



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S. C.**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO QUE CONDUCEN AL
DESARROLLO DE ADCCION A LAS DROGAS EN
ESTUDIANTES DEL CONALEP LERMA.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

PRESENTA:

JESUS DIAZ DAVILA.

ASESOR DE TESIS:

MTRA. E.C.S. LIC. ILDA ROBLES GONZALEZ.

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO DE 2019.



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.

DEDICATORIAS.

A Dios:

Porque ha sido mi mayor fuerza para salir adelante en cada momento de mi vida, por eso siempre le he agradecido por todo lo que ha brindado; hoy que me brinda esta oportunidad de poder superarme como persona y profesionista.

A mi Mamá:

Por ser siempre mi mayor fortaleza en todo lo que hago, por estar siempre en las buenas, malas y sobre todo darme tu amor de madre; verme crecer día a día eso es tu resultado de haber formado a un hombre que te ama mucho mamita LUZ.

A mi Papá:

A ti papa te agradezco tus enseñanzas, tus regaños; sobre todo tus experiencias como hombre que me trasmites día a día con cada problema de la vida que me enfrente eres mi padre que admiro y amo tanto. Gracias por todo papa ARMANDO.

A mi Hermana:

A ti por estar siempre a mi lado y sobre todo por apoyarme en todos los problemas que he pasado, al igual tú has sido mi fortaleza nunca te voy abandonar seguiré apoyándote en lo que estén en mis manos te amo mi hermanita ANGELES

A mis Pequeños:

A mis pequeños que tengo que son cuatro: YOSEF, IAN, YARETZI Y AYLIN. Ellos son los que me brindan una fuerza interna para salir adelante para esforzarme en mi trabajo que ellos me hacen poder regresar a casa que me esperen con un abrazo y un beso eso es lo que me hace salir adelante por ustedes mis pequeños.

RESUMEN.

En la actualidad, el problema de las drogas ha aumentado considerablemente y se ha convertido no solo en un asunto de Seguridad Nacional, sino que en su propagación se convierte también en una amenaza de salud pública y social a nivel mundial. Igualmente, el índice de consumo entre los adolescentes es cada vez mayor pues el contexto social que favorece el abuso de sustancias tóxicas incluye la influencia de compañeros que pueden ser ya consumidores habituales. Sin embargo, la sociedad está siendo tolerante ante este fenómeno (ENA, 2011).

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que conducen al desarrollo de adicción a las drogas en los estudiantes de primer semestre turno matutino, del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Lerma, mediante el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT).

La población estudiada cursa el Nivel Medio Superior y se conformó por 123 adolescentes, de los cuales 56 fueron mujeres y 67 hombres, sus edades oscilan entre los 14 y 21 años.

Se identificó que los alumnos de los diferentes grupos se encontraban algo renuentes a la aplicación de dicho prueba de cuestionario de tamizaje (POSIT), se realizó una dinámica en cual consta unir al grupo ya que se observa que hay grupos con demasiados grupitos mediante la dinámica era unir a los grupos como tal así poder generar en ellos una empatía que me podría ayudar para realizar la prueba que me generara datos confiables de los cuales se puede observar en los propios resultados.

Antes mencionar que se aplicó un re-test de la misma prueba pero tomando en cuenta que no tiene alguna validación ante las preguntas ya que a su aplicación costa de tomar algunas preguntas al azar de las siete áreas para que ellos se dieran una idea

más clara de lo que se realizaría de igual forma percatarnos que ellos contestaran de la manera más concreta y sincera

El Instrumento que se aplicó fue el Cuestionario de Tamizaje de los problemas en adolescentes (POSIT), el cual es un instrumento de evaluación de los factores de riesgo que conducen a un sujeto a generar una adicción. Este cuestionario tiene como objetivo ser una herramienta para detectar a los adolescentes que presenten factores de riesgo que los vulneren a iniciar el consumo de alcohol y/o drogas, así como detectar adolescentes que ya presenten consecuencias asociadas con su consumo de alcohol y/o drogas.

El instrumento cuenta con 81 reactivos de respuestas dicotómicas (adaptado y validado en población mexicana con un Alpha de Cronbach de .9057), contempla siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró que, respecto al sexo, el grupo que presenta mayor riesgo fueron las mujeres en comparación a los hombres. Los factores de riesgo que predominaron en las mujeres son: 1) Relaciones con amigos, 2) Salud Mental y 3) Nivel educativo. Mientras que en los hombres son: 1) Relaciones con amigos, Nivel educativo y 3) Salud mental y relaciones familiares.

Se identificó que los alumnos de menor edad presentan un porcentaje mayor en las Relaciones con amigos, seguida de Nivel educativo. Sin embargo, el grupo de 16 y 17 años presentó riesgo en 5 factores: 1) Salud mental y relaciones con amigos, 2) Relaciones familiares y Nivel educativo y 3) Conducta agresiva/delictiva. Mientras que los de 18 a 21 años, solo presentaron riesgo en las Relaciones familiares.

En los tres grupos académicos con los que se trabajó, se encontró con un nivel alto de riesgo el factor "Relaciones con Amigos. El grupo 102 presentó un mayor riesgo, sin

embargo, al igual que el 101 y 103, predominaron 4 factores: 1) Relaciones con amigos, 2) Nivel Educativo, 3) Salud Mental y 4) Relaciones familiares.

