la referencia a otros se refiere a la búsqueda de apoyo profesional, apoyo social, apoyo espiritual y acciones sociales.

El afrontamiento productivo y la referencia a otros representan el **afrontamiento funcional** mientras que el no-productivo es reconocido como **disfuncional**; en el

presente trabajo se basará dicha propuesta hecha por Frydenberg et al. (2008) dado que la clasificación surge del trabajo con jóvenes y porque retoma el elemento social del afrontamiento al incorporar una dimensión de referencia a otros que engloba la búsqueda de ayuda en redes sociales. El apoyo social recibido o percibido es un recurso que antecede el bienestar subjetivo y su carencia puede incrementar el malestar psicológico en el individuo (Norris, Baker, Murphy & Kaniasty, 2005).

Las diferencias entre hombres y mujeres ha sido un aspecto estudiado y controvertido. Seiffge-Krenke (1993) afirma que las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de afrontar sus problemas son acentuadas, conforme crecen, las mujeres buscan consejo, ayuda y comprensión de otros más frecuentemente que los varones, independientemente del tipo de problema. Mientras que los varones se muestran menos abiertos y menos sociables, pero evalúan la situación de manera más optimista y no se retiran resignados de la situación como lo hacen las mujeres.

Los estudios hechos por Frydenberg (2008) permiten confirmar dichas diferencias al concluir que ellos tienden a hacer más deporte y a involucrarse en distintas actividades, mientras que ellas suelen apoyarse en otros para lidiar con el estrés. También se sabe que de acuerdo con la edad varían las situaciones que hay que enfrentar. Las chicas y los chicos desarrollan patrones diferenciados de afrontamiento, pero en general se ha visto que los jóvenes entre 14 y 16 años presentan un aumento en el afrontamiento no productivo (Frydenberg y Lewis, 2000). Lo cual es algo de suma importancia dado que, como se verá más adelante, el afrontamiento no productivo o disfuncional se asocia con otras problemáticas que desde el punto de vista de la salud afectan la adaptación del joven.

Además de las diferencias por sexo y edad, el momento del desarrollo y el tipo de estresor son factores que también moderan el uso de las estrategias de

afrontamiento. Encontrándose que a mayor edad, tienden a ser más reflexivos y activos, y a utilizar con menor frecuencia el apoyo por parte de los padres o maestros para resolver problemas (Seiffge-Krenke, 1993).

Hasta el momento se pueden acotar algunas cuestiones teóricas en relación al estudio del afrontamiento que requieren de un análisis cuidadoso para ser contestadas, y que hasta el momento generan polémica: (a) la estabilidad de las respuestas de afrontamiento; (b) la consistencia de las mismas a través de diferentes situaciones, (c) la existencia de dimensiones teóricas vinculadas a un gran número de estrategias y (d) el afrontamiento visto como un rasgo estable o como una característica cambiante de las personas. Lo cual hace del afrontamiento un concepto controvertido y aún no existe un consenso en relación a una sola clasificación. Asimismo las tipologías antes mencionadas no son exhaustivas, y se reconoce la existencia de otras más

Comparación entre muestras normativas y no normativas: investigaciones nacionales e internacionales

El estudio en relación a la vivencia de sucesos de vida estresantes y a las estrategias de afrontamiento que utilizan los jóvenes para enfrentar la adversidad está lejos de ser concluyente. La literatura plantea como ya se mencionó, ubica el consumo de sustancias como un mecanismo de afrontamiento evitativo así como el resultado de otras formas de afrontamiento no funcionales ante el estrés (Brandon et al., 2004). Por otro lado, existen aquellos que ven al afrontamiento funcional (p.e dirigido al problema, búsqueda de soluciones, o búsqueda de apoyo en otros) como un factor de protección en relación a conductas problemáticas como el uso de drogas, o incluso para la evitación de malestar psicológico y psicopatología (Britton, 2004; Anderson, Ramo y Brown, 2006; Norris, Baker, Murphy & Kaniasty, 2005; Zanini et., 2003).

Por otro lado, los estudios sobre el tema se dividen entre aquellos que estudian poblaciones normales (Britton, 2004; Kardum y Karpic, 2001; Kilpatrick et al.,

2000) y aquellos que estudian muestras clínicas (Anderson et al., 2006; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006;), y los resultados parecen no ser muy distintos, algunos suponen una mayor exposición o vivencia de sucesos de vida estresantes y estrategias de afrontamiento disfuncionales en jóvenes con consumo de sustancias, sin embargo en muestras normativas esto también está presente.

Estudios con muestras normativas como el realizado por Kilpatrick et al. (2000) con más de tres mil jóvenes encontraron que aquellos que experimentaron mayor estrés como resultado de observar o vivir violencia tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos por uso de marihuana u otras drogas en comparación con jóvenes no expuestos a situaciones estresantes; concluyendo que vivir situaciones que son experimentadas como estresantes pueden precipitar en los jóvenes respuestas de afrontamiento disfuncionales como el uso de sustancias, siendo este riesgo tres veces mayor en los adolescentes expuestos en comparación con los no expuestos.

Dichos hallazgos son confirmados por Kardum y Krapic (2001) quienes al estudiar una muestra de 265 adolescentes tempranos encontraron una relación positiva y significativa entre la intensidad y la frecuencia de los sucesos estresantes de vida y el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo. Asimismo encontraron que aquellos jóvenes con características de personalidad tales como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la dificultad para socializar y la agresividad, presentaron estilos de afrontamiento de tipo evitativo. Mientras que aquellos jóvenes caracterizados por el entusiasmo, la extroversión y la energía mostraron una mayor tendencia a interactuar con otros y socializar, presentando estilos de afrontamiento funcionales como el centrado en el problema y la emoción.

Britton (2004) al estudiar a estudiantes de 18 años o mayores sin problemas asociados al consumo de alcohol, encontró que las estrategias que componen la categoría de afrontamiento evitativo se relacionan con las consecuencias asociadas al alcohol (p.e el uso del humor, el abandono de actividades, y el uso de

sustancias para enfrentar situaciones de estrés); asimismo encontró que aquellos jóvenes que no expresan sus emociones o que tienen dificultades para hacerlo pueden necesitar de fuentes externas de regulación como el alcohol.

Por otra parte, los estudios realizados con muestras clínicas o con jóvenes con una historia de consumo de drogas parecen reportar resultados similares o incluso contradictorios, en torno a la vivencia de sucesos de vida estresantes y al uso de estrategias no productivas de afrontamiento. Por ejemplo, en un estudio hecho con estudiantes españoles consumidores de alcohol y marihuana se encontró un menor uso de estrategias de afrontamiento productivo (p. e *resolver problemas, esforzarse, fijarse en lo positivo o buscar ayuda profesional*); y con mayor frecuencia un estilo de afrontamiento no productivo (p.e *el no afrontamiento, la reducción de la tensión, el ignorar el problema o mostrarse reservado*) (Gómez et al., 2006). Situación que es similar a lo encontrado en muestras de jóvenes normativas en las que se ha encontrado que los jóvenes utilizan con frecuencia estrategias de afrontamiento no productivo o disfuncional (Frydenberg y Lewis, 2000).

En cuanto a la presencia de sucesos de vida estresantes, estudios hechos en México con jóvenes abusadores y dependientes (entre 10 y 18 años) afirman que la exposición a sucesos de vida estresantes y la intensidad percibida del estrés es mayor conforme el uso de sustancias es más alto, asimismo el uso de estrategias de afrontamiento funcionales dirigidas a la resolución de problemas disminuye en función de la gravedad del uso de drogas (Arellanez et al., 2004).

Existen investigaciones que no sustentan dicha relación, y afirman que el estilo de afrontamiento no se relaciona con el abuso de drogas; en cambio resaltan la relación entre los trastornos del estado del ánimo y ansiedad y los estilos de afrontamiento en jóvenes (Franken, Hendriks, Haffmans y van der Meer, 2003). Incluso existen estudios con adolescentes entre 15 y 16 años que afirman que los sucesos positivos diarios se asocian con niveles mayores de uso de alcohol, problemas asociados y actividad delictivas (Windle y Windle, 1996).

En un estudio realizado para determinar la influencia de los sucesos de vida negativos post tratamiento y el afrontamiento en una muestra de 80 adolescentes bajo tratamiento por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica; se encontró que la única relación significativa fue el sexo y la vivencia de sucesos de vida estresantes, especialmente en mujeres (Anderson et al., 2006). Dichos autores no encontraron una relación significativa entre los sucesos de vida estresantes post tratamiento y el consumo de drogas en dicha muestra.

Finalmente algunos metanálisis también confirman que existe una relación entre la ocurrencia de sucesos de vida estresantes y el uso de alcohol en poblaciones generales, aunque señalan que dicha relación es ambigua (Veenestra et al., 2006).

El Afrontamiento como factor de protección

Las estrategias de afrontamiento funcionales son descritas en la literatura en términos de factores de protección ante el consumo de sustancias y otros conductas problema, que al ser fortalecidas pueden decrementar el uso de sustancias y privilegiar otras formas más adaptativas de hacer frente a los problemas. Por ejemplo, Britton (2004) encontró que aquellos jóvenes que utilizaron el uso de sustancias para hacer frente a sus emociones bebieron más frecuentemente que aquellos que emplearon otras estrategias como puede ser la expresión de los sentimientos o incluso la religiosidad.

Asimismo dicha tesis es compartida por estudios realizados con estudiantes catalanes entre 12 y 16 años; que concluyen que el uso de estrategias de aproximación a los problemas actúan como un mecanismo de protección frente al desarrollo de conductas psicopatológicas, mientras que la evitación se asocia con un mayor malestar psicológico (Zanini et al., 2003).

Para Kaniasty (2005) el apoyo social recibido y percibido funcionan como recursos protectores que promueven la salud mental en individuos expuestos a estrés o a trauma; siendo un antecedente del bienestar en poblaciones vulnerables.

A la luz de estos hallazgos los autores afirman que el desarrollo de programas preventivos basados en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas pueden ser un buen método preventivo para posibles trastornos psicológicos en poblaciones vulnerables como los jóvenes (Dawson, Grant y Ruan, 2005; Luo y Wang, 2009).

4. Intervenciones basadas en el afrontamiento para jóvenes con consumo de sustancias expuestos a sucesos de vida estresantes

Este capítulo tendrá por objetivo hacer una revisión de los distintos programas de intervención que se reportan en la literatura dirigidos a jóvenes que consumen sustancias y que contemplan el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Dado que el objetivo del presente proyecto se enfoca en el desarrollo de un programa de intervención con un enfoque psicosocial, basado en estrategias de afrontamiento para estudiantes consumidores de sustancias: legales o ilegales expuestos a sucesos de vida estresantes, el primer apartado describirá aquellos programas que contemplen las variables de interés; mientras que en el segundo apartado se incluirán aquellos programas que contemplan el afrontamiento pero

en poblaciones distintas a la que aquí se propone y no necesariamente enfocados al consumo de sustancias.

Intervenciones cognitivo-conductuales basadas en el afrontamiento: estudiantes y consumo de sustancias

El enfoque teórico para el estudio del afrontamiento que más atención ha recibido en la literatura y en la cual se basan la mayoría de los programas de intervención que contemplan el afrontamiento hoy en día, es el Modelo Transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984). Dicho modelo plantea, entre otros muchos aspectos, que el afrontamiento es un constructo determinado por las situaciones, y que por lo tanto es demasiado variable para considerarse como un estilo, enfatizando que éste puede cambiar en función del tiempo, la persona y de la relación que ésta tenga con el ambiente.

En la práctica se retoman algunas técnicas de corte cognitivo y conductual, las cuales se centran en el individuo y su evaluación del ambiente como eje principal para manejar las exigencias cotidianas, promoviendo el aprendizaje o entrenamiento en habilidades de afrontamiento *centradas en el problema o en la emoción* (Lazarus y Folkman, 1984).

Un ejemplo es el programa “*The Early Secondary Intervention Program (ESIP)*” desarrollado por Bry (1982), dirigido a jóvenes que presentan conductas problema y uso de alcohol y otras drogas. Éste es un programa multicomponente de terapia grupal, con un corte cognitivo conductual diseñado para ser implementado en escenario escolar. Incluye tres componentes principales: *conferencias con los maestros, terapia cognitivo conductual grupal y trabajo con padres*. El programa no trata directamente los problemas ocasionados por el uso de sustancias, sino que incide en los factores de riesgo, y promueve alternativas conductuales positivas incompatibles con las conductas problema y la mejora de habilidades de solución de problemas. Los efectos de la intervención en la escuela, el uso de drogas y en las conductas criminales duraron por lo menos un año.

En México existe El *Programa de Intervención Breve para Adolescentes* (Martínez, 2003) de corte cognitivo conductual dirigido a jóvenes estudiantes entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna droga, legal o ilegal, que no son dependientes y que presentan algún problema relacionado con su consumo. Dicho programa busca establecer un cambio en el patrón de consumo mediante el establecimiento de metas, identificación de situaciones de riesgo y desarrollo de estrategias alternativas para enfrentarse a dichas situaciones. Ha sido probado en jóvenes demostrando cambios en el patrón de consumo y mejoras en el nivel de autoeficacia de los participantes (Martínez 2003; Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos y Ayala, 2004).

Por otra parte existen programas que se encuentran en una fase de capacitación del personal educativo como el "*Alabama Substance Prevention Training Program for Educational Personnel*" (Kohler, 1996), que entre sus principales objetivos se encuentra la capacitación a profesionales de la educación (p.e consejeros escolares, enfermeras y psicólogos educativos) para aumentar el número de especialistas en abuso de sustancias en escuelas.

Una población que también ha sido entrenada en habilidades de afrontamiento son los niños en edad escolar, como una forma de mejorar y fortalecer la manera de enfrentar los estresores de la vida diaria, en ámbitos como la escuela, la relación con los padres y los hermanos, y los pares. Dichos programas no inciden en el consumo de drogas, pero pretenden forjar factores de protección a edades tempranas para evitar la aparición de conductas problemáticas en etapas subsecuentes. Algunos ejemplos son: *The Coping Power* (Lochman y Wells, 1996; Lochman, Boxmeyer, Powell, Wojnaroski y Yaros, 2007); *Thinking, Feeling, Behaving: An Emotional Educations Curriculum for Children 1-6* (Vernon, 1983); *I can Do* (Dubow, Schmidt, McBride, Edwards y Merk, 1993); *The Interpersonal Cognitive Problem-Solving Curriculum* (ICPS; Spivack et al., 1976 en Pincus y Friedman, 2004; Shure y Spivack, 1982); *The Rochester Child Resilience Project* (Cowen, Wyman, Work e Iker, 1995; Pincus y Friedman, 2004).

Intervenciones basadas en el afrontamiento con un enfoque social y de contexto para estudiantes

A diferencia de los programas antes mencionados, las siguientes intervenciones terapéuticas hacen un abordaje desde una perspectiva social y contextual y, aunque no abordan el tema del consumo de sustancias, rescatan la importancia del afrontamiento social y el apoyo en las redes sociales como recursos esenciales para el afrontamiento funcional de diversas problemáticas (Hobfoll, 1998), como la prevención de problemas de salud mental.

En Australia existe una línea de investigación sólida en relación a programas de prevención y salud mental, llevados a cabo exitosamente en secundarias y bachilleratos que abordan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento funcionales como un factor de protección y promotor de la salud mental como: *The Best of Coping* (BOC) (Frydenberg y Brandon, 2007 citado en Frydenberg et al., 2008) el cual ha sido usado como una intervención temprana y como intervención para grupos en riesgo (Bugalski y Frydenberg, 2000) y ha probado su eficacia. El BOC es un programa de habilidades para adolescentes que retoma algunas técnicas cognitivo conductuales, pero se fundamenta en la idea de que los individuos con pocos recursos utilizan de manera frecuente estrategias de afrontamiento no productivas y están en riesgo de una futura pérdida de recursos; planteamiento que surge de la Teoría de la Conservación de Recursos (COR; Hobfoll, 1998).

Dicho programa está constituido por 10 módulos y puede ser impartido en pequeños grupos o de manera individual. El programa BOC usa instrucción directa para enseñar habilidades de afrontamiento y provee de numerosas oportunidades para que los adolescentes practiquen habilidades precisas a través de actividades escritas, rol playing y discusión. Primero introduce a los adolescentes al lenguaje del afrontamiento, los ayuda a identificar su propio perfil, y luego los incita a reducir el uso de estrategias de afrontamiento no productivas a favor de otras más productivas. Otras temáticas que son abordadas incluyen el pensamiento

optimista, habilidades de comunicación efectivas, pasos para la resolución efectiva de problemas, toma de decisiones, establecimiento de metas y manejo del tiempo. El programa también incluye una sesión para la práctica de aquellas habilidades de afrontamiento aprendidas durante las sesiones previas. Una de las ventajas de este programa es que posee evidencia empírica de su efectividad. Frydenberg et al. (2008) sintetizan dos estudios en los que se probó la efectividad del BOC en dos muestras de adolescentes australianos, en el primer estudio dos cohortes de niños rurales fueron instruidos en el programa BOC (n=117). La muestra estuvo compuesta por 53 varones y 62 niñas; 97.5% eran anglo-australianos. Los estudiantes identificados como pobres en recursos fueron de especial interés para este estudio en términos de su respuesta al programa.

Los estudiantes fueron categorizados en función a la posesión de recursos, se identificaron cuatro grupos: Grupo 1 (pobre en recursos), y Grupo 4 (alto en recursos), Grupo 2 (en promedio bajo) y Grupo 3 (en promedio alto). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos con recursos pobres y altos en cuanto a ganancias en el afrontamiento de consultar a otros, donde el grupo con recursos pobres tuvo un aumento significativo en el uso de ayuda profesional.

Asimismo Frydenberg et al. (2008) citan otro estudio también utilizando el BOC pero en una versión computarizada (*Coping for Success*; Panizza y Frydenberg, 2006) con una muestra de 206 estudiantes identificados con “recursos pobres” de una escuela en la zona metropolitana de Melbourne, Australia. En el estudio participaron 32 estudiantes pobres en recursos, en su totalidad mujeres (75%) entre 15 y 18 años, con una media de edad de 16.8 años. Después de la recolección de información y previo a la intervención, los estudiantes fueron asignados al grupo experimental (n=16) y al grupo control en lista de espera (n=16). Los resultados indicaron que la versión computarizada del BOC ayudó a la reducción del uso de estrategias de afrontamiento no productivas y aumentó las estrategias productivas centradas en el problema en un ambiente escolar estructurado y congruente con las metas.

Siguiendo con los estudios que han comprobado la utilidad del programa BOC, pero con la diferencia de que Eacott y Frydenberg (2008) utilizaron dicha estrategia en una población de adolescentes australianos rurales en riesgo e intervinieron grupos enteros. El programa se implementó a todos los estudiantes de noveno grado para examinar los beneficios sobre el riesgo de depresión. Participaron dos cohortes de estudiantes de 9no grado (N=159) durante 2006-07. Se encontraron efectos favorables en cuanto a que el programa ayudó a que los estudiantes en riesgo redujeran el uso de estrategias no productivas de afrontamiento y a la vez reducir el riesgo de problemas de salud mental.

Los mayores beneficios del programa fueron para aquellos estudiantes encontrado en riesgo alto de depresión, quienes decrementaron en mayor medida el uso de afrontamiento no productivo posterior al programa. En cuanto a las ganancias del grupo de riesgo se encontró que, en comparación con el grupo de bajo riesgo, éstos reportaron una reducción significativa de la tensión reducción y un aumento significativo de pertenencia, así como un decremento de los síntomas de depresión.

Recientemente el programa BOC se ha usado exitosamente en Italia con resultados favorables en el desarrollo de habilidades de solución de problemas. En Canadá se utilizó de manera exitosa con jóvenes con riesgo de suicidio y ahora se ha traducido al francés. Por lo tanto hay evidencia de que el programa puede ser traducido y adaptado a otros escenarios culturales (Frydenberg et al., 2008).

Otros programas como el Proyecto *Gatehouse* (Bond et al., 2004) y el Programa *MindMatters* (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling y Carson, 2000) también han sido desarrollados por investigadores australianos, reportando resultados favorables en contextos escolares.

El programa *Gatehouse* (Bond et al., 2004) se dirige a modificar la percepción que tienen los estudiantes de secundaria y preparatoria sobre su vínculo con la escuela para promover el desarrollo emocional y social de la gente joven. Las

estrategias que se utilizan son multinivel e incluye material basado en la programación escolar para todos los participantes (enfoque universal). Los componentes principales del programa son: 1) el desarrollo de instrumentos comprensivos para la medición del ambiente social de la escuela, 2) la creación de un equipo de salud para los estudiantes dentro de la escuela, 3) el desarrollo de módulos que se integran al programa escolar de salud y 4) actividad física de las escuelas para alcanzar mejores resultados.

Por otra parte, *MindMatter* (Wyn et al., 2000) es una intervención de promoción de la salud dirigida a promover la salud mental y el bienestar en todos los jóvenes de escuela secundaria a través de la promoción de factores de protección, tales como el involucramiento en actividades escolares y comunitarias así como el desarrollo de relaciones interpersonales de apoyo. También es un programa universal que enfatiza el rol del maestro como un agente importante en el tratamiento de cuestiones relacionadas con la salud mental. Posee una versión Plus la cual se dio a conocer en el 2002 y se centra en estudiantes con problemas de salud mental severos. Busca identificar a aquellos estudiantes que requieren de apoyo, promover la enseñanza y el aprendizaje de estrategia, así como mejorar las estrategias de canalización. Es un programa dirigido a asistir al equipo de maestros y profesionales de las escuelas secundarias y preparatorias para identificar a los estudiantes con necesidades de atención. Los resultados demostraron que estos programas son útiles para asistir a los estudiantes con necesidades urgentes en materia de salud mental (Eacott y Frydenberg, 2008). Muchas escuelas también han reportado un aumento en el número de estudiantes que acceden a servicios de asistencia.

El programa "*Reconnecting Youth*" (Eggert, Seyl, y Nicholas, 1990; Eggert, Thompson, Herting y Randell, 2001) es otro ejemplo de aquellos programas que se basan en un modelo de redes de apoyo y está dirigido a adolescentes en riesgo de abuso de sustancias, así como de abandonar la escuela y presentar otras conductas problema (p.e agresión, depresión y conductas suicidas). Su objetivo es decrementar dichas conductas mediante el fortalecimiento de las redes de apoyo

escolares, así como el establecimiento de compromisos con las metas del programa relacionados con la disminución del consumo de drogas, logros escolares y manejo de las emociones; así como con el aprendizaje de habilidades para el control de estados emocionales y práctica de habilidades de afrontamiento dirigidas a las tres conductas de riesgo antes mencionadas. Este programa ha demostrado ser eficaz en cuanto a la prevención del abuso de sustancias, el abandono escolar y el riesgo suicida (Thompson, Horn, Herting y Eggert, 1997; Thompson, Eggert y Herting, 2000).

La principal aportación de los programas antes mencionados en comparación con aquellos de corte cognitivo conductual que hacen un trabajo individualizado, es que los primeros se implementan en grupo y en un escenario escolar, y por lo tanto dentro de la comunidad, lo cual permite que los jóvenes aprendan de otros en el grupo, y que compartan con otros historias a la vez que desarrollan un sentimiento de solidaridad y comprensión en relación a los obstáculos que enfrentaron en el pasado y cómo lidiar con sus problemas. Además de que sustentan el rol de las relaciones sociales y las redes como un recurso indispensable para promover el bienestar de los jóvenes.

Otro hallazgo que deriva de la implementación de estrategias con corte social y de contexto es que la enseñanza de habilidades de afrontamiento no sólo promueve el desarrollo de una reserva de recursos sociales si no que provee de un entrenamiento en habilidades interpersonales, comunicación y solución de problemas que fortalece a los jóvenes en momentos de pérdida de recursos o amenaza como resultado del estrés o de la vivencia de experiencias estresantes.

Asimismo se reconoce que aquellos jóvenes con mayores necesidades pueden beneficiarse de intervenciones inclusivas implementadas en grupos completos, demostrando que el estigma puede ser evitado. Estos programas son una oportunidad para involucrar a todos los estudiantes en programas para desarrollo de competencias socio-emocionales a la vez que los estudiantes en riesgo ganan anonimato, a la vez aprenden de aquellos jóvenes que presentan una respuestas de afrontamiento adaptativas (Eacott y Frydenberg, 2008; Frydenberg, 2008).

Programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento para otras poblaciones

Como se mencionó anteriormente, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ha sido un componente efectivo en cuanto a la prevención de conductas problema en jóvenes estudiantes que presentan abuso de sustancias, abandono escolar, criminalidad, depresión entre otros. Dicho entrenamiento no es exclusivo de poblaciones jóvenes en escenarios escolares, por el contrario son diversas las poblaciones en las que se ha implementado de manera exitosa como: familiares de consumidores de drogas, consumidores con problemáticas más severas y niños escolares. Es importante mencionar que la mayoría de los programas que se citan a continuación también se basan en el enfoque cognitivo conductual, así como en sus principales técnicas y algunos retoman los fundamentos teóricos sobre el afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984).

Sánchez-Craig y Walker (1982) investigaron la viabilidad de un programa que enseña habilidades de afrontamiento en 104 hombres y 56 mujeres con una media de edad de 44 años, residentes de una casa para alcohólicos. En una primera fase, el programa fue creado para enseñar establecimiento de metas, solución de problemas interpersonales y control de la conducta de consumo. En la siguiente fase experimental, las estrategias de solución de problemas fueron comparadas con la sensibilización encubierta y con un grupo control de discusión. En total participaron 160 adultos consumidores de alcohol, quienes presentaron consumo excesivo de alcohol. En cuanto a los resultados se encontró que, mientras la mayoría de los sujetos pudieron recordar las estrategias durante el programa, al mes de terminar el programa el recuerdo de las mismas decreció. No se encontraron diferencias en ninguno de las tres condiciones experimentales en relación a las variables de interés a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

Es interesante que el uso de la tecnología ha sido empleado por los profesionales de la salud para desarrollar métodos más prácticos que apliquen técnicas de

solución de problemas; tal es el caso del estudio realizado por Yates (1996), quien desarrolló un programa computarizado asistido de prevención de recaída para guiar a adultos diagnosticados como bebedores problema a un procedimiento de solución de problemas y proveer de acceso a una base de datos de estrategias de afrontamiento. El programa fue probado con once internos de un hospital elegidos al azar y comparado con sesiones convencionales de solución de problemas sin apoyo de una computadora. El feedback recolectado inmediatamente después de las sesiones y la inspección de los planes de acción indicaron que la solución de problemas computarizada y el apoyo del terapeuta fue preferido por los pacientes, por tener una probabilidad mayor de estimular las ideas de afrontamiento en comparación con sesiones tradicionales de solución de problemas llevadas por un terapeuta. Una limitación de dicho estudio es que si bien se comprueba la efectividad del programa computarizado de afrontamiento en una muestra de bebedores problema, el autor no especifica las características sociodemográficas de los participantes lo cual impide que los resultados se generalicen a otras poblaciones o por lo menos acotar la efectividad de los resultados encontrados.

Como se mencionó, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento también se ha aplicado a los familiares de los consumidores de drogas dado que según la literatura es la familia quien experimenta una gran carga al convivir con usuarios de drogas, un ejemplo es el modelo de intervención breve basado en la aproximación estrés-enfrentamiento-salud desarrollado por Natera, Tiburcio y Mora (2004) dirigido a propiciar que los familiares del consumidor identifiquen y reflexionen sobre las formas en que le han hecho frente al consumo de su familiar para que logren aprender formas de afrontamiento más efectivas para reducir la tensión. Dicha intervención consta de cinco pasos: 1) escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia; 2) proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos; 3) identificar mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas; 4) explorar el apoyo recibido y 5) canalización hacia fuentes de ayuda especializadas. Tiburcio y Natera (2003) evaluaron la efectividad del modelo de intervención en 28 familiares de usuarios de alcohol y otras drogas. Los

resultados mostraron que el uso de formas de enfrentamiento menos saludables como la tolerancia y el involucramiento se redujeron, asimismo hubo un aumento de otras formas de enfrentamiento más saludables como la retirada y disminución de síntomas físicos y psicológicos. Las diferencias entre el pretest y el postest fueron significativas.

Para más detalles sobre los diversos programas presentados en este apartado se sugiere consultar el **Apéndice A “Intervenciones”** que se presentan al final de la tesis.

La revisión de la literatura descrita en capítulos anteriores permite afirmar que existe una relación entre los sucesos de vida estresantes, el consumo de sustancias y el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales en los jóvenes. Por lo tanto, es necesario identificar aquellas estrategias de afrontamiento que funcionan como factores protectores para el consumo de sustancias para ser incluidas en una intervención grupal dirigida a jóvenes expuestos a sucesos de vida estresantes que consumen sustancias y que aún asisten a la escuela.

Finalmente, el objetivo principal de este trabajo será llevar a cabo el piloteo de una intervención grupal basada en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento funcional, dirigida a jóvenes estudiantes de educación media superior expuestos a sucesos de vida estresantes que consumen sustancias. Ésta tendrá como objetivo principal decrementar el consumo de sustancias mediante el entrenamiento en estrategias de afrontamiento funcionales que sirvan como factores de protección ante dicha problemática y que a su vez provean al joven de alternativas para enfrentar el estrés.

Para lograr dicho objetivo, se propone un método que consta de dos estudios:

Estudio 1

- Subfase 1 Validez y confiabilidad del ASSIST
- Subfase 2 identificación de estrategias de afrontamiento que funcionan como factores de protección ante el consumo de sustancias.

Estudio 2

- Implementación de la intervención psicosocial y grupal para adolescentes basada en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento funcionales dirigida a estudiantes consumidores expuestos a sucesos estresantes.

Se presentan los resultados del Estudio 1 y 2 así como la discusión de los hallazgos.

Método

Estudio 1. Antecedentes para la implementación de la intervención

Subfase 1: Obtener la validez concurrente y la confiabilidad test-retest del instrumento de tamizaje: "The Alcohol, Smoking and Substance Involvement

Screening Test” [ASSIST V3.0] (Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Poznyak y Monteiro, 2003).

Planteamiento del problema

En México como en el resto del mundo el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en poblaciones jóvenes es un fenómeno que va en aumento (Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [ONNUD], 2008; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía [OEDT], 2008; Medina Mora et al., 2009). Particularmente en México, las encuestas llevadas a cabo en población estudiantil reportan un incremento en el consumo (Villatoro et al., 2005; Villatoro et al., 2007). Esta situación destaca la importancia de contar con instrumentos de tamizaje que sean válidos, confiables, económicos y culturalmente relevantes, y que además posean un alto nivel de sensibilidad, permitiendo la detección oportuna de casos en escenarios escolares en relación a la presencia de problemas asociados con el consumo de sustancias para que éstos puedan ser referidos a programas de intervención.

De acuerdo con el grupo de trabajo WHO ASSIST Working Group (2002) la investigación del abuso de drogas en general cuenta con dos métodos de medición: 1) los autoreportes para identificar trastornos relacionados con el alcohol y otras drogas (p.e; AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, Grant, 1993; Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström; Heartherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991; DAST-10; Bedregal, Sobell, Sobell y Simco, 2006); y 2) los test bioquímicos (p.e muestras de orina; muestras de cabello). Los test de autoreporte han sido los más utilizados en el área, sin embargo debe reconocerse que pese a su utilidad poseen algunas limitaciones. Primero, la mayoría de éstos han sido desarrollados y validados en los Estados Unidos, con poca evidencia de que sean sensibles a otras culturas. Segundo, la mayoría no han sido validados extensamente y otros no han sido evaluados de manera favorable. Por otro lado, test más sutiles no son lo suficientemente sensibles para detectar casos activos, aunque pueden identificar algunos factores de riesgo. Y por último el uso de test

bioquímicos tiene sus limitaciones como el costo, invasión y la falta de sensibilidad para detectar otros problemas (Babor, 2002).

En cuanto al desarrollo de instrumentos de autoreporte, se han llevado a cabo numerosos esfuerzos para detectar el uso o abuso de sustancias en adolescentes en escenarios clínicos y no clínicos. En el ámbito internacional, se reportan como los más utilizados: El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Saunders et al., 1993), The Drug Abuse Screening Test para Adolescentes (DAST-A, Martino, Grilo y Fehon, 2000), The Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS; Mayer y Fielstead, 1989), The Adolescent Drinking Index (ADI, Harrell y Wirtz, 1990), Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI, White y Labouvie, 1989), The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT; Rahdert, 1991), The POSIT-Short Form, (Danseco y Marques, 2002) y The Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ, Winters, 1992). La mayoría fueron desarrollados para detectar problemas con el alcohol o los problemas asociados al consumo de sustancias en diferentes áreas del desarrollo adolescente; y han sido reconocidos en metanálisis como medidas válidas y confiables, al menos en poblaciones norteamericanas (Shields et al., 2008).

Por otra parte, existen algunos instrumentos que combinan en el mismo formato preguntas sobre alcohol y drogas, como es el caso del CRAFT (Knight et al., 1999), este instrumento de seis reactivos, desarrollado para el tamizaje del abuso de sustancias en jóvenes hospitalizados, ha resultado válido para identificar adolescentes entre 14 y 18 años de edad que presentaron problemas asociados al consumo de sustancias en internamiento (Knight et al., 2002).

En esta misma línea se encuentra el CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener; Ewing, 1984) conformado por cuatro reactivos y ha sido usado ampliamente en el campo. Se realizó una adaptación del mismo para sondear consumo de drogas llamado CAGE-AID (Brown y Rounds, 1995), sin embargo los estudios realizados con adolescentes no demostraron que la medida poseyera sensibilidad y confiabilidad adecuadas (Knight, Goodman, Pulerwitz y DuRant,

2000). Además de mantener las preguntas originales, las cuales sólo fueron ampliadas para sondear el consumo de otras drogas, p.e *¿Alguna vez has sentido que debes disminuir o detener tu consumo de alcohol o drogas?*.

Si bien sondear en la pregunta misma el consumo de alcohol o drogas puede ahorrar tiempo y facilitar la aplicación del cuestionario con los adolescentes, se considera que también podría ser una debilidad del método dado que dificulta saber a qué sustancia se está haciendo referencia, situación que complica la obtención precisa para la canalización de los jóvenes a una intervención o tratamiento especializado.

En México, los instrumentos de detección más empleados en poblaciones adolescentes y que han demostrado ser válidos y confiables para población clínica y no clínica son: AUDIT, DAST-A, y POSIT (Mariño, González-Forteza, y Andrade, 1998). Estudios con estudiantes encontraron que el AUDIT y el DAST-10 (Bedregal et al., 2006) fueron sensibles en la identificación del riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias al diferenciar niveles de riesgo entre hombres y mujeres estudiantes (Gómez-Maqueo, Gómez, Rodríguez y Pérez, 2009).

Por otro lado, también se han empleado secciones de pruebas diagnósticas más completas que miden una amplia gama de trastornos mentales, tal es el caso del estudio realizado por Arellanez et al. (2004), en el que se empleó la serie de 19 reactivos basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para identificar jóvenes abusadores o dependientes a las sustancias. Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina Mora (2007) para evaluar específicamente el uso de alcohol y tabaco, así como el uso de drogas ilegales, emplearon algunos reactivos de la versión computarizada del World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI), en versión computarizada y aplicada cara a cara con el entrevistado.

La revisión anterior demuestra que la elección del instrumento de tamizaje para trabajar con adolescentes que consumen sustancias es la clave para una

detección precisa y una canalización oportuna. El trabajo con jóvenes exige la optimización del tiempo de aplicación, por eso contar con cuestionarios breves que recopilen la mayor cantidad de información y que proporcionen información detallada sobre la situación del joven en relación al consumo de sustancias, es de vital importancia. En particular cuando se trabaja en escuelas, donde los tiempos asignados a actividades extracurriculares son cortos.

En México, además de la elección del instrumento de detección más adecuado, existen otros retos inherentes al trabajo con poblaciones jóvenes como son la desconfianza ante la aplicación de estos instrumentos por el miedo a las repercusiones en su situación escolar; así como la dificultad para motivar a los casos para que asistan a una intervención adecuada.

El grupo de trabajo WHO ASSIST Working Group (2002) en un intento por responder a las necesidades mencionadas, desarrolló *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST, Henry-Edwards et al., 2003) o *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (por sus siglas en español); un instrumento de detección confiable, válido, exhaustivo y flexible, que sondea en un formato el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Fue diseñado originalmente para ser aplicado por un profesional de la salud usando papel y lápiz con una duración de 5 a 10 minutos, sin embargo se contempló cierta flexibilidad en su aplicación al reconocer que para algunas poblaciones como son los estudiantes, revelar directamente su consumo de sustancias puede ser amenazante o incluso incómodo, en ese caso el ASSIST puede emplearse en formato de autoreporte, pero sin desconocer la necesidad de profundizar en la investigación para su aplicación en dicho formato (Henry-Edwards et al., 2003).

Historia y estudios previos

En cuanto a la historia del instrumento se tiene que, el uso del ASSIST (versión 1.0) comenzó en 1998, año en que se llevó a cabo el procedimiento para obtener su confiabilidad, el cual estaba conformado por 12 ítems. Se empleó el

procedimiento de test-retest y participaron ocho países, que se encargaron de conformar una muestra de 236 personas, reclutadas de centros especializados de tratamiento para el alcohol y las drogas, así como de clínicas de atención primaria a la salud. Se obtuvieron valores kappa en un rango de 0.40 a 0.78, calculados por pregunta y por categoría de la droga. Se revisa la versión 1.0 y surge la versión 2.0 (Henry-Edwards et al., 2003).

El ASSIST (versión 2.0) se conformó por ocho items; en el año 2000 y 2002 se llevó a cabo un estudio internacional para obtener su validez. En este estudio participaron siete países; y los sujetos también fueron reclutados de centros especializados de tratamiento y de clínicas de atención primaria. Participaron 1,047 sujetos, y el estudio involucró análisis cuantitativos para obtener la validez concurrente, de constructo, predictiva y discriminante del instrumento (Henry-Edwards et al., 2003; Humeniuk et al., 2008).

Para el año 2008 el ASSIST contaba con una tercera versión (ASSIST V3.0) con datos empíricos que demostraban que el instrumento era un test de detección válido para identificar uso de sustancias psicoactivas en individuos y que pueden ser ubicados varios niveles de riesgo o grados (Humeniuk et al., 2008).

Estructura del instrumento y forma de calificación

El ASSIST V3.0 es un cuestionario breve de tamizaje en formato de entrevista o autoreporte que permite identificar a aquellas personas (p.e adolescentes, personas preocupadas por su uso de sustancias) que presentan uso o abuso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactiva, o incluso dependencia. Está conformado por 8 preguntas que proporcionan información sobre: a) el uso de sustancias alguna vez en la vida, b) el uso de sustancias en los últimos tres meses, c) problemas relacionados con el uso de sustancias, d) riesgo por el uso o un daño futuro, e) dependencia y f) uso de drogas inyectadas. Uno de sus principales usos es que puede incorporarse como parte de las intervenciones

breves para ayudar a usuarios de alto riesgo a disminuir o detener su uso de sustancias.

Consta de ocho preguntas que hacen referencia a distintos períodos de tiempo y sondean indicadores distintos en relación a los niveles de riesgo en cuanto al consumo de sustancias divididas en nueve grupos.

El ASSIST determina una puntuación de riesgo por cada sustancia o puntaje de involucramiento específico por droga, donde la puntuación obtenida se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto” que a su vez determina la intervención más adecuada para la persona con ese nivel de uso (“información”, “intervención breve” y “tratamiento más intensivo por un especialista”). Asimismo ofrece un puntaje de involucramiento global para todas las sustancias.

Finalmente como resultado de los estudios antes mencionados, quedó demostrado que el ASSIST V3.0 es una prueba de detección internacionalmente válida y confiable; en dichos estudios participaron diversos países (p.e, Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, Reino Unido, Zimbabwe, los Territorios Palestinos y Puerto Rico como territorio de los Estados Unidos) pero no fue llevado a cabo en países de habla hispana, por lo que el objetivo de éste estudio fue obtener la validez concurrente y la confiabilidad test-retest del ASSIST V3.0 (Henry-Edwards et al., 2003) en una muestra de jóvenes estudiantes mexicanos, para continuar utilizando medidas reconocidas internacionalmente, que en un futuro facilite la realización de estudios comparativos entre países y la colaboración en la optimización de los esfuerzos al adaptar a otras poblaciones un instrumento previamente validado.

Este trabajo reporta dos estudios psicométricos que describen por separado el procedimiento para obtener la validez y la confiabilidad del ASSIST V3.0 (Henry-Edwards et al., 2003).

Primer estudio

Objetivo

Obtener la validez concurrente del ASSIST V3.0 (Henry-Edwards et al., 2003) con el AUDIT (Saunders et al., 1993), el Fageström (Heartherton et al., 1991) y el DAST-10 (Bedregal et al., 2006) en una muestra de adolescentes estudiantes mexicanos.

Muestra y Muestreo

Se empleó un muestreo de tipo no probabilístico e intencional. Se trabajó con un subgrupo de 235 jóvenes de un plantel educativo público de nivel medio superior; que fue obtenido de un estudio más amplio sobre consumo de sustancias y riesgo suicida en adolescentes ($n=913$), encuestados en el 2008 y seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple estratificado (Lucio, Arenas, Linage y Pérez, en prensa).