Finalmente, se logró dar respuesta al objetivo, ya que se identificaron 4 factores de riesgo en la muestra estudiada y los cuales de mayor a menor grado de riesgo son: 1) Relaciones con amigos, 2) Nivel Educativo, 3) Salud Mental y 4) Relaciones familiares.

De tal modo se concluye que aunque las ultimas categorías son de menor grado no dejan de ser importantes ya que llevan consigo una buena salud mental y la relación con familiares, partiendo de que la familia es el primer círculo social en el cual se desenvuelven las personas y crean vínculos que ayudan a generar o en su defecto desencadenar alguna situación de riesgo que iniciara ante el consumo de alguna sustancia que podría dañar a buena salud mental y al organismo, así como la buena salud mental es importante porque si no existe esta no podríamos tener pensamientos e ideas sanas que nos conllevarían a dar un presente y futuro mejor aso como teniendo una buena salud mental podemos tener un organismo saludable y nuestro círculo familiar estará fuera de situaciones de riesgo.

PRESENTACION.

La presente investigación, está dirigida a la descripción de los Factores de Riesgo que conducen al desarrollo de adicción a las drogas en los estudiantes de primer semestre turno matutino del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Lerma.

Se ubicó dentro de la psicometría, puesto que consistió en la medición y descripción de los factores de riesgo, mediante la aplicación de un Instrumento confiable y validado.

El marco teórico se conformó por 4 capítulos. El primer capítulo "Psicología de la Salud", describe los antecedentes históricos, la definición conceptual y los objetivos, así mismo, se afirmó que los estados psicológicos influyen en la salud, los sentimientos y emociones, ya que tienen efectos positivos y negativos en el bienestar físico.

El segundo capítulo "Adicción y Drogas", se detalló la definición de adicción, droga, drogadicción y la clasificación de drogas, la cual se fundamentó en los efectos que producen en el sistema nervioso como drogas depresoras, drogas estimulantes y drogas alucinógenas.

El tercer capítulo "Factores de Riesgo", puntualizaron los siete factores de riesgo que evaluó el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT): Uso/abuso de sustancias, Salud mental, Relaciones familiares, Relaciones con amigos, Nivel educativo, Interés laboral y Conducta agresiva/delincuencia.

El cuarto capítulo "Resiliencia", describió la definición conceptual, su relación con la drogadicción, los pilares y las fuentes generadoras, pues se descubrió que su aplicación ayuda en la prevención de las adicciones y otros problemas derivados de las conductas de riesgo, enriqueciendo la perspectiva orientada hacia la disminución o amortiguamiento de los factores de riesgo.

La investigación se apoyó en un estudio de tipo Descriptivo, se tuvo como variable de estudio los factores de riesgo y se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, a la cual se le aplicó el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes.

Posteriormente, se presentaron los resultados a través de figuras, así como su análisis respecto al sexo, edad, grupo académico y factor de riesgo. Finalmente se describieron las conclusiones y sugerencias.

INTRODUCCION.

Esta investigación se centra en el problema de las drogas, específicamente durante la etapa de la adolescencia, se realizó con el fin de conocer cuáles son los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la adicción a las drogas. Para alcanzar el objetivo, se aplicó el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) a los alumnos de primer semestre, turno matutino del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (*CONALEP*) Lerma.

Por ello, es importante mencionar que la adolescencia es una etapa de desarrollo humano en la que se presentan cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Durante ella, se adquiere autonomía e independencia y se tiene la capacidad para tomar las decisiones más significativas de la vida (Navarro, 2004).

Retomando a López, (2008) la describe como un periodo crítico de grandes cambios y confusión, donde la rebeldía egoísmo intransigencia, irreverencia e impulsividad, son características que se aluden para describir al adolescente.

Por su parte Mier y Sierra, (2001) opinan que lo que le sucede al adolescente es que descubre su propio Yo y se da cuenta de su propia identidad, se da cuenta del control que puede tener sobre su vida.

Por consiguiente, los cambios que se generan durante esta etapa provocan en el adolescente transformaciones durante el proceso de estabilización de su identidad en el cual puede hallar dos respuestas posibles. Por un lado, asimilar los valores de su ambiente y comportarse de acuerdo con ellos, y por otro, rechazar su medio, mostrarse rebelde y resentido (Navarro, 2004). Este último caso es el que lo lleva a inclinarse hacia conductas de alto riesgo, relacionadas sobre todo con el ejercicio de la sexualidad, delincuencia y adicciones.

Por tal razón en la presente investigación, se abordó el problema de adicción a las drogas en la adolescencia, ya que con base en los datos que proporcionan los estudios epidemiológicos tanto nacionales como mundiales se demuestra que este fenómeno es cambiante y se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y con sustancias más dañinas, además existe un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legales como ilegales (ENA 2011).

Otro dato importante que se retomó de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), es sobre el alcohol, ya que afirma que la percepción de riesgo entre la población ha disminuido y sin embargo la tolerancia social se ha incrementado, lo que es congruente con el incremento del mismo.

Así mismo, cabe mencionar que cuando se es víctima de una adicción, la persona ya no es capaz de mantener relaciones estables, por tanto, se destruyen las relaciones familiares, así mismo, la persona deja de tener contacto con la realidad, abandonando metas y su vida gira en torno a las drogas, destruyendo todo lo que lo rodea (Moreno, 2003).

Sin embargo, es importante atender el problema de las drogas, ya que la población con quien se realizó la investigación, son adolescentes que actualmente cursan el Nivel Medio Superior y en caso de caer en una adicción a las drogas, corre el riesgo de abandonar sus estudios.

INDICE

RESUMEN.

PRESENTACION.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.	1
PSICOLOGIA DE LA SALUD.	1
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	2
1.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	5
1.3 OBJETIVOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.	6
CAPITULO II.	10
ADICCIÓN Y DROGAS.	10
2.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN.	14
2.2 CONCEPTO DE DROGA.....	15
2.3 CONCEPTO DE DROGADICCIÓN.....	17
2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.	18
2.4.1. DROGAS DEPRESORAS.	21
2.4.2. DROGAS ESTIMULANTES.....	23
2.4.3 DROGAS ALUCINÓGENAS.....	26
CAPITULO III.	38
FACTORES DE RIESGO.	38
SALUD MENTAL.	39
3.1 DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO.	41
3.2 USO/ABUSO DE SUSTANCIAS.....	43
3.4 RELACIONES FAMILIARES.....	44

3.4.1 ESTILOS DE CRIANZA.....	46
3.5 RELACIONES CON LOS AMIGOS.....	48
3.6 NIVEL EDUCATIVO.....	50
3.7 INTERÉS LABORAL.....	53
3.8 CONDUCTA AGRESIVA/DELINCUENCIA.....	54
CAPITULO IV.....	57
RESILIENCIA.....	57
RESILIENCIA Y DROGADICCIÓN.....	58
4.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	59
4.3 PILARES DE LA RESILIENCIA.....	63
4.4 FUENTES GENERADORAS DE RESILIENCIA.....	64
MÉTODO.....	67
1. TIPO DE ESTUDIO.....	67
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	67
3. DEFINICIÓN DE VARIABLE.....	68
FACTORES DE RIESGO.....	69
4. DEFINICIÓN DE UNIVERSO DE ESTUDIO.....	69
5. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA.....	70
6. SELECCIÓN, ADAPTACIÓN Y/O DISEÑO DE INSTRUMENTO.....	71
7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	73
9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	73
RESULTADOS.....	73
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	80
CONCLUSIONES.....	82
SUGERENCIAS.....	85

REFERENCIAS.....	87
APÉNDICE.....	96
1. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT).....	96
2. PROGRAMA EXCEL PARA CAPTURA DE INFORMACION.....	102
3. BASE DE DATOS POR SEXO FEMENINO.....	103
4. BASE DE DATOS POR SEXO MASCULINO.....	107
5. BASE DE DATOS POR EDAD DE 14 A 15 AÑOS.....	113
6. BASE DE DATOS POR EDAD DE 16 A 17 AÑOS.....	120
7. BASE DE DATOS POR EDAD DE 18 A 21 AÑOS.....	123
8. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO.....	123
9. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO.....	127
10. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO.....	130
11. BASE DE DATOS POR FACTOR DE RIESGO.....	133
12. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO .	143

CAPITULO I.
PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Para poder adentrarnos a esta investigación es importante retomar que los estados psicológicos influyen en la salud, los sentimientos y emociones, pueden tener efectos positivos y negativos en el bienestar físico. (Oblitas, 2008). Es por ello que en el presente capítulo, se describirá la psicología de la salud.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Todo parte anteriormente de la Medicina Conductual así comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades, mientras que la Psicología Comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general. Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud que es, la Psicología de la Salud, a la que le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; el cual contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; por lo que se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. (Morales, 2007).

Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, para tener como nombre la Psicología de la Salud, no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas. Morales (2007)

Por lo que Stone (2005) considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en

el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la Salud Pública, la educación para la salud, la planeación, el financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema.

Por lo tanto la rama de la Psicología adentrada en la Psicología de la Salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. La Psicología Clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad “mental” y estrechamente asociado a la psiquiatría. La Psicología Médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente; tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo. Stone (2005)

Ha hora es importante hacer un recorrido de la información .A principios del siglo XX, las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas. Sin embargo, en la actualidad, son las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, las principales causas de muerte. Y estas son enfermedades que están relacionadas con los comportamientos de las personas, como fumar, abusar del alcohol, alimentación inadecuada, falta de ejercicio o falta de capacidad para manejar el estrés. Es decir, son enfermedades que tienen como causas factores sociales y psicológicos.

Por consiguiente la psicología de la salud como rama de la psicología, nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual, la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales

(influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad (Muñoz, 2016).

Por su parte, Oblitas (2008), afirma que, es de suma importancia considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

En el mismo tenor, el autor menciona que, por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la Psicología de la Salud.

Para Holtzman, Evans, La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y Kennedy e Iscoe (2009) señala que el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.

Para Kennedy e Iscoe (2009) nos habla para poder tener una herramienta necesaria para realizar la promoción se encuentran:

1. La información: ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales, en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad.
2. Comunicación en salud: es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades.
3. Educación para la salud: facilita el aprendizaje a partir de experiencias, que contribuyen al logro de conocimientos.

Tampoco se trata, como recientemente propuso Ray (2004), de sugerir que el modelo de salud y enfermedad, conocido como modelo biopsicosocial, provee los conceptos

y los componentes para cambiar nuestra forma de ver el mundo, añadiendo que esos componentes incluyen a los neurotransmisores, hormonas y citoxinas, que constituyen el vehículo que provee la información entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune.