Participaron 235 estudiantes de bachillerato. La muestra final estuvo conformada por 186 casos válidos; 49 casos fueron eliminados debido a inconsistencias en las respuestas. En cuanto a los datos sociodemográficos, los jóvenes contaban en promedio con 16.85 años de edad ($D.E=1.38$), más de la mitad eran varones solteros, que cursaban el cuarto semestre de bachillerato en el turno vespertino con un promedio de calificaciones de 7.9 ($D.E=.82$)(Tabla 3). En su mayoría provenientes de familias nucleares.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes

| Características | % | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| | M | F | | |
| Sexo | 57.5 | 42.5 | | |
| Turno | Matutino 43.6 | Vespertino 56.4 | | |
| Tipo de Familia | Nucleares 55.2 | Uniparentales 15.1 | Fam.extensa 17.7 | Otras 12 |
| Tipo de Escuela | Públicas 77.9 | Privadas 21.5 | | |
| Semestre | 2do 35.7 | 4to 42.7 | 6to 21.1 | |
| Total (N) | 186 | | | |

Nota: M=masculino, F=femenino; Mat=matutino, Vesp= vespertino

Instrumentos

En cuanto a las propiedades psicométricas de los tres instrumentos empleados, el *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol* (AUDIT, Saunders et al., 1993) consta de 10 reactivos cuyos puntajes van de 0 a 40, considerándose un punto de corte de 8 para hombres y 7 para mujeres. Posee 4 dominios conceptuales, a cada uno le corresponden entre tres y cuatro ítems: *consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol*. Sugiere la pertinencia del nivel de tratamiento ubicando cuatro zonas que van desde “Información sobre alcohol” a “Tratamiento especializado”. Su consistencia interna se ha estimado en rangos que van de .75 a .94 (valores alpha) en diferentes poblaciones para detectar niveles de riesgo se ha sugerido un punto de corte de 8 (Carey, Carey, Prabha y Chandra, 2003), además de poseer validez convergente, y validez test retest.

Se empleó este instrumento en lugar de otros cuestionarios que miden consumo problemático de alcohol, porque su aplicación ha sido exitosa en diversas poblaciones, entre las que se encuentran personas deprimidas, grupos de alto riesgo para desarrollar problemas con el alcohol, consumidores de drogas, adolescentes, estudiantes universitarios y otros grupos vulnerables (Babor,

Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001). Además el AUDIT ha sido estandarizado y validado en 6 países, entre los que se encuentra México (Saunders et al., 1993; Saunders et al., 1993).

El consumo de tabaco se midió a través del Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heartherton et al., 1991, versión adaptada al español por Becoña y Lorenzo, 2004), dicho instrumento es una versión actualizada del Cuestionario de Tolerancia de Fagerström realizado en 1978. Su objetivo es identificar la dependencia a la nicotina mediante indicadores como: frecuencia de consumo, periodicidad y cantidad de cigarrillos consumidos en las primeras horas del día. Originalmente, está formado por seis reactivos con dos y cuatro opciones de respuesta. Ha sido validado con otras medidas fisiológicas sobre el contenido de nicotina en sangre, con correlaciones altas. El punto de corte es 6 o más para dependencia alta, posee una confiabilidad de 0.88 y una validez (consistencia interna) de 0.97. Su estructura factorial es consistente y existe una versión en español del mismo (Becoña y Vázquez, 1998 en Becoña y Lorenzo, 2004).

Procedimiento

Previo a la validación, el ASSIST V3.0 fue adaptado mediante una traducción del idioma fuente (inglés) al idioma objetivo (castellano), procedimiento realizado por un psicólogo experto bilingüe. El proceso de traducción se llevó a cabo como una de las actividades del proyecto MP6_11 del 2007 al 2009 en el Macroproyecto *Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*, UNAM (Lucio, Linage, Pérez y Tovar, en prensa). Posteriormente se realizó un piloteo de la prueba en una muestra de 214 estudiantes de bachillerato, en formato de autoreporte para asegurar que fuera comprensible. La aplicación transcurrió sin contratiempos, por lo que se decidió que la prueba era adecuada en cuanto al lenguaje y el formato, manteniéndose sin cambios.

En el 2008 se aplicó la prueba completa a una muestra de 235 estudiantes de bachillerato del Distrito Federal, quienes como se mencionó, participaron en las dos primeras fases del proyecto MP6_11 (Lucio, Arenas, Linage y Pérez, en prensa). Asimismo se aplicó un conjunto de pruebas contestadas individualmente por cada estudiante durante el horario de clases, en aplicaciones grupales con una duración de dos horas, previo consentimiento por escrito y voluntario de los alumnos, así como de las autoridades del plantel. Se aseguró la confidencialidad de los datos. A los alumnos menores de edad les fue entregada una forma de consentimiento informado para sus padres; para después ser entregada al departamento de Psicopedagogía.

De acuerdo con los lineamientos de la Bioética, dicho estudio se consideró como investigación sin riesgo dado que se emplearon métodos de investigación retrospectiva como lo son los cuestionarios y las entrevistas, cuyo objetivo sólo fue conocer las variables de interés sin realizar intervención o modificación alguna de variables psicológicas o sociales. Por lo que no se consideró indispensable contar con los consentimientos informados de los padres de familia en su totalidad. Las respuestas fueron codificadas con el paquete SPSS 16.0.

Para obtener la validez concurrente del ASSIST V3.0 se emplearon tres cuestionarios sobre sustancias: 1) el AUDIT que mide consumo de alcohol, 2) el Fagerström que mide consumo de tabaco y el 3) DAST-10 para consumo de drogas ilegales. Para lo cual se procedió a obtener del ASSIST V3.0 los puntajes de involucramiento por sustancia (sumatoria total por sustancia), que se obtuvieron sumando las respuestas de la pregunta 2 a la 7 para alcohol, tabaco y drogas ilegales. Se obtuvieron tres puntajes de involucramiento: 1) *puntaje de involucramiento para alcohol*, 2) *puntaje de involucramiento para tabaco* y 3) *puntaje de involucramiento para drogas ilegales* (marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opioides).

Se correlacionaron por separado, el puntaje de involucramiento para alcohol_ASSIST con el puntaje total obtenido por AUDIT; el puntaje para tabaco_ASSIST con el puntaje total del Fageström y finalmente el puntaje de involucramiento para drogas ilegales_ASSIST con el puntaje total obtenido por el DAST-10. Se corrió un análisis de correlación de Producto-Momento de Pearson, considerándose para la interpretación de r los siguientes valores: correlaciones entre .30 y .49 (bajas); entre .50 y .79 (moderadas) y de .80 a 1 (altas) (Juárez, Villatoro y López, 2002).

Resultados

El contraste estadístico de los puntajes dados a cada uno de los instrumentos empleados mediante el análisis de correlación de Pearson dio un valor $r = 0.50$ para los puntajes de alcohol (puntaje de involucramiento para alcohol_ASSIST y Audit); un valor $r = 0.61$ para tabaco (puntaje de involucramiento para tabaco_ASSIST y Fageström) y un valor de $r = .30$ para drogas ilegales (puntaje de involucramiento para drogas ilegales_ASSIST y Dast); los tres con un nivel de significancia $p=.000$. En general, se puede afirmar que las correlaciones fueron moderadas para el caso del alcohol y el tabaco; y una correlación baja para el caso de drogas ilegales (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones puntajes ASSIST, AUDIT, Fagerstrom y DAST-10

| Medidas | R |
|------------------------------------|----------|
| ASSIST(alcohol) y AUDIT | .50* |
| ASSIST (tabaco) y Fagerstrom | .61* |
| ASSIST (drogas ilegales y DAST-10) | .30* |

Nota: r =Coeficiente de correlación de Pearson * $p<.01$

Segundo Estudio

Objetivo

Obtener la confiabilidad test-retest del ASSIST V3.0 en una muestra de adolescentes estudiantes mexicanos.

Muestra y Muestreo

En abril de 2010 se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado (por grupo, grado y turno) de la población total de un plantel de bachillerato público del oriente de la Ciudad de México, del muestreo se eligieron 4 grupos: uno de segundo semestre, dos de cuarto y uno de sexto. En total se evaluaron a 145 alumnos.

Se evaluó a un total de 145 estudiantes de bachillerato; dado que se deseaba obtener la confiabilidad test-retest 67 alumnos fueron evaluados por segunda vez mediante una entrevista. Los participantes aceptaron participar voluntariamente y por escrito; a los menores de edad se les entregó un consentimiento informado para sus padres.

La muestra final fue de 59 participantes, todos con la medición test y retest de la entrevista ASSIST. Se eliminaron 8 casos dado que eran jóvenes que tuvieron la segunda medición pero no la primera.

Los jóvenes contaban con 16.04 años de edad en promedio (D.E=2.19) al momento del estudio, un porcentaje homogéneo de varones y mujeres, en su mayoría solteros (93.2%), que cursaban el cuarto semestre de bachillerato en el turno matutino. Con un promedio de calificaciones de 7.8 (D.E=.710). En su mayoría provenientes de familias nucleares (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes

| Características | % | |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| | M | F |
| Sexo | 54.2 | 42.8 |
| Turno | Matutino 100 | Vespertino — |
| Tipo de Familia | Nucleares 84.2 | Uniparentales 15.8 |
| Tipo de Escuela | Públicas 94.7 | Privadas 3.5 |
| Semestre | 2do 44.1 | 4to 55.9 |
| Total (N) | 59 | |

Nota: M=masculino, F=femenino; Mat=matutino, Vesp= vespertino

Procedimiento

Una vez identificados los grupos mediante el muestreo aleatorio, se procedió a entregar un consentimiento informado para ser firmado por los profesores a cargo de dichos grupos. Los profesores de los cuatro grupos elegidos estuvieron de acuerdo en la aplicación, la cual tuvo una duración de una hora, la modalidad fue grupal y los jóvenes aceptaron de manera voluntaria y mediante consentimiento informado participar en la actividad. Los salones tenían entre 30 y 40 alumnos. El ASSIST V3.0 fue aplicado como autoreporte.

Dado que el objetivo del estudio fue evaluar la confiabilidad test-retest del ASSIST y así obtener su estabilidad temporal, fue necesario buscar a estos jóvenes por segunda ocasión; por lo que se contactó nuevamente a sus profesores. Se acudió a los salones y se invitó nuevamente a los jóvenes a participar en una nueva actividad, explicándoles que el formato ahora sería a manera de entrevista, explicándoles que ellos ya estaban familiarizados con el instrumento y que la entrevista sería efectuada por un psicólogo ajeno al plantel y que su duración sería máximo de diez minutos por persona.

Los psicólogos que entrevistaron a los jóvenes nunca habían tenido contacto con ellos y fueron previamente entrenados en la aplicación de la entrevista ASSIST. Dos de ellos con maestría en adicciones y otro con licenciatura, los tres con experiencia clínica en el manejo de adolescentes.

El tiempo transcurrido entre el pre y el post fue de 17 días y medio. Se les volvió a reiterar la confidencialidad de los datos y se les aseguró que éstos no repercutirían en su situación escolar.

Las respuestas del pre y post test fueron codificadas y analizadas empleando el paquete SPSS 16. Se obtuvieron los coeficientes de correlación intraclass (ICC) de cada una de las sustancias sondeadas por el ASSIST v3.0 (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, sedantes, anfetaminas, inhalables, alucinógenos y opioides). Se utilizaron los puntajes de involucramiento de las 9 sustancias (sumatoria de los puntajes totales de la pregunta 2 a la 7) así como el índice de involucramiento global del ASSIST que se obtiene de sumar los puntajes de las preguntas 1 a la 8. Por otro lado se obtuvo el promedio de días transcurridos entre la aplicación pre y post test.

El nivel de significancia clínica de los ICC fue considerado “pobre” cuando el coeficiente era menor a .40; cuando estaba entre .40 y .59 era “aceptable”; entre .60 y .74 fue considerado como “bueno” y “excelente” cuando era mayor a .74 (Cicchetti, 1994 en Cacciola, Koppenhaver, McKay y Alterman, 1999).

Resultados

Los valores del CCI obtenidos para ocho de las nueve sustancias mostraron índices de confiabilidad en un rango de aceptable a excelente (.40 a .84), a excepción de los inhalables que resultó ser pobre (CCI=.20). La confiabilidad para la cocaína (CCI=.40) y el alcohol (CCI=.55) fue aceptable. Para el caso del tabaco (CCI=.75) y la marihuana (CCI=.84) la confiabilidad resultó excelente.

Dado que el ASSIST V3.0 proporciona además del índice de involucramiento por sustancias, un índice global que da una apreciación en conjunto del grado de involucramiento de la persona con las sustancias; también se calculó la confiabilidad, encontrándose un valor de ICC=.80 que es excelente.

Es importante mencionar que en el caso de las anfetaminas, los sedantes, los alucinógenos y los opioides no fue posible calcular el ICC dado que la varianza fue igual a cero, es decir, se comportaron como constantes (Tabla 6).

Tabla 6. Confiabilidad Test-Retest puntajes de involucramiento por sustancia y puntaje total del ASSIST

| Clase de Droga | Pretest | | | Postest | |
|----------------|---------|------|-------|---------|-------|
| | CCI | M | DE | M | DE |
| Tabaco | .75* | 4.63 | 5.25 | 3.44 | 4.60 |
| Alcohol | .55* | 6.25 | 6.68 | 4.44 | 5.08 |
| Marihuana | .84* | 1.24 | 2.93 | .93 | 3.37 |
| Cocaína | .40* | .56 | 1.80 | .10 | .78 |
| Anfetaminas | — | .39 | 1.35 | .00 | .00 |
| Inhalables | .20 | .46 | 1.52 | .19 | 1.10 |
| Sedantes | — | .58 | 1.73 | .00 | .00 |
| Alucinógenos | — | .34 | 1.22 | .00 | .00 |
| Opioides | — | .25 | 1.01 | .00 | .00 |
| Índice Global | .80* | 21.8 | 20.90 | 14.46 | 13.51 |

Nota: CCI= Coeficiente de correlación intraclase. Promedio de días entre el pre y el pos test 17.5 días. Las barras indican que no fue posible calcular estadística alguna (variable constante)

*p<.01

Sobre la recomendación terapéutica sugerida por el ASSIST por sustancia y que mediante las entrevistas fue confirmatorio en la mayoría de los casos, se encontró que el 84.4% de la muestra no requirió tratamiento, ubicándose en un nivel de riesgo bajo en relación al consumo de sustancias. Mientras que el 4.5% fue ubicado con necesidad de intervención breve, para el caso del tabaco, la marihuana y el alcohol, casos con un nivel medio de riesgo. Sólo el 9.6% de la muestra correspondió a diagnósticos que no fueron confirmatorios, y que equivale a seis casos aproximadamente (Tabla 7 y 8).

Tabla 7. Entrevistas confirmatorias con nivel de “No tratamiento” por sustancia, aplicadas a 59 participantes en dos momentos distintos del tiempo.

| No. | Tabaco | | Alcohol | | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Inhalables | | Sedantes | | Alucinógenos | | Opioides | |
|-----|--------|----|---------|----|-----------|----|---------|----|-------------|----|------------|----|----------|----|--------------|----|----------|----|
| | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 |
| 1 | / | / | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | / | / | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 |
| 7 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | | | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | / | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | / | / | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 24 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 25 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | / | / | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 33 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 34 | / | / | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 35 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|----|---|----|---|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|----|
| 36 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 37 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 38 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 40 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 41 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 42 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 43 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 44 | | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | |
| 45 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 46 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 47 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 50 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 51 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 52 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 53 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 55 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 56 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 57 | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 58 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 59 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Tot al | | 27 | | 42 | | | 51 | | 55 | | 56 | | 55 | | 55 | | 57 | 58 |

*Se obtuvieron entrevistas confirmatorias de “No tratamiento” en la mayor parte de los casos (84.4%). El puntaje obtenido en el ASSIST sugiere el nivel de intervención requerido por sustancia, en este caso el 1 equivale a “No tratamiento”. Los espacios en blanco representan los casos en los que el diagnóstico de “No tratamiento” no coincidió en el pretest y/o posttest, o cuando la intervención sugerida fue de otro nivel (2= Intervención Breve; 3= Tratamiento intensivo).

Tabla 8. Entrevistas confirmatorias con niveles de “Intervención Breve” por sustancia en dos momentos distintos del tiempo.

| No. | Tabaco | | Alcohol | | Marihuana | | Cocaína | |
|-----------|--------|----|---------|----|-----------|----|---------|----|
| | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 | T1 | T2 |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 2 | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 7 | 2 | 2 | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | 2 | 2 | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | 2 | 2 | | | 2 | 2 | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |
| 25 | 2 | 2 | | | | | | |
| 26 | 2 | 2 | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | |
| 30 | | | 2 | 2 | | | | |
| 31 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|----------|----------|----------|---|---|--|--|--|
| 32 | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | |
| 36 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 37 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | |
| 40 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 41 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | |
| 44 | 2 | 2 | | | 2 | 2 | | | |
| 45 | | | | | | | | | |
| 46 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | |
| 47 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | |
| 55 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | |
| 57 | 2 | 2 | | | 2 | 2 | | | |
| 58 | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | |
| Total | 16 | 3 | 4 | 1 | | | | | |

* En total se obtuvieron 24 entrevistas confirmatorias de Intervención Breve (2), que equivale al 4.5% de los participantes, en su mayoría para tratar el consumo de tabaco (n=16), en segundo lugar para la marihuana (n=4), alcohol (n=3) y en último lugar para la cocaína (n=1). En el caso de las anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos y opioides no se ubicó ningún caso (n=0). El 9.5% correspondió a casos que no fueron confirmatorios. Los espacios en blanco representan los casos en los que el nivel de “Intervención Breve” no coincidió en el pretest y/o postest, o cuando la intervención sugerida fue de otro nivel (1= No tratamiento; 3= Tratamiento intensivo).

Discusión

Con base en los resultados de los dos estudios reportados se puede concluir que el ASSIST V3.0 (Henry-Edwards et al., 2003) cumple con los requisitos psicométricos necesarios para ser empleado como un instrumento de tamizaje para el consumo de sustancias, legales e ilegales, dado que reporta en términos estadísticos datos que demuestran su validez concurrente y confiabilidad test-retest (estabilidad temporal).

Las correlaciones obtenidas con otros instrumentos que miden consumo de sustancias como el AUDIT, el Fageström y el DAST-10 fueron entre aceptables y medianas, lo cual indica que el ASSIST coincide con otros instrumentos ampliamente empleados en la medición de un constructo en común que es el “consumo de sustancias: alcohol, tabaco y drogas ilegales”.

En cuanto a la confiabilidad, el ASSIST V3.0 resultó ser una prueba con consistencia interna que posee estabilidad temporal para la mayoría de las categorías medidas, lo cual es una ventaja cuando se desea tamizar a una población en riesgo como pueden ser estudiantes expuestos al consumo de sustancias, ya que ofrece cierta certeza de que las puntuaciones obtenidas están cerca o reflejan la puntuación real o verdadera del examinado. Esto es especialmente relevante para hacer mejores diagnósticos y tomar decisiones clínicas atinadas (Shields et al., 2008) que permitan la oportuna atención y canalización de estudiantes identificados.

En México, además de la elección del instrumento de detección más adecuado, existen otros retos inherentes al trabajo con poblaciones jóvenes que se deben tomar en cuenta; como son la desconfianza ante la aplicación de estos instrumentos por el miedo a las repercusiones en su situación escolar; así como la dificultad para motivar a los casos para que asistan a una intervención.

Por otro lado, los CCI de los puntajes de involucramiento por sustancia fueron significativos a excepción de los inhalables, se recomienda utilizar el índice de involucramiento global por tener el CCI más alto (.80, $p < .01$), y poseer una confiabilidad “excelente”. Lo cual podría ser una opción, en términos psicométricos, cuando no se tiene la suficiente variabilidad en los datos o un tamaño de muestra que permita conocer todo el abanico de posibilidades en cuanto a consumo de sustancias (tipo), patrón de consumo (cantidad y frecuencia) y grupos de riesgo.

Desde el punto de vista psicométrico, el ASSIST posee la ventaja de que en una sola medición, ofrece un estimado por cada sustancia y además de un puntaje global de involucramiento por droga. Esto podría considerarse una ventaja sobre otros instrumentos de detección que solo miden una sustancia a la vez, ya sea alcohol o tabaco o drogas ilegales.

Específicamente en escenarios escolares en los que se cuenta con pocos recursos y poco tiempo para la aplicación de cuestionarios, el ASSIST puede ser una buena opción en cuanto a que es una prueba de fácil aplicación, flexible en cuanto al formato de aplicación (como autorreporte o entrevista), económico y ofrece información detallada sobre el tipo de droga consumida, además de identificar el tipo de intervención sugerida en función de los puntajes brutos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño de la muestra así como la naturaleza de la misma (escenarios escolares), aspecto que podría explicar, en buena parte, los resultados obtenidos. En cuanto a los tiempos de recolección de información se sugiere hacer la detección de casos a principio del semestre escolar dado que en este caso, el estudio se realizó a finales del semestre escolar, quedando aquellos alumnos con una situación escolar regular.

Para obtener correlaciones o ICC más altos sería necesario contar con una muestra más amplia, además de contar con una muestra clínica reclutada en centros de atención primaria y centros de tratamiento, que permitiera obtener casos suficientes que reflejaran el abanico de posibles grupos de consumidores: consumidores no problemáticos (bajo riesgo), abusadores (riesgo moderado) y dependientes (riesgo alto). De tal manera que se pudiera obtener información sobre el poder discriminativo del ASSIST, y poder determinar el punto de corte entre los grupos de riesgo moderado y alto, así como la sensibilidad y especificidad mediante análisis ROC. Tal como se reporta en otros estudios. Finalmente, los hallazgos de este estudio sugieren que el ASSIST es una medida útil para hacer detecciones en escenarios escolares dado que permite obtener información precisa sobre el uso de sustancias en adolescentes que están en riesgo.

Subfase 2: Análisis estadísticos secundarios asociados a la identificación de estrategias de afrontamiento como factores protectores ante el consumo de sustancia para incorporarse en una estrategia de intervención.

Planteamiento del Problema

En México, las encuestas nacionales así como las realizadas a población estudiantil reportan de manera sistemática un aumento en el consumo de sustancias en población adolescente (Medina Mora et al., 2009; Villatoro et al., 2007). La mayoría de los estudios en el área han destacado la relación entre el consumo de sustancias, el afrontamiento y el estrés en dos vertientes, la primera conformada por aquellos que ubican al consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento evitativa y por lo tanto disfuncional que resulta de la exposición al estrés (Arelláñez et al., 2004; Brandon et al., 2004; Eissenberg, 2004; Field y Powell, 2007; Gómez et al., 2006; Kardum y Krapic, 2001; Kilpatrick et al., 2000); y la segunda por quienes conceptualizan al afrontamiento de tipo funcional (p.e activo orientado al problema, buscar apoyo social etc.) como un factor protector ante el consumo de sustancias y otras situaciones estresantes (Anderson et al., 2006; Britton, 2004; Zanini et al., 2003). A la luz de dichos hallazgos se han hecho recomendaciones para incorporar a las intervenciones clínicas estrategias de afrontamiento de tipo funcional para fortalecer la adaptación en los jóvenes. De tal manera que el objetivo de ésta fase será llevar a cabo análisis estadísticos secundarios en una submuestra de jóvenes estudiantes de nivel medio superior encuestados en 2008, para determinar cómo influyen las estrategias de afrontamiento (funcionales y disfuncionales) sobre el consumo de sustancias, y así identificar factores de protección en términos de estrategias de afrontamiento para ser incorporadas en una estrategia de intervención.

Pregunta de investigación

¿Cómo influye en el consumo de sustancias (*legales e ilegales*), las estrategias de afrontamiento funcionales (*hacerse responsable, rescatar lo positivo, buscar apoyo social, solución de problemas, ofrecer ayuda, interno reflexivo, esforzarse y religiosidad*) y disfuncionales (*reprimir sentimiento, reaccionar emocionalmente, no enfrentar, evitación y culpa*) que presentan jóvenes estudiantes consumidores y no consumidores expuestos a sucesos de vida estresantes?

Objetivo general

Identificar, mediante análisis estadísticos secundarios, aquellas estrategias de afrontamiento (funcionales y disfuncionales) que operan como factores de protección ante el consumo de sustancias en una submuestra de jóvenes estudiantes (consumidores y no consumidores) expuestos a sucesos de vida estresantes.

Objetivos específicos

Determinar con base en una muestra aleatoria de jóvenes estudiantes de un plantel de nivel medio superior, una submuestra de adolescentes (consumidores y no consumidores) expuestos a sucesos de vida estresantes.

Describir en términos sociodemográficos a la submuestra de adolescentes.

Determinar la prevalencia del consumo de sustancias en la submuestra de adolescentes.

Identificar cuáles son los sucesos de vida estresantes (p.e familiares, sociales, salud, personales y logros y fracasos) más prevalentes en la submuestra.

Identificar cuáles estrategias de afrontamiento funcionan como factores protectores para el consumo de sustancias para ser incorporadas en una estrategia de intervención.

Comparar la exposición a sucesos de vida estresantes entre jóvenes consumidores y no consumidores.

Hipótesis

- a) Conceptual: El uso de estrategias de afrontamiento de tipo funcional dirigidos a la búsqueda de apoyo social en otros, la solución de problemas principalmente; pueden funcionar como factores de protección ante el consumo de sustancias y ante situaciones de estrés (Anderson et al., 2006; Britton, 2004; Courtois et al., 2007; Luo y Wang, 2009; Oliva et al., 2009).
- b) De trabajo: Las estrategias de afrontamiento funcionales tales como: *“hacerse responsable”, “rescatar lo positivo”, “buscar apoyo social en otros (padres, hermanos, amigos y otros profesionales), la “solución de problemas”, “ofrecer ayuda”, el “afrontamiento interno-reflexivo”, el “esforzarse” y la “religiosidad”* funcionarán como factores protectores ante el consumo de sustancias en jóvenes consumidores y no consumidores expuestos a sucesos de vida estresantes.
- c) Estadísticas:

Ho: El uso de estrategias funcionales predicen el no consumo de sustancias (legales e ilegales) en jóvenes estudiantes expuestos a sucesos de vida estresantes.

Ha: El uso de estrategias funcionales predicen el consumo de sustancias (legales e ilegales) en jóvenes estudiantes expuestos a sucesos de vida estresantes.

Variables de Clasificación

Consumo de sustancias (legales e ilegales)

Definición conceptual: Con base en el planteamiento de la COR, el uso de alcohol, tabaco y otras drogas puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento evitativa y por lo tanto no productiva, que emplean aquellos con

pocos recursos (como resultado de la exposición a sucesos de vida estresantes) para proteger los recursos que tienen (Freedly et ., 1994).

Definición operacional: Para medir el consumo de alcohol se utilizó el “*Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol*” (AUDIT; Saunders et al., 1993) Dicho cuestionario entre muchos otros aspectos sugiere la pertinencia de ciertos tratamientos con base al tipo de consumo que presente la persona, ubicando cuatro zonas: Zona 1 (Educación sobre alcohol), Zona 2 (consejo breve), Zona 3 (intervención breve) y Zona 4 (tratamiento). Los casos ubicados en la zona 2 y 3 fueron aquellos que se consideraron como casos para conformar el grupo de consumidores; mientras que aquellos que reportaron no consumo o que fueron ubicados en la zona 1 fueron incorporados en el grupo de no consumidores.

Para determinar el consumo de tabaco se utilizó el “Test de Fagerström de dependencia a la Nicotina” (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991, versión adaptada al español por Becoña y Lorenzo, 2004). Los sujetos identificados con dependencia leve o moderada fueron incluidos en el grupo de consumidores, mientras aquellos que no reportaron consumo de tabaco fueron ubicados en el grupo de no consumidores.

El consumo de otras drogas ilegales (p.e marihuana, cocaína, anfetaminas etc.) se midió con el “*Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias*” (Henry-Edwards et al., 2003). Aquellos jóvenes cuyos puntajes de involucramiento global fueron mayores a 3 fueron incluidos en el grupo de consumidores, mientras que aquellos con puntajes de 3 o menores fueron incorporados al grupo de no consumidores.

Sucesos de vida estresantes

Definición conceptual: Un suceso de vida estresante es definido como un evento que le ocurre a un individuo que tiene el potencial de producir estrés (Plunkett et al., 2000; Sinha, 2001), al mismo tiempo amenaza la reserva de recursos de la persona (Hobfoll, 1998, 2001).

Definición operacional: Respuestas al *Cuestionario de sucesos de vida forma adolescentes* (Lucio y Durán, 2003), específicamente aquellas áreas de sucesos negativos que presenten una puntuación T entre 65 y 69, lo cual indica que el joven se ha encontrado expuesto a más sucesos estresantes.

Estrategias de afrontamiento (funcionales y disfuncionales)

Definición conceptual: Las estrategias de afrontamiento se conceptualizan como aquellas conductas que se utilizan para resolver las demandas provocadas por un estresor (McCubbin y McCubbin, 1989). Las estrategias de afrontamiento **funcionales** son aquellas que utiliza el individuo para solucionar el problema, que le permiten mantenerse optimista, adaptado, relajado y socialmente conectado (p.e solución de problemas, centrarse en lo positivo, dedicarle tiempo las amistades, pertenecer al grupo de pares, trabajar duro para tener logros, recreación física, buscar actividades relajantes y referencia a otros). Las estrategias de afrontamiento **disfuncionales** son aquellas que evitan el problema y que son negativas para la persona (p.e ignorar el problema, reservarse para uno mismo, no afrontar, autoculparse, reducción de la tensión, ilusiones y preocupación) (Frydenberg et al., 2008).

Definición operacional: Respuesta abierta a la pregunta abierta 130 del *Cuestionario de Sucesos de vida forma adolescentes* (Lucio y Durán, 2003), ¿qué hiciste cuando alguna de estas situaciones, que consideras malas para ti, te sucedió?. Se trabajó con base en las siguientes estrategias, que surgieron del análisis categórico de las respuestas de afrontamiento de la submuestra de jóvenes y que coinciden con la propuesta hecha por Frydenberg et al. (2008):

Estrategias funcionales: Se encontraron 7 estrategias.

- a) Hacerse Responsable: implica asumir las consecuencias de lo sucedido y aceptarlo.
- b) Rescatar lo positivo: se refiere a ver el lado positivo de la situación o ver las ventajas sobre las desventajas.
- c) Búsqueda de apoyo social: incluye todas aquellas estrategias en las que el joven pide ayuda o consejos a otros significativos, pueden ser los amigos, los padres o hermanos,

maestros, o algún profesional. Está conformado por cuatro subcategorías: apoyo social en padres, apoyo social en amigos/hermanos, apoyo social en otros y apoyo social a través de un profesional.

- d) Solución de problemas: son aquellas acciones que emprende el joven para resolver la situación, algunas pueden ser específicas o concretas y otras pueden ser no específicas pero que llevan a un buen desenlace de la situación. Está compuesto por dos subcategorías: solución de problemas y solución de problemas a través de un profesional
- e) Ofrecer ayuda: implica dar comprensión o ayuda a otros que pasan por la misma situación, pueden ser amigos o familiares.
- f) Interno-reflexivo: se refiere a todos los esfuerzos cognitivos como razonar o pensar en las posibles soluciones del problema.
- g) Esforzarse: acciones encaminadas a tener logros, trabajar duro, vencer obstáculos o “echarle ganas”

Estrategias Disfuncionales: Se encontraron 5 estrategias.

- a) Reprimir sentimientos: incluye todo aquello relacionado con intentar olvidar, ocultar o negar las emociones relacionadas con el problema.
- b) Reaccionar emocionalmente: todas aquellas reacciones de enojo, tristeza, ansiedad como principal y única reacción ante el problema, y que se alejan de la búsqueda de solución del problema.
- c) No enfrentar: implica no realizar ninguna acción para enfrentar el problema, lo refieren como “no hacer nada” o simplemente esperar que las cosas mejoren con el tiempo o por sí solas. También incluye la resignación como estrategia para afrontar alguna dificultad.
- d) Evitación: posee dos subcategorías, una es la evitación caracterizada por el alejarse o tomar distancia ante una situación que rebasa al joven, también implica buscar distracciones, salir para olvidar. La otra subcategoría incluye la evitación dirigida al consumo de sustancias, que son todas aquellas respuestas relacionadas con el

consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, independientemente de la razón del consumo y de que el joven reporte éxito o esfuerzos por dejar de consumir.

- e) Culpa: posee dos subcategorías culparse a sí mismo y culpar a otros, incluye respuestas que indiquen que el joven cree que es responsable de lo sucedido o en las cuales culpa a otros.

Muestra y Muestreo

De una muestra aleatoria de 913 estudiantes de enseñanza media superior encuestados en el 2008, con un rango de edad entre 14 y 17 años (Lucio et al., en prensa), se obtuvo una submuestra de jóvenes consumidores y no consumidores expuestos a sucesos de vida estresantes (n=165).

La muestra final estuvo compuesta por 116 estudiantes (45 no consumidores y 71 consumidores), se eliminaron 49 casos debido a que no contestaron la pregunta 130 del cuestionario de Sucesos de vida. En la tabla 9 se muestran las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los participantes: consumidores y no consumidores

| Características | Consumidores (n=45) | No consumidores (n=71) |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <i>Sexo %</i> | | |
| Hombres | 66.2 | 55.6 |
| Mujeres | 33.8 | 44.4 |
| <i>Edad</i> | | |
| <i>Promedio</i> | $\bar{X} = 16.99$ D.E= 1.79 | $\bar{X} = 16.44$ D.E=.967 |
| <i>Turno %</i> | | |
| Matutino | 29.6 | 51.1 |
| Vespertino | 70.4 | 48.9 |
| <i>Promedio escolar</i> | $\bar{X} = 7.56$ D.E= .857 | $\bar{X} = 8.24$ D.E= .957 |
| <i>Tipo de Familia %</i> | | |
| Nuclear | 31 | 25 |
| Uniparental(Madre) | 4.3 | 1.7 |
| Uniparental (padre) | 10.3 | 5.2 |
| Hijo único | 3.4 | 0.9 |
| Otras (18.2%) | * | * |
| <i>Tipo de Escuela</i> | | |
| Pública | 44.8 | 33.6 |
| Privada | 15.5 | 5.2 |
| <i>Semestre %</i> | | |
| Primero | 26.8 | 20 |
| Tercero | 42.3 | 42.2 |
| Quinto | 31 | 37.8 |
| <i>Ocupación padre %</i> | | |
| Empleado | 26.1 | 11.3 |
| Profesionista | 13 | 11.3 |
| Negocio propio | 13 | 6.1 |
| Obrero | 3.5 | 1.7 |
| Otras (14.4%) | * | * |
| <i>Ocupación madre %</i> | | |
| Ama de casa | 22.4 | 20.7 |
| Empleada | 15.5 | 7.8 |
| Profesionista | 12.9 | 6.9 |
| Negocio propio | 6.9 | 2.6 |
| Otras (4.3%) | * | * |
| Total (N) | 116 | |

En cuanto a los criterios empleados para identificar al grupo de jóvenes consumidores (n=45) se encontraron: aquellos que con base en la puntuación cruda del AUDIT (consumo de alcohol) fueran reagrupados en los niveles de riesgo correspondientes a *consejo breve* (nivel II), *terapia breve* (nivel III) y *referencia a tratamiento* (nivel IV). Como segundo criterio se empleó el cuestionario Fagerström, siendo elegidos aquellos sujetos identificados con dependencia media (nivel 2) y alta (nivel 3). En cuanto al consumo de sustancias ilegales (p.ej marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalables, opiáceos, alucinógenos y sendantes) fueron incluidos aquellos que obtuvieron puntuaciones en el ASSIST en un rango de 4 a 26 y que según dicho instrumento fueron candidatos a una *intervención breve*.

El grupo de los jóvenes no consumidores (n=71) se conformó por aquellos sujetos que con base en el AUDIT (consumo de alcohol) fueron ubicados en el nivel I *educación sobre alcohol* (puntuaciones <19) y que según sus puntuaciones en el cuestionario Fagerström fueron identificados como no fumadores (puntuaciones totales < 6). Y que en el ASSIST obtuvieron puntuaciones iguales o menores a 3 y que por lo tanto no requirieran de una intervención dado a que no presentan un consumo de drogas ilegales significativo.

La exposición a los sucesos de vida estresantes se determinó con base en las puntuaciones T del Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio y Durán, 2003), aquellos con puntuaciones \geq T65 en una o más áreas del cuestionario fueron considerados como *expuestos* y quienes tuvieron puntuaciones menores a T65 fueron considerados como *no expuestos*.

Tipo de estudio

El estudio fue descriptivo de campo y transversal; dado que se realizó una encuesta en un plantel de bachillerato, en un momento específico del tiempo, para recabar datos que permitan describir los fenómenos de interés en una muestra aleatoria de estudiantes.

Diseño de Investigación

Diseño no experimental y *ex post facto* para dos muestras independientes (Campbell y Stanley, 2001) dado que las variables de interés ya ocurrieron en los participantes y el investigador solo pretende medirlas.

Instrumentos

Originalmente en el estudio realizado por Lucio, Linage, Pérez y Tovar (en prensa) se aplicó un conjunto de instrumentos para conocer la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el riesgo suicida entre los estudiantes; así como conocer a la población en términos de autodescripción, personalidad y exposición a sucesos de vida estresantes. En el presente estudio se trabajó únicamente con la información derivada de aquellos instrumentos que proporcionen información sobre consumo de sustancias, sucesos de vida estresantes y afrontamiento.

El consumo de alcohol se midió a través del AUDIT (Saunders et al., 1993) y el consumo de tabaco mediante el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991, versión adaptada al español por Becoña y Lorenzo, 2004). Ambos descritos en términos psicométricos en la subfase 1 de este estudio.

Para medir el consumo de drogas ilegales (p.e marihuana, cocaína, anfetaminas, etc.) se empleó el *Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias* (Henry-Edwards et al., 2003), el cual fue validado y confiabilizado en una muestra de estudiantes mexicanos. Los resultados se reportaron también en la subfase 1 de este estudio.

Para la medición de los sucesos de vida estresantes se utilizó el *Cuestionario de sucesos de vida forma adolescentes* (Lucio y Durán, 2003), el cual es un instrumento de autoinforme, compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta, que permiten evaluar de manera confiable los eventos de vida que los adolescentes mexicanos han atravesado, en un periodo no mayor a un año, en siete áreas de su vida: (1) Familiar, (2) Social, (3) Personal, (4) Problemas de Conducta, (5) Logros y fracasos, (6) Salud y (7) Escolar. Este instrumento permite detectar problemas emocionales en adolescentes de 13 a 18 años, a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que los propios jóvenes hacen de ellos. Puede aplicarse de forma individual o grupal, con una duración de 30 minutos. Posee un índice de confiabilidad global Kuder-Richardson de .89, así como una validación a través del método de jueces con un porcentaje de acuerdo entre 70 y 80%.

La pregunta 130 de dicho cuestionario permite sondear las estrategias de afrontamiento referidas por los jóvenes.

Procedimiento

Durante el 2008, previo a la autorización (por escrito) de las autoridades escolares, a quienes se les informó sobre el procedimiento de la investigación, se procedió a trabajar con los 24 grupos seleccionados, encuestándose a un total de 913 jóvenes. Los instrumentos se aplicaron en grupos de 40 estudiantes en promedio. En cada grupo estuvieron presentes tres aplicadores, uno proporcionando las instrucciones y los otros dos asegurándose que los jóvenes contestaban de manera adecuada, a la vez que resolvían dudas. Los jóvenes contestaron en hojas de lectura óptica lo cual facilitó la captura de datos. Además de los cuadernillos y las hojas de respuesta, a cada estudiante se le entregó un formato de consentimiento informado en el cual se les exponían las condiciones del estudio, y se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas, aclarando que la participación era voluntaria. Todos los estudiantes dieron su consentimiento informado por escrito, Asimismo se entregó un consentimiento informado para los padres de familia de aquellos estudiantes menores de 18 años. Por considerarse

una investigación sin riesgo de acuerdo a los lineamientos de la bioética no se consideró indispensable contar con los consentimientos informados firmados en su totalidad.

Previo al análisis estadístico de la información, se analizaron por separado y mediante un análisis de contenido las respuestas de los 116 casos a la pregunta abierta 130 del Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003): ¿Qué hiciste cuando alguna de estas situaciones, que consideraste mala para ti, te sucedió?; los alumnos eligieron el suceso (familiar, social, emocional, escolar, de la salud etc) que consideraron más duro o difícil de resolver en los 12 meses previos a la encuesta y relataron cómo le dieron solución (p.ej *Mis amigos me dijeron que probara drogas yo lo hice, pero afortunadamente no soy adicta y los deje de ver porque afectaban mi vida*). Todas las respuestas fueron analizadas con base en 12 categorías; resultado del análisis de las respuestas abiertas de los participantes a dicha pregunta (Tabla 10) y codificadas para el análisis de regresión logística, sin desconocer la categorización propuesta por Frydenberg, Eacott & Clark (2008) quienes dividieron las respuestas de afrontamiento de los adolescentes en productivas, no productivas y aquellas relacionadas con el apoyo social.