1.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Existen muchas aristas de la psicología de la salud sin embargo, es una rama de la psicología, cuyo objetivo es el análisis de las conductas y estilos de vida personales que pueden afectar a la salud.

De acuerdo con Oblitas (2008), la Psicología de la salud se define como la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Cabe mencionar que la Psicología de la Salud se basa en el Modelo Biopsicosocial, el cual, de acuerdo a Engel (2001) citado por Morrison y Bennett (2008), es un modelo que explica que las enfermedades y los síntomas surgen a partir de una combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos.

Este modelo ya no considera a la persona dividida, como una mente que gobierna el cuerpo; sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas, afirmando que ya no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad, como una unidad biopsicosocial.

Sin embargo Stone (2005) propone que la psicología de la salud es una especialidad de esta que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o

bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.

Agrega que las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. Stone (2005)

Desde la perspectiva de Torres y Beltrán (2007) mencionan a la psicología como una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.

Contribuye Morales (2002) debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

1.3 OBJETIVOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Para definir los objetivos de la Psicología de la Salud, se considerarán los propuestos por Matarazzo (1982), citado por Morrison y Bennett (2008). Así mismo se complementan los conceptos de acuerdo con Oblitas (2006), citado por Oblitas (2008).

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se trata de todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino también

la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.

2. COMPORTAMIENTOS SALUDABLES.

Los estilos de vida saludables implican conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apesados a través de la investigación epidemiológica. A continuación exponemos algunos de los más importantes (Oblitas, 2007)

3. PREVENIR ENFERMEDADES.

Se refiere a la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, bien crónicas o agudas (por ejemplo, el tabaquismo). En este aspecto, se hace aún más evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención.

4. PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO.

Realizar una actividad física de modo regular (ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares.

5. EVALUAR Y TRATAR ENFERMEDADES ESPECÍFICAS.

Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO.

Para la intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

Por lo tanto la investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psico-oncología son fundamentales para avanzar en el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención más eficaces y eficientes. La terapia psicológica ha demostrado su eficacia para: Reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones. Facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico. Contribuir a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social.

6. EVALUAR Y MEJORAR DEL SISTEMA SANITARIO.

En este rubro se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.

EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS.

Para dar continuidad en este trabajo es importante resaltar que: Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol,

tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc.

Finalmente una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias contempla la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las sustancias legales son aquellas que su venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas socio-sanitarios. Sin lugar a dudas, son la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año. Más que todas las que provocan la suma juntas del alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes de coche y el SIDA. Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico. Heman, A. y Oblitas, L. (2005).

CAPITULO II.

ADICCIÓN Y DROGAS.

La adicción a las drogas en los adolescentes constituyen un grave problema de salud pública (ENA, 2011). Por ello, es importante buscar estrategias preventivas para disminuir este problema que tanto daña a la sociedad. Por lo tanto, en el presente capítulo se describirá el tema de adicción, droga y drogadicción; se definirán los tipos de drogas tanto legales como ilegales y su clasificación.

ADICCION Y SALUD MENTAL.

Para el consumo de drogas en la adolescencia es el origen de muchos problemas de salud mental. Los efectos de este tipo conductas se traduce muy a menudo en trastornos del estado de ánimo, ansiedad, problemas de aprendizaje y conducta. (Escandon, 2000).

A pesar de que tal y como nos revelan los informes el abuso del alcohol y otro tipo de sustancias está disminuyendo entre la población más joven, los problemas de adicción siguen siendo algo más que recurrente. Entender el porqué de este tipo de comportamientos es algo complejo. A menudo deriva del entorno y la presión del contexto donde el joven pueda moverse, aunque los psicólogos, por ejemplo, hablan también de angustia psicológica, de desánimo y desafección.

Mientras los efectos que tiene el consumo de drogas entre la población más joven es devastador. No solo es un problema de salud pública. Es también un impacto de gran relevancia en las propias familias y en la sociedad. Entender por tanto el modo en que altera la propia vida de los adolescentes es clave para invertir en prevención y en apoyo. (Gómez, 2001).

EFFECTO DE LAS DROGAS EN LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE.

Cuando hablamos de consumo de drogas es común visualizar las más duras. Sin embargo, no podemos perder de vista que tanto el alcohol como el tabaco son sustancias nocivas y adictivas con las que adolescentes de 12 y 13 años suelen

iniciarse. Asimismo, también es importante tener en cuenta las más extrañas como puede ser inhalar pegamento. Un recurso económico más accesible y que está causando ya estragos en los países más pobres. Asimismo, hay algo evidente que nos demuestran estudios el consumo temprano de drogas tiene un impacto directo a nivel cerebral. No olvidemos que estamos ante un cerebro aún inmaduro y en desarrollo. Algo así aumenta de forma exponencial el riesgo de sufrir algún trastorno psicológico. (OMS, 2004).

EL CONSUMO DE DROGAS Y LA COMORBILIDAD.

Por lo tanto la comorbilidad es una condición en la que una persona sufre más de una enfermedad mental de manera simultánea. Así, una de las formas más comunes de enfermedades emparejadas es la adicción a las drogas y la depresión, especialmente en los adolescentes. (GUINSBERG, 2004).

La curiosidad del asunto es que el consumo de drogas no siempre es el punto de partida de otra enfermedad mental, sino que puede ser otra enfermedad la que sea un factor de riesgo para el consumo. Así, un trastorno del estado de ánimo o ansiedad puede conducir a un adolescente a consumir drogas como una forma de “automedicación”.