El análisis cualitativo de la pregunta 130 ha sido empleado en otros estudios, y se ha comprobado su utilidad para conocer estrategias de afrontamiento en jóvenes (Arenas & Lucio, 2009).

Conformadas las categorías se hizo un análisis de frecuencias de las respuestas de los consumidores y no consumidores para determinar la frecuencia de las estrategias de afrontamiento. Posteriormente fueron capturadas como *presencia-ausencia*, es decir, las respuestas abiertas fueron categorizadas y convertidas en variables dicotómicas con el objetivo de aplicar un análisis de regresión logística.

Tabla 10. Categorías producto del análisis categórico de la pregunta 130 del Cuestionario de sucesos de vida para adolescentes (Lucio & Durán, 2003).

| | |
|-----------------------------------|---|
| <i>Estrategias funcionales</i> | |
| Hacerse responsable | Asumir las consecuencias de lo sucedido y aceptarlo. |
| Rescatar lo positivo | Ver el lado positivo de la situación o ver las ventajas sobre las desventajas. |
| Búsqueda de apoyo social | Incluye todas aquellas estrategias en las que el joven pide ayuda o consejos a otros significativos: amigos, padres o hermanos, maestros, o algún profesional. Está conformado por cuatro subcategorías: apoyo social en padres, apoyo social en amigos/hermanos, apoyo social en otros y apoyo social a través de un profesional. |
| Solución de problemas | Resolver la situación mediante acciones, pueden ser específicas o concretas y otras pueden ser no específicas pero que llevan a un buen desenlace de la situación. Está compuesto por dos subcategorías: solución de problemas y solución de problemas a través de un profesional. |
| Ofrecer ayuda | Ofrecer comprensión o ayuda a otros que pasan por la misma situación, pueden ser amigos o familiares. |
| Reflexionar | Esfuerzos cognitivos como razonar o pensar en las posibles soluciones del problema, antes de actuar. |
| Esforzarse | Acciones encaminadas a tener logros, trabajar duro, vencer obstáculos o "echarle ganas". |
| <i>Estrategias No Funcionales</i> | |
| Reprimir sentimientos | Incluye todo lo relacionado con intentar olvidar, ocultar o negar las emociones relacionadas con el problema. |
| Reaccionar emocionalmente | Todas aquellas reacciones de enojo, tristeza, ansiedad como principal y única reacción ante el problema, y que se alejan de la búsqueda de solución del problema. |
| No enfrentar | No realizar ninguna acción para enfrentar el problema, "no hacer nada" o simplemente esperar que las cosas mejoren con el tiempo o por sí solas. También incluye la resignación. |
| Evitación | Posee dos subcategorías, una es la evitación caracterizada por el alejarse o buscar actividades para distraerse de una situación que rebasa al joven; p.e salir para olvidar. La otra subcategoría incluye la evitación dirigida al consumo de sustancias; todas aquellas respuestas relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, independientemente de la razón del consumo y de que el joven reporte éxito o esfuerzos por dejar de consumir. |
| Culpa | Posee dos subcategorías culparse a sí mismo y culpar a otros, incluye respuestas que indican que el joven cree que es responsable de lo sucedido o en las cuales culpa a otros. |

Nota: Se presentan 12 categorías (7 funcionales y 5 no funcionales) que resultaron del análisis categórico de las respuestas de afrontamiento a la pregunta 130 del Cuestionario de Sucesos de vida de una submuestra de 116 jóvenes mexicanos y que coinciden con la categorización propuesta por Frydenberg et al., (2008).

Análisis estadísticos

Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, así como estadística inferencial: ji cuadrada para variables de tipo nominal.

Se corrió un análisis de regresión logística para obtener los predictores en términos de estrategias de afrontamiento del no consumo de sustancias.

Resultados

Consumo de sustancias: legales e ilegales

En la tabla 11 se muestran los porcentajes de consumo de las sustancias más consumidas por la muestra de adolescentes, encontrándose que el alcohol y el tabaco fueron las drogas legales de mayor consumo; seguido de la marihuana y los inhalables como sustancias de tipo ilegal. Estos datos coincidieron con la ENA (2011).

Tabla 11. Porcentaje de consumo por sustancias: legales e ilegales

| <u>Droga</u> | <u>%</u> |
|---------------------------|----------|
| Alcohol | 66.4 |
| Tabaco | 63.8 |
| Marihuana | 33.4 |
| Inhalables | 9.5 |
| Alucinógenos | 9.0 |
| Cocaína | 7.8 |
| Anfetaminas | 6 |
| Sedantes | 3.4 |
| Opioides | 3.4 |
| Uso de drogas intravenoso | 1.7 |
| <hr/> | |
| Total= 116 participantes | |

Sucesos de vida estresantes: consumidores y no consumidores

El 100% de los participantes del estudio estuvieron expuestos a estrés en al menos en un área de su vida (p.e familiar, social, personal, problemas de conducta, logros y fracasos, salud y escolar) con puntuaciones $T > 65$.

La muerte de algún ser querido (p.e familiar, amigo, mascota) fue el suceso estresante que mayor número de jóvenes reportó ($n=23$, 11 consumidores y 12 no consumidores). En segundo lugar apareció la separación de algún ser querido (p.e dejar de ver a sus mejores amigos; familiar, pareja o incluso divorcio) ($n=21$, 11 consumidores y 10 no consumidores). La tercera situación que fue considerada como generadora de estrés o malestar en los jóvenes fue haber consumido alguna sustancia como: alcohol, tabaco o cualquier otra droga. Como era de esperarse solo el grupo de consumidores reportaron haber consumido drogas al momento de la encuesta ($n=15$ consumidores), ningún joven del grupo de no consumidores reportó dicho suceso.

Predictores del no consumo de sustancias

Se realizó un análisis de regresión logística con la finalidad de identificar los predictores del no consumo de sustancias (Tabla 12).

Tabla 12. Predictores del no consumo de sustancias en términos de estrategias de afrontamiento

| Variable | No consumo de drogas | | |
|------------------------------------|----------------------|---------|----------------|
| | Modelo 1 B | OR | 95% IC |
| Constante | -2.738 | 0.065** | |
| Hacerse responsable | 1.25 | 2.49 | (.274, 44.61) |
| Rescatar lo positivo | 2.44 | 10.47 | (0.74, 177.81) |
| <i>Apoyo social_padres</i> | 3.03** | 19.71** | (2.20, 195.04) |
| Apoyo social_amigos_hermanos | 2.73 | 14.45 | (0.91, 261.72) |
| Apoyo social_otros | -0.60 | -0.46 | (0.31, 9.42) |
| Apoyo social_profesional | 0.79 | 1.21 | (0.078, 63.47) |
| <i>Solución de problemas</i> | 2.44* | 10.51* | (1.31, 100.98) |
| Solución de problemas_ profesional | 0.54 | 0.72 | (0.75, 39.93) |
| <i>Ofrecer ayuda</i> | 3.43* | 29.91* | (1.32, 721.64) |
| <i>Reflexionar</i> | 3.21** | 23.78** | (2.52, 243.52) |
| Esforzarse | 2.45 | 10.59 | (0.77, 174.12) |
| Religiosidad | 23.94 | 0 | (0.00, _) |
| Reprimir sentimiento | -19.79 | 0 | (0.00, _) |
| Reacción emocional | 2.34 | 9.43 | (1.00, 108.19) |
| No enfrentar | 1.63 | 4.11 | (0.65, 39.62) |
| Evitación dirigida al consumo | -19.92 | 0 | (0.00, _) |
| Evitación | 2.04 | 6.72 | (.33, 180.46) |
| Culpa | 1.99 | 6.36 | (0.56, 96.05) |

Nota: n=115, **p<.01, *p<.05, OR= Odds ratio; se realizó un ajuste por las reglas de probabilidad a los cuales se ajusta la prueba (OR-1); IC=intervalo de confianza límite inferior y superior.

Los resultados mostraron que de las 12 estrategias de afrontamiento (funcionales y no funcionales) contempladas para dicho análisis, solo cuatro de ellas predijeron el no consumo de sustancias: aquellos jóvenes expuestos a sucesos estresantes que buscaron el apoyo social de sus padres (apoyo social en padres) para resolver algún problema, presentaron 19.71 veces mayor probabilidad de no consumir alcohol, tabaco o cualquier otra droga ilegal.

La solución de problemas fue otra estrategia de afrontamiento funcional que se asoció con no consumir sustancias, aquellos jóvenes que resolvieron el problema mediante acciones concretas presentaron 10.51 más posibilidades de no consumir sustancias.

Ofrecer ayuda a otros que se encuentran en un problema similar también apareció como un predictor del no consumo de sustancias, aquellos que ofrecieron su apoyo o comprensión a algún familiar o amigo que atravesaba por una situación dolorosa presentaron un incremento de 29.91 más probabilidad de no consumir sustancias.

Finalmente, la reflexión, aquellos que realizaron esfuerzos cognitivos como razonar o pensar en las posibles soluciones del problema, aumentaron 23.78 más veces la posibilidad de no consumir sustancias adictivas.

Sucesos de vida estresantes: consumidores y no consumidores

El análisis de frecuencias demostró que en el grupo de consumidores, el 75.5% estuvo expuesto a algún suceso de vida estresante en los 12 meses previos a la encuesta, mientras que el 24.3% no estuvo expuesto.

Por su parte, en el grupo de no consumidores el porcentaje de exposición fue menor, el 62% reportó haber estado expuesto y el 38% reportó no haber experimentado ninguna situación en los 12 meses previos a la encuesta.

La muerte de una persona querida fue el suceso estresante que mayor número de jóvenes reportó (n=23, 11 consumidores y 12 no consumidores); la categoría se refiere a la muerte de algún familiar, amigo o incluso la mascota. En segundo lugar apareció la separación de algún ser querido (n=21, 11 consumidores y 10 no consumidores); esta categoría se refiere a dejar de ver a sus mejores amigos, algún familiar o a la pareja, incluso la experiencia de un divorcio aunque en menor proporción, solo dos jóvenes lo reportaron (1 consumidor y 1 no consumidor).

La tercera situación que fue considerada como generadora de estrés o malestar en los jóvenes fue haber consumido alguna sustancia como: alcohol, tabaco o cualquier otra droga. Como era de esperarse solo el grupo de consumidores reportaron haber consumido drogas al momento de la encuesta (n=15 consumidores), ningún joven del grupo de no consumidores reportó este suceso.

Cabe mencionar que, al comparar mediante una Chi cuadrada la exposición a sucesos de vida estresantes entre ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2(1) = 2.909$, $p = .088$).

Discusión

El objetivo principal de éste estudio fue identificar aquellas estrategias de afrontamiento que funcionaron como factores que aumentan la posibilidad de que no se presente el consumo de sustancias en jóvenes consumidores y no consumidores expuestos a sucesos de vida estresantes.

Los análisis realizados confirmaron lo reportado en la literatura en cuanto a que el uso de estrategias funcionales como buscar soluciones a un problema o aproximarse al mismo, conlleva resultados favorables para el individuo (Anderson et al., 2006; Britton, 2004; Zanini et al., 2003). En particular, se encontró que los esfuerzos cognitivos para encontrar una solución al problema o reflexionar sobre sus posibles soluciones pueden tener un papel protector ante el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas ilegales; lo cual coincide con lo reportado con otros estudios que afirman que las estrategias centradas en el problema disminuyen la aparición de conductas de riesgo, además cuando dicha solución es efectiva produce respuestas emocionales favorables para la salud mental de la persona (Kardum & Krapic, 2001).

La búsqueda de apoyo social en otros ha sido reconocido como un factor de protección en relación a conductas problemáticas como el uso de drogas, o incluso del malestar psicológico y la psicopatología (Britton, 2004; Anderson et al., 2006; Zanini et al., 2003). En este estudio, resultó ser el apoyo proporcionado solo por los padres, un factor de protección. Si bien los jóvenes cuentan con una red de apoyo más amplia en la que se incluyen a los pares, profesores entre otros; el apoyo dado por los amigos, hermanos o incluso por un profesional no resultaron, en términos estadísticos, ser factores de protección ante conductas adictivas.

Como parte del apoyo social está ofrecer ayuda a otros; siendo la reciprocidad ante las dificultades una característica clave que minimiza el riesgo de conductas problema (Huey-Jou & Fukada, 2002), donde lo importante no es solo recibir ayuda de otros si no también ofrecerla. Hasta donde se tiene conocimiento esta estrategia no ha sido reportada en la literatura como un factor protector, sin embargo en este estudio se encontró que los jóvenes que enfrentaron alguna dificultad, y que optaron por ayudar a otros en situación similar presentaron un menor riesgo de consumir sustancias, siendo la estrategia que redujo en mayor medida la probabilidad de consumir sustancias (siendo 29 veces más probable no consumir).

Los resultados anteriores permiten identificar de manera clara aquellas estrategias funcionales que protegen a los jóvenes ante el uso de sustancias y así como reconocer que la familia es un agente importante para enfrentar de manera exitosa las dificultades de la vida, no solo porque provee de apoyo a los adolescentes sino porque también dentro de la familia se establecen lazos de reciprocidad para la solución de problemas; fortaleciendo a su vez la autoestima de la persona.

Una posible limitación de este estudio fue el análisis de tipo cualitativo de las respuestas de afrontamiento, que si bien se encontraron similitudes con la tipología propuesta por Frydenberg et al. (2008) no se descarta que dicha clasificación haya sido permeada por la subjetividad de los investigadores. Por lo que para futuras investigaciones sería recomendable someter las categorías propuestas a un jueceo de expertos y así disminuir sesgos. También se recomienda profundizar en el papel que juega el apoyo social que ofrecen los padres para poder comprender de mejor manera aquellos mecanismos que lo diferencian del apoyo mostrado por amigos u otros significativos, y que al menos en este estudio se comportó como un factor protector ante el uso de sustancias legales e ilegales.

Los resultados de dicha investigación se circunscriben a jóvenes mexicanos que viven en áreas urbanas, entre 14 y 17 años de edad y que estudian el bachillerato, expuestos a vivencias estresantes durante el año anterior; para ampliar la

generalización de los datos se sugiere que éste tipo de estudios se lleven a cabo con jóvenes en otros contextos (p.e rurales, poblaciones clínicas) y realizar comparaciones entre las variables de interés. Así como hacer comparaciones por sexo, dado que se ha encontrado que dicha variable introduce efectos importantes, siendo ellas quienes se aproximan en mayor medida a los problemas que los varones, aunque también parece que superan a sus compañeros de sexo masculino en el uso de estrategias de evitación del problema (Zanini et al., 2003).

Finalmente, la enseñanza de estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de los problemas en adolescentes con riesgo ha sido empleada en otras partes del mundo como Australia, Canadá y Estados Unidos con resultados exitosos en la prevención de conductas de riesgo como puede ser el intento suicida o pertenecer a grupos expuestos a la pobreza (Frydenberg et al., 2008). De tal manera que la promoción de estrategias de afrontamiento no solo es un medio para promover el desarrollo de habilidades de tipo interpersonal, de comunicación y solución de problemas, sino que también maximiza en los adolescentes procesos como la resiliencia ante momentos de estrés o de pérdida de recursos (Eacott & Frydenberg, 2008). En México, la incorporación de estas cuatro estrategias de afrontamiento (p.e búsqueda de apoyo en padres, solución de problemas, reflexión y ofrecer ayuda a otros) a programas de intervención dirigidos a la prevención de las adicciones en contextos escolares puede ser un acierto dado que se ofrece información sustentada empíricamente y de gran valor para su aplicación, aunque se reconoce que es necesario realizar investigación sobre su aplicación y desarrollo dentro de dichos programas de intervención.

Estudio 2

Implementación de la intervención psicosocial y grupal para adolescentes basada en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento funcionales.

Planteamiento del problema

Diversos estudios parecen demostrar la existencia de una relación entre determinadas estrategias de afrontamiento, el desarrollo de conductas adictivas y la vivencia de sucesos de vida estresantes en adolescentes (Arelláñez et al., 2004; Kilpatrick et al., 2000; Veenstra et al., 2006; Villar y Sobral, 2006). Específicamente se ha demostrado que el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales [E.A.D] (p.e. afrontamiento pasivo, resignación, culpa) está relacionado con un incremento del uso de drogas, mientras que el uso de las estrategias de afrontamiento funcionales [E.A.F] dirigidas a la resolución de problemas y a la búsqueda de apoyo en otros, se relaciona con una mejor adaptación y con una mejor salud mental, además de tener un papel moderador y protector ante los eventos de vida estresantes, los problemas cotidianos y el uso de alcohol (Brown, 2006; Britton, 2004; Compas, 1998; Courtois et al., 2007; Luo y Wang, 2009; Oliva et al., 2009; Veenstra et al., 2007). Por otro lado, se ha documentado que el afrontamiento funciona como una variable moderadora y por lo tanto protectora, que modifica los efectos desestabilizadores del estrés (Brown, 2006; Kirchner, 2003), Asimismo desde la Teoría de la Conservación de los Recursos se concibe al afrontamiento como un recurso personal que se relaciona con una mejor adaptación y un con ajuste psicológico saludable (Hobfoll, 1998). De ahí la importancia de fortalecer las habilidades relacionadas con el afrontamiento funcional y fomentar la adaptación de las personas jóvenes que presentan consumo de drogas como resultado de una exposición considerable y manejo inadecuado del estrés y la adversidad (Dawson et al., 2005; Martens et al., 2008). Por lo tanto el objetivo del segundo estudio fue implementar una intervención grupal que buscará incidir sobre el consumo de sustancias (legales e

ilegales) y en el uso de E.A.D, mediante el entrenamiento en E.A.F dirigidas a la resolución de los problemas dirigida a estudiantes en riesgo que presentan consumo de sustancias y exposición a sucesos de vida estresantes.

Pregunta de Investigación

¿Cuál será el efecto que tendrá sobre el consumo de sustancias (*legales e ilegales*) y el uso de E.A.D (*rumiación e impulsividad, evitación y distracción con el grupo de pares*) una intervención grupal enfocada en el entrenamiento de E.A.F (*búsqueda de solución de problemas y pensamiento positivo-reflexivo y búsqueda de apoyo en padres o familiares*) para estudiantes en riesgo?

Objetivo General

Evaluar el efecto que tendrá sobre el consumo de drogas: legales e ilegales y sobre el uso de E.A.D, una intervención indicada y grupal basada en el entrenamiento de E.A.F (*búsqueda de solución de problemas y pensamiento positivo-reflexivo, y búsqueda de apoyo en padres o familiares*) detectadas como factores de protección en la subfase dos; dirigida a estudiantes en riesgo por consumo de sustancias y exposición a sucesos de vida estresantes.

Objetivos específicos

Diseñar la intervención grupal tomando como base las E.A.F que resultaron como factores de protección en la subfase dos de este proyecto.

Identificar las sustancias: legales e ilegales de mayor consumo “alguna vez en la vida” y en los “últimos tres meses” en la muestra estudiada.

Determinar las estrategias de afrontamiento (funcionales y disfuncionales) más empleadas por dicha muestra.

Comparar el tipo de intervención sugerida por participante según el ASSIST durante el pretest, en el grupo experimental y control.

Comparar en el grupo experimental y control, la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias: legales e ilegal, antes de iniciar la intervención.

Comparar los puntajes obtenidos respecto a las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales en el grupo experimental y control, antes y después de la intervención y en los seguimientos

Comparar los niveles de riesgo en relación al consumo de sustancias: legales e ilegales en el grupo experimental y control antes y después de la intervención y en los seguimientos.

Comparar en el grupo experimental y control las áreas de sucesos de vida estresantes (p.e Familiar, social, salud, personal y logros y fracasos).

Evaluar el cambio en el consumo de sustancias: legales e ilegales después de la intervención mediante el cálculo de la significancia clínica por participante (grupo experimental y control).

Hipótesis

- a) Conceptual: El uso de estrategias de afrontamiento de tipo funcional dirigidos a la búsqueda de apoyo en otros y la solución de problemas, funcionan como factores de protección ante el consumo de sustancias y ante situaciones de estrés (Anderson et al., 2006; Britton, 2004, Courtois et al., 2007; Luo y Wang, 2009; Oliva et al., 2009).

- b) De trabajo: Al finalizar la intervención grupal se espera que los participantes del grupo experimental presenten una disminución (mejoría) en el consumo de sustancias: legales e ilegales (cantidad y frecuencia) como resultado del entrenamiento en el uso de E.A.F (*búsqueda de solución de problemas y pensamiento positivo-reflexivo y búsqueda de apoyo en padres o familiares*).

En el grupo control no se espera una disminución (mejoría) en el consumo de sustancias: legales e ilegales (cantidad y frecuencia).

Después de la intervención se espera que las E.A.D hayan variado en el grupo experimental como resultado del entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

c) Estadísticas

H_{0_1} = Al inicio del estudio, la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias será igual en el grupo experimental y el grupo control.

H_{0_2} = Al inicio del estudio, los puntajes obtenidos de la medición de las estrategias de afrontamiento disfuncionales serán iguales en el grupo experimental y el grupo control.

H_{a_1} = Al finalizar el estudio, la cantidad y frecuencia del consumo de sustancias no serán iguales en el grupo experimental y control.

H_{a_2} = Al finalizar el estudio, los puntajes obtenidos de la medición de las estrategias de afrontamiento disfuncionales no serán iguales en el grupo experimental y el grupo control.

Variables

Definiciones conceptuales y operacionales

Variable independiente:

Intervención grupal

Se trata de una intervención indicada (Mrazek y Haggery, 1994) cuyo objetivo fue prevenir o detener la progresión del consumo de sustancias y sus problemas asociados (p.e escolares, familiares, interpersonales etc) a partir del entrenamiento en E.A.F dirigidas a la solución de problemas (entrenamiento en

habilidades o “*skills training*”). La población meta fueron jóvenes estudiantes en riesgo que reportaban algunos síntomas de involucramiento con el consumo de sustancias pero que no cumplían con características de dependencia clínica y que presentaban un riesgo moderado respecto al uso de drogas así como exposición a sucesos estresantes.

A este tipo de intervenciones también se les conoce como intervenciones tempranas o “*early interventions*” (Mrazek y Haggery, 1994).

La intervención se aplicó en modalidad grupal (entre 8 y 11 participantes) con una duración de 7 sesiones semanales con seguimiento a uno y tres meses:

- Sesión 1 y 2: Aplicación de cuestionarios o evaluación (pretest). Lineamientos del taller.
- Sesión 3: Identificar situaciones estresantes
- Sesión 4: Identificar las estrategias de afrontamiento funcionales y no funcionales. Establecer un perfil personal de afrontamiento.
- Sesión 5: Entrenamiento en solución de problemas y pensamiento reflexivo.
- Sesión 6: Entrenamiento en búsqueda de apoyo en padres o familiares.
- Sesión 7: Sensibilización en ofrecer ayuda a otros como otra E.A.F. Cierre del taller y postest
- Seguimientos

El enfoque en la cual se basó dicha intervención fue en el aprendizaje y entrenamiento de habilidades (“*skills training*”) enfocadas a la solución de problemas (Sperry, 2006). Se buscó que los jóvenes aprendieran a usar un conjunto de habilidades efectivas para enfrentar situaciones de estrés o preocupación mediante la identificación de la causa de dicho malestar y el aprendizaje de un método sistemático de solución de problemas así como de otras habilidades de comunicación interpersonal que los dotara de habilidades para futuros problemas y que indirectamente resultara en una disminución de su patrón de consumo (cantidad y frecuencia).

Dichas estrategias fueron promovidas mediante rol-playing y a través de la asignación de tareas (p.e viñetas, estrategia de 5 pasos para la solución de problemas) siempre en una dinámica grupal. El rol playing permitió que los jóvenes practicasen dichas estrategias y a la vez se les proporcionó retroalimentación de su ejecución tanto por la facilitadora como por el grupo de pares.

Variable dependiente

Estrategias de afrontamiento

Definición conceptual: Las estrategias de afrontamiento funcionales son aquellas que utiliza el individuo para solucionar el problema, que le permiten mantenerse optimista, adaptado, relajado y socialmente conectado (p.e solución de problemas, centrarse en lo positivo, dedicarle tiempo las amistades, pertenecer al grupo de pares, trabajar duro para tener logros, recreación física, religión, buscar actividades relajantes y búsqueda de ayuda en otros). Las estrategias de afrontamiento disfuncionales son aquellas que evitan el problema y que son negativas para la persona (p.e ignorar el problema, reservarse para uno mismo, no afrontar, autoculparse, reducción de la tensión, ilusiones y preocupación) (Frydenberg et al., 2008).

Definición operacional: Las estrategias funcionales según el *Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes* (CAA, Lucio, Villarruel y Villegas, 2005; en Lucio y Villarruel, 2008) comprende la subescala de 1) pensamiento positivo y búsqueda de soluciones (p.e *“Tengo confianza en que el problema se va a solucionar”, “Analizo las cosas con calma y busco solución”*), 2) búsqueda de apoyo (p.e *“Contarles a mis papás y hermanos para que me aconsejen”, “Platico el problema con alguien de confianza”*) y 3) religión (p.e *“Rezo para sentirme mejor”, “Busco consuelo en la religión”*). Mientras que las estrategias disfuncionales comprenden las subescalas de 1) rumiación e impulsividad (p.e *“Me preocupo por el problema todo el tiempo”, “Hago cosas sin pensar”*), 2) evitativo pasivo (p.e *“Actúo como si todo estuviera bien”, “No le doy mucha importancia”*) y 3) distracción con el grupo

de pares (p.e. “Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema”, “Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos”), principalmente.

Aunque la medición del patrón de consumo de alcohol y marihuana (cantidad y frecuencia) no se establece como una variable dependiente, su medición se propone para tener un indicador adicional de la efectividad de la estrategia de intervención. Por consumo de alcohol y marihuana se entiende: “el promedio de copas o tragos estándar consumidos por ocasión así como número de cigarrillos de marihuana o toques; o rayas, grapas o pastillas por ocasión durante los seis meses previos a la intervención, durante la misma y dos meses después de la misma” (Martínez et al., 2004).

Se registró el patrón de consumo de sustancias (cantidad y frecuencia), seis meses previos a la estrategia preventiva, a través de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998 en Echeverría, Ruíz, Salazar y Tiburcio, 2004); con el objetivo de contar con datos que permitieran hacer una comparación del patrón de consumo de cada participante. Dicho patrón se comprobó con las mediciones semanales mediante el autoregistro del consumo de sustancias, así como los datos recabados durante los dos seguimientos propuestos (citado en Echeverría et al, 2004).

Muestra y Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico intencional. La muestra total inicial estuvo conformada por 44 estudiantes (14 en el grupo experimental y 30 en el grupo control).

El grupo experimental se conformó por aquellos estudiantes (n=14) previamente identificados en riesgo por las autoridades escolares, específicamente por el departamento de tutoría del plantel de bachillerato; los tutores recibieron reportes de los profesores de materia respecto a la conducta de algunos alumnos identificados con problemas de conducta en clase; ausentismo escolar; violencia intrafamiliar o rumores relacionados con un posible consumo de sustancias.

Respecto al grupo control (N=30) se trabajó con un grupo entero, también detectado en riesgo por el departamento de tutoría. Se presentan las características sociodemográficas de ambos grupos (Ver tabla 13).

Tabla 13. Características sociodemográficas del grupo experimental y control

| | Grupo experimental | | | | Grupo control | | | |
|---------------|-------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|-----------|------------|------------|
| | M | F | | | M | F | | |
| Sexo | 42.9% | 57.1% | | | 26.7% | 73.3% | | |
| Edad | \bar{X} = 17.15 (d.e= 1.14) | | | | \bar{X} = 15.73 (d.e= 1.31) | | | |
| Estado civil | Soltero 85.7% | | | | Soltero 93.3% | | | |
| Semestre/Bach | 2do 35.7% | 4to 35.7% | 5to 21.4% | 6to 7.1% | 2do 100% | 4to -- | 5to --- | 6to --- |
| Total (N) | 14 | | | | 29 | | | |

Nota: M=masculino, F=femenino; Bach=bachillerato

El riesgo en ambos grupos se relacionó con rezago escolar en cuestión de materias así como con la presencia de problemáticas en el hogar (p.e violencia intrafamiliar, problemas en la relación con los padres debido al establecimiento de normas o límites) y en la escuela (p.e materias reprobadas en la mayoría de los casos más de 2 materias, problemas de conducta en el salón de clases y con los maestros, posible consumo de sustancias).

Los criterios de inclusión fueron: (a) ser alumno de bachillerato y tener de 15 a 18 años de edad, (b) presentar un puntaje $T >$ a 65 en una o más áreas del cuestionario de sucesos de vida para adolescentes, (c) presentar de acuerdo al ASSIST un puntaje de 4-26 (riesgo moderado) para cualquier sustancia (p.e alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas etc), y (d) aceptar participar de manera voluntaria en el grupo de intervención para los estudiantes que conformaron el grupo experimental; en el caso del grupo control se requirió participación voluntaria para responder los cuestionarios.

Los criterios de exclusión fueron: (a) tener algún tipo de padecimiento mental que impida la asistencia al grupo de intervención, (b) no ser alumno del plantel en cuestión, (c) asistir actualmente a otro tipo de apoyo psicológico o tratamiento, y (d) presentar dependencia a las sustancias.

En cuanto a los criterios de eliminación se tuvo: (a) no aceptar las condiciones del consentimiento informado, (b) haber faltado a más de la mitad de las sesiones del grupo y (c) no cumplir con algunos de los criterios de inclusión antes mencionados.

De los 44 participantes iniciales solo 28 adolescentes (grupo control $n=17$ y grupo experimental $n=11$) cumplieron con los criterios de inclusión. Fueron eliminados 16 casos por no cumplir con los requerimientos antes mencionados.

Una vez concluido el estudio se encontró que 9 participantes completaron las cuatro mediciones ($n=6$ experimental y $n=3$ control); mientras que 11 completaron 3 mediciones ($n=2$ experimental y $n=9$ control). Fue necesario eliminar a 8 casos más dado que no cumplieron con más del 50% de la asistencia a las sesiones ($n=2$ grupo experimental y $n=6$ grupo control).

En total fueron eliminados y/o excluidos 24 casos dado que no cumplían con los criterios de inclusión que fueron establecidos, y/o por haber faltado a más de la mitad de las sesiones. La muestra final se conformó por 20 participantes: 8 participantes en el grupo experimental y 12 en el grupo control.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio explicativo, de campo y transeccional; dado que se buscó describir los cambios en las variables de interés antes, durante y después de la intervención (seguimiento a 1 y 3 meses) en el grupo experimental y en el grupo control, además de que se realizó en un escenario natural donde el control de las variables es moderado.

Diseño de Investigación

Se trabajó un diseño para dos muestras relacionadas con pretest y posttest, y grupo control con seguimiento a 1 y 3 meses. También llamado diseño de grupo control no equivalente (Campbell y Stanley, 2001). Donde el grupo experimental y control se conformaron de manera intencional, no aleatoria. El grupo experimental recibió la intervención mientras que el grupo control en lista de espera contestó los instrumentos de interés para el estudio, los cuales se describen a continuación.

G1 O1 X O2 O3 O4 (grupo experimental con Tx con seguimiento)

G2 O5 – O6 O7 O8 (grupo control en lista de espera)

Instrumentos

Para medir el consumo de sustancias se empleó el *Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias* (Henry-Edwards et al., 2003), que conforme a los datos que se presentaron en la subfase 1 de este estudio fue válido y confiable. Es un cuestionario breve de tamizaje que permite identificar a aquellas personas (adolescentes, personas preocupadas por su uso de sustancias, individuos cuya condición podría empeorar con el uso de sustancias) que presentan un uso peligroso y/o dañino de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactiva o incluso si se han desarrollado dependencia. Cubre las siguientes sustancias: tabaco; alcohol; marihuana; cocaína; anfetaminas tipo estimulante, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opioides y otras drogas.

Patrón de consumo (cantidad y frecuencia)

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría et al., 1998 en Echeverría et al., 2004). Es un instrumento que permite conocer el patrón de consumo actual de alcohol y otras drogas en relación a la frecuencia y cantidad de consumo en los últimos 6 meses. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de sustancias durante los seis meses previos al tratamiento. A los jóvenes se les

proporciona un calendario que abarca los 6 meses previos y se les solicita que reporten el número de copas estándar consumidas cada día o la cantidad de marihuana consumida en cigarros o toques etc (Martínez et al., 2004). Diversos estudios psicométricos han mostrado que es un instrumento de medición adecuado. La LIBARE ha sido utilizada con una amplia variedad de bebedores, desde bebedores de tipo social, hasta aquellos con niveles de dependencia medida y severa. En cuanto a la validez se ha encontrado que medidas altas en la Escala de Dependencia al Alcohol y en el Michigan Alcoholism Screening Test se correlacionan positivamente con un consumo fuerte en la LIBARE, mayor número de días de consumo y mayor consumo promedio por día (Ayala et al, 1998).

Formato de Auto- Registro del consumo (citado en Echeverría et al., 2004). El objetivo es que el adolescente registre su consumo diario de alcohol u otras drogas, señalando qué sucedió antes y después, así como los sentimientos o pensamientos relacionados. El consumo se registra durante el tratamiento y en los seguimientos. La validez del autoregistro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón de convergencia entre el autoreporte proporcionado por el joven y los reportes de otros informantes (padres y maestros) (Martínez et al., 2004). Por ser una medida que evalúa en forma retroactiva el consumo de sustancias puede estar sujeta a distorsiones y manipulación por parte de los usuarios.

Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005 en Lucio y Villarruel, 2008), desarrollado para conocer la forma en que los jóvenes le hacen frente a los problemas. Tiene 50 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde “nunca” hasta “es mucho de lo que yo hago”, así como dos preguntas abiertas. Se les ha aplicado a jóvenes con leucemia, madres adolescentes embarazadas y jóvenes de preparatoria.

Posee una validez de tipo factorial que con base en los análisis efectuados explica el 54.47% de la varianza; a través de un análisis de componentes principales se obtuvieron ocho factores principales: 1) Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; 2) Respuestas fisiológicas; 3) Rumiación e impulsividad; 4) Evitativo

pasivo; 5) Búsqueda de apoyo; 6) Distracción con el grupo de pares; 7) Impotencia y conducta autolesiva; y 8) Religión.

Para la medición de los sucesos de vida estresantes se empleó el *Cuestionario de sucesos de vida forma adolescentes* (Lucio y Durán, 2003), empleado en el estudio 1, el cual es un instrumento de autoinforme, compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta, que permiten evaluar de manera confiable los eventos de vida que los adolescentes mexicanos han atravesado, en un periodo no mayor a un año. El inventario permite identificar las áreas en las que se presentan dichos eventos estresantes: (1) Familiares, (2) Sociales, (3) Salud, (4) Personales y (5) Logros y Fracasos.

Procedimiento

Se conformaron dos grupos de jóvenes de bachillerato: (1) el grupo experimental que inició actividad el día 2 de marzo y concluyó el 13 de abril del 2011; y (2) el grupo control el cual inició actividad del 23 de marzo y concluyó el día 3 de mayo del 2011.

Con respecto al grupo experimental, la intervención dio inicio en el mes de marzo y concluyó en abril del 2011. En un inicio se tenían contempladas 8 sesiones grupales incluyendo el pretest (sesión uno) y el posttest (sesión ocho), una vez por semana durante siete semanas consecutivas, con una duración de hora y media aproximadamente; sin embargo, debido a la proximidad de la semana santa se decidió realizar el posttest durante la séptima semana (sesión siete) anticipando que al regresar del periodo vacacional era muy probable que aumentara la muerte experimental. Finalmente se cubrieron un total de siete sesiones grupales.

Los participantes fueron convocados al grupo experimental por el jefe de tutoría y orientación del Colegio de Bachilleres plantel 17 “Huayamilpas-Pedregal” y por uno de los tutores del turno matutino. La característica que compartían estos alumnos fue que presentaban, al inicio del año, rezago escolar en cuestión de materias y

muchos de ellos ya habían sido detectados por los tutores como alumnos en riesgo debido a que presentaban diversas problemáticas en casa y en la escuela. La consigna para los alumnos fue: “*Se les invita a un taller sobre resolución de problemas dirigido por un equipo de psicólogos especializados en el trabajo con jóvenes*”. El horario asignado por el jefe de tutorías para la intervención fue de 13:00 a 15:00pm, porque no se disponía de espacio dentro de la currícula escolar para implementarse en horario de clases.

Durante la primera y la segunda sesión que consistió en la aplicación de los instrumentos (p.e Ficha sociodemográfica, Cuestionario de sucesos para adolescentes, ASSIST y Cuestionario de afrontamiento) asistieron 19 alumnos de diferentes semestres. En la segunda sesión fue necesario continuar con la aplicación del pretest porque continuaron incorporándose nuevos participantes, sin embargo se dio comienzo al contenido de la intervención. A partir de la tercera sesión hasta la séptima se siguió el curso planeado para las sesiones de intervención, y se aplicó el autoregistro del consumo (como medida repetida) en cada sesión para darle seguimiento al consumo de sustancias de los participantes.

La intervención se basó en las cartas descriptivas propuestas y aprobadas por el comité durante el semestre 2011-1. Durante la aplicación de la intervención se realizaron algunos ajustes a las cartas descriptivas que se consideraron necesarios para mejorar el funcionamiento del taller y tomando en cuenta las características y necesidades de los participantes; el contenido de las mismas se describe en el **Apéndice B “Cartas descriptivas”**.

Es importante mencionar que los alumnos de ambos grupos (experimental y control) recibieron un consentimiento informado en el cual se les notificaban las condiciones del estudio haciéndose énfasis en la confidencialidad de los datos obtenidos y en la voluntariedad de la participación. Se desarrollaron dos formatos dado que la situación de ambos grupos era distinta, en uno se notificaban las condiciones de la intervención y en el otro, se destacaba la aplicación de cuestionarios con el fin de obtener información para desarrollar programas de intervención para jóvenes estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel 17; dichos

formatos se anexan en el **Apéndice C “Formatos”**. Asimismo se entregó un consentimiento informado dirigido a los padres de familia, en especial para los jóvenes menores de 18 años de edad.

Por otro lado y como se mencionó anteriormente, el trabajo con el grupo control inició el 23 de marzo y concluyó el 3 de mayo del presente año.

Una vez con la autorización de la maestra en turno, se procedió a hacer la aplicación de los cuestionarios. La consigna para este grupo fue: *“Mi nombre es Mariana Linage, soy psicóloga y pertenezco a la Facultad de Psicología, el motivo de mi visita se debe a que estoy recabando información sobre los riesgos a los que se exponen los jóvenes relacionados con la forma de resolver sus problemas y otros riesgos a los cuales están expuestos. La actividad que llevaremos a cabo durante siete semanas consistirá en contestar algunos cuestionarios que me darán información para detectar sus necesidades y perfeccionar un taller de intervención dirigido a jóvenes como ustedes”*. Como se mencionó con anterioridad, también se les entregó el consentimiento informado el cual fue firmado por cada alumno y otro para sus padres.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo durante siete semanas. En la sesión uno y siete se aplicó la batería completa de instrumentos, mientras que en las sesiones restantes solo se les aplicó el autoregistro del consumo de sustancias, explicándoles la equivalencia de un trago estándar: *“En esta hoja aparece un calendario de la semana anterior, les pido que anoten el número de copas o tragos que tomaron la semana pasada. Recuerden que deben anotar el número de tragos, por ejemplo una lata de cerveza equivale a un trago, una caguama equivale a tres tragos, media botella de destilados (tequila, whisky, ron) equivale a 12 tragos, $\frac{3}{4}$ de botella equivale a 17 tragos”*.

La maestra responsable de la clase de Tutorías estuvo presente durante las siete sesiones, quien en todo momento colaboró con el proyecto y prestó su ayuda para la realización satisfactoria de las actividades planeadas. El llenado de los autoregistros se pudo supervisar de manera detallada dado que era la única

actividad a realizar, la cual duraba alrededor de veinte minutos. Dado que el llenado de los cuestionarios se realizó durante la hora de clase de Tutorías, la maestra estuvo presente mientras los jóvenes realizaban la actividad sin embargo no tuvo contacto directo con los materiales. Una vez concluida la actividad se dejaba el salón y la maestra retomaba su clase.

Proceso de la Intervención

A continuación se presenta en extenso el proceso de las siete sesiones que conformaron la intervención aplicada durante el 2011 (marzo-septiembre/ octubre-diciembre). Así como las preguntas aplicadas al grupo experimental para sondear la influencia de la intervención en las áreas de interés desde una aproximación de tipo cualitativa.

Sesión 1 y 2

Objetivo general: Aplicación de los instrumentos de pretest, presentación del taller e identificación de situaciones de estrés en los jóvenes.

La principal actividad de la primera y segunda sesión consistió en el llenado de los cuestionarios del pretest, que consistieron en una ficha sociodemográfica que sondeaba el entorno escolar, familiar, económico y social del adolescente; un instrumento de tamizaje sobre consumo de sustancias: legales e ilegales (ASSIST); el cuestionario de sucesos estresantes de vida para adolescentes y el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento para adolescentes (CAA). Además de un instrumento de autoregistro retrospectivo del consumo de sustancias (LIBARE), así como la lectura y firma del consentimiento informado para alumnos y para padres. El llenado de los instrumentos implicó una inversión de tiempo importante, y la aplicación completa tomó casi dos horas, que se distribuyeron entre la primera y segunda sesión. En la primera sesión los jóvenes necesitaron de una hora y veinte minutos para contestar los primeros cuatro instrumentos, pero fue necesario intercalar algunas actividades lúdicas para evitar el cansancio *“no me gustan los cuestionarios, son aburridos”*.

Las dinámicas que dieron buen resultado fueron “El nudo” (Sesión 1 pp.205) y “Vamos a la playa” (Sesión 2 pp.207). La elección de una u otra dinámica se realizó en función del número de participantes. La primera se desarrolla de mejor manera cuando hay cinco participantes o más, mientras que la segunda se puede desarrollar con dos o tres participantes. Ambas fomentaron la integración grupal además de ser lúdicas y “romper el hielo”. El elemento lúdico resultó ser muy importante porque los jóvenes necesitaban de dinamismo, en varias ocasiones comentaron “*me divertí y aprendí*”, de tal forma que fue muy importante que las dinámicas tuvieran contenido de aprendizaje pero que también incorporaran elementos de juego.

Se hizo la presentación del taller así como la elaboración de los gafetes con los nombres de cada participante. El taller tuvo por objetivo “*conocer nuevas formas de resolver los problemas que se les presentan como jóvenes y que a la vez sean útiles*”, dado que el tiempo de la sesión estaba por concluir se explicó brevemente que las sesiones tendrían una duración de dos horas aproximadamente, que se llevarían a cabo todos los miércoles en el salón provisional y que el taller duraría un promedio de siete sesiones.

Fue de mucha ayuda sensibilizar a los participantes sobre la importancia de acudir a todas las sesiones “*el día de hoy hemos formado un grupo, cada uno es una parte importante y si faltan el grupo queda incompleto. Por eso es muy importante que sean constantes, por respeto al grupo y también para que ustedes saquen todo el provecho posible de esta actividad*”.

En todas las sesiones se realizaba un cierre: ¿Qué aprendieron? ¿Cómo se sintieron?; en esta sesión se les preguntó ¿Cuáles eran sus expectativas sobre el taller? Algunos comentarios fueron:

- “*Aprender a solucionar mis problemas, ser más abierta*”
- “*Solucionar mis problemas y sí, también ser más abierto*”

- *“Bueno yo vine como de intercambio, un maestro dio la cara por mi porque me agarró la policía fumando “juca” afuera del plantel, ya nos querían llevar y el maestro me ayudó, entonces yo le prometí venir al taller” *juca: pipa donde fuman tabaco*

En la sesión dos se continuó con el llenado de los cuestionarios, en especial se realizó la línea base retrospectiva o LIBARE donde los jóvenes anotaron en un calendario su consumo de sustancias tomando en cuenta los seis meses previos. Para esta actividad se les explicaron algunos conceptos como el trago estándar *“si bien en el taller no vamos a abordar directamente el consumo de sustancias, es importante que llevemos un registro. Como jóvenes están en contacto con las drogas y es importante que lo registremos”*. Se les pidió que registraran número de tragos, cigarros, jalones, grapas, piedras según el caso, tomando en cuenta la droga de mayor consumo: legal o ilegal. En su mayoría se pudo constatar que las drogas más reportadas por los jóvenes fueron el alcohol y el tabaco, para ellos fue relativamente sencillo entender el concepto de trago estándar entendido como aquella medida estándar que permite llevar un registro exacto del consumo y sus equivalencias en función de la concentración de cada bebida y de los gramos de alcohol (12 gramos de alcohol por copa estándar). Estos mismos conceptos se retomaron para el llenado del autoregistro del consumo, el cual era llenado por cada participante al inicio de cada una de las sesiones restantes, y tuvo por objetivo monitorear el consumo de la(s) sustancia(s) más consumida durante las siete semanas que duró el taller. Dicho formato de autoregistro se conformó de tres secciones: 1) día y fecha, 2) consumo (p.e número de copas, número de cigarros o números de “fumadas” o “jalones” en el caso de drogas ilegales como la marihuana o cocaína y 3) si el consumo era solos o en compañía. De tal manera que al final de la intervención se tenía un registro semanal (7 semanas) por participante de aquella droga más consumida por los jóvenes que participaron en la intervención.

En general los jóvenes sintieron cierta comodidad y tranquilidad al saber que no se iba a abordar el consumo de sustancias de manera directa y que toda la

información proporcionada sería confidencial, acotar que solo se llevaría a cabo un autoregistro del consumo disminuía sus defensas en torno al tema, lo cual fue positivo para la intervención.

Posteriormente se les dio el consentimiento informado, y se les hizo énfasis en la confidencialidad de la información *“en este taller vamos a platicar de sus vivencias y es aparte de la escuela, ni sus padres ni sus maestros van a conocer la información que ustedes me proporcionen ni sabrán de lo que hablamos aquí. Entonces pueden sentirse tranquilos. Es importante que lean el consentimiento para que entiendan las condiciones del taller así como sus derechos y obligaciones”*. En todos los casos los jóvenes aceptaron participar de manera voluntaria. Como muchos de ellos eran menores de edad se les comentó sobre la importancia de llevar a casa el consentimiento para padres. Se les hizo la aclaración de que era una mera cortesía para sus padres, para que estuvieran enterados de que asistían al taller y se les reiteró que sus padres no conocerían la información que estaban proporcionando.

Como parte de las actividades de la segunda sesión fue importante tener material suficiente (p.ej cuestionarios) para aquellos jóvenes que se incorporaban por primera vez al taller. Para aquellos que llegaban por primera vez fue necesario aplicar los cuestionarios y explicar nuevamente el objetivo del taller y su encuadre. Resultó muy útil involucrar a los participantes para que ellos mismos fueran quienes les explicaran a sus compañeros de primer ingreso en qué consistía el taller.

Con base en la experiencia y para futuras aplicaciones, se recomienda terminar el llenado de los cuestionarios en la sesión uno y dos dado que al quedar alumnos pendientes es necesario invertir nuevamente tiempo de las sesiones subsecuentes para concluir el llenado de los cuestionarios y muchas veces retrasa los objetivos previstos. Una alternativa fue pedir a los jóvenes que al finalizar la segunda sesión fueran tan amables de permanecer media hora más para terminar la aplicación de los cuestionarios. En otras ocasiones se les pidió que llegaran antes a la sesión

siguiente, pero dicha estrategia no fue efectiva porque eran muy pocos los que realmente acudieron a la hora establecida.

Como se mencionó, el llenado de cuestionarios ocasionaba que el ambiente se tornara aburrido y tedioso, por lo que fue necesario intercalar otras actividades, además de aquellas de contenido lúdico, como por ejemplo la explicación de los “Lineamientos del taller” o reglas del juego (Sesión 2 pp.206). Algunos comentarios fueron: *“Me parece importante que sea un ambiente tranquilo donde nos respetemos y no nos juzguemos”*, *“Lo que se platica en la sesión no saldrá de aquí”*. Parece ser que la confidencialidad dentro de las sesiones fue un punto muy importante para ellos, fue muy importante que quedara claro y en repetidas ocasiones lo mencionaron: *“Nos comprometemos a no comentar afuera del grupo lo que se hable aquí”*.

Otra actividad importante de la sesión dos fue la asignación de los roles dentro de las sesiones del taller; se trabajaron tres roles: “orden”, “motivador” y “resumen” (Hernández, 2007). Fue de mucha utilidad dado que cada sesión se iban alternando las funciones y a los jóvenes les gustó tener un “papel” dentro de la sesión además de que les ayudó para involucrarse más dentro del taller; el primero se encargaba de pasar lista y entregar los gafetes, el segundo era el encargado de motivar la discusión así como invitar a quienes no habían hablado durante la sesión a ser más participativos y el tercero se encargaba de hacer un resumen breve de lo visto en la sesión.

Después de la explicación de los roles y los lineamientos del grupo se aplicó una dinámica para darle dinamismo a la sesión, como el número de participantes fue mayor se llevó a cabo la actividad del “Nudo” (Sesión 1 pp.205), esta dinámica se puede incorporar según las necesidades del grupo y funcionó bien porque además de dinamizar la sesión mediante el juego, posee una moraleja. La moraleja de la dinámica fue: *“los problemas son como este nudo, está todo enredado, confuso. Pero los problemas tienen un principio, por algún lado comienzan. Al final se puede resolver si lo desenredamos con la ayuda de los demás”*. Se les pidió a los participantes que comentaran sus experiencias después de realizar la dinámica:

“Me sentí bien”, “Fue raro tocar a alguien que acabas de conocer”, “Al deshacer el nudo me sentí bien”.

En cuanto a los tiempos, las primeras tres actividades ya mencionadas tomaron alrededor de una hora con cinco minutos, por lo que restaron otros 25 minutos aproximadamente para iniciar con el primera actividad temática del taller que fue un grupo de discusión en el que los jóvenes expresaron aquellos eventos o áreas que les estresaban o preocupaban (Sesión 2 pp.206, 208). Se dio una breve introducción sobre la adolescencia y los cambios que conlleva en distintas áreas de su vida y, se les preguntó ¿a ustedes qué les preocupa?:

- *“A mí me preocupan las calificaciones, debo dos materias”*
- *“A mí también, mis papás me comparan con mi hermana, porque ella se quedó en una prepa y yo no, no entienden que somos personas distintas. Me pone triste”*
- *“A mí me preocupa como me veo. La verdad me dicen que soy vanidoso, pero siempre me gusta verme bien. Mis amigos me presionan porque les hablo a las chavas y me dicen ella está bien rara, pero a mí pues me gusta”*
- *“A mí no me preocupa lo que piensan los demás, si a mí me gusta cómo me veo es lo importante, nunca le vas a dar gusto a los demás”*
- *“A mí me preocupa quedar embarazada”* todas las chicas asintieron ante esa preocupación.

La facilitadora preguntó si tenían preocupación por el futuro y los comentarios indicaron que no era una situación que les estresara como las anteriores: *“Nunca lo había pensado”*. En cuanto a la elección de carrera comentaron: *“Yo quiero estudiar medicina”, “Yo quiero ayudar a la gente y en el ejército se puede hacer eso, aunque sea mujer yo quiero demostrarle a la gente que una mujer también puede”*.

Se abordaron las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a sus preocupaciones y coincidieron en que éstas son diferentes entre hombres y mujeres, pero al final concluyeron que todos tienen preocupaciones. Algunos comentarios fueron: *“Se siente bien saber que otros pasan por lo mismo que tú”, “Nunca pensé que los demás también les preocuparan las mismas cosas que a mí, me siento menos solo”, “Se siente bien hablar de esto porque en otros lados no es posible, en casa los papás te regañan, aquí hay libertad de platicar sin ser criticado”*.

Se hizo el cierre de la sesión, y los nuevos participantes permanecieron al final de la sesión para concluir la aplicación de los cuestionarios, la cual concluyó satisfactoriamente.

Sesión 3

Objetivo Principal: Identificar estrategias útiles y no útiles para hacerle frente a los estresores propios de la adolescencia.

La sesión se inició preguntando si traían firmado el consentimiento para padres, ningún participante lo había traído por lo que se les pidió para la siguiente semana. En caso de haber extraviado el formato se les dio uno nuevo por segunda vez. Como en la sesión anterior se realizó el llenado del autorregistro, recordando el concepto de trago estándar.

Se realizó el resumen de la segunda sesión, recordando aquellos eventos que mencionaron como estresantes. Se dio paso a la tercera actividad que correspondía al “collage”: *“¿Sabes lo que es un collage?”*, una participante comentó *“es una representación gráfica mediante un conjunto de imágenes de una situación”*. Se les pidió que representaran mediante recortes aquello que les estresa. Se formó un solo equipo (4 participantes en total), fue necesario ampliar la duración de la actividad porque la sola elaboración del collage les tomó 25 minutos. Se hizo énfasis en que fueran pegando sus recortes y organizándolos. Una vez hecho el collage se les pidió que lo explicaran, la cartulina fue dividida en dos partes: 1) aquello que los estresa y 2) aquello que los ayuda a desestresarse.

En los jóvenes se notó una necesidad por hablar no solo de aquello que les preocupaba sino rescatar las formas de hacerle frente a los problemas. Asimismo fue notorio que hablar sobre los estresores les era difícil *“hablar de aquello que nos estresa es difícil pero si intentamos ir describiendo las imágenes que eligieron, puede ser de ayuda”*; *“a mí me estresa todo lo que tenga que ver con niños, quedar embarazada, a nuestra edad no estamos preparadas para tener hijos. Lo que debemos hacer es terminar la escuela”*, *“a mí mi familia, en mi casa no hay comunicación. Empezamos hablando y terminamos peleando. Las cosas en mi casa son complicadas. Me acabo de enterar que soy adoptada y eso me hace plantearme muchas preguntas”*. Al ser un tema sensible se le dio contención a la alumna, agradeciéndole la confianza con el grupo y se le brindó escucha de manera empática y sin juicios. La facilitadora preguntó *“¿Qué le pueden comentar a su compañera ante esto tan personal que nos comparte?”*: *“Qué no estés triste, bueno sí, es normal. Pero que veas el lado positivo y que si lo necesitas busques quiénes son tus papás, estás en tu derecho y yo te apoyo”*, *“Pues que pienses que esa situación te permitió tener una familia que te apoya y te quiere”*.

Se hizo una devolución de lo comentado por todos: *“Es normal que te sientas contrariada y con muchas preguntas. Quizás hablar con tus papás y preguntarles sobre tus papás biológicos te haga sentir bien. Gracias por la confianza”*.

Se continuó con el collage y las situaciones de estrés: *“A mí me estresa tener pareja porque no entienden que quiero estar con mis amigos”*, *“A mí me estresa abrirme, saber si puedes confiar o no en esa persona. También discutir con mi papá, solo vivo con él y es horrible pelear, me siento solo”*.

De manera alternada a la situación de estrés, iban mencionando lo que les hacía sentir bien: *“Me gusta ver tango o algún baile en la tele. Eso me relaja. También bailar tango. Tomar té y prender incienso. Soy espiritual”*, *“Me relaja el dibujo”*, *“Me gusta mucho jugar futbol”*, *“Me gusta manejar, el coche avanza aunque yo no, me siento libre”*.

Se hizo una dinámica para que se relajaran llamada “Mundo feliz”, esta dinámica no estaba planeada en la carta descriptiva pero fue de mucha utilidad porque el ánimo del grupo había decaído después de compartir experiencias tan personales, se notaba un ánimo más de introspección y era necesario energizar al grupo para dar paso a la siguiente actividad.

La actividad cuatro consistió en una “lluvia de ideas”, la pregunta evocadora fue “¿Cómo creen ustedes que los jóvenes enfrentan sus problemas?” Dieron una lista de 12 estrategias, las últimas 4 las señaló la facilitadora (p.e *huir*, *“hacerse de la vista gorda”*, *evadir o mentirnos a nosotros mismos*, *pedir ayuda a un psicólogo*, *hablar con amigos*, *distracción en fiestas*, *dejarlos pasar*, *platicar con alguien de confianza*, *despreocuparse*, *trabajar duro*, *rezar*, *culpase a uno mismo o a los otros*, *reaccionar emocionalmente*). Se les pidió que señalaran cuáles eran según ellos, las más usadas por los jóvenes:

- 1) Hablar con amigos
- 2) Distraerse (ir a fiestas)
- 3) Dejarlos pasar

Se formaron parejas, la actividad cinco (Sesión 3 pp.210) consistió en que cada pareja eligiera 4 tarjetas de sucesos-afrentamiento y las discutieran siguiendo las siguientes preguntas: ¿qué situación enfrenta la persona? y ¿qué opinan de eso?. La situación que más comentaron fue “Me drogué y me sentí solo”, los jóvenes varones comenzaron a hablar de su consumo de sustancias: “*Yo he probado la marihuana, te seca la boca y te da hambre. La usé con fines medicinales. Jugando futbol me lastimé la rodilla y mis amigos me dieron para fumar. Me quedé dormido y me sentí mejor*”. Fue necesario intervenir y dar información objetiva “*En México la marihuana es ilegal y no está legalizado su uso medicinal. En EE.UU sí, pero en casos severos de glaucoma y cáncer, cuando hay mucho dolor o para abrir el apetito*”. Se promovió la reflexión grupal y se le preguntó al alumno su opinión ¿*Qué opinas, te sentiste bien por la marihuana o porque pasó tiempo y tu lesión se desinflamó?* El alumno comentó que podía haber sido la segunda opción.

Otro alumno comentó que había consumido cocaína *“yo me metí una línea para aprobar un examen. Estaba crudo y tenía mucho sueño, pero no me sirvió de nada porque a la mera hora el maestro no hizo el examen”*. Se prestó escucha reflexiva al alumno *“entonces por lo que nos comentas consumir cocaína no solucionó tu problema, no cumplió su propósito”, “así es...no lo vuelvo a hacer, aunque cuando voy a fiestas y la fiesta está muy buena, sí se me antoja”*. Se reflexionó con el grupo sobre el consumo de sustancias como una salida “aparentemente fácil” para solucionar los problemas *“puede hacernos olvidar momentáneamente pero el problema sigue ahí. Existen otras formas de resolver los problemas que son más útiles”*. El alumno que comentó haber probado la marihuana hizo una reflexión: *“Entonces lo que nos estás diciendo es que el consumo de drogas no ayuda a solucionar los problemas y que hay otras formas”*. Se les explicó que por el contrario, puede agravar los problemas *“es como una bola de nieve, se va haciendo más y más grande”*.

Se reflexionó sobre otras estrategias de afrontamiento funcionales *“yo pido ayuda a mis papás y amigos”, “yo reflexionó antes de actuar, pienso las cosas”*. Se les pide que intenten ubicar con ayuda de la lista de las 12 estrategias, qué nombre le darían a cada tarjeta de estrés-anfrentamiento. Por ejemplo:

“Usé drogas y me sentí mal” podría ser *evadirse, huir*

“Me sentí mal porque se suicidó mi tío y no estuve para ayudarlo” podría ser *culpase a sí mismo*

“Reprobé una materia pero me puse a estudiar, le eché ganas” podría ser *hacerse responsable y trabajar duro*

Se realizó el cierre de la sesión y se les pidió que observaran una última vez el pizarrón con la lista de 12 estrategias y comenzaran a pensar cuáles de esas estrategias pueden ser clasificadas como “Funcionales” y cuáles como “No funcionales”. Se les agradeció su asistencia y se les invitó a no faltar a la siguiente sesión.

Sesión 4

Objetivo Principal: Identificar el perfil personal de afrontamiento y fortalecer la identificación de las estrategias de afrontamiento útiles y poco útiles.

Se comenzó con el llenado del autorregistro del consumo de sustancias. Después se les pidió que hicieran un resumen de lo visto la sesión anterior, comentaron que se había trabajado con las tarjetas estrés-afrontamiento donde se relataban algunos problemas que habían pasado otros jóvenes y cómo lo habían solucionado. Otra chica comentó: *“Hicimos unos collage sobre las cosas que nos estresan como quedar embarazada, que nos comparen con nuestros hermanos, el tráfico, no entrar a la universidad, etc”*.

La primera actividad consistió en dividir al grupo en dos y pedirles que las tarjetas de estrés-afrontamiento las agruparan en dos categorías: útiles y no útiles. El equipo que tuviera más aciertos ganaba dulces y cupones de descuento. El objetivo de la actividad se cubrió porque los jóvenes fueron capaces de analizar con detenimiento cada una de las situaciones y agruparlas, sin embargo, el ánimo de los participantes se notaba decaído, la facilitadora abrió el tema: *“Hoy los noto muy callados, ¿pasa algo?”*, a lo cual los alumnos contestaron: *“Es el calor”, “Hace mucho sol”, “Mis amigas me hicieron caminar mucho”*.

El equipo 1 resultó ganador con solo medio error, mientras que el equipo 2 tuvo 1 error, de cualquier manera todos tuvieron un incentivo. Sobre la clasificación de las estrategias de afrontamiento, se hizo hincapié que ninguna es mejor que otra, sino que la clave está poderlas combinar y no estancarse en el uso de unas solas. De manera particular, se habló de que la culpa no era una estrategia efectiva, Asimismo “no hacer nada” cuando el problema tiene soluciones es evitarlo y no enfrentar la situación.

En cuanto a “sentirse mal” o “sentirse enojado” se profundizó en la reflexión de llegar al “meollo del asunto”. *“No sirve de nada sentirse mal y no encontrar porque te sientes mal”, “Hay que reflexionar a fondo”*. La facilitadora aclaró que en

ocasiones sentirse triste o enojado es la primera reacción que tenemos y que es natural, pero que es importante hacer el esfuerzo de analizar qué está pasando.

Sobre las estrategias funcionales de “ser optimista” y “ver el lado bueno a las cosas”, los participantes comentaron que esto tiene que ver con la autoestima y que ayuda a sentirse mejor. Asimismo se recalcó que otra forma de sentirse mejor ante un problema es “dar apoyo a otros” como en el caso de las muertes o alguna enfermedad.

Se dio paso a la siguiente actividad, que fue el cuestionario de Afrontamiento (Sesión 4 pp.212). Se les aclaró que ese perfil era para que ellos vieran ejemplificadas las formas de enfrentar los problemas y para que tuvieran un “diagnóstico” de su forma de afrontar las situaciones. En general les pareció interesante la “acción social”, “Hacerse ilusiones” y “reducción de la tensión”.

Para concretar el objetivo de la actividad pasada se les pidió que dibujaran en una hoja, basándose en los resultados del cuestionario de afrontamiento, aquella estrategia que ellos más empleaban. Como se había mencionado el elemento lúdico fue importante porque les ayudó a aprender de manera divertida. Una vez terminado el dibujo se les pidió a los participantes que se lo pegaran en la espalda para que sus compañeros vieran qué estrategia habían empleado. Se les dio unos minutos para caminar en círculo y observar los dibujos de los demás. Al final se pusieron los dibujos en el piso y uno a uno intentó ubicar al “dueño” de cada representación gráfica. Fue interesante porque la mayoría optó por dibujar estrategias funcionales relacionadas con la distracción como: “Salir a fiestas”, “Dibujar”, “Hacer deporte” y “Bailar”. Solo una participante dibujó el llanto y sentirse culpable ante los problemas *“Yo lloro y reacciono emocionalmente ante mis problemas”*.

A manera de cierre se les pidió que resumieran en una palabra lo que habían aprendido en la sesión, no todos quisieron hablar, se mostraban reservados y con baja energía: *“Opciones”, “Buscar la mejor solución al problema”, “Hay muchas formas de solucionar los problemas”*.

Al final se organizó la convivencia que se llevaría a cabo la sesión entrante, cada uno ofreció llevar cosas como: vasos, servilletas, postre, refrescos y pizza. Realizar este tipo de actividades con los jóvenes ha sido de mucha utilidad porque favorece el intercambio y la integración como grupo, además de que es una oportunidad para que se involucren y compartan experiencias con los demás jóvenes.

Sesión 5

Objetivo Principal: Aprender dos estrategias de solución de problemas funcional: la reflexión y la solución de problemas en cinco pasos.

Durante el taller la impuntualidad de los alumnos fue una constante que por momentos entorpeció el ritmo de la dinámica, sin embargo se hizo lo posible para que aquellos que llegaban después se incorporaran a las actividades.

La primer actividad consistió en el llenado del autorregistro, también se abordaron los comentarios de la sesión anterior que en general fueron solo observaciones como: *“No me gustan los cuestionarios”*, *“La sesión anterior fue muy interesante”* entre otros.

Si bien en la carta descriptiva de la sesión 5 estaba planeado primero la estrategia de imaginación guiada y después el llenado de la hoja del trabajo; la facilitadora decidió invertir el orden de las actividades porque se pensó que sería mejor para el ambiente del grupo en ese momento. Por lo que se dividió al grupo en cuatro grupos de tres y se les entregó la hoja de trabajo *“Viñetas: La reflexión”* (Sesión 5 pp.213). Muchos de los chicos comentaron que la estrategia que más utilizaban era *“pensar antes de actuar”*, *“reflexionar sobre las posibles soluciones”* etc, por lo que se les felicitó por eso y se les aclaró que durante esta sesión aprenderían algunos otros consejos sobre cómo emplear esa estrategia.

El co-facilitador apoyó en la supervisión del llenado de la hoja de trabajo. Una vez que terminaron se les pidió que prepararan una *“mini obra de teatro”* en la que ejemplificaran una de las dos situaciones planteadas en la hoja de trabajo, y cada

uno tendría que tomar un rol: “la persona en problemas”, “el diablito: aconsejando resolver el problema con estrategias poco útiles” y “la princesa: aconsejando las estrategias útiles”. El ejercicio se comprendió muy bien y para darle dinamismo a la sesión se eligió un grupo para hacer la mini obra de teatro. Es importante mencionar que la obra de teatro no estaba planeada en la carta descriptiva pero que fue de mucha ayuda porque los chicos se divertieron y además experimentaron de manera vivencial el dilema en el que pueden encontrarse ante un problema.

Se hizo el cierre de la actividad preguntando ¿qué aprendieron?, ¿les gustó la actividad? Y se prosiguió a la siguiente actividad que fue la imaginación guiada, en la que se les pidió a los participantes que se imaginaran en un bosque y pensarán en un problema que les preocupara y tratarán de darle solución. La dinámica se acompañó de música relajante. Tuvo una duración de diez minutos y al terminar se les pidió que dibujaran aquello que habían imaginado o alguna representación del problema que intentaron resolver. Se les preguntó si ¿habían podido imaginar el bosque?, ¿se pudieron relajar?, ¿encontraron una solución a su problema?, ¿esa solución es viable? etc. Todos contestaron afirmativamente pero llamó la atención que ninguno expresó el problema que le preocupaba en ese momento. Coincidieron en que esa estrategia les parece útil para evitar actuar de manera impulsiva “*yo soy muy impulsiva, no pienso antes de hacer las cosas y luego me arrepiento*”, “*yo trato de pensar en todas las posibles soluciones de un problema antes de actuar*”.

La imaginación se mezcló con un poco de relajación y eso bajó la energía del grupo, por lo que se introdujo otra dinámica (tampoco planeada en la carta descriptiva) para devolverle la energía al grupo, la cual se obtuvo del libro de Frydenberg (2010), llamada “la pelota positiva”, que consistía en una pelota con números, a cada uno le correspondía una pregunta (ver guía de preguntas), la pregunta a responder correspondía al número que tocara el dedo pulgar derecho. Los chicos se divertieron y se animaron. Se dio paso a la última actividad de la sesión que consistió en introducirlos a la solución de problemas mediante la estrategia de

cinco pasos (Sesión 5 pp.214). Se les planteó un problema que planteó un chico en talleres pasados y se les pidió que le dieran solución al mismo y que al final revisáramos la solución que la persona implicada había planteado.

El problema fue “Decirle a mi amigo que me metí con su novia”, el problema en sí los motivó a realizar la actividad. Se formaron cuatro grupos de tres. Como era de esperarse las soluciones que encontraron fueron muy similares a las planteadas por el chico implicado. De los cuatro grupos, tres resolvieron que la opción con más ventajas era decirle al amigo directamente lo sucedido con la novia; excepto un grupo que sugirió que lo mejor era no decir nada. Se analizó esta última solución tratando de ver todas las posibles implicaciones, tal vez que la novia se adelantara y le dijera al amigo, el sentimiento de culpa que se cargaría por no decirlo abiertamente etc. Se les pidió a los miembros de dicho equipo que ahora representaran cómo sería decirle al amigo que se metieron con la novia. Una vez más, fue notorio que disfrutaban mucho los sociodramas.

Se hizo el cierre de la sesión, se les pidió que anotaran sus comentarios en el buzón y se les invitó a participar en la convivencia con alimentos. Todos aportaron algo: vasos, servilletas, papas, dulces etc, se les llevaron dos pizzas para compartir.

Sesión 6

Objetivo principal: Aplicar la estrategia de solución de problemas a un problema personal y aprender a solicitar apoyo a padres o familiares ante un problema.

Para la sexta sesión se observó una disminución en la asistencia de los participantes, se sondeó si había alguna actividad que explicara la ausencia pero al parecer no hubo nada fuera de lo normal en el plantel. Solo una chica avisó a otra compañera que estaba enferma y que no podría asistir.

Se hizo un resumen de la sesión anterior, preguntado a los chicos qué habíamos tratado: *“Hablamos sobre las estrategias útiles e inútiles para resolver los problemas”, “Aprendimos a imaginar un problema y a buscarle soluciones de*

manera reflexiva”, “*Aprendimos una estrategia de cinco pasos para solucionar los problemas y luego actuamos*”, “*Practicamos la estrategia en un problema de otro chico que no sabía qué hacer porque se había metido con la novia de su amigo*”.

Se les explicó que en esta sesión tendrían que practicar ahora con un problema personal “*La sesión pasada practicamos la estrategia de los cinco pasos en un problema ajeno, el reto para esta sesión será aplicarla a un problema propio. Vamos a repasar los pasos*”, se revisaron los cinco pasos y se les pidió que se sentaran separados para que cada uno contestara la hoja de trabajo. Al terminar se les invitó a que comentaran con sus compañeros para identificar si algún otro compartía un problema similar al propio.

Al finalizar se sentaron en círculo y se comenzó a explorar el ejercicio “*¿Alguien quiere compartir su problema?*”, los cinco jóvenes comentaron sus problemas. Fue muy notorio que al ser un grupo más pequeño se sintieron en más confianza para hablar, sobre todo en el caso de una chica y otro joven que en sesiones anteriores se mantenían callados. En todos los casos los chicos tuvieron tiempo de comentar su problema y pedir consejo a los demás. La atmósfera era de escucha y respeto, se hicieron sugerencias de cómo poder resolver el problema en cuestión. Los jóvenes se mostraron conformes al ser escuchados y al tener la opinión del grupo. La facilitadora hizo hincapié que los comentarios eran solo sugerencias y que solo ellos podían tomar una decisión. Los problemas fueron diversos: saber que era adoptada, baja autoestima, problemas de pareja, problemas con amigos, el tráfico y bajo rendimiento académico.

La siguiente actividad se obtuvo del libro de Frydenberg (2010) “círculo positivo” (Sesión 6 pp.216), los jóvenes se sentaron en círculo y se les explicó que una forma de sentirse bien consigo mismo era hacer sentir bien a los demás. La consigna fue que un participante tenía que estar sentado en medio del grupo mientras los demás le decían cosas positivas relacionadas con su forma de ser, evitando hacer referencia a la forma en que lucía o a sus pertenencias. Se les invitó a ponerse unos lentes de ojos chuecos “*esos lentes ayudan a ver lo positivo en los demás*”. Los lentes hicieron la dinámica más divertida porque se veían

chistosos. Al final un participante comentó: *“Los lentes fueron como las máscaras en las obras de teatro, te ayudan a representar otro papel y a no tener pena de expresar lo que piensas”*. Se sondeó cómo se sintieron y qué les pareció escuchar cosas positivas acerca de sí mismos: *“Me gustó, casi nunca nos tomamos el tiempo de decirle cosas positivas a otros”*, *“Es padre que los demás te digan lo bueno de ti, no siempre pasa”*.

Para sesiones futuras se recomienda incluir esta dinámica y enfocarla al fortalecimiento de la autoestima dado que es una necesidad que expresan los jóvenes *“me siento insegura”*, *“¿cómo puedo fortalecer mi autoestima?”*.

Antes de dar comienzo a la siguiente actividad, la facilitadora comentó *“las sesiones pasadas revisamos dos estrategias para enfrentar los problemas: la reflexión y los cinco pasos para la solución de un problema. Ahora revisaremos otra estrategia que es pedir ayuda a padres o familiares...quién quiere empezar, haremos una lluvia de ideas. ¿Qué opinan de pedir ayuda a padres o familiares?”*

Entre los comentarios:

- “Te puede servir su experiencia porque ellos ya pasaron por eso”
- “Pueden darte buenos consejos”
- “Es bueno tener alguien quien te escuche”
- “Si el problema es con los papás, es bueno hablar directamente con ellos”

También surgieron algunos inconvenientes de hablar con los papás:

- “Corres el riesgo de que te sermoneen”
- “Que pueden regañarte y ponerse muy sobresaltados”
- “A veces no te dicen lo que esperas oír”
- “Es mejor contarle a tus amigos o solucionar el problema tu solo”

Retomando esas reflexiones se les pidió que hicieran una representación de un problema en el que el involucrado pidiera ayuda a sus papás y obtuviera buenos consejos (Sesión 6 pp.217). Se les dieron 10 minutos para disfrazarse y crear la representación. Fue necesario recordarles algunos consejos para mejorar la comunicación con los familiares como: a) iniciar preguntando si nuestro familiar tiene tiempo de hablar con nosotros, b) solicitar amablemente la ayuda deseada, c) señalar cómo te puede servir su consejo, d) pedir su opinión al respecto y e) agradecer la escucha.

El problema que eligieron fue: “Un chico joven que anda con una señora mayor, y la mamá del chico no sabe”. Estaban involucrados la hija de la señora y el primo del involucrado. Se tuvo que hacer una pausa porque no se cumplía con el objetivo de la representación, al parecer la mamá solo lo regañaba. *“Recuerden que el desenlace debe ser positivo, la mamá está muy enojada entonces deben llevar la conversación para obtener un consejo”*. Al final la señora le sugiere al chico que mejor sea novio de su hija que es más joven y la mamá le pide al involucrado que piense bien eso de andar con una mujer mayor, y que es mejor que esté con alguien de su edad”.

Se reflexionó sobre el papel del primo, y se concluyó que solo le dijo *“yo te apoyo, hagas lo que hagas”*, reflexionando que a veces los amigos o la gente de tu edad *“solo te dan el avión pero no te ayudan realmente a resolver el problema”*. De los cinco participantes solo uno se mostró renuente a pedir consejo a los padres *“yo prefiero resolver los problemas yo mismo, o mejor contarle a mis amigos”*.

Se les sugirió que además de los padres, existen familiares que nos pueden ayudar como un tío, un primo mayor o hasta los abuelitos.

Pasando a otro tema, se les preguntó qué tan probable sería verlos el siguiente lunes o martes para tener la séptima sesión y evitar que se atravesaran las vacaciones. Los chicos sugirieron que era mejor vernos el miércoles como siempre y hacer la rifa de regalos y el convivio después, quizá el jueves. Dado que

hubo poca asistencia, se decidió juntar la séptima y octava sesión y aprovechar el tiempo al máximo para no poner en riesgo la aplicación del pos test.

Fue necesario hacer ajustes en relación a la octava sesión para evitar la muerte experimental debida a factores tales como: vacaciones, puentes o incluso amenazas de huelgas en los planteles. La mejor estrategia fue juntar las últimas dos sesiones. Se hizo el cierre y se les invitó a no faltar la siguiente sesión.

Sesión 7 y post test

Objetivo principal: Aprender a ofrecer apoyo a otros que pasan por algún problema similar y aplicar los cuestionarios del postest.

Se comenzó haciendo un repaso de las habilidades antes vistas y se les recordó que en esa sesión se revisaría la última habilidad que consistía en “ofrecer ayuda a otros”. La facilitadora comentó: *“Una forma de sentirnos mejor con nosotros mismos es ayudar a otros que pasan por una situación similar a la nuestra. Esto es muy importante porque en ocasiones, cuando pasamos por un problema, solemos centrarnos en nosotros mismos o pensar que somos los únicos con problemas cuando no es así. Así es como ayudar a otros es otra opción más para enfrentar un problema, por ejemplo: una muerte, el divorcio de nuestros padres etc”*.

Se dividió al grupo en tres equipos y se les entregó la hoja de trabajo con las viñetas (Sesión 7 pp.218). La instrucción fue que debían leer las situaciones y contestar las preguntas. Al terminar se reunió al grupo para comentar la actividad, haciendo especial énfasis en cómo se sintió la persona al haber ayudado a otros. Se les preguntó si ellos habían ayudado a otros, una chica comentó *“yo ayudé a mi mamá cuando mi abuelita falleció”, “yo puedo contactar con la gente que murió y darle el mensaje a los familiares, es un tanto raro pero es una habilidad que tengo. Estoy aprendiendo a manejarlo, pero ayudo a otros que están atravesando por un momento difícil”, “yo ayudé a mi prima que se quería suicidar, le pedí que lo pensara bien que todos la queríamos. Me hizo caso y no se mató. Luego le dijimos a mi tía y la internaron, ahora ella está mejor”*.

La chica que compartió cómo había ayudado a su prima recibió contención del grupo y de la facilitadora *“fuiste muy valiente al acercarte a tu prima en ese momento porque no es fácil hablar con una persona que pasa por un momento tan difícil como decidir quitarse la vida”*, los demás chicos coincidieron y la felicitaron por haberle brindado apoyo a su familiar en un momento crucial.

La facilitadora comentó: *“Es natural que lo primero que hagamos ante una situación dolorosa sea encerrarnos en nosotros mismos, pero ahora sabemos que también podemos ayudar a otros a sentirse mejor y es una manera de compartir el dolor, al mismo tiempo que podemos encontrar alivio y no sentirnos solos”*. Después se dio paso al sociodrama (Sesión 7 pp.219), se dividió al grupo en dos equipos y se les pidió que representaran una situación: equipo 1 la muerte de un familiar y equipo 2 el divorcio de los padres.

Ambos equipos hicieron la representación y fue necesario hacer pausas en la representación porque se estaba tomando a broma y estaba siendo difícil hacer contacto con la emoción de la situación representada. Quizás una forma de evitar que se disperse la actividad sea hacer grupos pequeños no más de tres integrantes o incluso parejas. Se les pidió que entre todos hicieran un resumen de la sesión para dar paso a la siguiente actividad que fue el llenado de los cuestionarios del postest, antes se les sensibilizó sobre la importancia de la actividad *“Sabemos que los cuestionarios no son de su agrado, pero les pido comprensión porque para nosotros es la única forma que tenemos de saber si el taller les funcionó o no. Entonces les pido contesten con sinceridad y con cuidado. Les recuerdo que son totalmente confidenciales”*.

A cada participante se le entregó el material necesario (p.e hojas de respuesta y cuadernillo) para contestar el ASSIST y el CAA, así como una evaluación breve del taller (formato empleado en talleres anteriores).

Al terminar la actividad se les pidió que se sentaran en círculo para hacer el cierre del taller. La facilitadora comenzó agradeciendo a todos por su esfuerzo: *“Yo les agradezco su esfuerzo por haber terminado las siete sesiones, sé que les implicó*

un esfuerzo extra. También espero que el taller les haya funcionado para que encontraran otras opciones para enfrentar sus problemas. Para mí fue muy satisfactorio trabajar con ustedes y conocerlos un poco más". Se le dio el turno a cada participante para que resumiera el aprendizaje y la vivencia en el taller. En general concluyeron que a pesar de que el Maestro Víctor y el Maestro Gustavo los invitaron al taller como una actividad extra y se sintieron comprometidos, la experiencia fue muy positiva y cambió la idea que tenían del taller en un principio *"pensaba que iba a estar de flojera, pero fue muy divertido y aprendí muchas cosas"; "a mí también me daba flojera pero poco a poco me fue gustando más y aprendí mucho de mí y de los demás"*.

Por último se hizo la rifa de regalos, en su mayoría útiles para la escuela como memorias USB, cuadernos, plumas, libretas etc. Se les pidió que estuvieran atentos a los correos porque a mediados de mayo se les contactaría para reunirnos un vez más y realizar los seguimientos al mes y tres meses.

Los seguimientos se llevaron a cabo sin contratiempos y se aprovechó para sondear qué estrategias habían empleado y qué experiencias habían tenido durante ese lapso de tiempo. En el seguimiento a tres meses se realizó una guía de entrevista semiestructurada para ser aplicada a los participantes, se presentan las preguntas así como las respuestas.

Antes de realizar las preguntas los alumnos contestaron los instrumentos del postest que correspondieron al ASSIST y al CAA, así como el autoregistro del consumo de sustancias. Después se les sentó en círculo y comenzó el análisis de las preguntas:

- De manera general citar qué beneficios consideran que obtuvieron del Taller
 - ¿Para qué les sirvió el taller?
 - ¿En qué áreas de su vida les ha sido útil? a) Escuela/maestros; b) Relación con padres; c) Relación con pares/amigos/pareja

“Me sirvió para no ser tan impulsiva, pensar las cosas antes de actuar”

“Ahora puedo poner un límite o una distancia con los problemas de los demás, antes los hacía míos y eso me hacía sentir mal. Ahora los escucho pero no me involucro como antes, con mis problemas ya tengo suficiente”

“Me tomo las cosas con más calma, reflexiono y pienso, antes lo hacía impulsivamente, si pensar”

“Yo aprendí a ver diferente la enfermedad de mi papá (esquizofrenia y alcoholismo), no me involucro tanto, me digo a mi misma tranquila, todo va estar bien, no le hagas caso”

En general los jóvenes concluyeron que el taller les sirvió para reflexionar antes de actuar y a controlar su impulsividad, también refirieron que el taller fue útil para poner un límite entre los problemas de los demás y los suyos. Al parecer para algunos de los jóvenes, los problemas de los demás constituían una carga extra por la cual preocuparse, y el taller les sirvió de alguna manera para prestar escucha pero aceptar que cada quien es responsable de solucionar sus propios problemas o dificultades.