Tanto que en la comorbilidad también existe una interacción entre las dos enfermedades, de manera que un empeoramiento en la sintomatología de una suele dar lugar a un empeoramiento en la sintomatología de la otra. (GUINSBERG, 2004).

LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS ES UNA ENFERMEDAD MENTAL.

Para la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de estas sustancias, a pesar del conocimiento de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad

mental porque las drogas modifican la estructura y funcionamiento del cerebro, condicionando y limitando seriamente la vida del enfermo. (AVILES, 2002).

De acuerdo con (AVILES, 2002) la adicción cambia al cerebro de manera fundamental, ya que interrumpe la jerarquía normal de las necesidades y los deseos y los sustituye con nuevas prioridades relacionadas con la obtención y el consumo de drogas.

LA ADICCION A LAS DROGAS ES UNA ENFERMEDAD MENTAL.

Al mismo tiempo la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de estas sustancias, a pesar del conocimiento de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad mental porque las drogas modifican la estructura y funcionamiento del cerebro, condicionando y limitando seriamente la vida del enfermo. (SECRETARIA DE SALUD, 2001).

Por lo tanto la adicción cambia al cerebro de manera fundamental, ya que interrumpe la jerarquía normal de las necesidades y los deseos y los sustituye con nuevas prioridades relacionadas con la obtención y el consumo de drogas. (SECRETARIA DE SALUD, 2001).

EXPOSICION TEMPRANA.

Por lo tanto las estadísticas han demostrado que cuando los niños están expuestos a las drogas y/o alcohol son más propensos a desarrollar problemas de adicción. Basta con que lo vean en su entorno más cercano. (GONZALEZ, 2005)

De acuerdo con (GONZALEZ, 2005) el consumo de drogas o alcohol puede ser un factor que contribuye a la inestabilidad mental, especialmente a una edad temprana, ya que los fármacos pueden alterar el desarrollo de los sistemas neurológicos de los jóvenes y cómo responden al estrés.

2.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN.

Para Falke (1998), una Adicción es un desorden crónico, caracterizado por el uso compulsivo de una sustancia, produciendo daños físicos, psicológicos o sociales y la continuación de su uso a pesar del daño.

De acuerdo con Navarro (2004), define la adicción como la dependencia a sustancias psicoactivas y menciona que es una imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas, con la finalidad de experimentar sus efectos físicos y psicológicos.

Por su parte, Volkow (2008) establece que la adicción es una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas y la considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y su función.

Por otra parte la adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. (OMS)

A diferencia de la drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

No obstante, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso

de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación.

2.2 CONCEPTO DE DROGA.

Ahora bien la OMS define este concepto como cualquier sustancia introducida al organismo vivo que puede modificar una o más funciones del mismo (Moreno, 2007). En relación a esto, Vidales (2008), afirma que la droga es toda sustancia natural o sintética capaz de producir en mayor o menor grado, toxicidad, adicción o dependencia.

Ahora bien en 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”. Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos

Por lo tanto, una droga puede ser cualquier sustancia sintética o natural que afecta la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental de quien la ingiere y cuyo uso excesivo y prolongado tiene efectos perjudiciales en el organismo.

Después, la mayoría de las drogas de abuso producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia va seguida por otros efectos, que difieren según el tipo de droga usada (Muñoz, 2009).

Además los productos unificados bajo el concepto de drogas, y que definiremos como sustancias químicas, serán aquellos que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste, pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan Onetto (2004).

De acuerdo con Onetto (2004) afirman que la atención prestada al consumo de drogas como “problema de las drogas” aparece cuando su consumo comienza a representar un peligro y una fascinación. Peligro, en tanto se encuentra por fuera de las normas sociales de control. Por otro lado, fascinación, porque permite la incorporación de valores y estilos de vida alternativos a los que la sociedad propone.

Touze (2010) encuentra que en las sociedades urbano-industriales contemporáneas centrales se produjeron una serie de cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc., que propiciaron la emergencia de un nuevo fenómeno, etiquetado como “droga-dependencia”. A falta de un término más preciso, se entiende la drogadependencia como aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno de este hecho. La/s sustancia/s eje de la drogadependencia puede/n ser tanto drogas no institucionalizadas o de uso ilegal (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, pasta base) como institucionalizadas o de uso legal (alcohol, tabaco, psicofármacos).

2.3 CONCEPTO DE DROGADICCIÓN.

Hay que hacer notar la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Drogadicción como el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (Moreno, 2007).

Por su parte, Vidales (2008) menciona que es la dependencia de ciertas drogas, ya sean lícitas o ilícitas, naturales o sintéticas. Así mismo, menciona que la adicción se puede dar hacia algunas sustancias químicas o industriales, las cuales pueden ser capaces de provocar cambios de conducta, además de ser nocivos al organismo; estos productos pueden ser derivados del alcohol, tabaco, thinner, ciertas pinturas, marihuana, hongos alucinógenos y derivados del petróleo.

Para Solís (2002) la drogadicción es la relación que se establece entre un individuo y una sustancia toxica que puede provocar cambios en el organismo, afectando, la salud, las relaciones con la familia, con los amigos, en la escuela, en el trabajo, etcétera. La relación entre la droga y el usuario por lo regular puede ser voluntaria y auto administrada, y puede provocar un deseo irresistible de seguir usando una o varias sustancias.