En relación a las áreas de impacto del taller, los participantes concluyeron que las áreas de mayor impacto fueron: la relación con los demás (la sociedad, los amigos, la pareja) y con la familia (*“Antes yo no les pedía consejo a mis papás y ahora lo estoy intentando y estoy teniendo buen apoyo de ellos”*). Coincidieron que la escuela o los maestros no son una fuente de malestar para ellos (*“Cuando un maestro me dice algo yo mejor pienso háblele a la mano”*).

- ¿Cambió su manera de manejar las situaciones que les estresan? ¿Cómo era antes del Taller y cómo es ahora?

“Mi manera de manejar los problemas si cambió, antes me estresaba un 100% y ahora un 50%”

“Ahora me tomo las cosas con calma, sin preocuparme tanto”

“Yo siempre me he tomado las cosas con tranquilidad, más relajada y con el taller aprendí a tomarme mi espacio para decidir”

“Yo creía que ya había superado un problema muy fuerte que tuve pero no. Yo creo que me ayudó a ser optimista”

- De las cuatro estrategias vistas en el taller (p.e reflexionar sobre los problemas, estrategia de 5 pasos para la solución de los problemas, ofrecer ayuda a otros, y solicitar apoyo a familiares ¿Cuál usan más y cuál usan menos? ¿Por qué?

En cuanto al uso de estrategias funcionales los jóvenes coincidieron que las estrategias que más usaron fueron reflexionar sobre sus problemas (4/6) y la hojita de solución de problemas de cinco pasos (6), solicitar apoyo a familiares (1), ofrecer ayuda a otros (1).

La más útil según los jóvenes fue *reflexionar “Antes yo pensaba que pensaba las cosas pero no era así. Antes tenía un problema y en ese momento pensaba que era lo más correcto y zas lo hacía”, “La reflexión me ayudó a evitar llegar a los golpes con alguien”.*

- De las estrategias poco funcionales que revisamos ¿Cuáles son las que ustedes siguen empleando a pesar de saber que no son muy efectivas?

Se repasaron las estrategias poco funcionales como:

- 1) Reprimir sentimientos
- 2) Reaccionar emocionalmente
- 3) No hacer nada
- 4) Distraerse/no pensar/consumo de sustancias (evitación)
- 5) Culpa (a mi mismo o a otros)

“Yo voy a fiestas para distraerme y olvidarme del problema, llego a beber”

“Yo creo que la reacción emocional. Tengo que echarle ganas a esto de mi enfermedad porque si yo me tiro, todos en mi casa se van para abajo”

“Yo también reacciono emocionalmente”

“Reacciono y grito, lloro y luego pienso por qué lo hice”

“Reacciono emocionalmente, les grito por ejemplo hoy estaba pasando lista y me dijeron no se oye, y pues yo contesté pues ven y hazlo tú”.

Por los comentarios se puede inferir que la estrategia poco productiva más empleada es la reacción emocional lo cual puede ser comprensible porque como adolescentes están aprendiendo a manejar sus emociones y los estallidos de llanto o enojo pueden ser normales, aunque lo ideal es que sientan la emoción, la reconozcan y empleen en conjunto otras estrategias para solucionar el problema.

- Supongamos que tienen un problema grande en casa, se pelearon con sus papás por las calificaciones y llega el viernes, salen con sus amigos a una fiesta. Desean olvidar los problemas en casa y alguien les ofrece beber alcohol o fumar marihuana o alguna otra droga
 - ¿Lo harían?
 - ¿Creen que les ayudaría a sentirse mejor?
 - ¿Qué pasaría al día siguiente?

“Yo creo que los problemas familiares no se olvidan y es absurdo tomar o alcoholizarme porque no solucionaría nada. Además mis papás dirían además de los problemas que tengo, además tengo un hijo alcohólico”

“Yo si aceptaría la cerveza pero solo para pasar el rato”

“No, pues si yo voy de fiesta es para divertirme, no para olvidar mis problemas con el alcohol”

“Pues yo no soy mucho de fiestas, de hecho me chocan las fiestas, yo creo que lo reprimo todo”

“Yo creo que no es la forma de solucionar las cosas, yo cuando siento que voy a explotar mejor me salgo a caminar con mi perro”

La facilitadora intervino: ¿Antes era distinto, o siempre han pensado lo mismo?

“Pues existe esto famoso de “con la botella olvido”

- Finalmente: ¿Recomendarían este taller a otros amigos?

“Si, yo creo que vale la pena el que alguien más te oriente y te diga cuáles son las mejores estrategias y formas de hacer las cosas”

“Yo creo que le serviría a quien tiene problemas, para que encuentre la forma de resolverlos”

Algunos aspectos que ayudaron a mejorar el desarrollo de las sesiones de intervención fueron:

- Realizar las actividades escritas (hojas de trabajo y viñetas) en grupo o parejas.
- Que la revisión de las actividades fuera breve y que se diera paso a las actividades lúdicas.
- Intercalar actividades lúdicas con actividades de aprendizaje.
- Utilizar los sociodramas para que los jóvenes tengan ensayos conductuales que les permitan ejercitar las habilidades vistas (p.e solicitar ayuda a los padres y ofrecer ayuda a otros) y por otro lado que se diviertan al aprender.
- Emplear accesorios para que los participantes se disfrazaran como: unos cuernos de diablito y una corona de princesa.
- Incorporar algunas actividades para el fortalecimiento de la autoestima en los jóvenes.

Análisis Estadístico

Se emplearon análisis descriptivos para conocer a la población en términos de las variables sociodemográficas, consumo de sustancias, sucesos de vida estresantes y estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la estadística inferencial se emplearon en su mayoría pruebas de tipo no paramétrico debido al tamaño de la muestra ($n < 30$ sujetos). Para determinar diferencias entre el grupo experimental y control respecto al tipo de intervención sugerida según el ASSIST (1=no tratamiento; 2=intervención breve, y 3=tratamiento intensivo) se empleó la Prueba U de Mann Whitney como prueba de comparación no paramétrica para muestras independientes, con un nivel ordinal de la variable dependiente.

Se empleó la t de Student para dos muestras independientes ($n \geq 30$) en relación al consumo de sustancias y el uso de estrategias de afrontamiento en el pretest en los dos grupos: experimental y control.

Para evaluar los cambios en el consumo de sustancias, se aplicó el análisis de la significancia clínica (Jacobson y Truax, 1991) en términos de la presencia de mejoría, ausencia de cambios o deterioro en cuanto a la cantidad del consumo de sustancias: legales e ilegales (p.e número de copas, cigarros etc..) en el pretest y último seguimiento (tres meses).

Para determinar diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento (E.A.F y E.A.D) en el pre, post y seguimientos en el grupo control y experimental, se tenía propuesto un análisis de varianza de medidas repetidas para conocer si el tratamiento tuvo efectos diferenciados. Sin embargo dicho análisis no pudo ser llevado a cabo dado que la muerte experimental fue mayor de lo que se había planeado, resultando grupos no equivalentes en cuanto a la N final en ambas condiciones experimentales. De tal forma que se presenta una tabla con los resúmenes de caso. Dado lo anterior se realizó un análisis cualitativo caso por caso, comparando las medias obtenidas en las 4 mediciones, solo para aquellos casos que completaron las cuatro mediciones.

Resultados

Prevalencia del consumo de sustancias (legales e ilegales): “Alguna vez en la vida” y en los “Últimos 3 meses”

En cuanto al consumo de sustancias se encontró que en el grupo experimental y control (n=28) el alcohol fue la droga más consumida (100%), la mitad de la muestra afirmó haberlo consumido en los últimos tres meses y el 32% afirmó consumirlo cada semana; solo un caso presentó consumo diario de alcohol. En segundo lugar estuvo el consumo de tabaco (85.7%); en los últimos tres meses una cuarta parte de la muestra afirmó no consumir tabaco, la otra cuarta parte afirmó hacerlo una o dos veces al mes mientras que un porcentaje importante de jóvenes (21.3%) afirmó tener consumo diario o casi diario de tabaco.

En tercer lugar estuvo la marihuana (39.3%) y aunque un buen porcentaje de participantes dijeron no haberla consumido en los últimos tres meses (78.6%), el 14.3% dijo haberla consumido una o dos veces en el último mes y un caso presentó consumo todos los días. En cuarto estuvo el consumo de cocaína (17.9%) la mayoría de los participantes negó haberla consumido en los últimos tres meses (82.1%); solo se presentaron dos casos (7.1%) que afirmaron haberla consumido una o dos veces en los últimos tres meses.

En relación al consumo de las demás drogas ilegales fue alto el porcentaje de jóvenes que afirmaron nunca haberlas consumido: anfetaminas (89.3%), inhalables (92.9%), sedantes (92.9%), alucinógenos (96.4%) y opiáceos (89.3%).

Es importante mencionar que al momento del pretest no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control en cuanto al consumo “alguna vez en la vida” ($t=.653$, $gl=22$, $p>.05$) y en los “últimos tres meses” ($t=.591$, $gl= 26$, $p>.05$) de sustancias: legales e ilegales.

Tipo de Intervención sugerida según puntajes de ASSIST de acuerdo al tipo de sustancia

Como resultado del pretest, se presenta en la Tabla 12 el tipo de intervención sugerida (por sustancia) según los puntajes del ASSIST para ambos grupos (grupo experimental y control). Respecto al consumo de tabaco el porcentaje de casos ubicados en intervención breve fue mayor en el grupo experimental (81.8% vs 64.7%). En el caso del alcohol el porcentaje de casos ubicados en intervención breve fue mayor en el grupo control (64.7% vs 36.4%); sin embargo fue mayor el porcentaje de casos con necesidad de un tratamiento intensivo en el grupo experimental (18.2% vs 5.9%).

Respecto al consumo de las drogas ilegales, el número de casos identificados con necesidad de una intervención breve fue mayor en el grupo experimental en comparación con el grupo control; respecto al consumo de marihuana el 45.5% de los participantes del grupo experimental fueron ubicados en intervención breve. Situación similar para el consumo de cocaína, donde se ubica un porcentaje ligeramente mayor de casos en intervención breve en el grupo experimental (18.2%) en comparación con el control (17.6%).

Durante el pretest, el tipo de intervención sugerida por el ASSIST asociada al nivel de riesgo del consumo de sustancias (*p.e no intervención, intervención breve y tratamiento intensivo*), fue igual para el grupo experimental y para el grupo control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos: tabaco ($z = -.915, p = .360$); alcohol ($z = -1.702, p = .089$); marihuana ($z = -.709, p = .479$); cocaína ($z = -.332, p = .720$); anfetaminas ($z = -.609, p = .543$); inhalables ($z = -1.495, p = .135$); sedantes ($z = -1.186, p = .235$); alucinógenos ($z = -1.491, p = .136$) y opioides ($z = -1.186, p = .235$).

Tabla 12. Porcentaje de casos por tipo de intervención según los puntajes del ASSIST: grupo experimental y control

| Tipo de Intervención | Tabaco | | Alcohol | | Marihuana | | Cocaína | | Anfetaminas | | Inhalables | | Sedantes | | Alucinógenos | | Opioides | |
|-----------------------|--------|------|---------|------|-----------|------|---------|------|-------------|------|------------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C |
| No tratamiento | 18.2 | 29.4 | 45.5 | 29.4 | 54.5 | 82.4 | 81.8 | 81.5 | 90.9 | 76.5 | 100 | 82.4 | 100 | 88.2 | 100 | 88.2 | 100 | 82.4 |
| Intervención breve | 81.8 | 64.7 | 36.4 | 64.7 | 45.5 | 11.8 | 18.2 | 17.6 | 9.1 | 17.6 | – | 17.6 | – | 11.8 | – | 5.9 | – | 17.6 |
| Tratamiento intensivo | – | 5.9 | 18.2 | 5.9 | – | 5.9 | – | – | – | 5.9 | – | – | – | – | – | 5.9 | – | – |
| Total | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 |

*G.E= grupo experimental, G.C grupo control. El tipo de intervención sugerida también indica el nivel de riesgo: No tratamiento (bajo riesgo), Intervención Breve (riesgo moderado) y Tratamiento intensivo (riesgo alto).

Nivel de significancia clínica de acuerdo al consumo de sustancias: legales e ilegales antes de la intervención y en el último seguimiento: grupo experimental y grupo control

Al comparar el número de copas de alcohol consumidas por participante tres meses antes de la intervención y 3 meses después (seguimiento), se encontró que cuatro adolescentes del grupo experimental (n=8) y dos del grupo control (n=12) mostraron una disminución significativa (mejoría) en el número de tragos consumidos, lo que equivale a 50% más de casos mejorados en el primer grupo que en el segundo (16.6%). El grupo control tuvo dos veces más casos con aumento en el número de copas de alcohol en comparación con el grupo experimental (33% vs 12.5%). Dos participantes en el grupo experimental y tres del grupo control no mostraron cambios, que equivale al 25% del total de participantes respectivamente.

En total se excluyeron 8 casos, algunos por tener las mediciones incompletas (n=3 experimental y n=5 control) (ver Tabla 14,15 y 16).

Tabla 14. Casos “mejorados”, “sin cambios” y “deteriorados” en ambas condiciones experimentales según el consumo de alcohol y tabaco.

| | Mejorados | | Sin cambios | | Deteriorados | |
|---------------------------------|-----------|--------|-------------|--------|--------------|--------|
| | alcohol | tabaco | alcohol | tabaco | alcohol | tabaco |
| Grupo experimental (n=8) | 4 | 1 | 2 | 5 | 1 | 0 |
| Grupo control (n=12) | 2 | 1 | 3 | 3 | 4 | 0 |

Nota: En el grupo experimental hubieron 5 casos mejorados, 7 sin cambios y un caso deteriorado. En el grupo control hubieron 3 casos mejorados, 6 sin cambios y 4 deteriorados; siendo mayor el número de casos deteriorados en este grupo que en el primero. La N final de cada grupo se modificó dado que se excluyeron 3 casos en el grupo experimental (N=11) y 5 casos en el control (N=17) por tener el 50% de las mediciones o menos.

Tabla 15. Nivel de significancia clínica en el **grupo experimental** según el número de copas consumidas por participante antes de la intervención y en el último seguimiento.

| Número de caso | Punto de corte | Nivel de significancia (RCI) | Nivel de Cambio |
|----------------|----------------|------------------------------|------------------------|
| 32 | 23.750 | -4.751 | Mejoría* |
| 33 | 23.750 | — | No consumo de alcohol* |
| 36 | 23.750 | -1.103 | Mejoría* |
| 38 | 23.750 | -3.224 | Mejoría** |
| 39 | 23.750 | +3.733 | Deteriorado* |
| 41 | 23.750 | -0.339 | Sin cambios* |
| 43 | 23.750 | -0.848 | Sin cambios** |
| 44 | 23.750 | -1.697 | Mejoría* |
| Total 8 | | | |

Nota: Del los 11 casos que conformaron el grupo experimental fueron incluidos 8: seis casos (n=6)* completaron las cuatro mediciones (pre, post, seguimiento 1 mes y seguimiento 3 meses); y dos casos (n=2)** completaron el 75% de las mediciones. Fueron excluidos 3 casos por tener 50% de las mediciones o menos: caso 31, 34 y, 35. El caso 33* no presentó consumo de alcohol en el pretest ni en el último seguimiento dado que el tabaco fue la sustancia principal de consumo, registrada sistemáticamente.

Tabla 16. Nivel de significancia clínica en el **grupo control** según el número de copas consumidas por participante antes de la intervención y en el último seguimiento.

| Número de caso | Punto de corte | Nivel de significancia (RCI) | Nivel de Cambio |
|-----------------|----------------|------------------------------|--|
| 1 | 23.750 | +3.733 | Deteriorado** |
| 8 | 23.750 | +5.260 | Deteriorado** |
| 9 | 23.750 | -3.733 | Mejoría** |
| 10 | 23.750 | -7.381 | Mejoría** |
| 11 | 23.750 | +7.127 | Deteriorado* |
| 16 | 23.750 | -0.424 | Sin cambios* |
| 19 | 23.750 | -1.951 | Sin cambios** |
| 22 | 23.750 | — | Completó las cuatro mediciones pero solo registró consumo de sustancias en los seguimientos* |
| 23 | 23.750 | — | Sin pretest pero con posttest y seguimientos** |
| 24 | 23.750 | — | Con pretest y seguimientos pero sin posttest** |
| 28 | 23.750 | — | No consumo de alcohol** |
| 29 | 23.750 | +1.782 | Deteriorado** |
| Total 12 | | | |

Nota: De los 17 casos del grupo control fueron incluidos 12: tres casos completaron las 4 mediciones (n=3)*; el caso 22* completó las 4 mediciones aunque solo registró su consumo de alcohol en los seguimientos. Nueve casos (n=9)** obtuvieron el 75% de las mediciones aunque el registro del consumo fue incompleto. Se excluyeron 5 casos por tener el 50% de las mediciones o menos (caso 14, 15, 17, 20 y 27)

Al comparar la cantidad de cigarrillos consumidos tres meses antes de la intervención y en el último seguimiento (3 meses), se encontró que un caso del grupo experimental y uno del grupo control presentaron mejoría (8% vs 12%); el porcentaje de casos sin cambios fue mayor en el grupo experimental que en el grupo control (62.5% vs 25%), que corresponde a seis casos en el primer grupo y tres en el segundo.

Se encontró que dos participantes del grupo experimental (n=8) y cinco del grupo control (n=12) no reportaron consumo de tabaco al momento del estudio dado que la sustancia de mayor consumo en dichos casos fue el alcohol. No se presentaron casos con aumento en el consumo de copas de alcohol (ver Tabla 17 y 18).

Tabla 17. Nivel de significancia clínica en el **grupo experimental** según el número de cigarrillos por participante, antes de la intervención y en el último seguimiento.

| Número de caso | Punto de corte | Nivel de significancia (RCI) | Nivel de Cambio |
|----------------|----------------|------------------------------|-----------------------|
| 32 | 11.538 | — | No consumo de tabaco* |
| 33 | 11.538 | -2.45 | Mejoría* |
| 36 | 11.538 | — | No consumo de tabaco* |
| 38 | 11.538 | -0.396 | Sin cambios** |
| 39 | 11.538 | -0.108 | Sin cambios* |
| 41 | 11.538 | -0.36 | Sin cambios* |
| 43 | 11.538 | -0.396 | Sin cambios** |
| 44 | 11.538 | -0.18 | Sin cambios* |
| Total 8 | | | |

Nota: Del los 11 casos que conformaron el grupo experimental fueron incluidos 8: seis casos (n=6)* completaron las cuatro mediciones (pre, post, seguimiento 1 mes y seguimiento 3 meses); y dos casos (n=2)** completaron el 75% de las mediciones. Fueron excluidos 3 casos por tener 50% de las mediciones o menos: caso 31, 34 y, 35. Los casos con no consumo de tabaco se refieren a la ausencia del registro del número de cigarrillos durante las mediciones del pretest y el último seguimiento, sin embargo no se descarta que exista consumo de tabaco y que los jóvenes hayan dado prioridad al registro del consumo de alcohol por ser la sustancia principal de consumo. Los casos 2 y 6 no registraron consumo de tabaco durante las mediciones, siendo el alcohol su principal sustancia de consumo.

Tabla 18. Nivel de significancia clínica en el **grupo control** según el número de cigarrillos por participante, antes de la intervención y en el último seguimiento.

| Número de caso | Punto de corte | Nivel de significancia (RCI) | Nivel de Cambio |
|-----------------|----------------|------------------------------|--|
| 1 | 11.538 | -6.082 | Mejoría** |
| 8 | 11.538 | — | No consumo de tabaco** |
| 9 | 11.538 | -0.722 | Sin cambios** |
| 10 | 11.538 | — | No consumo de tabaco** |
| 11 | 11.538 | — | No consumo de tabaco* |
| 16 | 11.538 | — | No consumo de tabaco* |
| 19 | 11.538 | -0.155 | Sin cambios** |
| 22 | 11.538 | — | Completó las cuatro mediciones pero solo registró consumo de sustancias en los seguimientos* |
| 23 | 11.538 | — | Sin pretest pero con posttest y seguimientos** |
| 24 | 11.538 | — | Con pretest y seguimientos pero sin posttest** |
| 28 | 11.538 | -0.567 | Sin cambios** |
| 29 | 11.538 | — | No consumo de tabaco** |
| Total 12 | | | |

Nota: De los 17 casos del grupo control fueron incluidos 12 participantes: tres casos completaron las 4 mediciones (n=3)*; el caso 22* completó las 4 mediciones aunque solo registró su consumo de alcohol en los seguimientos. Nueve casos (n=9)** obtuvieron el 75% de las mediciones aunque el registro del consumo fue incompleto. Se excluyeron 5 casos por tener el 50% de las mediciones o menos (caso 14, 15, 17, 20 y 27). Los casos con no consumo de tabaco se refieren a la ausencia del registro del número de cigarrillos durante las mediciones del pretest y el último seguimiento, sin embargo no se descarta que exista consumo de tabaco y que los jóvenes hayan dado prioridad al registro del consumo de alcohol por ser la sustancia principal de consumo.

Con respecto al consumo de drogas ilegales la significancia clínica no fue calculada dado que los casos fueron insuficientes; encontrándose que ningún participante del grupo experimental consumió algún tipo de sustancia ilegal al momento del estudio. Solo tres casos en el grupo control presentaron consumo experimental de drogas ilegales: dos jóvenes consumieron marihuana y uno cocaína.

Comparación de las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales en el grupo experimental y control

Como se mencionó en el apartado anterior, el grupo experimental quedó conformado por 8 participantes que obtuvieron más del 50% de las mediciones, y 12 participantes del grupo control. Debido al alto porcentaje de participantes que abandonaron el tratamiento (muerte experimental) y a pesar de que hubieron 11 casos que tuvieron las tres mediciones (n=2 experimental y n=9 control), se

decidió analizar solo aquellos casos que cumplieron con todas las mediciones ($n=6$ *experimental* y $n=3$ *control*) y que por lo tanto permitieron tener una comparación confiable y sistemática con base en sus medias en cuanto a las estrategias de afrontamiento: antes, durante y después de la intervención. En cada caso se presenta de manera gráfica su consumo de sustancias.

Se tomó como base del análisis las cinco subescalas del Cuestionario de Afrontamiento (Lucio, Villaruel y Villegas, 2005 en Lucio y Villaruel, 2008):

Subescala 1: Búsqueda de solución de problemas y pensamiento positivo-reflexivo

Subescala 2: Rumiación e impulsividad

Subescala 3: Evitación

Subescala 4: Búsqueda de apoyo en los padres o familiares

Subescala 5: Distracción con grupo de pares

Grupo control

Participante #11

En comparación con el pretest y el postest la participante 11 no mostró cambios notables en el uso de la búsqueda de soluciones y el pensamiento positivo (subescala 1), y la distracción con el grupo de pares (subescala 5). El uso de la evitación (subescala 3) y la búsqueda de apoyo en padres (subescala 4) decrementó ligeramente en el postest. Al finalizar las mediciones se registró un aumento importante en cuanto al uso de la rumiación y la impulsividad (subescala 2) (ver figura 2). Las puntuaciones de la mayoría de las subescalas se mantuvieron estables hacia el primero y segundo seguimiento, a excepción de las subescala 2 y 5 que aumentaron en comparación con los puntajes del pretest. Lo anterior permite inferir que tres meses después de la primera medición la participante 11 decrementó el uso de la evitación como estrategia de solución de problemas sin embargo una elevación en las puntuaciones de las subescalas 2 y 5

mostraron que empleó principalmente la impulsividad y la rumiación de los problemas, así como la distracción con su grupo de amigos como sus principales estrategias de afrontamiento.

Durante la línea base y las primeras tres semanas de medición el número de copas consumidas por la participante # 11 se mantuvo en un rango de 3 a 6; sin embargo uno y tres meses después de la primera medición su consumo aumentó considerablemente: de 5 o 6 copas a 46 copas de alcohol; considerándose como “deteriorado” según el nivel de significancia clínica (p. 144). Es importante mencionar que no se pudo registrar el consumo de alcohol durante la 5ta y 6ta semana de medición dado que la participante se ausentó (ver figura 3). No presentó consumo de tabaco u otras drogas.

Grupo control

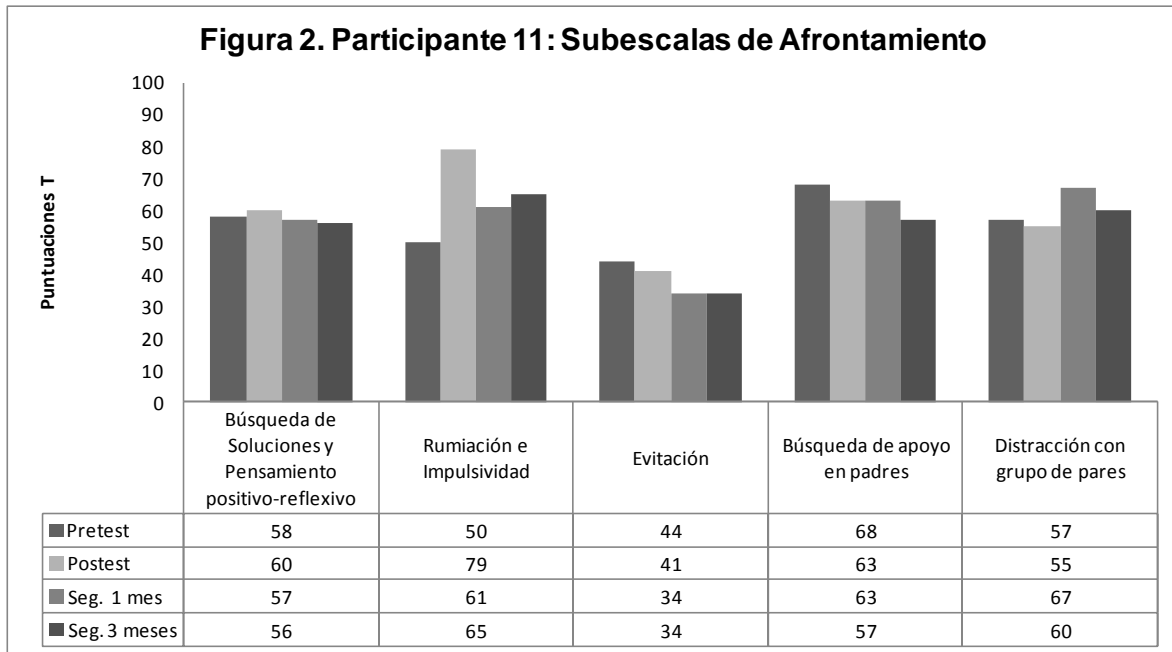
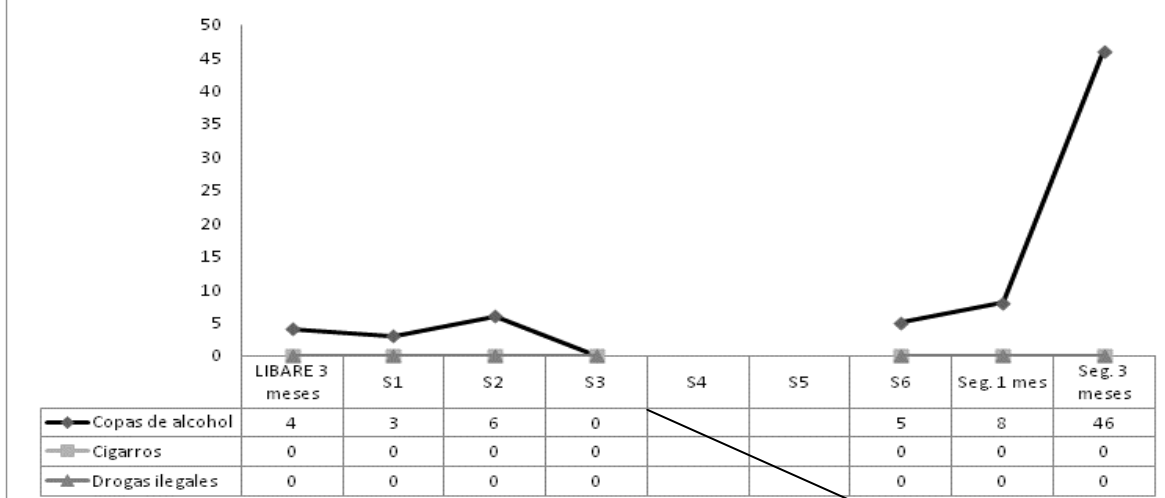


Figura 3. Participante 11: Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención



Participante # 16

En el postest la participante 16 mostró un decremento en la mayoría de las subescalas en comparación con los puntajes obtenidos en el pretest; a excepción de la subescala 3 que corresponde a la evitación, mostrando un incremento importante (51 vs 58). Tres meses después de la primera medición los puntajes de las subescalas 1 y 2 (Búsqueda de soluciones y pensamiento positivo; y rumiación e impulsividad) mostraron un ligero incremento aunque no superaron las puntuaciones obtenidas en el pretest; la subescala 3 (evitación) pareció decrementar hacia el primer seguimiento pero volvió a su nivel inicial hacia el segundo seguimiento. Las medias de las subescalas búsqueda de apoyo en padres (subescala 4) y la distracción con el grupo de pares (subescala 5) decrementaron después de la primera medición hacia los seguimientos (ver figura 4).

Finalmente, la participante 16 mostró tres meses después de la primera medición una combinación en cuanto al uso de estrategias no funcionales y funcionales de afrontamiento, empleando en mayor medida estrategias no funcionales como fue la rumiación y la impulsividad; y la evitación ante los problemas.

Al comparar su consumo de alcohol durante la línea base, la participante 16 consumió 3 copas de alcohol en los tres meses previos a las mediciones, cantidad que mantuvo durante la primera semana del estudio. A partir de la segunda semana y hasta el último seguimiento la cantidad de copas por semana se redujo al mínimo, manteniendo la abstinencia. A pesar de lo anterior, y con base en el nivel de significancia clínica se consideró que su mejoría no fue significativa calificándose como “sin cambios” en su patrón de consumo de sustancias (ver figura 5).

Como se observa en la figura 5 no presentó consumo de tabaco ni de otras drogas durante las mediciones.

Grupo control

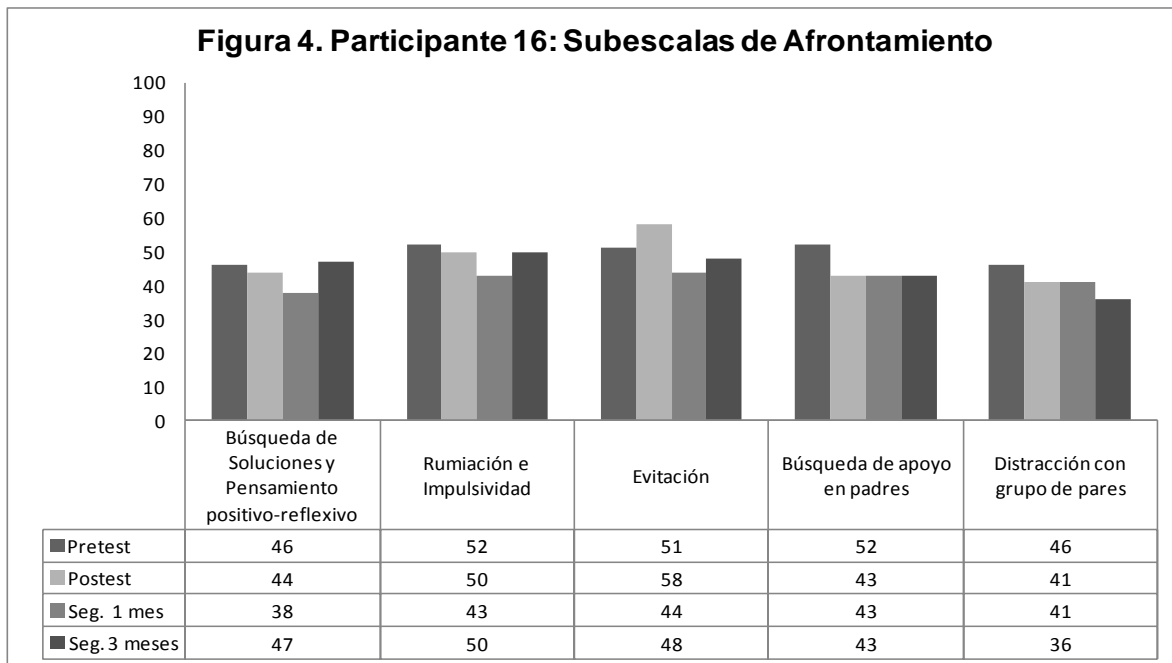
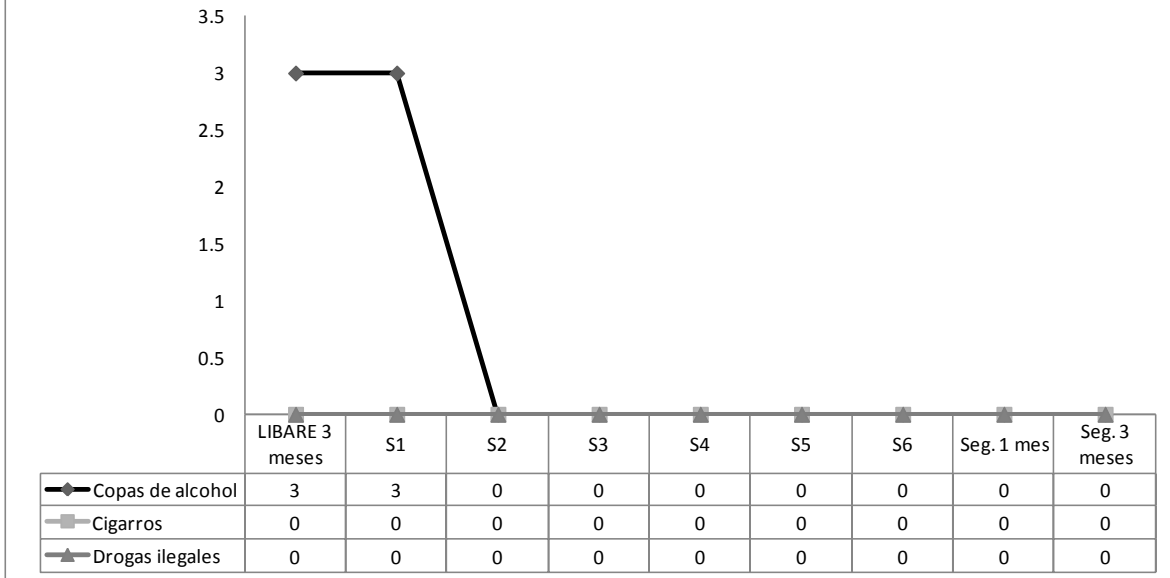


Figura 5. Participante 16. Consumo de sustancias: antes, durante y después de la intervención



Participante # 22

Después del pretest la participante 22 mostró un decremento en la mayoría de las subescalas de afrontamiento funcional y no funcional, tendencia que se mantuvo en los seguimientos, a excepción de la subescala 2 que se relaciona con la impulsividad y la rumiación; fue notable que tres meses después de la primera medición la participante mostró una elevación en sus puntuaciones (52 vs 59) (ver figura 6). Lo anterior parece demostrar que la estrategia que más empleó la participante fue la rumiación y la impulsividad caracterizada por “*pensar mucho en el problema y no poderlo sacar de la cabeza*”, “*hacer cosas de las que luego me arrepiento*” y “*preocuparse todo el tiempo*” entre otras.

Sobre el consumo de sustancias no fue posible estimar los cambios en su patrón de consumo en la línea base y durante el estudio dado que la participante no completó los instrumentos; ausentándose durante las primeras cuatro semanas de medición. En la figura 7 se observa que la participante no consumió alcohol,

tabaco u otra sustancia a partir de la semana cinco del estudio hasta el último seguimiento.

Grupo control

Figura 6. Participante 22: Subescalas de Afrontamiento

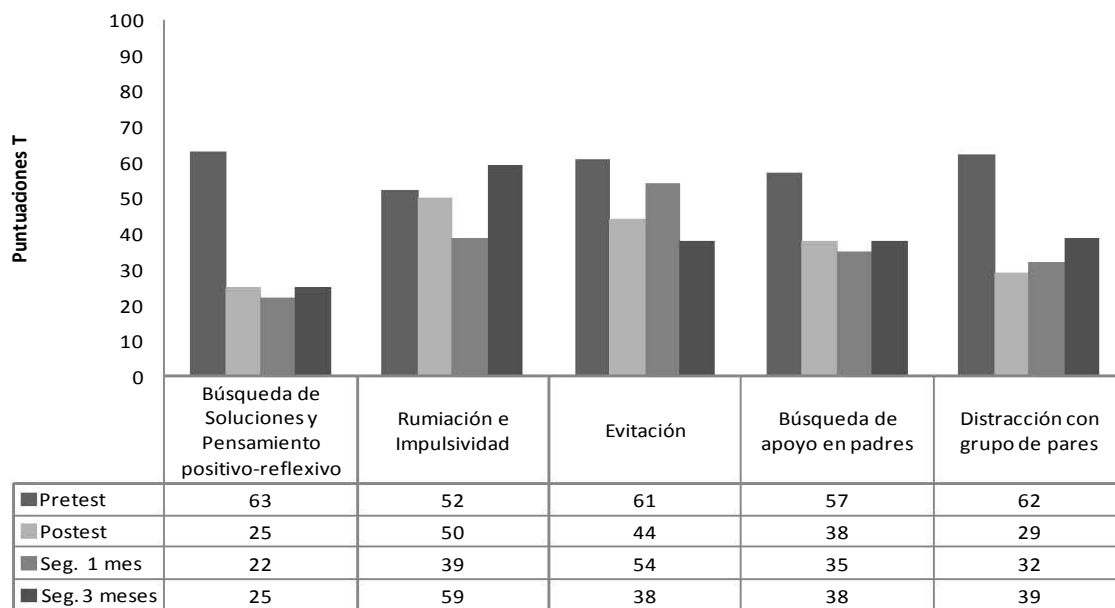
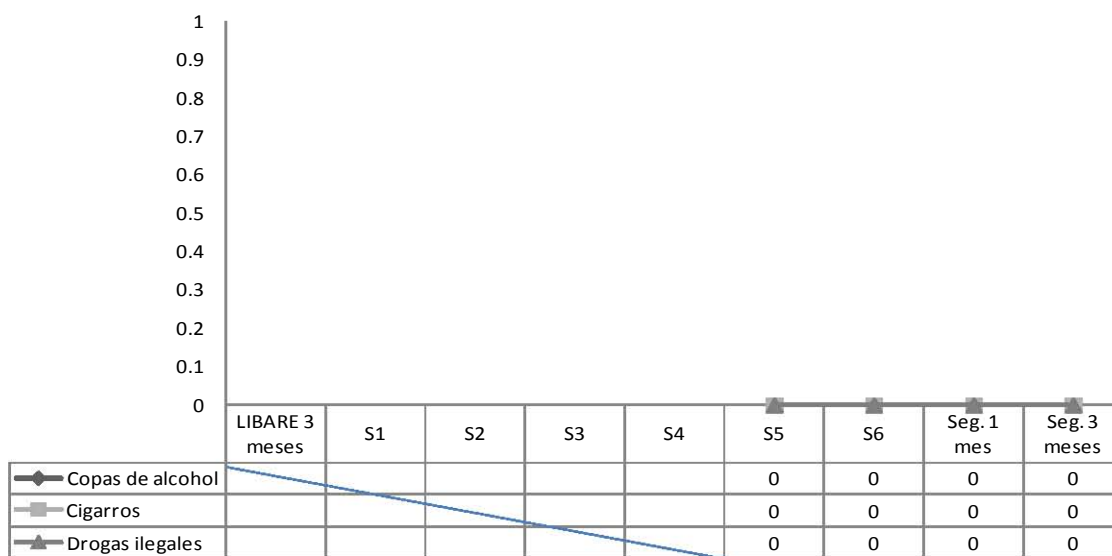


Figura 7. Participante 22. Consumo de drogas antes, durante y después de la intervención



Grupo experimental

Participante # 32

Al finalizar la intervención se observó un aumento en la subescala 1 relacionada con la búsqueda de soluciones a los problemas y el uso del pensamiento positivo, aunque también se observó una elevación en la subescala 2 relacionada con la rumiación y la impulsividad. La subescala 3 (evitación) y 4 (búsqueda de apoyo en padres) se mantuvieron sin cambios, mientras que la subescala 5 o búsqueda de distracción con grupo de pares mostró un decremento. Al mes de concluida la intervención todas las subescalas mostraron un decremento a excepción de la subescala 4 (Búsqueda de apoyo en padres) que se mantuvo sin cambios. Durante el último seguimiento se observó un aumento en el uso de la evitación pero también un incremento en la búsqueda de apoyo en padres; la búsqueda de soluciones se mantuvo estable mientras que el uso de estrategias no funcionales como la rumiación y la impulsividad; y la distracción con el grupo de pares, decrementaron hacia el último seguimiento (ver figura 8).

El número de copas durante la intervención y después de ésta decrementaron significativamente; desde la primera semana del taller el consumo disminuyó de manera importante, tendencia que se mantuvo hasta la semana 6. Llama la atención el aumento en el consumo de alcohol durante el primer seguimiento, tendencia que fue revertida hacia el último seguimiento, disminuyendo de 94 copas en el primer seguimiento a 40 copas en el último seguimiento, mostrando una “mejoría” respecto a su consumo de alcohol inicial. No presentó consumo de tabaco (ver figura 9).

Figura 8. Participante 32: Subescalas de Afrontamiento

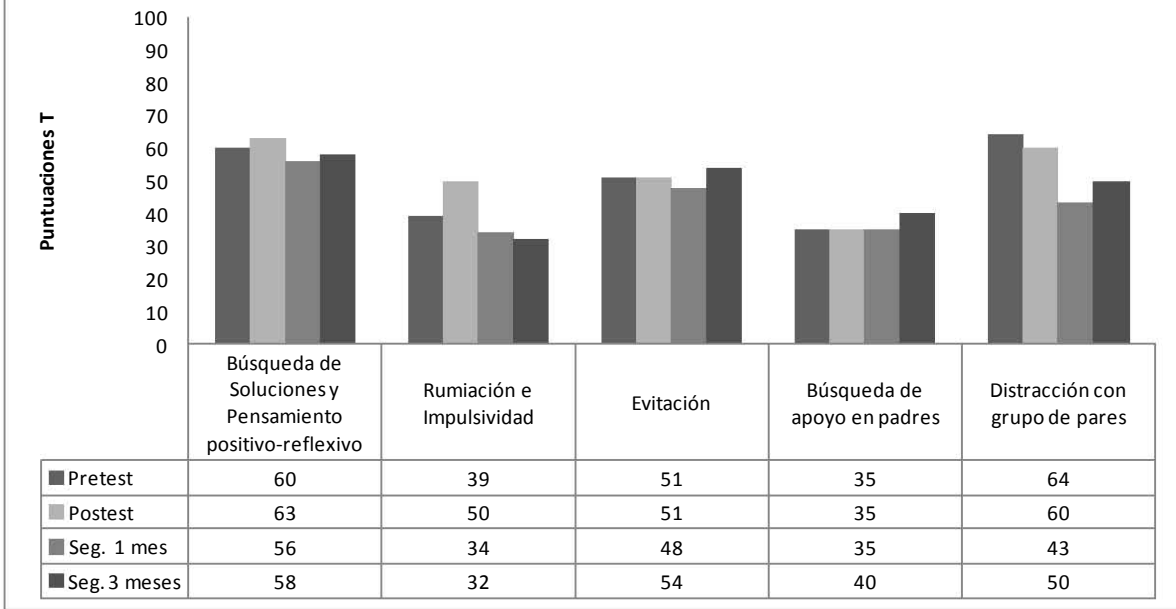
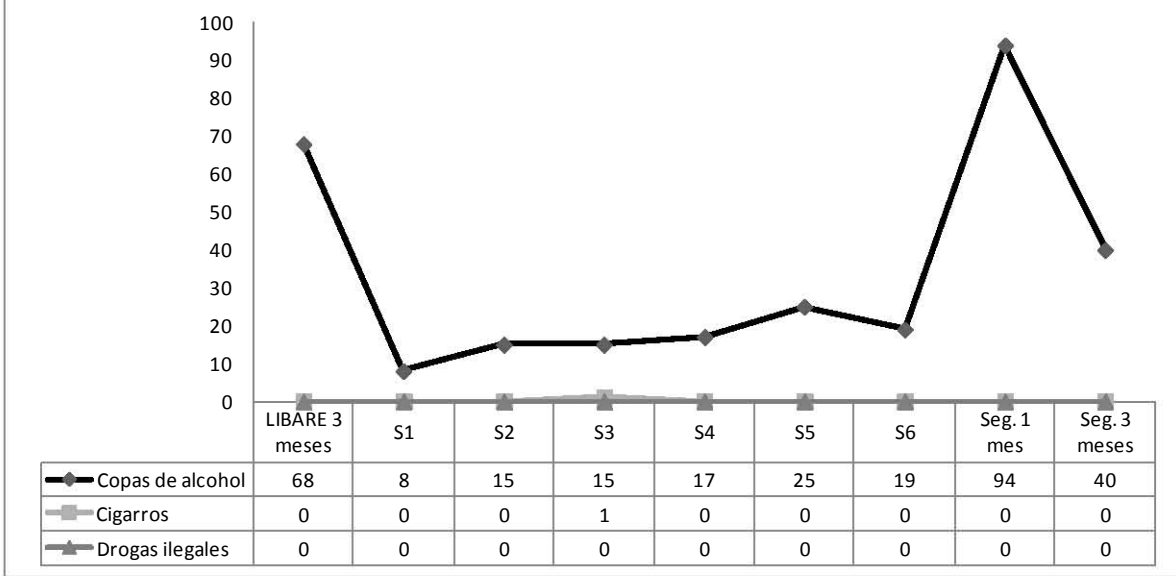


Figura 9. Participante 32. Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención



Participante # 33

Al finalizar la intervención la participante 33 mostró un decremento en las subescalas 4 y 5, relacionadas con la búsqueda de apoyo en padres y la distracción con grupo de pares, respectivamente. Por otro lado mostró un aumento considerable en la búsqueda de solución de problemas y el pensamiento positivo-reflexivo, y un aumento ligero en las subescalas 2 y 3 asociadas con la rumiación e impulsividad y la evitación.

Un mes después de finalizada la intervención mostró un incremento en la búsqueda de solución de problemas y en la búsqueda de apoyo en padres, elevación que se mantuvo hasta tres meses de finalizado el taller. Respecto al uso de estrategias no funcionales (p.e rumiación, evitación y distracción con grupo de pares), si bien decrecieron o se mantuvieron estables un mes después del taller; tres meses después dichas subescalas presentaron elevaciones moderadas particularmente las subescalas 2 y 3 (ver figura 10).

A diferencia de los demás participantes, la joven consumía tabaco como sustancia principal. Como se observa en la figura 11 el consumo de cigarros durante las seis semanas de intervención disminuyó significativamente en comparación con la cantidad reportada durante la línea base; la quinta y sexta semana no presentó consumo de tabaco. Dicha disminución se mantuvo hacia el primer seguimiento (45 vs 14), presentando un incremento importante hacia el último seguimiento con 36 cigarrillos en total, aunque no mayor que la cantidad reportada en la línea base. De acuerdo con el nivel de significancia clínica, la participante mostró “mejoría” en su patrón de consumo de tabaco.

Grupo experimental

Figura 10. Participante 33: Subescalas de Afrontamiento

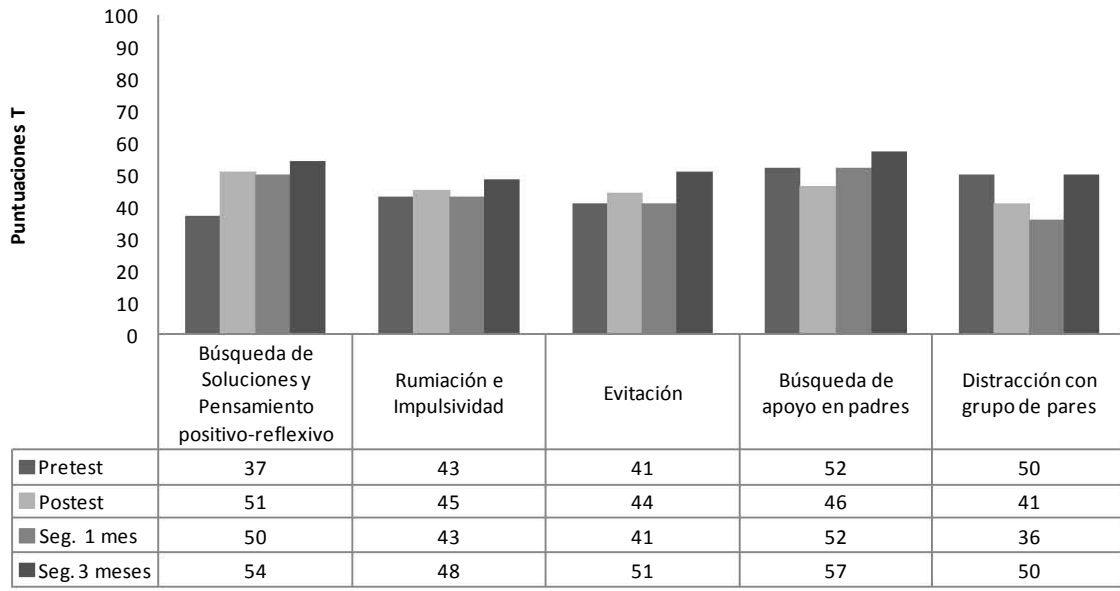
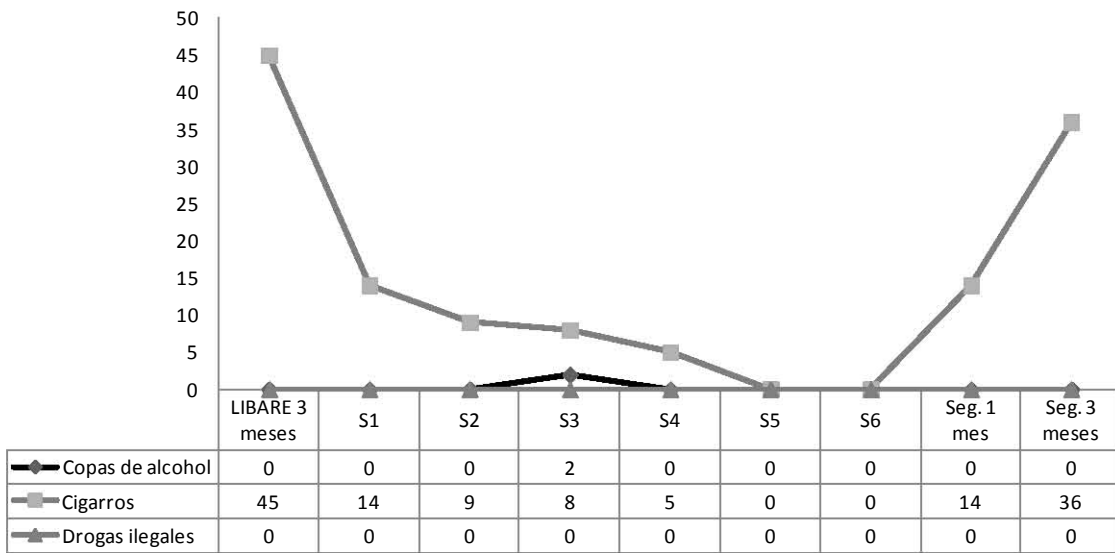


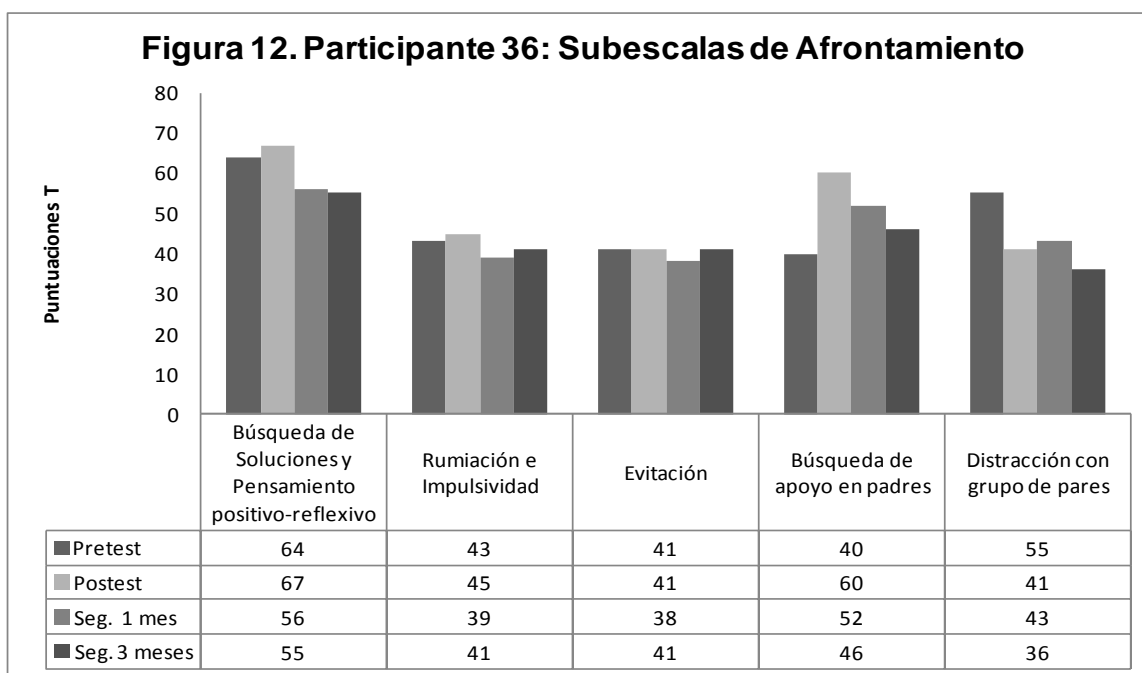
Figura 11. Participante 33. Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención



Participante # 36

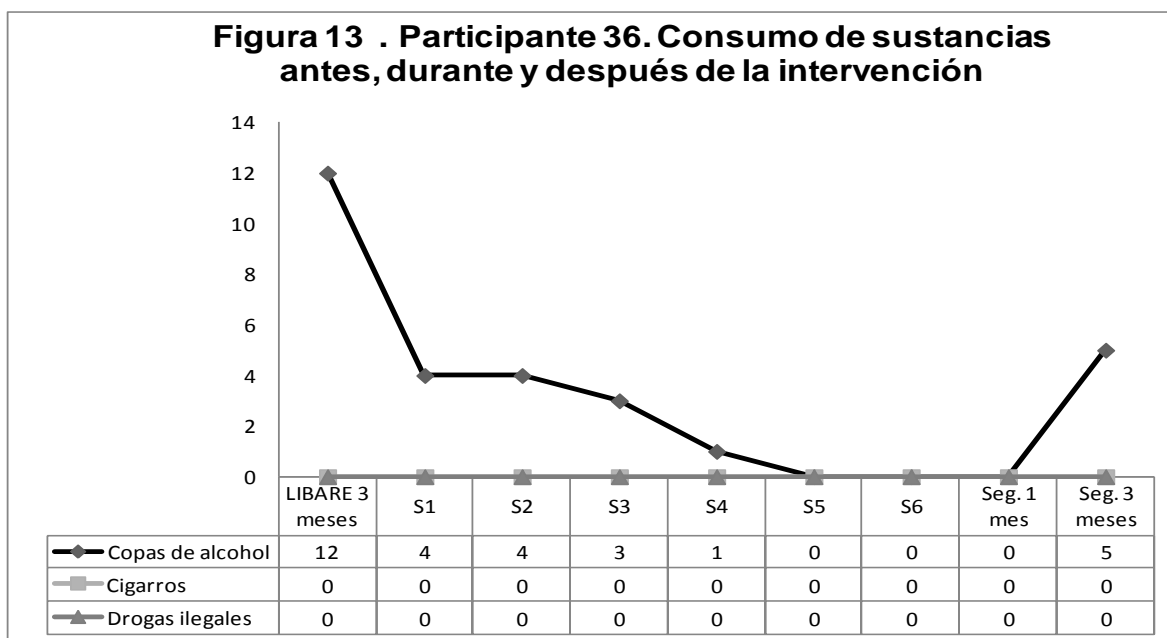
El participante 36 al finalizar el taller mostró un incremento en la subescala 1 y 4 relacionadas con la búsqueda de soluciones y el pensamiento positivo, así como la búsqueda de apoyo en padres; por otra parte mostró un decremento en el uso de la distracción con pares (subescala 5) y un mantenimiento en cuanto al uso de la rumiación e impulsividad (subescala 2) y la evitación (subescala 3). Hacia los seguimientos mostró un decremento notable en la búsqueda de soluciones y el pensamiento positivo y un mantenimiento en el uso de la rumiación y la evitación. Fue notable el aumento en la búsqueda de apoyo en padres como estrategia de solución de problemas, tres meses después de finalizada la intervención, así como un menor uso de la distracción con el grupo de pares (ver figura 12).

Grupo experimental



Respecto al consumo de alcohol mostró un decremento en el número de copas, disminuyendo progresivamente el número de copas consumidas hasta llegar a la abstinencia un mes después de la intervención. Se observa un consumo de 5 copas a los tres meses de finalizado el taller cantidad dos veces menor al registro

de la línea base, mostrando una “mejoría” en su patrón de consumo de alcohol debido a la reducción del número de copas. No presentó consumo de tabaco (ver figura 13).



Participante # 39

Al finalizar el taller la participante #36 mostró un incremento progresivo en el uso de estrategias relacionadas con la búsqueda de apoyo en padres y familiares (subescala 4), siendo más claro tres meses después del taller. Respecto al uso de estrategias de afrontamiento no funcional mostró un decremento importante y progresivo en el uso de la rumiación y la impulsividad (subescala 2) y la evitación (subescala 3), manteniendo dicho cambio hacia el último seguimiento.

Las estrategias asociadas con la búsqueda de solución de problemas y el pensamiento positivo (subescala 1) decrementaron, cambio que se mantuvo hacia los seguimientos (ver figura 14).

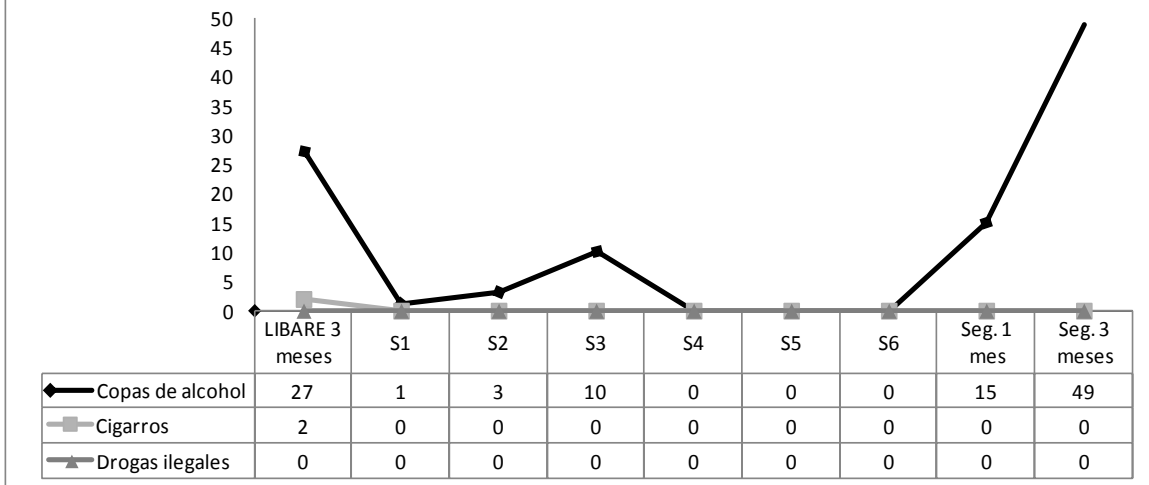
Durante la intervención y en comparación con el número de copas consumidas durante la línea base, la participante 39 mostró un decremento en el número de copas (27 vs 14), disminuyendo progresivamente el número de copas consumidas

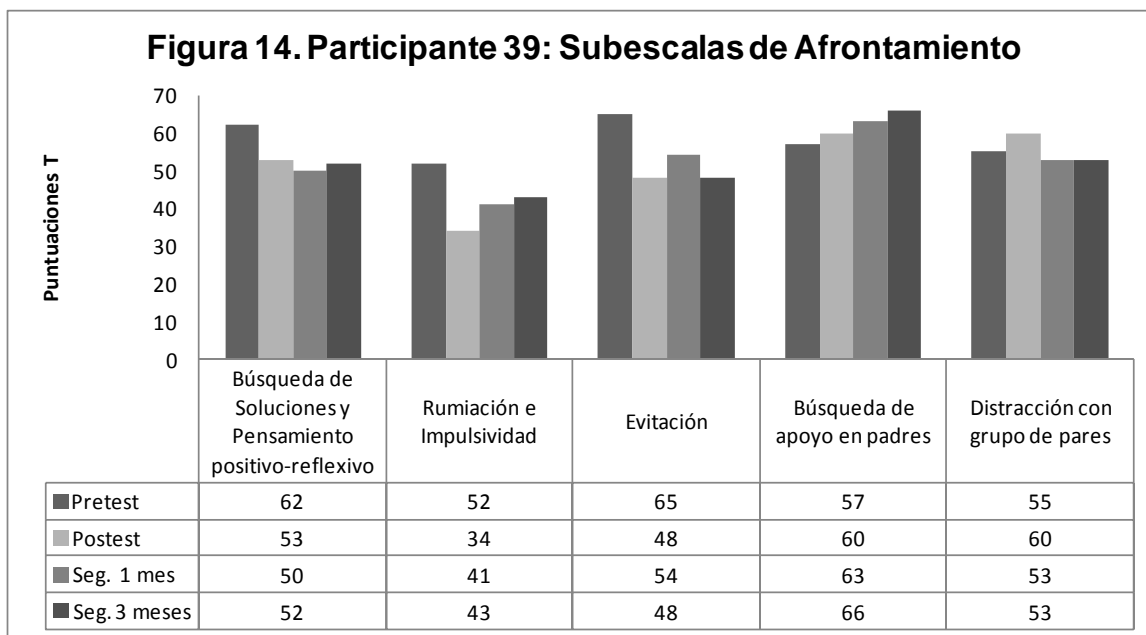
hasta llegar a la abstinencia durante la últimas tres semanas de intervención. Sin embargo hacia los seguimientos mostró una recaída: 15 copas en el primer seguimiento hasta llegar a 49 tragos en el último seguimiento, superando la cantidad reportada durante la línea base. Por lo que la participante se consideró como “deteriorada” respecto al análisis de significancia clínica.

Solo reportó haber consumido dos cigarros durante la línea base; no reportó haber consumido tabaco durante las semanas del taller ni en los seguimientos, manteniéndose en abstinencia durante la intervención y en los seguimientos, de acuerdo con el índice de significancia clínica su patrón de consumo fue evaluado como “sin cambios”. No reportó consumo de drogas ilegales (ver figura 15).

Grupo experimental

Figura 15. Participante 39. Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención





Participante # 41

La participante 41 mostró un mantenimiento en las puntuaciones de la subescala 1 relacionada con la búsqueda de solución de problemas y pensamiento positivo. Hubo un ligero aumento en el uso de este tipo de afrontamiento hacia el último seguimiento. La búsqueda de apoyo en padres decrementó al terminar el taller y en los seguimientos, en comparación con la puntuación obtenida en el pretest (subescala 4) (ver figura 16).

Respecto al uso de estrategias de afrontamiento no funcionales mostró un decremento en el uso de la rumiación y la impulsividad (subescala 2); y la evitación (subescala 3), que se hizo más evidente después del taller y en el primer seguimiento.

Después de tres meses de terminado el taller, la participante mostró un aumento en el uso de la rumiación y la impulsividad.

El consumo de alcohol y tabaco decrementó durante la intervención, manteniendo abstinencia total a partir de la segunda semana hasta la sexta semana del taller. En el primer y segundo seguimiento la participante consumió tabaco nuevamente, aunque no superó la cantidad de tabacos consumidos en la línea base. Situación

similar respecto al alcohol; la participante consumió una copa de alcohol tres meses después de finalizado el taller. Si bien la cantidad y frecuencia disminuyeron, el índice de significancia clínica indicó “sin cambios” (ver figura 17).

Grupo experimental

Figura 16. Participante 41: Subescalas de Afrontamiento

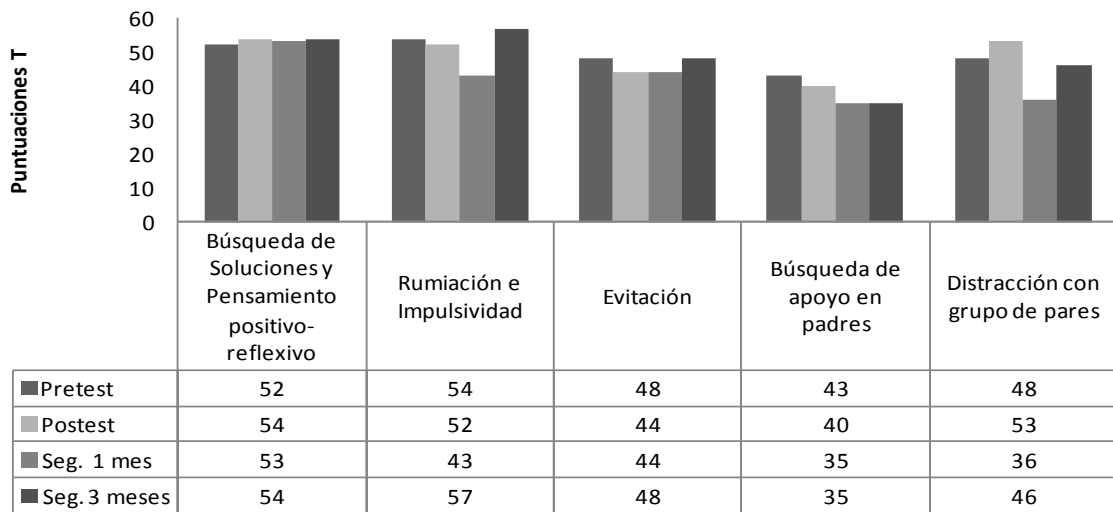
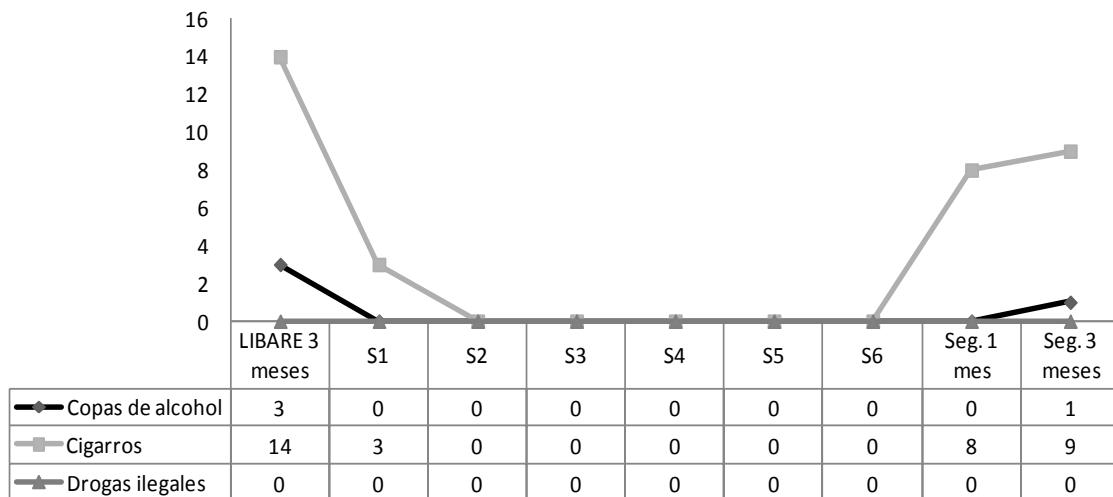


Figura 17. Participante 41. Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención.



Participante # 44

La participante 44 mostró un aumento progresivo en las estrategias de búsqueda de solución de problemas y en el pensamiento positivo (subescala 1), incremento que se mantuvo tres meses después de la intervención; el aumento fue importante en comparación con la puntuación de pretest (48 vs 70). Se observa un mantenimiento claro y constante de estrategias relacionadas con la búsqueda de apoyo en padres y familiares (subescala 4) (ver figura 18).

No hubo cambios notables al terminar la intervención respecto al uso de la rumiación y la impulsividad; la evitación y la distracción con el grupo de pares (subescala 2, 3 y 5). De manera particular se observó un decremento en el uso de la evitación durante el primer seguimiento pero volvió a aumentar hacia el segundo seguimiento. Tendencia inversa en el caso de la distracción con el grupo de pares (subescala 5), mostrando un aumento durante el primer seguimiento y un decremento en el último.

Respecto al consumo de alcohol hubo una disminución notable del número de copas desde la primera sesión de la intervención, de 22 copas en la línea base a 2 copas en la primera semana, manteniendo abstinencia total durante cuatro semanas consecutivas. Al final de la intervención y durante los seguimientos se observa la presencia de consumo de alcohol, especialmente tres meses después de finalizado el taller (12 copas), pero dicha cantidad no superó la cantidad inicial de la línea base; por lo que el índice de significancia clínica ubicó a la participante 44 como con “mejoría” respecto a su consumo de alcohol.

Sobre el tabaco, solo reportó haber consumido 3 cigarros durante sexta semana del taller así como dos “grapas” de cocaína en el primer seguimiento. Su patrón de consumo de tabaco fue evaluado como “sin cambios” según el índice de significancia clínica (ver figura 19).

Grupo experimental

Figura 18. Participante 44: Subescalas de Afrontamiento

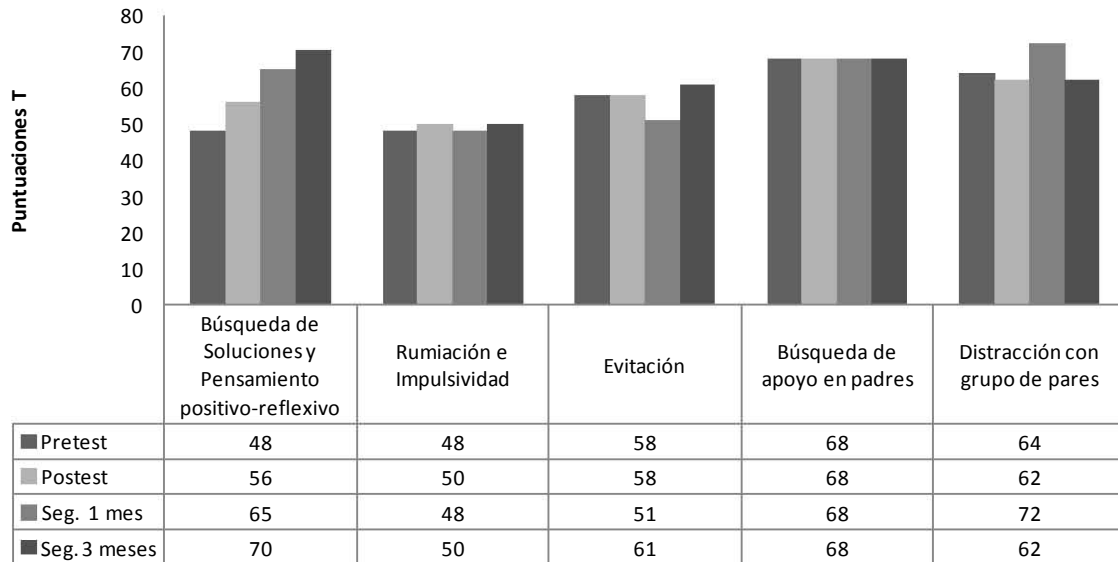
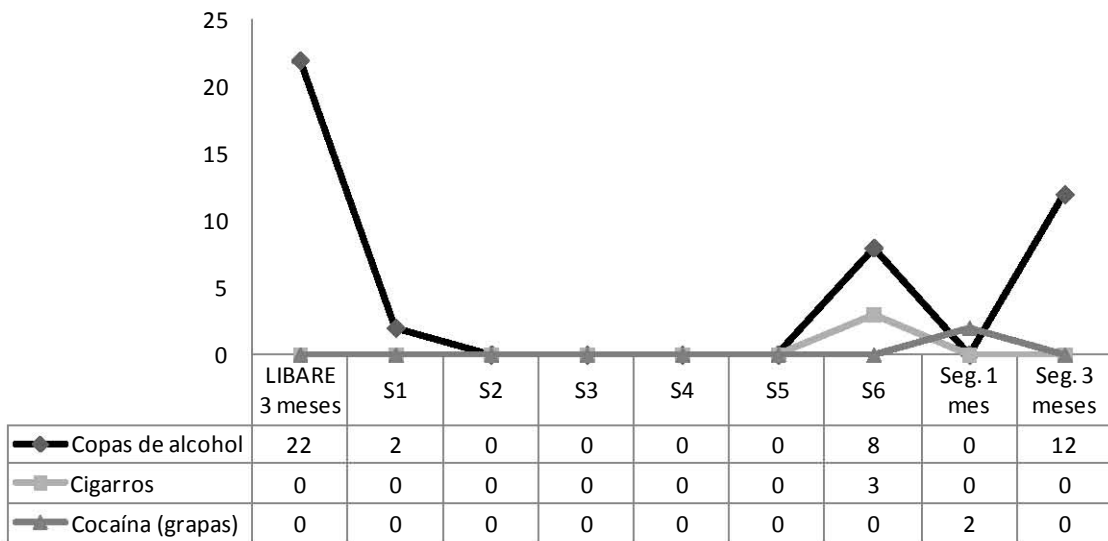


Figura 19. Participante 44. Consumo de sustancias antes, durante y después de la intervención

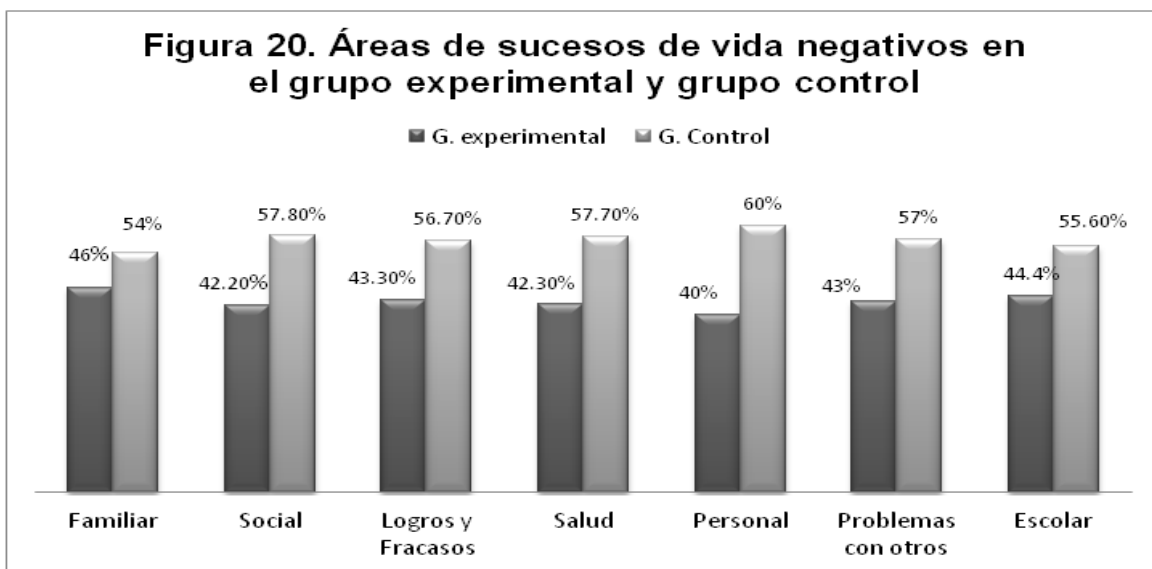


Sucesos de vida positivos y negativos en ambos grupos

En la figura 20 se comparan los porcentajes de las áreas de sucesos negativos que presentaron el grupo experimental y el grupo control. Como se muestra en la gráfica los participantes del grupo control presentaron mayores sucesos de vida negativos en todas las áreas en comparación con el grupo experimental, siendo el área Personal (60%), Social (57.8%), Salud (57.7%) y Problemas con otros (57%) las áreas con los porcentajes más altos.

De manera particular los participantes del grupo experimental presentaron mayores sucesos de vida negativos en el área Familiar (46%), Escolar (44.4%), Logros y Fracazos (43.3%) y Problemas con otros (43%). Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas: Familiar ($t=-1.709$, $gl=12.65$, $p=.112$); Social ($t=-.670$, $gl=25$, $p=.509$); Logros y Fracazos ($t=-1.279$, $gl=25$, $p=.213$); Salud ($t=-.841$, $gl=25$, $p=.408$); Personal ($t=.405$, $gl=23.6$, $p=.689$); Problemas con otros ($t=-1.236$, $gl=24.9$, $p=.228$); Escolar ($t=-1.967$, $gl=25$, $p=.060$).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la cantidad de sucesos positivos ($t=-1.274$, $gl=25$, $p=.215$) y negativos ($t=.134$, $gl=25$, $p=.134$) en ambos grupos.



Comparación de los niveles de riesgo según el consumo de sustancias antes de la intervención, al finalizar y durante los seguimientos en el grupo experimental y control

Con relación al efecto de la intervención en los niveles de riesgo por sustancias: legales e ilegales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes de la intervención, al finalizar y en los seguimientos en el grupo experimental ($X^2=151.07$, $gl=35$, $p=.000$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo control ($X^2=119.41$, $gl=35$, $p=.000$). En la Tabla 19 se muestran los valores obtenidos por sustancia antes de iniciar la intervención, al finalizar y durante los seguimientos para los dos grupos.

Tabla 19. Comparación de los niveles de riesgo por sustancia antes, durante y después de la intervención: grupo experimental y control.

| | Pretest | | Postest | | Seg. 1 mes | | Seg. 3 meses | |
|---------------|---------|------|---------|------|------------|------|--------------|------|
| | Md | | Md | | Md | | Md | |
| | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C | G.E | G.C |
| Tabaco | 1.83 | 1.60 | 1.67 | 1.40 | 1.33 | 1.00 | 1.67 | 1.80 |
| Alcohol | 1.83 | 1.60 | 2.00 | 1.00 | 1.17 | 1.00 | 1.83 | 1.20 |
| Marihuana | 1.50 | 1.20 | 1.00 | .60 | 1.00 | .00 | 1.00 | .40 |
| Cocaína | 1.33 | 1.20 | .50 | .40 | .33 | .00 | .33 | .40 |
| Anfetaminas* | 1.17 | 1.40 | .33 | .20 | .00 | .00 | .00 | .40 |
| Inhalables* | 1.00 | 1.20 | .00 | .40 | .00 | .00 | .00 | .20 |
| Sedantes* | 1.00 | 1.20 | .00 | .40 | .00 | .00 | .00 | .20 |
| Alucinógenos* | 1.00 | 1.00 | .00 | .40 | .00 | .00 | .00 | .00 |
| Opioides* | 1.00 | 1.20 | .00 | .40 | .00 | .00 | .00 | .20 |

Nota: Se presentan las medianas (Md) obtenidas según cada sustancia para el grupo experimental (G.E) y grupo control (G.C). Los niveles de riesgo fueron 1=bajo riesgo, 2= riesgo moderado, 3= riesgo alto.

Tendencias en el grupo experimental

Como se puede apreciar en la tabla anterior el nivel de riesgo para el consumo de tabaco en el grupo experimental mostró una disminución significativa y moderada antes y después de la intervención (1.83 a 1.60), dicho decremento se mantuvo durante el primer seguimiento (1.33). En el caso del alcohol se observa un ligero

aumento del pretest al postest (1.83 a 2.00) sin embargo durante el seguimiento a un mes se observa un decremento importante (1.00) en los niveles de riesgo.

Tres meses después de finalizada la intervención, el riesgo para las dos sustancias antes mencionadas tuvo un incremento: al pasar de 1.00 a 1.67 para el caso del tabaco y 1.83 en el caso del alcohol, puntuaciones similares a las encontradas en el pretest.

La tendencia del consumo de marihuana en el grupo experimental fue más o menos estable, con una puntuación de 1.5 en el pretest decrecentando en el postest y en los seguimientos (1 y 3 meses) a un riesgo bajo (1.0).

En cuanto al nivel de riesgo en el consumo de cocaína se observa un decremento significativo de casi el 50% respecto a la medición en el pretest (1.33) comparada con el postest (.50) y en los seguimientos (.33 respectivamente); presentándose un decremento por debajo del nivel más bajo.

Tendencias en el grupo control

Respecto al grupo control también se observa una disminución de los niveles de riesgo; en cuanto al consumo de tabaco y alcohol se observa una disminución del riesgo en el pretest (1.60 respectivamente) a 1.40 en el caso del tabaco y 1.00 para el alcohol en el postest, decrecentando en ambos casos al nivel más bajo (1.0) durante el primer seguimiento. Tres meses después de finalizada la intervención se observa un ligero aumento en el riesgo respecto al consumo de dichas sustancias; en el caso del tabaco se observa un aumento significativo incluso mayor respecto a la medida del pretest (1.60 vs 1.80).

En cuanto al riesgo en el consumo de drogas ilegales en el grupo control también se observa una disminución importante del riesgo del pretest al postest: marihuana (1.20 a .60) y cocaína (1.20 a .40). Durante el primer mes de seguimiento el riesgo decrecento en ambos casos al nivel más bajo de riesgo (0).