Así mismo, puede producir alucinaciones, intensificar y entorpecer los sentidos, también puede provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o a la muerte.

Siguiendo la idea anterior, Velasco, Durán y Arellano (2009), definen la drogadicción como la adicción hacia sustancias que alteran el comportamiento, las sensaciones, y los pensamientos de las personas. La persona adicta busca los efectos depresores

(relajantes), estimulantes, (euforia, felicidad) o alucinógenos (visiones o sensaciones irreales) que momentáneamente le proporcionan los diferentes tipos de drogas.

Así mismo, el atractivo que ejercen las drogas está determinado por la necesidad del sujeto de cambiar su estado interior, modificando la vivencia que posee de sí mismo y la visión del mundo que lo rodea.

De acuerdo con Falke, (1998), los efectos de las drogas sobre el psiquismo del sujeto son muy diversos. La naturaleza química de la sustancia interactúa con la personalidad previa del usuario y así mismo con el contexto social en que se hace uso y con la fantasía depositada en las drogas.

2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

Como se ha dicho todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce la recompensa son diferentes, aunque generalmente las drogas activan el sistema y producen sentimientos de placer (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Después para la dependencia y abstinencia es muy común una de las características más importantes de algunas drogas de abuso es su capacidad para producir problemas de dependencia. Hábito, adicción, drogodependencia, drogadicción...son términos coloquiales utilizados para lo que el manual DSM-IV define como dependencia a sustancias: conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Así mismo existen diferentes formas de clasificar las drogas, dependiendo de varios factores de estudio y a continuación se describen:

- 1) **SEGÚN SU ORIGEN.** Por un lado esta clasificación agrupa los tipos de drogas en función de cómo se sintetizan. Pueden ser drogas naturales, drogas semi-sintéticas y drogas sintéticas.

- 2) **SEGÚN SU GRADO DE LEGALIDAD.** Por una parte varía en función de las leyes de cada estado. Según su legalidad las drogas se clasifican en:
 - Drogas Legales o lícitas: en cambio son aquellas cuyo consumo está legalizado como el tabaco, el alcohol, los medicamentos farmacéuticos o pegamentos industriales de uso doméstico. Suelen estar legalizados con ciertas restricciones como la prohibición del consumo a menores de edad.

 - Drogas ilegales o ilícitas: sin embargo son aquellas cuyo consumo (normalmente en vía pública), posesión (con un mínimo de cantidad) y venta son ilegales, y por tanto se accede a ellos a través del mercado negro. Ejemplos de drogas ilegales en nuestro país son el cannabis y derivados, la cocaína, las drogas de diseño, la heroína, entre otras.

Cabe mencionar que la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de estimulantes, hipnóticos y sedantes. Además de esta lista, algunos países añaden sus propias sustancias prohibidas. A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo, y con ello reforzar la identificación de los usuarios con una subcultura alienada (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

3) **SEGÚN SU GRADO DE DEPENDENCIA:** Entendemos por dependencia el estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia. Si éste deseo se mantiene por mecanismos metabólicos y su falta crea un síndrome de abstinencia, se denomina dependencia física. Si la dependencia se mantiene por mecanismos psicosociales, suele definirse como dependencia psíquica o psicosocial (Gómez, 2016).

- Drogas Duras: Para las drogas "duras", son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.
- Drogas Blandas: Entendemos que son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco.

Es decir esta división en "blandas" y "duras" es cuestionada por muchos estudiosos del tema ya que consideran que se podría sugerir con ella que las "duras" son malas y, por consiguiente, las "blandas" son buenas o menos malas y no es así, ya que a partir de determinadas dosis y según la forma de ser administradas, las drogas "blandas" pueden tener efectos tan nocivos como las "duras".

4) **SEGÚN SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO.**

Clasificación establecida por la OMS (Fabri, 2013):

- a) Drogas depresoras o depresivas: Disminuye la coordinación y afecta la percepción, dificulta el juicio y el razonamiento.
- b) Drogas estimulantes: Actúan sobre el sistema nervioso central, acelerándolo y originando sentimientos de bienestar, euforia, ansiedad, pánico, fatiga,

falta de apetito, indiferencia, alteraciones del sueño y comportamiento violento.

- c) Drogas alucinógenas o perturbadoras: Son fármacos que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción. La palabra “alucinógeno” hace referencia a una distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales.

Hay que hacer notar en los siguientes cuadros, se sintetiza tanto los efectos como las repercusiones de las principales sustancias según sus efectos en el sistema nervioso y con base en el Manual de Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables (CONADIC):