Tres meses después de la medición inicial se encontró un aumento en los niveles de riesgo para la marihuana como para la cocaína, pasando del riesgo más bajo 0 a .40, respectivamente.

Es importante mencionar que si bien los niveles de riesgo para el consumo de las demás drogas ilegales (p.e anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos y opioides), parecen haber disminuido en el grupo experimental y control, antes y después de la intervención y en los seguimientos, no se debe olvidar que para dichas sustancias la prevalencia del consumo fue muy baja con porcentajes “alguna vez en la vida” y en los “últimos tres meses” de 1 a 10% de la muestra total (n=28), aproximadamente.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de una intervención indicada y grupal basada en el entrenamiento de E.A.F, sobre el patrón de consumo de drogas: legales e ilegales (cantidad y frecuencia) y sobre el uso de E.A.D dirigida a estudiantes consumidores de sustancias expuestos a sucesos de vida estresantes.

Después de la intervención y considerando a los participantes que concluyeron las cuatro mediciones o que concluyeron el 75%, se encontró que cuatro participantes del grupo experimental (n=8) redujeron significativamente el número de copas consumidas; el porcentaje de casos fue tres veces mayor en comparación con el grupo control (50% vs 16.6%). También se observó un porcentaje dos veces menor de casos que aumentaron el consumo de alcohol en el grupo experimental en comparación con el grupo control (12.5% vs 33%).

El porcentaje de casos que disminuyeron significativamente el consumo de tabaco fue ligeramente mayor en el grupo control que en el grupo experimental (12% vs 8%); y se refiere a un caso respectivamente (caso 1 y 33).

Dichos resultados podrían sugerir que la intervención grupal fue la posible responsable de la reducción del consumo de alcohol en los adolescentes del grupo experimental. Asimismo el bajo porcentaje de casos que aumentaron su consumo de alcohol en dicho grupo podría ser un indicador de que la intervención tuvo el efecto esperado (12.5% vs 33%). El efecto de la intervención en el consumo de tabaco no fue el esperado; para futuras investigación se recomienda investigar en qué medida el consumo de tabaco representa un problema para los jóvenes mexicanos y cuál es su percepción en torno a dicho consumo.

Estos datos coinciden con lo reportado por otras investigaciones que afirman que el entrenamiento en estrategias de afrontamiento funcionales dirigidas a la solución de problemas y a la búsqueda de apoyo en familiares puede tener un efecto sobre el consumo de sustancias (Courtois et al., 2007; Dawson et al., 2005; Luo y Wang, 2009; Oliva et al., 2009); comportándose en algunos casos como

factores de protección. En particular, recibir apoyo de otros o tener una percepción favorable del mismo son recursos protectores que benefician la salud mental de individuos expuestos al estrés o al trauma (Kaniasty, 2005; Kaniasty & Norris, 2008).

Aunque los participantes que mostraron mejoras en el grupo control fueron menores a los del grupo experimental (*p.e 5 casos vs 3 casos*), es un fenómeno que merece atención. El papel del autoregistro, el cual ha sido mencionado en otros estudios (Ayala, 2001; Martínez et al., 2008), como una estrategia que fomenta el autocontrol y la motivación (Sobell, 2001) para el cambio del consumo de drogas podría explicar la presencia de casos mejorados en el grupo control; siendo al mismo tiempo una fuente de retroalimentación personal de la cantidad y frecuencia exacta del consumo. De tal manera que aunque dichos jóvenes no recibieron la intervención grupal en un primer momento, sí registraron su consumo de sustancias durante siete semanas consecutivas lo cual les permitió tener un parámetro para monitorear su consumo; ocasionando en algunos jóvenes una disminución del patrón de consumo (*p.e 5 casos mejorados para alcohol y 2 para tabaco*).

Respecto al efecto de la intervención en las E.A.D, se encontró que una vez finalizada la intervención (1 y 3 meses) los participantes del grupo experimental presentaron menor uso de E.A.D relacionadas con la rumiación y la impulsividad; la evitación y la distracción con el grupo de pares y un mayor uso de E.A.F (*p.e búsqueda de soluciones y pensamiento positivo reflexivo y búsqueda de apoyo en padres*) en comparación con los pares del grupo control; en algunos casos se observó un uso más o menos equilibrado entre estrategias funcionales y no funcionales (caso 32, 33 y 36); y en otros se nota una clara disminución de las estrategias no funcionales (caso 39 y 41) así como un mayor uso de estrategias relacionadas con la búsqueda de apoyo en padres y la solución de problemas.

Resaltar que, los participantes del grupo control mostraron un uso frecuente de la rumiación y la impulsividad como principales estrategias de afrontamiento durante el primer y segundo seguimiento; así como la distracción con el grupo de pares y

la evitación. Solo un caso presentó búsqueda de solución de problemas como E.A.F (caso 16).

Por otra parte y como se mencionó anteriormente, el entrenamiento en E.A.F parece haber promovido un uso más frecuente de la *solución de problemas y el pensamiento positivo reflexivo; así como la búsqueda de apoyo en padres* en los adolescentes que participaron en el taller. El uso de E.A.D (p.e rumiación y la impulsividad; la evitación y la distracción con el grupo de pares) no disminuyó drásticamente en la mayoría de los casos; en algunos parece haber decrementado y en otros se mantuvo sin cambios. Una posible explicación y que ha sido citada en otros estudios, es que los jóvenes entre 14 y 16 años presentan un incremento del afrontamiento no productivo caracterizado por ignorar el problema, no afrontar, distraerse o alejarse (Frydenberg y Lewis, 2000); sin embargo no se acotan los mecanismo explicativos de tal fenómeno. Desde la Teoría de la Conservación de Recursos (Hobfoll, 1998, 2001) se ofrece una explicación donde el uso de estrategias de evitación es visto como un mecanismo de protección que ponen en marcha los individuos ante la sensación de pérdida provocada por la vivencia de sucesos de vida estresantes, para mantener o proteger aquello que se considera valioso (Freedy et al., 1994; Freedy, Resnick y Kilpatrick, 1992).

En particular el uso de estrategias evitativas se hace más común en jóvenes consumidores de alcohol y otras drogas y que además presentan exposición al sucesos de vida estresantes (Arellanez et al., 2006; Gómez et al., 2006). En este estudio, las áreas reportadas por los jóvenes de ambas condiciones experimentales, como más estresantes o con mayor número de eventos de vida que les preocupan, fueron el área *Familiar y Personal*, lo cual coincide con otros estudios llevados a cabo en jóvenes (Forns et al., 2004; Kirchner y Forns, 2000). Sería importante profundizar en el estudio de dichas estrategias en el contexto mexicano así como comprender teóricamente su función y saber si funcionan como un “escudo” ante la pérdida de recursos o si poseen otra función.

Quizás lo ideal sería que los adolescentes pudieran fortalecer o ampliar el aprendizaje de estrategias funcionales en su propio contexto; para que estuvieran

más protegidos ante los riesgos de la vida cotidiana y manejar de mejor forma el malestar psicológico propio esta etapa del desarrollo (Britton 2004; Anderson, Ramo y Brown, 2006; Zanini et al., 2003).

Las conclusiones planteadas se dirigen en el sentido esperado; se sugiere precaución en la generalización de dichos datos dado que las conclusiones que se presentan, como se mencionó en un inicio, surgen del análisis individual de aquellos casos que terminaron las cuatro mediciones.

En cuanto a las limitaciones de este estudio y quizás la más significativa fue la mue, condición que afectó el plan de análisis estadístico inicial. Es importante mencionar que a pesar de contar con el apoyo de las autoridades escolares en cuanto a la planeación y seguimiento de los alumnos, dicho fenómeno parece ser inherente al trabajo en escenarios escolares donde se tiene un control limitado y relativo de la asistencia de los alumnos a actividades extracurriculares como son estos talleres.

Contar con incentivos como materiales escolares: cuadernos, memorias USB o incluso alimentos, motiva la participación de los alumnos pero al final el deseo de cambio es intrínseco y varía según cada participante; su historia personal y momento de vida actual. Se sugiere profundizar en los factores que motivan el apego al tratamiento en jóvenes que inician con el consumo de sustancias pero que aún no presentan problemas graves y que asisten a la escuela. Quizás sería de utilidad realizar entrevistas a profundidad de aquellos casos que concluyeron el total de mediciones y explorar sus pensamientos y emociones al respecto, para delimitar algunas estrategias que ayuden a mejorar la captación de participantes en intervenciones psicológicas en escenarios escolares.

Por otro lado sería deseable analizar la utilidad del formato de autoregistro como una estrategia de retroalimentación personalizada que tiene el potencial de aumentar la motivación al cambio en algunos jóvenes (*p.e participantes del grupo control que redujeron su consumo de alcohol y tabaco*), sobre todo en aquellos jóvenes que hacen uso de estrategias de afrontamiento evitativas ante los

problemas. Y sobre todo explorar si dichos cambios se mantienen a largo plazo o si es necesario un tipo adicional de apoyo para mantener los cambios.

Asimismo, no fue posible calcular el cambio en el patrón de consumo de drogas ilegales en parte al número insuficiente de casos asociado. La medición pudo haber influido de manera importante dado que se les solicitaba a los participantes registrar la sustancia de mayor uso; cuando con base en la experiencia fue claro que los jóvenes hacen uso de más de una sustancia a la vez (p.ej alcohol y tabaco; alcohol y marihuana entre otras). Para futuras aplicaciones se sugiere instruir a los jóvenes para que registren todas las sustancias que consumen y no solo la de mayor consumo, para contar con registros completos.

La presencia de variables extrañas al momento de recabar los datos en el grupo control es otra limitación de este estudio; en el grupo control la profesora permaneció dentro del aula de clases a la hora de la aplicación de los instrumentos, siendo probablemente una variable extraña que introdujo un sesgo en los cuestionarios. Para futuras mediciones se recomienda la ausencia de figuras de autoridad.

Se menciona la necesidad de investigar a profundidad el efecto diferenciado por componente del entrenamiento en E.A.F y detallar su efecto por sustancia, dado que los efectos fueron más claros en relación al consumo de alcohol pero no para el tabaco. Lo anterior permitiría saber cuál de las tres E.A.F es la responsable del cambio en el patrón de consumo de alcohol así como la responsable de la disminución en el uso de las E.A.D. Los resultados parecen sugerir que acercarse a otros significativos especialmente a los padres es una estrategia (entre otras) empleada por los adolescentes para enfrentar las dificultades cotidianas; y que son recursos que predicen el bienestar subjetivos en personas jóvenes así como las relaciones con amigos (Trzcinski y Holst, 2008).

Las aportaciones de esta investigación consistieron en comprender cómo solucionan sus problemas los jóvenes mexicanos y cuáles son sus principales fuentes generadoras de estrés, donde la familia y la escuela siguen siendo el

principal agente estresor pero a la vez una fuente importante de apoyo y contención; por otro lado la solución directa de los problemas y la reflexión son las estrategias más empleadas. Asimismo el uso de la evitación, la rumiación y la impulsividad parecen ser estrategias también empleadas. Más allá de las concepciones teóricas de funcionalidad y disfuncionalidad (Frydenberg et al., 2008), sería importante comprender en qué contexto se utilizan y el significado que tienen para los estudiantes mexicanos.

Por otro lado dichos datos permiten sugerir que los adolescentes mexicanos comparten algunas características con jóvenes de otros países (p.e americanos, australianos o catalanes) en cuanto a la solución de problemas (Eacott & Frydenberg, 2008; Frydenberg et al., 2008; Zanini et al., 2003); pero también reconocer que estrategias como *ofrecer apoyo a otros* en situaciones de estrés fue un distintivo de nuestros jóvenes. Dicha estrategia si bien se menciona en la literatura como un factor protector (Huey-Jou & Fukada, 2002) que minimiza situaciones de riesgo y que promueve salud mental, no ha sido mencionada en la literatura internacional como una estrategia funcional durante la adolescencia que podría coadyuvar en los esfuerzos de aliviar el estrés.

En cuanto a la intervención y para futuras aplicaciones sería recomendable contar con sesiones de trabajo para padres y maestros, como una manera de sensibilizarlos en su relación con los jóvenes y promover mejores canales de comunicación cooperación, mediante grupos de discusión y sesiones de entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo de límites. Y que a su vez promuevan la creación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo tanto dentro como fuera del entorno escolar como un recurso que antecede el bienestar y previene el malestar psicológico (Kaniasty y Norris, 2008).

Finalmente, es necesario continuar evaluando los efectos de dichas intervenciones de corta duración y no intrusivas dirigidas a la reducción del consumo de sustancias, para obtener información empírica que permita difundir estos esfuerzos y que cada vez más jóvenes estudiantes se vean beneficiados.

Referencias

- Andersson, B., Hibell, B., Beck, F., Choquet, M., Kokkevi, A., Fotiou, A., Molinaro, S., Nociar, A., Sieroslauski, J. & Trapencieris, M. (2007). *Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students*. Recuperado el 9 de febrero del 2009, del sitio web del *Proyecto Europeo de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas*: <http://www.espad.org/sa/node.asp?node=637>
- Anderson, K., Ramo, D. & Brown, S. (2006). Life stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3), 225-262.
- Archer, R.R. (1997). Adolescent development and Psychopathology. En R.P Archer (Ed.), *MMPIA: Assesing Adolescent Psychopathology. Second Edition*. (pp.1-25). New Jersey, Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Arellanez-Hernández, J.L., Díaz-Negrete D.B., Wagner-Echegaray, F. y Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3), 54-64.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para los bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6 (1), 71-93.
- Babor, T.F. (2002). Is there a need for an international screening tests? The Middle East as case in point. En: R. Isralowitz & R. Rawson (Eds). *Drug Problems and Cross Cultural Policy Program Development*.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consume de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. España: OMS y Generalitat Valenciana.
- Baker, T.B., Piper, M.E., McCarthy, D.E., Majeskie, M.R. & Fiore, M.C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review* 111, 33–51.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16 (Supl.2), 201-226.

- Bedregal, L., Sobell, L., Sobell, M. & Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behavior, 31*, 309-319.
- Bond, L., Patton, P., Glover, S., Carlin, J.B., Butler, H., Thomas, L., et al. (2004). The Gatehouse Project: Can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 997-1003.
- Brandon, T., Herzog, T., Irvin, J. & Gwaltney, C. (2004). Cognitive and social learning models of drug dependence: implications for the assessment of tobacco dependence in adolescents. *Addiction 99 (Suppl, 1)*, 51-77.
- Britton, P. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory, 12*(2). 103-114.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development. Research models and fugitive findings. En R.H Wozinak & K. Fischer (Eds.), *Scientific environment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, R.L. & Rounds, L.A (1995). Cojoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in primary care practice. *Wisconsin Medical Journal, 95* (3), 135-140.
- Bry, B. H. (1982). Reducing the incidence of adolescent problems through preventive intervention: One and five year follow-up. *American Journal of Community Psychology, 10*(3), 265-276.
- Bugalski, K., & Frydenberg, E. (2000). Promoting effective coping in adolescents 'at-risk' for depression. *Australian Journal of Guidance & Counselling, 10*, 111-132.
- Cacciola, J.S., Koppenhaver, J.M., McKay, J.R., Alterman, A.I. (1999). Test-Retest reliability of the lifetime items on the addiction severity index. *Psychological Assessment 11* (1), 86-93.
- Compas, B.E. (1998). An agenda for coping research and theory: basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral development, 22* (2), 231-237.
- Cooper, M.L., Russell, M. & George, W.H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: a test of learning formulation. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 218-230.

- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Iker, M. R. (1995). A preventive intervention for enhancing resilience among highly stressed urban children. *The Journal of Primary Prevention, 15*(3), 247–260.
- Cox, W., Fadardi, J. & Klinger, E. (2006). Motivational processes underlying implicit cognition in addiction. En R. Wiers & A. Stacy (Eds). *Handbook of implicit cognition and addiction* (253-266). California: Sage.
- Courtois, R., Réveillère, C., Paüs, A., Berton, L. & Jouint, C. (2007). Links between stress factors, mental health and initial consumption of tobacco and alcohol during pre-adolescence. *L'Encéphale, 33* (3), 300-309.
- Dawson, D.A., Grant, B.F. & Ruan, W.J. (2005). The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism, 40* (5), 453-460.
- Dubow, E. F., Schmidt, D., McBride, J., Edwards, S., & Merk, F. L. (1993). Teaching children to cope with stressful experiences: Initial implementation and evaluation of a primary prevention program. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(4), 428–440.
- Eacott, C. & Frydenberg, E. (2008). Benefits and gains from a coping skills program. *Australian Journal of Guidance & Counselling, 18*(2), 160-181.
- Echeverría, L., Ruíz, G.M., Salazar, L., y Tiburcio, M.A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México. D.F: UNAM, Facultad de Psicología.
- Eggert, L., Thompson, E.A., Herting, J.R. & Randell, B.P. (2001). Reconnecting youth to prevent drug abuse, school dropout and suicidal behaviors among high-risk youth. En Wagner, E.F. & Waldron, H.B. (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (51-84). Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Eggert, L., Seyl, C. & Nicholas, L. (1990). Effects of a school-based prevention program for potential high school dropouts and abusers. *International Journal of the Addictions, 25*, 772-801.
- Eissenberg, T. (2004) Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction, 99* (Suppl. 1), 5–29.
- Field, M. & Powell, H. (2007). Stress increases attentional bias for alcohol cues in social drinkers who drink to cope. *Alcohol & Alcoholism 42*(6), 560-566.

- Fleiz-Bautista, C., Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, M.E., Alcántar-Molinar, E., Navarro-Guzmán, C., Blanco-Jaimes, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental* 22(4), 14-19.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental* 30 (5), 63-73-
- Forns, M., Amador, J.A., Kirchner, T., Matorell, B., Zanini, D. y Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646-653.
- Franken, I., Hendricks, V., Haffmans, J., & van der Meer, C. (2003). Coping style of substance-abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology* 59(10), 1125-1132.
- Frydenberg, E. (2010). *Think Positively!. A course for developing coping skills in adolescents*. NY: Continuum International Publishing Group.
- Frydenberg, E., Eacott, C. & Clark, N. (2008, noviembre). From distress to success: Developing a coping language and programs for adolescents. *The Prevention Researcher*, 15(4). Recuperado de <http://www.TPRonline.org>
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Coping with stresses and concerns during adolescence: A longitudinal study. *American Educational Research Journal*, 37, 727-745.
- Glautier, S. (2000). Measures and models of nicotine dependence: positive reinforcement. *Addiction*, 99 (Suppl.1), 30-50.
- Goldman, M.S., Del Boca, F.K. & Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory. The application of cognitive neuroscience. En: Leonard, K.E. & Blane, H.T., eds. *Psychology Theories of Drinking and Alcoholism*, 2nd edn. Pp. 203-246. NY: Guilford Press.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M. y Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental* 25(6), 1-12.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, 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.

- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45.
- Gómez, J.A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Gómez-Maqueo, E., Gómez, H.L., Morales, B. y Pérez, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología* 18(1), 9-17.
- Heath, D. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Heartherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 85, 1119-1127.
- Henry-Edwards, R.E., Humeniuk, R.E., Ali R.L., Poznyak, V. & Monteiro, M. (2003). The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Guidelines for use in primary care. Draft Version 1.1 for Field testing. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guide_lines.pdf
- Hernández, C.Q. (2007). *Estrategia de prevención para adolescentes estudiantes en riesgo suicida*. Tesis de Doctorado. UNAM
- Hobfoll, S.E (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, Culture and Community: The psychology and philosophy of stress*. New York and London: Plenum Press.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 513-524.
- Hobfoll, S.E., Johnson, R., Ennis, N. & Jackson, A. (2003). Resource Loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632-643.
- Hobfoll, S.E. & Lilly, R.S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.

Holder, M. & Coleman, B. (2008). The contribution of temperament, popularity and physical appearance to children's happiness. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 279-302.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J.A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J.A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Reynales-Shigematsu, L.M., Guerrero-López, C.M., Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Juárez, F., Villatoro, J.A. y López, E.K. (2002). *Apuntes de Estadística Inferencial*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México D.F.

Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16(2), 1-7.

Kaniasty, K. & Norris, F. (2008). Longitudinal linkages between social support and posttraumatic stress symptoms: sequential roles of social causation and social selection. *Journal of traumatic stress*, 21(3), 274-281.

Kardum, I. & Krapic, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515.

- Kilpatrick, D., Ancierno, R., Saunders, B., Resnick, H., Best, C. & Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 19-30.
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. *Acción Psicológica, 2*(3), 199-211.
- Kircher, T. y Forns, M. (2000). Autopercepción de "life events" como factores de riesgo y protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona, 27*, 63-76.
- Knight, J.R., Shrier, L., Bravender, T., Farrell, M. et al. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 591-596.
- Knight, J.R., Sherrit, L., Shrier, L.A., Kim Harris et al. (2002). Validity of the CRAFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*, 607-614.
- Kohler, M (1996). Alabama substance prevention training program for educational personnel. Alabama University, Birmingham. Washington, DC. 1-85.
- Lara, MC., Romero, T., Foncerrada, H., Rebollo, C. y Aguilar, J. (2006). Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental, 29* (6), 48-56.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lochman, J., Boxmeyer, C., Powell, N., Wojnaroski, M. & Yaros, A. (2007). Case study in evidence-based practice in clinical child and adolescent psychology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(4), 677-687.
- Lochman, J. E. & Wells, K. C. (1996). A social-cognitive intervention with aggressive children: Prevention effects and contextual implementation issues. In R. Dev Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Prevention and early intervention: Childhood disorders, substance use, and delinquency* (pp. 111–143). Newbury Park, CA: Sage.
- Lucio, M.E., Arenas, P., Linage, M. y Pérez, R.M. (en prensa). Caracterización de estudiantes en riesgo de abuso de sustancias y de suicidio. *Desarrollo de*

Nuevos Modelos para la Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas: Seminarios Académicos.

- Lucio, E. y Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Revista de Salud Mental*, 24(5), 17-24.
- Lucio, M.E., Linage, M., Pérez, M. y Tovar S.C. (en prensa). Uso de alcohol, riesgo suicida y acciones de prevención en estudiantes de bachillerato. *Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*.
- Lucio, E., Loza, G. y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de los adolescentes con intento suicida. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7(2), 58-65.
- Lucio G., E. & Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: considerations for developing coping questionnaires for teenagers En: *Stress and Anxiety – Application to Life Span Development and Health Promotion*. Buchwald, P., Ringeisen, T. y Eysenck, M. (Eds). Berlin: Logos Verlag.
- Luo, Y. & Wang, H. (2009). Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support. *Nurse Education Today*, 29 (1), 5-8.
- Mariño, M.C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el consumo de drogas. *Salud Mental* 21(1), 27-36.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En: Marlatt, G.A. & Gordon, J.R., eds. *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91(Suppl), 37-49.
- Martens, M.P., Neighbors, C., Lewis, M.A., Lee, C.M., Oster-Aaland, L. & Larimer, M.E. (2008). The roles of negative affect and coping motives in the relationship between alcohol use and alcohol-related problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 412-419.

- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruíz, G.M., Barrientos, V. y Ayala, H.E. (2004). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. UNAM: Facultad de Psicología. México: DF.
- Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruíz, G. y Reidl, L.M. (2007). Una estrategia de detección de casos en el programa de intervención breve, para adolescentes que consumen drogas. En: Echeverría, L., Carrascoza, C. y Reidl, M.L. *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: CONACYT.
- Martino, S., Grilo, C. & Fehon, D. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behavior* 25(1), 57-70.
- Mayer, J.E. & Fielstead, W.J. (1979). The adolescent alcohol involvement Scale: An instrument for measuring adolescent's use and misuse of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 291-300.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Rodríguez Ajenjo C., Gutiérrez, M.L., Moreno, M.I., Fleiz, C., Juárez, F., Rojas, E., Téllez, M., Hernández, M. (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Morris, C. (1992). *Introducción a la Psicología. Séptima edición*. México: Prentice Hall.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes. Current concepts and measures. En: Goldberger, L. & Bresnitz, S., eds. *Handbook of Stress*, 2nd edn, pp. 234-257. New York: Free Press.
- Mrazek, P. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders*. Washington: National Academy Press. p 8-9.
- Muus, R.E. (1996). *Theories of Adolescence*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Natera, G., Tiburcio, M. y Mora, J. (2004). Cómo apoyar a la familia ante el abuso de alcohol y drogas. En: E. Dulanto Gutiérrez (Ed). *La Familia: Un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. (pp. 463-469). México, Ciudad de México.
- Newcomb, M. D. & Harlow, L. L. (1986) Life events and substance use among adolescents: role of perceived meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.

- Niaura, R. S., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., Monti, P. M., Pedraza, M. & Abrams, D. B. (1988) Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133–152.
- Norris, F., Baker, C., Murphy, A. & Kaniasty, K. (2005). Social support mobilization and deterioration after México's 1999 flood: Effects of context, gender and time. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 15-28.
- Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (2003). Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, ONUUD, CICAD. (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*. Recuperado el 9 de febrero de 2009 de http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Research/comparativo_subregional-2008-06.pdf
- Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, ONUDD. (2008). *Informe mundial sobre las drogas 2008*. Resumen. Recuperado el 20 de noviembre de 2008 de <http://www.unodc.org>
- Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, ONUDD. (2008). *World Drug Report 2008*. Recuperado 20 de noviembre de 2008 de <http://www.unodc.org>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT. (2007). *Informe anual 2007*. Recuperado el 5 de noviembre 2008 de <http://www.emcdda.europa.eu>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT. (2008). *Informe anual 2008*. Recuperado el 9 de febrero 2009 de <http://www.emcdda.europa.eu>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT (2011). *Informe Anual 2011: Aspectos más destacados*. Recuperado el 11 de noviembre 2011 de www.emcdda.europa.eu/.../att_143710_ES_Highlights1_ES2011
- Oliva, A., Jiménez, J.M. & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress and Coping*, 22 (2), 137-152.

- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Manual de Monitoreo y Evaluación. Focus on Young Adults*. Recuperado el 2 de noviembre del 2009 de <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Seccion1a.pdf>
- Panizza, T. & Frydenberg, E. (2006). Evaluating the Best of Coping: How do content and mode delivery influence program outcomes?. *Australian Educational and Development Psychologist*, 23(1), 111-130.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano. Novena edición*. México: Mc Graw Hill.
- Pincus, D.B. & Friedman, A.G. (2004). Improving children's coping with every day stress: Transporting treatment interventions to the school setting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 223-240.
- Plunkett, S., Radmacher, K. & Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress, and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356-367.
- Rahdert, E. (1991). *The Adolescent Assessment and Referral Manual*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Roth, S. & Cohen, L. J. (1986) Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813–819.
- Rojas, E., Medina-Mora, M., Juárez, F., Carreño, S., Villatoro, J., Berenzon, S. y López, E. (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. *Salud Mental*, 18(3). 22-27.
- Sánchez-Craig, M. & Walker, K. (1982). Teaching coping skills to chronic alcoholics in a coeducational halfway house: I. Assessment of programme effects. *British Journal of Addiction* 77, 35-50.
- Saunders, B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R et al. (1993). Development of the alcohol uses disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds). *Handbook of Coping*. New York: Wiley.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, Alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. México D.F, 1-27.

- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca, Morelos, México.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, *16*, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescent's Health: a developmental perspective*. EE.UU: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J.E. (2009). Changes in stress perception during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child Development*, *80*(1), 259- 279.
- Shure, M. & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, *10*(3).
- Soons, J. & Liefbroer, A. (2009). Together is better? Effects of relationship status and resources on young adults's well-being. *Journal of Social and Personal Relationships* *25*(4), 603-624.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders*. Second edition. New York: Routledge. p.37-42
- Spirito, A., Stark, L., Grace, N., & Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*(5), 531–544.
- Stark, L.J., Spirito, A., Williams, C.A., & Guevremont, D.C. (1989). Common problems and coping strategies I: Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *17*(2), 203–212.
- Steinberg, L. & Belsky, J. (1997). An evolutionary perspective on psychopathology in adolescence. En D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Adolescence Opportunities and Challenges*. (pp.93-121). Rochester Symposium on Developmental Psychology.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). Results from the 2007 National Survey on Drug use and health: National Findings. Recuperado el 10 de febrero de 2009, de <http://oas.samhsa.gov>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Results from the 2011 National Survey on Drug and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado el 10 de noviembre 2012 de <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k11Results/NSDUHresults2011.pdf>

- Thompson, E.A., Eggert, L.L. & Herting, J.R. (2000). Mediating effects of an indicated program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 30(3), 252-271.
- Thompson, E. A., Horn, M., Herting, J.R. & Eggert, L. L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention approaches for potential high-risk youth. *Journal of Drug Education*, 27, 19-41.
- Tiburcio, M. y Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 26(5), 33-42.
- Tiffany, T. H., Conklin, C. A., Shiffman, S. & Clayton, R. R. (2004). What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*, 99 (Suppl.1), 78–86.
- Trzcinski, E. & Holst, E. (2008). Subjective well-being among young people in transition to adulthood. *Social Indicators Research*, 87(1), 83-109.
- Veenstra, M.Y., Lemmens, P.H., Frieseman, I.H., Garretsen, H.F., Knottnerus, J.A. & Zwietering, P.J. (2006). A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (4), 455-463.
- Veenstra, M.Y., Lemmens, P.H., Friesma, I.H., Tan, F.E., Garretsen, H.F., Knottnerus, J.A. & Zwietering, P.J. (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study. *Addiction*, 102, (12), 1890-1898.
- Vernon, A. (1983). Rational-emotive education. In A. Ellis & M. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M.L., Oliva, N., Bretón, M., López, M.A., Bustos, M. & Medina-Mora, M.E. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes 2009. *Salud Mental*, 34(2): 81-94.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, F., Amador, N y Medina Mora, ME. (2007). *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, F., Amador, N y Medina Mora, ME. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México

2006. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 32(4), 287-297

Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. y Medina-Mora, M.E. (2005). Encuesta de consumo de drogas de estudiantes. *Salud Mental*, 28 (1), 38-51.

Villatoro, JA., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Amador, NG. y Bermúdez, P. (2004). El consumo de tabaco y alcohol y su relación con el uso de otras Drogas. En: *Observatorio Epidemiológico en Drogas 2003: El fenómeno de las adicciones en México*. CONADIC, SSA. México, D.F.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes, medición otoño del 2002. *Salud Mental*, 1, 43-54.

Vitaliano, P.P., DeWolfe, D.J., Maiuro, R.D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology* 59, 582–592.

Wills, T. A. & Filer, M. (1996) Stress-coping model of adolescent substance use. En: Ollendick, T. H. & Prinz, R. J., eds. *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 18, pp. 91–132. New York: Plenum Press.

Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M. & Brody, G. (2000). Protection and vulnerability processes for early onset of substance use: a test among African-American children. *Health Psychology*, 19, 253–263.

Wills, T. A. & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse. En: Zeidner, M. & Endler, N. S., eds. *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, pp. 279–302. New York: Wiley.

Wills, T. A. & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: a conceptual framework. En: Shiffman, S. & Wills, T. A., eds. *Coping and Substance Use*, pp. 3–24. Orlando, FL: Academic Press.

Wills, T. A., Windle, M. & Cleary, S. D. (1998). Temperament and novelty-seeking in adolescent substance use: convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 387– 406.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.

- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594–601.
- Yates, F. (1996). Developing therapeutic computer programs with particular reference to a program to teach coping strategies to problem drinkers. *Journal of Mental Health* 5(1).
- Zanini, D., Forns, M. y Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento: implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes. *Psiquiatría.com*, 7(5). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/imprimir.at>

APÉNDICE A

INTERVENCIONES

Tabla A1. Intervenciones Cognitivo Conductuales basadas en el afrontamiento: estudiantes y consumo de sustancias

| Autores, objetivo del estudio | Muestra/ Participantes | Características del Programa | Diseño | VAR. de la intervención y mediadoras | VAR. dependientes | Comentarios finales |
|--|--|--|--|---|---|--|
| <p>Bry (1982) Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de prevención secundaria multicomponente para jóvenes estudiantes con uso de alcohol y otras drogas, abandono escolar y otras conductas problema. Evaluar efectividad de cada componente</p> | <p>60 estudiantes de escuelas urbanas y suburbanas, 66% varones y 33% mujeres, en su totalidad de raza blanca.</p> | <p>La intervención se dio en escenarios escolares 2 veces por semana. La componen tres componentes: 1) dirigido a maestros, 2) dirigido a los alumnos, 3) dirigido a los padres. Se apoya en el modelo cognitivo conductual utilizando técnicas de reforzamiento social positivo para incrementar conductas prosociales dentro y fuera de la escuela.</p> | <p>Asignación aleatoria de los estudiantes a tres condiciones experimentales y a un grupo control.</p> | <p>a) Conferencias para maestros b) Conferencias para maestros y terapia cognitivo conductual de grupo c) Conferencias para maestros + terapia cognitivo conductual de grupo+ involucramiento paterno</p> | <p>a) listas de calificaciones y disciplina b) Entrevistas sobre uso de sustancias c) Seguimiento de expedientes durante 5 años post intervención en correccionales</p> | <p>No se encontraron diferencias significativas en los grupos experimentales y control hasta dos años después de finalizado el programa. Los efectos de la intervención en la escuela, uso de drogas y crimen duraron por lo menos un año.</p> |
| <p>Kohler (1996) Objetivo: capacitar a profesionales de la educación para aumentar el número de especialistas en abuso de sustancias en escuelas y aumentar la asistencia técnica para que implementen actividades preventivas o de intervención a un nivel local.</p> | <p>279 participantes (consejeros escolares, enfermeras y psicólogos educativos)</p> | <p>El entrenamiento se dio en 9 sesiones al personal educativo. El manual incluía información básica sobre prevención, efectos farmacológicos, técnicas para establecer programas preventivos sobre drogas y técnicas de consejería. No se aclara el fundamento teórico del manual.</p> | <p>Diseño para una sola muestra con pre y post test.</p> | <p>a) Conocimientos en torno a las adicciones y uso de drogas en jóvenes</p> | <p>a) Evaluación cualitativa y cuantitativa del curso de entrenamiento. b) Presentaciones y materiales del taller.</p> | <p>La diferencia entre el pretest y el postest indicó una ganancia del 30% en relación a la información y conocimientos adquiridos. El autor reporta como principal debilidad que no se cuenta con datos empíricos sobre la efectividad general del proyecto</p> |
| <p>Martínez (2003) Objetivo: Probar un programa cognitivo conductual para jóvenes estudiantes que consumen drogas, y establecer un cambio en el patrón de consumo y aumento de la autoeficacia.</p> | <p>Jóvenes estudiantes entre 14 y 18 años, no dependientes y que tienen problemas con el consumo</p> | <p>Intervención Breve que consiste en 6 sesiones que contempla el establecimiento de metas, identificación de situaciones de riesgo y desarrollo de estrategias alternativas para enfrentar situaciones de riesgo. Basada en el Enfoque Cognitivo Conductual</p> | <p>Diseño de caso único con 25 réplicas</p> | <p>a) Autocontrol y prevención de recaídas b) Identificar situaciones de riesgo y planes de acción</p> | <p>a) Cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) b) Autoeficacia</p> | <p>El estudio demostró cambios significativos en el patrón de consumo de los participantes y mejoras en el nivel de autoeficacia como resultado de la intervención.</p> |

Tabla A2. Intervenciones Cognitivo Conductuales basadas en el afrontamiento: niños en edad escolar

| Autores, objetivo del estudio | Muestra/ Participantes | Características del Programa | Diseño | VAR. de la intervención y mediadoras | VAR. dependientes | Comentarios finales |
|---|---|--|---|---|---|--|
| Dubow et al., (1993) Objetivo: Diseñar un programa de duración breve llamado "I can do" para enseñar a los niños habilidades de afrontamiento para lidiar con experiencias estresantes | Participaron 88 niños de cuarto grado expuestos a experiencias estresantes | La intervención pretende enseñar habilidades generales de solución de problemas y afrontamiento, y que los niños enfrenten los principales estresores (p.e separación, mudarse de casa, muerte, tiempo solos y sentirse diferentes). Consta de 13 sesiones con duración de 45 minutos. Se basa en la concepción del afrontamiento de Lazarus y Folkman. | Diseño para dos muestras relacionadas con pre y post y grupo control | a) Entrenamiento y fortalecimiento en solución de problemas y afrontamiento b)Enfrentamiento de cinco estresores en particular | a) Efectividad de las soluciones de afrontamiento b)Generación de soluciones efectivas | Los resultados del programa fueron positivos, se reportan mejoras significativas en la efectividad de las soluciones reportadas por los niños, las cuales se mantuvieron cinco meses después de finalizada la intervención. |
| Lochman, Boxmeyer, Powell, Wojnaroski y Yaros (2007) Objetivo: probar un programa preventivo de corte cognitivo conductual Coping Power con una niña con conducta disruptiva. | 1 niña de 10 años de edad con conducta disruptiva y su madre | Programa de corte cognitivo conductual compuesto por dos componentes: uno para padres con 16 sesiones conductuales y otro para los niños con 34 sesiones. Puede ser implementada de manera grupal, en salón de clases con previa capacitación de los maestros. | Diseño de caso único | a) Entrenamiento en solución de problemas b) Prácticas parentales | a)Problemas de conducta b) Agresión c) Hiperactividad d)Depresión paterna | Se obtuvieron resultados significativamente favorables, mostrando cambios significativos en la disminución de problemas de conducta, agresión e hiperactividad. Mejoras en sus estrategias verbales de solución de problemas tales como asertividad, compromiso y negociación; y toma de decisiones. |
| Pincus y Friedman (2004) Objetivo: Proponen enseñarles a los niños mediante el Rochester Child Resilience Project, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y no solo en | Participaron 167 niños (85 varones y 82 mujeres) de tercero y cuarto grado de dos escuelas públicas en Nueva York, con un rango de edad entre 8 y 11 años | Es un Programa de 12 sesiones incluido dentro de la currícula escolar. Busca fortalecer la resiliencia al estrés en niños así como entrenamiento en habilidades de afrontamiento centradas en la emoción para los | Diseño para más de dos muestras relacionadas con grupo control, con pre, intervención y evaluación. Tres grupos experimentales: 1)entrenamiento en habilidades | a) Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. b)estrategias de afrontamiento centradas en el problema | a)Estrategias de solución de problemas (centradas en la emoción y en el problema) | Los resultados obtenidos indicaron que los niños en edad escolar pueden aprender estrategias de afrontamiento "centradas en la emoción" y pueden aumentar el uso de estas estrategias después de una sesión breve de entrenamiento. Así |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| el problema, como una manera de que manejen mejor el estrés. | | sucesos estresantes cotidianos. Retoma el marco conceptual propuesto por Lazarus y Folkman. | cognitivo-afectivas; 2) entrenamiento en solución de problemas y 3) grupo control de discusión | | | mismo se encontró que los niños en ambos grupos presentaron un aumento significativo en la generación del total de estrategias de afrontamiento en el posttest en comparación con el pretest con relación a cuatro escenarios estresantes. |
| Shure y Spivack (1982) Objetivo: Implementar el programa Interpersonal Cognitive Problem-Solving Curriculum (ICPS) para reducir y prevenir conductas impulsivas y de inhibición en niños afroamericanos, y evaluarlo durante dos años | Participaron 244 niños afroamericanos entre 4 y 5 años de nivel socioeconómico bajo | El programa se basa en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y se basa en el marco conceptual propuesto por Lazarus y Folkman. Consta de 3 módulos enfocados a generar estrategias de solución de problemas interpersonales. El entrenamiento duró un año. | Diseño para más de dos muestras relacionadas. Los niños fueron asignados a cuatro condiciones 1) Entrenados en dos ocasiones, 2) Entrenados en guardería, 3) entrenados en el kindergarden y 4) nunca entrenados. | a) Solución de problemas interpersonales b) Consecuencias relacionadas con las posibles soluciones c) Implementación de soluciones encaminadas a la meta específica | a) Conductas impulsivas y de inhibición | Los resultados mostraron que el programa ICPS tuvo un impacto sobre la conducta que duró un año, el entrenamiento fue efectivo en la guardería y en el kindergarden, y el entrenamiento para esta muestra de niños tuvo el mismo efecto en comparación a un entrenamiento de dos años. |
| Vernon (1983) Objetivo: Desarrollar un curriculum comprensivo que ayude a los niños entre 1 y 6 años aprender conceptos positivos sobre salud mental. | Niños de 1 a 6 años de edad que cursen la escuela primaria | Programa de corte cognitivo conductual que incorpora el entrenamiento en habilidades afectivas y cognitivas basados en la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Capacita a maestros, se enseña en salón de clases. | No se especifica | a) Autoaceptación b) Sentimientos c) Creencias y conducta, d) Solución de problemas y toma de decisiones e) Relaciones interpersonales. | a) Ajuste social b) Solución de problemas c) Toma de decisiones | No se especifica |

Tabla A3. Intervenciones con un enfoque social y de contexto para estudiantes

| Autores, objetivo del estudio | Muestra/ Participantes | Características del Programa | Diseño | VAR. de la intervención y mediadoras | VAR. dependientes | Comentarios finales |
|--|--|--|---|---|---|--|
| Bond et al. (2004) Objetivo: A través del programa Gatehouse determinar el efecto de una intervención escolar multinivel en el bienestar emocional y algunas conductas de riesgo en adolescentes. | Participaron 2678 estudiantes de 8vo grado | El programa Gatehouse utiliza estrategias multinivel e incluye material basado en la programación escolar para todos los estudiantes con un enfoque universal. Retoma algunos principios de la Psicología Comunitaria. | Ensayo clínico aleatorizado tipo "cluster" en un escenario escolar | a) Bienestar emocional de los adolescentes b) Conductas de riesgo en la salud | a) Reducción del patrón de consumo de alcohol b) Consumo de tabaco c) Síntomas depresivos d) Relaciones sociales y escolares | Reducción del riesgo (3-5%) en el grupo experimental en comparación con el control en cuanto al consumo de alcohol, tabaco y consumo en pares en tres momentos del seguimiento. No hubieron efectos en la variables restantes. |
| Eacott y Frydenberg (2008) Objetivo: Probar la utilidad del programa BOC aplicado a grupos enteros de estudiantes. | Dos cohortes de 159 adolescentes australianos estudiantes con y sin riesgo de depresión | Programa BOC que retoma algunos principios de la Teoría de Hobfoll (1998) | Diseño de Cohorte | a) Nivel de recursos (alto y bajo) b) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento productivas | a) Habilidades de afrontamiento de productivas b) Depresión c) Ganancias | Se encontraron efectos favorables en cuanto a que el programa ayudó a que los estudiantes en riesgo redujeran el uso de estrategias no productivas de afrontamiento y a la vez reducir el riesgo de problemas de salud mental. |
| Eggert, Seyl y Nicholas (1990) Objetivo: Probar el efecto del programa "Reconnecting Youth" un programa preventivo para incidir sobre el abandono escolar y el abuso de drogas en jóvenes en riesgo | 264 jóvenes en alto riesgo de dejar la escuela identificados como consumidores potenciales de drogas con una media de 16.7 años. | Programa dirigido a jóvenes en riesgo que busca decrementar el abandono escolar y el uso potencial de sustancias, mediante el fortalecimiento de las redes escolares de apoyo, establecimiento de compromisos, logros escolares y aprendizaje de habilidades de afrontamiento. Se da durante un semestre en una clase que se elija | Diseño cuasiexperimental realizado en una escuela de nivel medio superior con pre test y post test. | a) Apoyo verbal e instrumental de parte del líder grupal y de los pares en el programa. b) Pertenencia al grupo de pares | a) Rendimiento escolar: créditos en clase y días de ausencia b) Autoreporte del involucramiento con sustancias c) Consecuencias del uso de drogas | Cambios significativos en el pre y postest en relación a las variables de interés: más días en la escuela, menor ausentismo, decremento de problemas y consecuencias relacionadas con el uso de sustancias. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | | para el programa. Se basa principios del Modelo de Influencia social. | | | | |
| Frydenberg, Eacott y Clark (2008) Objetivo: probar la efectividad del programa The Best of Coping (BOC) en dos muestras de adolescentes australianos. Se sintetizan dos estudios. | Estudio 1: Dos cohortes de niños rurales instruidos en el programa BOC, identificados como pobres en recursos. Estudio 2: Una muestra de 206 estudiantes identificados con "recursos pobres" con una media de 16.8 años a quienes se les aplicó el BOC en versión computarizada | El programa BOC está constituido por 10 módulos, usa instrucción directa para enseñar habilidades de afrontamiento y permite que éstas sean practicadas por los jóvenes a través de actividades escritas, rol playing y discusión. Incluye el entrenamiento en pensamiento optimista, habilidades de comunicación efectivas, pasos para la resolución efectiva de problemas, toma de decisiones, establecimiento de metas y manejo del tiempo. Se basa en algunos de los planteamientos de la Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll (1998) | Estudio 1: Diseño de dos o más muestras con pre y post test sin grupo control Estudio 2: Diseño de dos muestras independientes con pre y post test y grupo control en lista de espera | a) Nivel de recursos (alto y bajo) b) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento productivas | a) Habilidades de afrontamiento productivas | Estudio 1: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos con recursos pobres y con recursos altos en cuanto a ganancias en el afrontamiento de consultar a otros, donde el grupo "bajo en recursos" tuvo un aumento significativo en el uso de ayuda profesional. Estudio 2: Los resultados indicaron que la versión computarizada del BOC ayudó a la reducción del uso de estrategias de afrontamiento no productivas y aumentó las estrategias productivas centradas en el problema. |
| Wyn et al. (2000) Objetivo: Probar la efectividad del programa MindMatter dirigida a jóvenes de secundaria para promover la salud mental en estudiantes australianos. | El programa se piloteó en 24 escuelas secundarias | El programa MindMatter se dirige a jóvenes y promueve el bienestar a través de la promoción de factores de protección de tipo social y comunitario. Enfatiza el rol del maestro. Es de tipo universal sin embargo posee estrategias para la detección de alumnos en riesgo o con necesidades de atención. | Estudios piloto | Desarrollo de recursos escolares enfocados a la promoción de la salud mental. Desarrollo de programas Guías para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio | No se especifica | No se especifica |

APÉNDICE B

Cartas descriptivas de la intervención

SESIÓN 1: PRETEST.

Duración: 1 hr. 30 min a 2 horas

ACTIVIDAD 1: Aplicación de pruebas.

DURACIÓN: 1 hora 20 min.

MATERIALES: Instrumentos (Ficha sociodemográfica, Línea base retrospectiva, ASSIST, Sucesos de vida y Cuestionario de afrontamiento), lápices, hojas de lectura óptica, Consentimientos informados.

PROCEDIMIENTO:

- Los facilitadores se presentarán y darán la bienvenida a los participantes explicando brevemente el objetivo de taller y sensibilizándolos sobre la importancia de responder los cuestionarios de manera honesta.
- Se puntualizará que no son exámenes, son confidenciales (no se dará información ni a maestros ni a padres), no hay respuestas buenas ni malas, contestar lo más rápido posible, con la mayor honestidad.
- Entrega de consentimientos informados para que los jóvenes los firmen, puntualizar que su participación es voluntaria.

*ACTIVIDAD 2: Presentación del taller.

Durante la implementación del taller se decidió hacer la presentación del taller a la sesión siguiente dado que después de aplicar los cuestionarios los jóvenes cansados y el ánimo comenzaba a decaer, por lo que se decidió darle prioridad a una dinámica de integración para fomentar que los participantes se conocieran entre sí y aumentara la probabilidad de que regresaran para la sesión siguiente.

ACTIVIDAD 3: El nudo.

OBJETIVO: Integrar a los jóvenes del grupo con una dinámica divertida. Reflexionar sobre la importancia de trabajar en equipo para solucionar problemas de forma efectiva.

DURACIÓN: de 10 a 15 min.

MATERIALES: Ninguno.

PROCEDIMIENTO:

- Se les pide a los participantes que hagan un círculo en el centro del salón.
- Se selecciona al azar o se pide a un voluntario (quien será el encargado de deshacer el nudo, pero no se le dirá hasta el final).
- A este voluntario se le tapan los ojos o se le voltea a la pared, de tal modo que no vea como el facilitador enreda a los compañeros que están en el círculo.
- Hecho el círculo se les pide a todos que se tomen de las manos.
- Para comenzar el nudo, el facilitador seleccionará a dos chicos al azar y los hará cruzar del otro lado SIN SOLTARSE DE LAS MANOS.
- De este modo el facilitador hará un nudo con los participantes cruzándolos unos con otros sin soltarse hasta hacer el nudo.
- El voluntario deberá deshacer el nudo y sus compañeros enredados podrán indicarle como desenredarse, el facilitador no debe intervenir.
- La dinámica termina cuando se deshaga el nudo, es decir, cuando el círculo esté formado como estaba originalmente.

CONCLUSIÓN: Finalmente se hacen las reflexiones sobre la importancia del trabajo en equipo para solucionar problemas. Hablar sobre las diferentes formas que tiene cada quien para solucionar problemas, para que compartan sus experiencias.

*ACTIVIDAD 4: Buzón.

Conforme a la carta original, se tenía planeado que al finalizar la sesión uno, los jóvenes pudieran expresar algunas dudas, situación que no fue necesaria porque la mayor parte de dicha sesión consistió en la aplicación de cuestionarios y los jóvenes no expresaron ninguna inquietud.

SESIÓN 2 “IDENTIFICANDO LAS SITUACIONES QUE NOS CAUSAN ESTRÉS”

ACTIVIDAD 1: Terminar aplicación de instrumentos (CAA, LIBARE y autoregistro) para aquellos alumnos que no terminaron la sesión pasada. Aplicación completa para los alumnos que se incorporaron a la actividad.

DURACIÓN: 40 minutos

ACTIVIDAD 2: Presentación del taller.

OBJETIVO: Que los participantes conozcan los objetivos del taller y que se aclaren sus expectativas. Exponer la forma de trabajo.

DURACIÓN: 15 min.

MATERIALES: hoja de lineamientos, plumones, gafetes.

PROCEDIMIENTO:

- Los facilitadores darán una explicación breve del taller.
- Objetivo General: Conocer nuevas formas de resolver los problemas que se les presentan como jóvenes y que a la vez sean útiles.
- Se les pide que realicen un Gafete con su nombre como les gustaría que les dijeran y retomando algo que los caracteriza como personas.
- Se les pide a los participantes que se presenten externando sus propias expectativas hacia el taller.
- Se establece el encuadre del grupo: a) Horario, b) Número de sesiones, c) Cómo estarán integrados los grupos.
- Se explican los lineamientos del taller. Se entrega hoja de lineamientos. Además hacer hincapié en: Confidencialidad de lo que comentan.

- Explicar los roles (orden-anfitrión, motivador y resumen-evaluador)
- Preguntar si tienen algún comentario o les gustaría agregar algo.

CONCLUSIÓN: Se realiza una pequeña recapitulación de las expectativas de los integrantes y se da paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 3: Dinámica de integración “Vamos a la playa”

OBJETIVO: Establecer rapport y fomentar la integración grupal de una manera divertida. Que los participantes recuerden sus nombres.

DURACIÓN: 10 minutos

MATERIALES: Ninguno

PROCEDIMIENTO: Se les pide a los jóvenes que formen un círculo, el facilitador comenta: “ El objetivo de la dinámica es que recuerden sus nombres y para esto necesito que todos lleven algo a la fiesta que voy a organizar en la playa. ¿Están listos? Comienzo yo....Yo soy Mariana, llevo manzanas y si voy a la playa”. Cada participante tendrá decir que lleva. La dinámica termina cuando todos se dan cuenta que para ir a la playa deben llevar algo que coincida con la letra de su nombre.

CONCLUSION: Pedirles a los jóvenes que den su opinión sobre la dinámica y si pudieron recordar los nombres de otros. Al finalizar esta dinámica el encargado del “orden-anfitrión” entregará los gafetes con los nombres y deberá pasar lista.

ACTIVIDAD 4: Grupo de discusión.

OBJETIVO: Que los participantes comente según su propia vivencia cuáles son las situaciones que les generan mayor estrés.

DURACIÓN: 25 min

MATERIALES: guía de preguntas, pizarrón y plumones.

PROCEDIMIENTO:

- Se les pide que se coloquen en círculo
- El facilitador dará una breve introducción sobre las cuestiones que nos causan estrés en la adolescencia. “*En la adolescencia empezamos a*

experimentar nuevas sensaciones, comenzamos a separarnos de nuestros padres, nuestro cuerpo cambia, nos empiezan a gustar nuevas personas. Y todo eso nos puede causar miedo o estrés. Nos preocupan muchas cosas desde cómo nos vemos, cómo nos ven los demás, nuestro círculo de amigos etc” El facilitador promueve que los participantes comenten su vivencia mediante una pregunta evocadora: ¿qué les preocupa a ustedes?

- Antes de iniciar se les explica a los participantes la dinámica del grupo de discusión: respetar al otro, no interrumpir, levantar la mano para hablar entre otras.
- Se inicia la discusión con la siguiente guía de preguntas.
 - ¿Qué es lo que les preocupa?
 - Existen áreas de mayor preocupación como la relación con los padres, los amigos, la pareja, la muerte, separarse de los amigos entre otras.
 - En su opinión cuál área es la más que más causa estrés
 - ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres?
 - Enlistemos aquellas situaciones que han mencionado y son las que más les preocupan

CONCLUSIÓN: Recapitular los comentarios y las explicaciones que se abordaron durante la discusión. El co-terapeuta apoyará tomando notas sobre los puntos importantes que deberán abordarse al finalizar la actividad.

ACTIVIDAD 5: Buzón.

OBJETIVO: Que los participantes expongan sus dudas acerca del taller.

DURACIÓN: 10 min

MATERIALES: Hojas blancas, plumas y un buzón.

PROCEDIMIENTO:

- Se les explica en qué consiste el buzón, que va a estar en cada sesión para que de manera anónima pongan sus dudas de los temas que se revisen.
- Se reparten las hojas y las plumas.

- Se da un tiempo para que escriban si tienen algún comentario o sugerencia para el taller. (5 min).

CONCLUSIÓN: El facilitador comentará que la próxima sesión se dará un tiempo para trabajar con sus inquietudes. Se les agradece su participación y se les invita a asistir a la siguiente sesión el día miércoles de 13:00pm a 15:00pm.

SESIÓN 3 “ESTRATEGIAS QUE AYUDAN Y ESTRATEGIAS QUE NO AYUDAN”

ACTIVIDAD 1: Bienvenida y Llenado del autoregistro. Cuidar que los alumnos que faltan terminen de contestar los instrumentos del pretest.

DURACIÓN: 10 min

ACTIVIDAD 2: Resumen de la sesión pasada

ACTIVIDAD 3: Retroalimentar el buzón de comentarios

DURACIÓN: 10 min

ACTIVIDAD 4: “Collage sobre las situaciones que nos estresan”

OBJETIVO: Identificar de manera gráfica las situaciones estresantes que los adolescentes viven cotidianamente, mediante el uso de la técnica del collage.

DURACIÓN: 25 minutos

MATERIALES: cartulinas, revistas, tijeras y pritt o resistol

PROCEDIMIENTO:

- Se reparte el material y se les pide que formen grupos de 5 personas
- Se da la instrucción de utilizar las revistas para que mediante recortes puedan ejemplificar el área o las áreas que les genera más estrés.

CONCLUSIÓN: Invitar a los participantes a mostrar y a hablar sobre su collage. Invitarlos para que se realice una conclusión general. Preguntar si hay algún comentario y se da paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 5: “Conocer lo que otros jóvenes han hecho para resolver sus problemas”

OBJETIVO: Identificar algunas estrategias no funcionales que utilizan las personas para resolver problemas y explorar alternativas de afrontamiento funcionales.

DURACIÓN: 40 minutos

MATERIALES: tarjetas con sucesos de vida estresantes y estrategias de afrontamiento.

PROCEDIMIENTO:

- Se divide al grupo en parejas.
- Se les explica que las tarjetas que leerán a continuación fueron obtenidas de otros chicos como ellos que por escrito relataron una situación difícil y la forma en que la enfrentaron, es decir, lo que van a leer le sucedió a alguien como ellos.
- Se colocan al centro y boca abajo, las tarjetas con las situaciones generadoras de estrés y su forma de afrontamiento.
- Se les pide que elijan al menos dos tarjetas y que las discutan en pareja, reflexionando sobre la forma en que esa persona enfrentó el problema y desde su punto de vista que tan útil fue.
- Algunas preguntas guía para la actividad ¿Qué opinan de lo que le pasó a esa persona? ¿la forma en que enfrentó el problema fue útil? ¿por qué?, ¿ustedes lo hubieran hecho distinto? ¿cómo?
- Después de 10 minutos de discusión en pareja se reúne al grupo y se hace una reflexión general, donde cada pareja compartirá sus reflexiones en relación a las tarjetas (por lo menos discutir una por pareja).
- El facilitador retomará los comentarios del grupo y se hará énfasis en que cada persona tiene una forma de resolver los problemas pero que existen algunas formas que son más útiles que otras.

CONCLUSIÓN: El facilitador hará una conclusión retomando las diferencias individuales que tenemos como personas para resolver las situaciones; a esas formas de resolver los problemas les llamamos “estrategias de afrontamiento”.

ACTIVIDAD 6: Cierre y Buzón

SESIÓN 4: Aprender nuevas estrategias

ACTIVIDAD 1: Bienvenida y Llenado del autoregistro (OJO: identificar a los chicos que aún tienen incompleta la batería de instrumentos)

ACTIVIDAD 2: Retroalimentar el buzón de comentarios

ACTIVIDAD 3: ¿Esas estrategias son útiles o no útiles?

OBJETIVO: Identificar cuáles estrategias pueden ser categorizadas como útiles y cuáles como no útiles con base en las tarjetas de la actividad 5 de la sesión pasada. Analizar su utilidad para resolver problemas.

DURACIÓN: 50 min

MATERIALES: Pizarrón o hojas de rotafolio, plumones o gises y las tarjetas-sucesos-afrontamiento.

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador incitará a los participantes para que ubiquen cada tarjeta-sucesos-afrontamiento según el grado de funcionalidad o disfuncionalidad.
- Se dividirá al grupo en dos equipos y se les pedirá que por turnos, uno a uno comenten si fue útil o no.
- El facilitador guiará la discusión diciendo: “Esta tarjeta dice.....y la persona hizo....¿qué opinan lo que hizo fue útil o no útil?” y así hasta terminar con todas las tarjetas.
- Cada respuesta deberá ser anotada en el pizarrón, habrán dos secciones “estrategias útiles” y “estrategias poco útiles”
- Al finalizar contar cuántas estrategias tiene cada categoría. En caso de que existan dificultades el facilitador deberá aclarar la duda para que la categorización sea la correcta.

CONCLUSION: El facilitador retomará las conclusiones a las que se llegaron y les pedirá a los participantes que comenten qué tan fácil o difícil fue hacer la actividad y si les queda alguna duda sobre la categorización de las estrategias. Sondear si alguno está sorprendido porque quizá en su experiencia llevaba a cabo alguna estrategia de afrontamiento pensando que era útil, cuando no es así. Preguntas guía:

- ¿Qué opinan de la clasificación?

- ¿Están de acuerdo con ella?
- ¿Existe alguna estrategia que según su experiencia es útil y que clasificamos como poco útil? ¿cuál y porqué?
- ¿Qué diferencia hay entre una y otra categoría?

ACTIVIDAD 4: ¿Y yo...cómo resuelvo mis problemas?

OBJETIVO: Identificar la manera en que cada uno de los participantes afronta sus problemas.

DURACIÓN: 20 min

MATERIALES: ACS (perfil individual de estrategias de afrontamiento) (Frydenberg y Lewis, 1993).

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador explicará que el cuestionario que tienen en sus manos les permitirá conocer la manera en que enfrentan sus problemas.
- Explicar que deberán tachar el porcentaje en que llevan a cabo la estrategia que se les presenta del lado derecho de la hoja. Por ejemplo ¿qué tanto buscan apoyo social que significa....? Elijan la respuesta que mejor se ajuste a su caso.
- Dar 10 minutos para que lo contesten
- Al finalizar pedirle a cada participante que se fije en la o las estrategias que fueron empleadas con más frecuencia.
- Pedir si alguien quiere comentar su caso, ¿qué opinión tienen?, ¿se habían puesto a pensar en eso antes?

CONCLUSIÓN: El facilitador le pedirá a cada participante que reflexione sobre los resultados del cuestionario y los invita a conocer nuevas formas de resolver los problemas, mismas que se verán en las sesiones siguientes.

ACTIVIDAD 5: Cierre y Buzón

SESIÓN 5 “Aprender una estrategia para solucionar mis problemas: Estrategia 1 y 2”

ACTIVIDAD 1: Llenado del autoregistro

ACTIVIDAD 2: Buzón

ACTIVIDAD 3: “Estrategia 1: Reflexionar sobre mis problemas: Imaginería”

OBJETIVO: Aprender una nueva forma de enfrentar los problemas que implica razonar o pensar en las posibles soluciones del problema antes de actuar. Fortalecer el afrontamiento de tipo interno-reflexivo.

DURACIÓN: 20 min

MATERIALES: hojas de papel

PROCEDIMIENTO:

- Se les pedirá a los participantes que piensen en un problema que quieran resolver y que hasta el momento no haya tenido solución. Se les pedirá que cierren los ojos y visualicen esa situación, ¿qué les preocupa?, ¿qué emociones les hace sentir esa situación?. Se les pide que se imaginen que están en un lugar cómodo: su cama, un bosque etc...y que reflexionen sobre las posibles formas de resolver el problema, se vale todo.
- Después se les pide que poco a poco abran los ojos y que traten de escribir todas las opciones que se les vinieron a la mente mientras estaban imaginando y que si pueden escriban las ventajas y desventajas de cada opción.
- Se les invita a compartir lo que sintieron y lo que pensaron durante la dinámica. Si alguno quiere exponer su caso se les ofrece la escucha y ayuda de todos, respetando y sin juzgar.

CONCLUSIÓN: El facilitador comentará que ésta forma de resolver los problemas implica simplemente pensar en sus soluciones, tomándose el tiempo para reflexionar y razonar sobre la mejor opción. Reconocer que a veces por la prisa de actuar tomamos decisiones poco atinadas y luego nos arrepentimos.

ACTIVIDAD 4: “Incorporando la estrategia 1 a mi vida”

OBJETIVO: Aplicar a su vida cotidiana la estrategia de afrontamiento de tipo interno-reflexivo. Dar ejemplos sencillos para su uso a través de la lectura de viñetas de otros jóvenes que utilizan esa estrategia.

DURACIÓN: 20 min

MATERIALES: Viñetas impresas

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador entregará la hoja de trabajo con las viñetas impresas para que los participantes las lean, se les dará 10 minutos.
- Terminando la lectura se invitará a los participantes para que comenten sus opiniones al respecto y que hablen sobre la viabilidad de aplicar esta estrategia en su vida diaria.
- El facilitador ofrecerá algunas alternativas para ejercitar esta estrategia como lo es llevar un diario. Se les pide que comiencen en ese momento y en cualquier hoja y que relaten una parte de su día o alguna situación que quisieran analizar ellos mismos.
- Se les habla de las ventajas como: “Escribir nos ayuda a desahogarnos, es algo privado, nadie tiene que ver nuestro diario, puede ser un cuaderno cualquiera en el que nosotros podemos escribir cuando nos sentimos tristes, enojados, confundidos o tensos”

CONCLUSION: El facilitador hará con ayuda del encargado de hacer el resumen en el grupo una conclusión sobre la estrategia 1, invitándolos a que durante el fin de semana intenten llevarla a cabo, ya sea recostados en su cama o escribiendo en su diario.

ACTIVIDAD 5: Aprender mediante un ejemplo práctico los cinco pasos para resolver un problema.

DURACIÓN: 40 minutos

MATERIALES: Hoja de trabajo con los cinco pasos para resolver un problema, lápices, rotafolio con el problema

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador dará una breve introducción a la sesión del día “Hoy aprenderemos otra estrategia que nos puede ayudar a enfrentar nuestros problemas; es un plan en cinco pasos para encontrar una solución al problema. Antes de aplicarlo a un problema personal, lo vamos a aplicar a un problema que tuvo un joven como ustedes, cambiamos algunos detalles pero fue un problema real...”
- El facilitador mostrará en un rotafolio el problema.
- Ahora la instrucción será formar parejas e intentar darle solución al problema planteado, siguiendo la estrategia de cinco pasos. El facilitador leerá y explicará cada paso para no dejar lugar a dudas (p.e aterrizar el problema, plantear opciones, evaluar sus pros y contras, elegir una opción y desarrollar el plan de acción)
- Tendrán 10 minutos para resolver el problema

- Al finalizar se les pedirá que comenten qué solución le dieron al problema y porqué.
- El facilitador deberá aclarar en lo posible, todas y cada una de las dudas con la finalidad de que en la siguiente actividad, los participantes apliquen la estrategia a un problema personal.
- Al final se les mostrará lo que esa persona decidió hacer con su problema (el ejemplo será recuperado del archivo de la intervención llevada a cabo en otros planteles, cambiando el nombre y algunos detalles para asegurar la confidencialidad). Preguntar a los participantes qué opinan de la solución que tomó la persona, o si ellos piensan que las que plantearon en el grupo fueron mejores.

CONCLUSIÓN: El facilitador comentará que todos y cada uno de los pasos son importantes para encontrar la solución al problema, y que si se siguen pueden ser de mucha ayuda. Solucionar un problema no es sencillo, pero si ponemos empeño siempre podremos encontrar una solución. Ahora se les invita a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 6: Cierre y Buzón

**En esta sesión se consideraron algunas otras dinámicas para darle dinamismo a la sesión del libro de E. Frydenberg

SESIÓN 6 “Estrategia 3: Solicitar apoyo a nuestros padres o familiares”

ACTIVIDAD 1: Llenado del autoregistro y buzón

ACTIVIDAD 2: “Cinco pasos para la solución de un problema personal”

OBJETIVO: Aplicar los cinco pasos para resolver un problema personal

DURACIÓN: 40 minutos

MATERIALES: Hoja de trabajo con los cinco pasos para resolver un problema

PROCEDIMIENTO

- Los facilitadores realizarán una introducción a la actividad “En la actividad pasada aplicamos la estrategia de solución de problemas a un ejemplo ajeno. Ahora el reto será aplicarla en un problema propio, algo que nos preocupa. Vamos a revisar los pasos....”
- Entregar la hoja de trabajo a cada participante y leer las instrucciones de nuevo

- Se les dará tiempo para desarrollar ahora en un ejemplo propio la estrategia, al terminar se discutirá en grupo cómo fue aplicarlo a un problema personal.
- Se les dejará de “tarea” que implementen en escenario natural el plan de acción que desarrollaron durante la sesión.

CONCLUSIÓN: Para el cierre de la actividad se les preguntará a los participantes:

¿Cómo se sintieron?

¿Qué les pareció la actividad? ¿Qué fue más fácil, aplicarlo a un problema ajeno o a uno propio?

¿Podrían aplicar la técnica para tratar de encontrar una solución a un problema?

El facilitador podrá invitar a los participantes para que comenten el análisis que hicieron. Se hace un breve resumen de la sesión, se les pide entreguen sus hojas de trabajo a los facilitadores y se les recuerda que la siguiente sesión se les entregará. Es muy importante hacer énfasis en que deberán implementar el plan de acción que propusieron, si alguno comenta que necesita su hoja de trabajo la podrá conservar, pero se les pide la traigan la siguiente sesión para llevar un registro del material.

ACTIVIDAD 3: Dinámica del círculo positivo (Frydenberg)

ACTIVIDAD 4: “Nuestros padres o familiares: ¿una opción para solucionar problemas?” Grupo de discusión

OBJETIVO: Sensibilizar a los participantes sobre las ventajas de pedir ayuda a los padres. Explorar creencias en relación a exponer los problemas con los padres.

DURACIÓN: 30 min

MATERIALES: ninguno

PROCEDIMIENTO:

- Se les pide a los participantes que se coloquen en un círculo
- El facilitador dará una breve introducción a la actividad: “La sesión pasada revisamos una estrategia de cinco pasos para la solución de problemas, hoy veremos una nueva estrategia que implica en solicitar apoyo a nuestros padres cuando estamos en problemas o nos sentimos mal por algo que nos sucedió...El objetivo es que hablemos sobre lo que piensan ustedes al respecto...¿quién quiere empezar?, recuerden levantar la mano para pedir la palabra y evitemos interrumpir, todos tendrán oportunidad de hablar.

- Se inicia la discusión con la siguiente guía de preguntas:
 - ¿Qué opinan de pedir ayuda a nuestros padres para que nos aconsejen?
 - ¿Qué ventajas podría tener?
 - ¿Qué desventajas?
 - ¿Alguien lo ha hecho?, ¿Qué resultados ha obtenido?
 - ¿Quiénes lo han hecho, se lo recomendarían a otros? ¿por qué?

CONCLUSIÓN: El facilitador invitará a todos a hacer una conclusión al respecto. El encargado de resumir deberá dar su comentario final. Hacer énfasis en lo positivo de esta estrategia y dar paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 5: “Rol-playing: aprender a solicitar apoyo a los padres”

OBJETIVO: Aprender mediante ensayos a solicitar apoyo a los padres.

DURACIÓN: 30 min

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador hará una introducción a la actividad explicando de qué se trata el rol-playing o sociodrama: “Es importante que practiquemos aquí la manera en qué pueden solicitar ayuda a sus padres, muchas veces desconocemos cómo hacerlo y por lo tanto nos detenemos...pero aquí de manera divertida vamos a practicarlo para que al salir al mundo real seamos capaces de hacerlo bien y tener el resultado que queremos”
- Se dividirán en equipos de tres integrantes, en todos los equipos deberán estar los “padres” y el “hijo”.
- Deberán elegir un problema que tienen y ejemplificar cómo se acercarán a sus padres para pedir consejo. Si lo prefieren pueden hablar solo con mamá o con papá, pero la idea es que todos participen.
- Antes de iniciar el rol playing, se revisarán algunos consejos en el pizarrón para solicitar apoyo como: a) iniciar preguntando si tienen tiempo de hablar con nosotros, b) solicitar amablemente la ayuda deseada, c) señalar cómo te puede servir su ayuda, d) pedir su opinión al respecto y e) agradecer la escucha..Ver el ejemplo:
 - *Mamá, oye, ¿tienes tiempo? Quiero platicarte algo que me preocupa*
 - *Si hijo claro, dime que pasó*
 - *Es que me peleé con Karla, mi novia, se enojó porque no vimos la película que ella quería, y está muy molesta, ¿qué te parece?, me parece que hablar contigo me puede ayudar porque no sé qué hacer.*
 - *Mira, te aconsejo que la invites a tomar un café o un helado y le pidas disculpas por lo que pasó, y ofrécele que para otra verán la película que ella escoja, pero eso si...le cumples lo prometido.*

- *Aaaa! Pues claro, es buena idea mamá, no se me había ocurrido, gracias por escucharme.*

CONCLUSIÓN: Una vez que los participantes mostraron sus “obras”, el facilitador deberá reconocer cuándo lo hecho fue útil y en caso de que la forma de pedir ayuda no fuera la indicada, sugerir sutilmente la forma correcta de hacerlo. Preguntar cómo se sintieron y qué opinan al respecto. Pedir a los participantes que de “tarea” deberán pedir ayuda a sus padres para resolver un problema, y lo platicaremos la próxima sesión.

ACTIVIDAD 6: Cierre y Buzón

SESIÓN 7: “Estrategia 4: Ofrecer ayuda a otros” y Post test

ACTIVIDAD 1: Recapitulación

Llenado del autoregistro

ACTIVIDAD 2: “Identificar el uso de la estrategia 4: Viñetas”

OBJETIVO: Identificar mediante la lectura de viñetas cómo es que otros jóvenes han implementado en sus vidas el ofrecer ayuda como complemento para solucionar algún problema.

DURACIÓN: 30 minutos

MATERIALES: Hojas con viñetas “ofrecer ayuda”, lápices.

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador repartirá una hoja por participante y se les invitará a identificar en cada viñeta los siguientes aspectos: 1) ¿cuál era el problema por el que atravesaba el joven?, 2) ¿a quién le ofreció su ayuda?, 3) ¿por qué crees que lo hizo? y 4) ¿cómo crees que se sintió esa persona después de ofrecer su ayuda a otro ser querido?
- Una vez que contestaron la hoja de trabajo se reunirán en círculo y se revisará cada uno de los ejemplos para identificar los cuatro puntos anteriores.
- Se les invita a los participantes a hacer una reflexión al respecto:
 - ¿Qué opinaron de los ejemplos?
 - ¿Por qué es importante ofrecer ayuda a otros?
 - ¿Lo han intentado alguna vez?

CONCLUSIÓN: El facilitador hará un resumen de lo tratado con ayuda del encargado de resumir y enfatizará la importancia de esta estrategia como un complemento para solucionar problemas que son compartidos por otros seres queridos. Se da paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 3: “Rol-playing: aprender a ofrecer ayuda a otros”

OBJETIVO: Aprender mediante ensayos a ofrecer ayuda a otros

DURACIÓN: 45 min

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador hará una introducción a la actividad explicando de qué se trata el rol-playing o sociodrama: “Las tres estrategias que hemos aprendido hasta el momento (enfrentamiento interno-reflexivo, solución de problemas y solicitar ayuda) se centran principalmente en sus problemas y la forma de resolverlos para que ustedes se sientan bien; sin embargo existe una estrategia que también nos ayuda a sentirnos mejor cuando pasamos por una situación difícil y es: ofrecer nuestra ayuda a otros, que pueden estar pasando por la misma situación”
- Se dividirán el grupo en 3 equipos
- El facilitador repartirá en una tarjeta la situación que deberán actuar (situación 1: muerte de un abuelito; situación 2: divorcio de los padres y situación 3: enfermedad de un hermano). Deberá haber un personaje principal que será quien ofrezca la ayuda a otros.
- Antes de iniciar el rol playing, se revisarán algunos consejos en el pizarrón para ofrecer apoyo como: a) piensa en lo que está sintiendo el otro, b) se atento y escucha sus preocupaciones, c) comparte tus emociones con esa persona y d) hazle saber que cuenta contigo en este momento difícil.

CONCLUSIÓN: Una vez que los participantes mostraron sus “obras”, el facilitador deberá reconocer cuándo lo hecho fue útil y en caso de que la forma de ofrecer ayuda no fuera la indicada, sugerir sutilmente la forma correcta de hacerlo. Preguntar cómo se sintieron y qué opinan al respecto. Pedir a los participantes que de “tarea” deberán ofrecer ayuda a alguna persona cercana que pase por un momento difícil y lo platicaremos la próxima sesión.

****Si es necesario introducir la dinámica “coping finders” (Frydenberg).** Los chicos deben dibujar la estrategia que más utilizan para resolver sus problemas y

pegársela en la espalda. Dan vueltas en círculos observando lo que dibujaron sus compañeros. Se recogen los dibujos y se ponen en medio del círculo se les pide que tomen uno y traten de ubicar al “dueño” de esa estrategia (p. 113)

*ACTIVIDAD 4: Aplicación de pruebas. Originalmente contemplada en la sesión 8.

DURACIÓN: 30 min.

MATERIALES: Instrumentos (ASSIST y Cuestionario de afrontamiento), lápices, hojas de lectura óptica.

PROCEDIMIENTO:

- Los facilitadores explicarán la importancia de contestar los cuestionarios de manera honesta “Es una forma para poder saber si lo que vimos a lo largo del taller les sirvió, para hacer modificaciones o continuar haciendo lo que estuvimos haciendo”
- Se puntualizará que no son exámenes, son confidenciales (no se dará información ni a maestros ni a padres), no hay respuestas buenas ni malas, contestar lo más rápido posible, con la mayor honestidad.

ACTIVIDAD 5: Cierre del taller.

OBJETIVO: Que los participantes expresen su experiencia en el taller y que se comenten si sus expectativas se cumplieron.

DURACIÓN: 20 min.

MATERIALES: Ninguno

PROCEDIMIENTO:

- Los facilitadores se basarán en la siguiente guía de preguntas:
 - ¿Qué opinaron del taller?
 - ¿Qué fue lo más útil que aprendieron?
 - ¿Qué cambiarían del taller?
 - ¿Qué les pareció la forma de trabajo? Algunas sugerencias...

CONCLUSIÓN: El facilitador empezará diciendo que se llevó del taller y le dará el turno a cada participante para que en pocas palabras comente que se lleva del taller. Se les invita al convivio y a compartir algunos alimentos con los otros participantes.

APÉNDICE C

Formatos



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/PADRES

Derechos y Responsabilidades de los Participantes en la Encuesta

Coordinadora del Proyecto: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Psicoterapeutas: Mtra. Mariana Linage Rivadeneyra

Estimado padre de familia le informamos que su hijo(a) ha sido seleccionado al azar para contestar una encuesta dirigida a adolescentes, que se realizará en las instalaciones del Colegio de Bachilleres Plantel 17 “Huayamilpas-Pedregal”, los días miércoles de 8 a 9 am. Es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. Los cuestionarios se aplicarán en forma colectiva.
2. El contestar o no los cuestionarios no influye en la situación académica de su hijo (a). El llenado de los cuestionarios es voluntario.
3. Los datos personales así como toda la información que provenga de los cuestionarios serán de carácter confidencial. Los nombres de los jóvenes participantes así como cualquier dato que pudiera identificar a su hijo(a) no se publicarán bajo ningún medio ni de forma alguna. Toda la información recabado quedará resguardada por el equipo de trabajo e investigación de la Dra. Emilia Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM (Ciudad de México).
4. Los datos pueden ser empleados, resguardando la confidencialidad y el anonimato, en foros o revistas científicas.
5. Es probable que alguna persona del equipo de investigación se ponga en contacto con su hijo (a), para hacer un seguimiento del trabajo realizado.
6. Si se llegara a detectar que su hijo (a) tiene una necesidad de ayuda se le podrá ofrecer que participe en un taller coordinado por psicólogos especializados en el trabajo con jóvenes.

_____ Sí, estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo

Nombre del padre o tutor _____ Grado y grupo _____

Nombre de su hijo/tutorado(a) _____

Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____

Terapeutas responsables: Mtra. Mariana Linage Rivadeneyra mlinage799@hotmail.com



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/ALUMNOS

Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el Taller De Solución de Problemas

Coordinadora del Proyecto: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Psicoterapeutas: Mtra. Mariana Linage Rivadeneyra

Estimado alumno (a) te informamos que has sido invitado a participar en un taller grupal sobre solución de problemas, en las instalaciones del Colegio de Bachilleres Plantel 17 "Huayamilpas-Pedregal", del 16 al 20 de enero del 2012. Es importante que conozcas y estés de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. El taller se impartirá todos los miércoles dentro de las instalaciones educativas a la que acudes. La duración del taller de una semana completa, con duración de 2 hora y media, en el horario de 10:00 a 13:00 pm. En cada sesión habrá un terapeuta coordinando el trabajo de los jóvenes.
2. Para obtener el mayor provecho de este taller, es necesario que asistas a todas las sesiones. Si no es posible, favor de avisar al terapeuta.
3. Los datos personales así como toda la información que provenga de las sesiones grupales serán de carácter confidencial. Los nombres de los jóvenes participantes así como cualquier dato que pudiera identificarte no se publicarán bajo ningún medio ni de forma alguna. Toda la información recabado quedará resguardada por el equipo de trabajo e investigación de la Dra. Emilia Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM (Ciudad de México).
4. El presente proyecto (implementación de un taller) forma parte de las actividades de investigación de un proyecto de doctorado sobre Psicología y Salud de la UNAM, por lo que los datos pueden ser empleados, resguardando la confidencialidad y el anonimato, en foros o revistas científicas.
5. Tu participación es completamente voluntaria y tu decisión no afecta o repercute de ningún modo en tu situación académica o disciplinar.
6. Es probable que después de terminado el taller, alguna persona del equipo de investigación se ponga en contacto contigo, para hacer un seguimiento del trabajo realizado.

_____ Sí, estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo

Nombre del alumno _____ Grado y grupo _____

Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____

Terapeutas responsables: Mtra. Mariana Linage Rivadeneyra mlinage799@hotmail.com



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/PADRES

Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el Taller De Solución de Problemas

Coordinadora del Proyecto: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Su hijo (a)/tutorado (a) fue invitado a participar en un taller grupal para el aprendizaje de estrategias útiles para la solución de problemas, en las instalaciones del Colegio de Bachilleres Plantel 17 "Huayamilpas-Pedregal", del 16 al 20 de enero del 2012. Es importante que como padre/tutor conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- 1. El taller se impartirá todos los miércoles dentro de las instalaciones educativas a la que acude su hijo (a). El taller durará toda la semana, con duración de 2 hora y media, en el horario de 10:00 a 13:00 pm. En cada sesión habrá un terapeuta coordinando el trabajo de los jóvenes.
2. Para obtener el mayor provecho de este taller, es necesario que su hijo(a) asista a todas las sesiones. Si no es posible, favor de avisar al terapeuta.
3. Los datos personales así como toda la información que provenga de las sesiones grupales serán de carácter confidencial. Los nombres de los jóvenes participantes así como cualquier dato que pudiera identificarlo(a) no se publicarán bajo ningún medio ni de forma alguna. Toda la información recabado quedará resguardada por el equipo de trabajo e investigación de la Dra. Emilia Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM (Ciudad de México).
4. El presente proyecto (implementación de un taller) forma parte de las actividades de investigación de un proyecto de doctorado sobre Psicología y Salud de la UNAM, por lo que los datos pueden ser empleados, resguardando la confidencialidad y el anonimato, en foros o revistas científicas.
5. La participación de su hijo(a) es completamente voluntaria y su decisión no afecta o repercute de ningún modo en su situación académica o disciplinar.
6. Es probable que después de terminado el taller, alguna persona del equipo de investigación se ponga en contacto con su hijo (a), para hacer un seguimiento del trabajo realizado.

_____ Sí, estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo

Nombre del padre o tutor _____

Nombre de su hijo(a)/tutorado(a) _____ Grado y grupo _____

Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____

Terapeutas responsables: Mtra. Mariana Linage Rivadeneyra mlinage799@hotmail.com