2.4.1. DROGAS DEPRESORAS.

	SUSTANCIA	EFECTOS	REPERCUSIÓN
ALCOHOL	Las bebidas alcohólicas (alcohol etílico o etanol) se consumen en todo el mundo con propósitos recreativos y religiosos. El etanol se toma casi siempre por vía oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado.	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos conductuales varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior. • El etanol tiene efectos conductuales bifásicos. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de visión periférica y nocturna. • Desnutrición, irritación de mucosa, sangrados, hepatitis alcohólica, úlceras, cirrosis hepática, pancreatitis. • Cardiopatía alcohólica. • Impotencia, menor cuenta espermática en hombres, dismenorrea, disminución del deseo sexual.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DERIVADOS DEL OPIO (MORFINA, HEROÍNA Y CODÉINA)</p>	<p>Conocidas como estupefacientes o reina, jinete de Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache). Se elaboran a partir de la goma de opio, que se extrae de la flor adormidera o amapola. Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino y cuando su fabricación es imperfecta, su color es amarillento, rosado o café y de consistencia áspera. También se presentan en forma de tabletas, pequeños bloques o jarabe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calman el dolor. La morfina se utiliza en medicina como un potente analgésico. • Provocan mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de "desconexión" respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación, bienestar y mayor grado de sociabilidad. • El usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio. • Paralelamente ocasiona náuseas, vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición, sudoración, temblor, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones. • Deterioro personal y social.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INHALABLES</p>	<p>Conocidas como chemo, cemento, mona, activo, pvc, thinner o gasolina. Son sustancias químicas volátiles, de uso casero, comercial o industrial.</p>	<p>☐ Sensación de hormigueo, mareo, visión borrosa, zumbido de oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.</p>	<p>☐ Vómito, sueño, temblor, respiración acelerada y superficial, irregularidad en el latido cardiaco, convulsiones y desnutrición neuronal.</p>

TRANQUILIZANTES	<p>PASTAS, ROCHE, PASTILLAS, RUFIS: Son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas en diferentes tamaños y colores; también en ampollitas ingeribles o inyectables.</p>	<p>□ Se usan como relajantes musculares, anticonvulsivos, para calma y reducir estados de ansiedad, provocando sueño. Sus efectos son parecidos a los derivados del opio. En la intoxicación aguda existe visión borrosa, falta de coordinación, contracción pupilar, confusión mental, movimientos oculares descontrolados, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria, lo que puede llevar a la muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Provocan uso compulsivo o dependencia física, violencia, disminución de la motivación y apatía general. • Provoca convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y si se combinan con alcohol, la muerte.
-----------------	--	---	---

Elaboración propia; Díaz(2019).

2.4.2. DROGAS ESTIMULANTES.

	SUSTANCIA	EFFECTOS	REPERCUSIÓN
TABACO	<p>Aunque el tabaco contiene miles de sustancias, la nicotina es la que más frecuentemente, se asocia con la dependencia porque es el componente psicoactivo y causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación, concentración, mayor atención, aumento de la memoria, reducción de la Ansiedad y disminución del apetito. • Aumento de la presión sanguínea respiración y ritmo cardiaco 	<p>□ Bronquitis crónicas, enfisema pulmonar, enfermedades coronarias, úlceras de estómago y duodeno, diversos tipos de cáncer (pulmón, bucal, de laringe, faringe, esófago, etc.), disminución de la visión</p>

	ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento.		periférica y de la capacidad de la visión nocturna.
COCAINA	Popularmente conocida como polvo, nieve, talco, perico o pase. El crack es un derivado de la base con la que se produce la cocaína, que genera una reacción rápida al ser fumado. La cocaína se obtiene de una planta llamada coca; tiene aspecto esponjoso, blanco y sin olor.	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia, excitación y ansiedad. • La persona habla con exageración. • Dilatación de pupilas. • Aumento de presión sanguínea. • Alucinaciones y delirios de persecución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso. • Debilidad física. • Convulsiones y alucinaciones. • Perforación del tabique nasal. • Muerte por insuficiencia cardíaca.
ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS	Conocidas también como anfet, corazones, elevadores, hielo, tacha píldora del amor, crack, éxtasis, speed, fuego, vidrio, cruz blanca, cristal o ice. Se presentan en tabletas o cápsulas de tamaño, forma y color diferente. Se trata de potentes estimulantes fabricados en laboratorio, que se venden por lo general en trozo o en polvo, de forma que pueden ser inhalados, tragados, inyectados y fumados mediante una pipa.	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación e hiperactividad. • Temblor de manos. • Sudoración abundante. • Insomnio. • Disminución del apetito. • Angustia, nerviosismo y depresión. • Su efecto es muy rápido, lo que intensifica la sensación de energía acelerada y de que 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequead de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardíacas. • El uso crónico genera alucinaciones, desórdenes mentales y emocionales, e incluso la muerte.

		<p>“todo se puede hacer”. Cuando disminuye el efecto se puede presentar paranoia y agresión.</p>	
ÉXTASIS	<p>Popularmente conocida como adam, éxtasis, X-TC, X, rola, o droga del amor. Es una droga de diseño de laboratorio (generalmente clandestino) deriva de las anfetaminas que, de acuerdo a su composición, puede tener propiedades alucinógenas. Se toma en forma de tabletas, cápsulas o polvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. • En dosis pequeñas el individuo se siente alerta, sereno, amistoso y sociable. • Disminuye la sensación de fatiga; se suma una intensidad de sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración del ritmo cardiaco, deshidratación y calambres musculares. • Se altera la percepción del tiempo, la capacidad de concentración y coordinación. • Induce una crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad, sueño y depresión.

Elaboración propia; Díaz(2019).

2.4.3 DROGAS ALUCINÓGENAS.

	SUSTANCIA	EFECTOS	REPERCUSIÓN
MARIHUANA	<p>Conocida como pasto, hierba, mota, toque, sin semilla. Se obtiene de la planta cannabis.</p> <p>Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de la planta hembra cannabis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, hambre y sensación de que el tiempo ocurre lentamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la memoria. • Sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. • Su abuso puede desencadenar trastornos mentales latentes.
PEYOTE	<p>Cactus, mezcla, botones. Es una cactácea cuyo principal ingrediente es la mezcalina, responsable de los efectos que produce; se presenta en capsula o líquido de color café que se bebe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de pupilas, temblor de manos y ftofobia (sensibilidad a la luz). • Alucinaciones visuales, táctiles y auditivas. • Desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> □ Angustia, depresión, delirios de persecución, agresividad, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, temblor, fiebre, alteraciones mentales y reacciones psicóticas.

<p style="text-align: center;">HONGOS (PSILOCIBINA)</p>	<p>Conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos. La psilocibina es una sustancia que provoca efectos alucinógenos y pueden ser ingeridos en forma natural, en polvo o como solución. Dentro de esta categoría también se incluye el PCP o polvo ángel (anestésico).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos auto-destructivos y reacciones de pánico. • Temblor de manos, dilatación de las pupilas y gran sensibilidad de los ojos a la luz. 	<ul style="list-style-type: none"> □ Pérdida de contacto con la realidad, angustia, delirios de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones prolongadas de las funciones mentales
<p style="text-align: center;">DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISERGICO</p>	<p>Conocida como LSD, cubo de azúcar, ácido, cielo azul, o rayo blanco, se obtiene de un hongo llamado cornezuelo de centeno. Comúnmente tiene la apariencia de un líquido incoloro, inodoro e insaboro; también puede encontrarse en polvo, en píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada y de tono gris plateado que se ingieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. • Variaciones extremas del estado de ánimo, disminución de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardiaca, temblor de manos, sudoración "carne de gallina". • Dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, ideas delirantes. • Se sufren distorsiones de la imagen del propio cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención, deterioro de las habilidades académicas. • Las alucinaciones pueden reaparecer espontáneamente (sin consumir droga) días y hasta meses.

Elaboración propia; Díaz(2019).

TEORIAS PARA LA CONDUCTA DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

Para Jessor (1991) incluye las conductas de riesgo bajo una nueva perspectiva, su planteamiento se basa en que, en los últimos años, está surgiendo un nuevo paradigma , la ciencia conductual del desarrollo, la cual ha cambiado todos los aspectos de la comprensión de los jóvenes, exigiendo también, la inclusión de un gran número de elementos y variables.

Por lo que la Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza por la complejidad con la que hace interaccionar distintos elementos para explicar las conductas adictivas. Otorga un importante peso para explicar la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a partir de: la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación elementos fundamentales para considerar una parte de la población adolescente en lo que el autor denomina “riesgo”.

Por lo que desde la epidemiología conductual, una conducta de riesgo puede definirse como Jersson (1991): “cualquier conducta que pueda comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” al mismo tiempo insiste en la utilización de la denominación de la conducta de riesgo y no la conducta de búsqueda de riesgo. El modelo de Jessor presenta lo que interesa es conocer cuáles son los factores que derivan conductas de riesgo, sobre todo fases previas a la experimentación que es donde influye esta para consumir determinada droga.

Para Jersson en su modelo considera cinco grupos de factores de riesgo o de protección que sirven de marco conceptual general para las conductas de riesgo de los adolescentes.

Grupo	Factor de riesgo	Factores de protección
Biológico/ genético	Historia familiar de alcoholismo.	Alta inteligencia.

Biológico/ genético.	Medio social, la pobreza, la desigualdad y las oportunidades ilegítimas.	La pobreza, las escuelas de calidad, la familia cohesionada y disponer de adultos interesados.
Mediopercibido.	Modelos de conducta desviada, y los conflictos normativos entre padre y amigos .	Modelos de conducta concencional y altos controles de la conducta desviada.
Personalidad.	Percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo.	La valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación.
Conducta.	Los problemas con el alcohol y bajo rendimiento escolar.	Participación en asociaciones y conferencias relacionadas.

Elaboración propia; Díaz(2019).

Junto a los factores de riesgo y de protección que considera la teoría de Jessor (1991) a lo largo de sus dimensiones están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo. Dentro de las conductas de riesgo del adolescente o de su estilo de vida, considera tres grupos de ellas: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar, dentro de las conductas problema considera el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido; en las conductas relacionadas con la salud, la alimentación no sustentable, el consumo de tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad; y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Finalmente los resultados del riesgo que el autor conceptúa como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias/ enfermedades, baja

condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal.

A mediados del siglo XX tanto desde la medicina como desde el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “anti-social” que provoca una afección biopsico-social. Algo que hasta ese momento no era concebido como problema social comenzó a serlo. El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los “adictos a las drogas.”

Por lo tanto el consumo de drogas se construye como problema a partir de estereotipos. Como plantea Graciela Touzé (2006), el primero de ellos se vincula con la arbitrariedad con la que se presenta la definición del concepto de droga, que al no responder a una lógica científica, incluye caprichosamente ciertas sustancias (cocaína, marihuana, éxtasis, etc.) y excluye otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Los fundamentos que se ofrecen no tienen correlato en el daño social, en la nocividad de la sustancia o en la dependencia que ocasionan.

MODELO ÉTICO-JURÍDICO.

Con respecto al paradigma punitivo, basado en el Derecho, categorizó el consumo de drogas como un delito, planteando que los sujetos, al trasgredir la ley con total responsabilidad e intencionalidad, se convierten en culpables y por ello deben ser castigados. Este modelo está centrado en la sustancia como referente y enfatiza las medidas legales y penales dirigidas a los usuarios de drogas. Estos son percibidos como “delincuentes” que infringen la ley. Como “la droga” se concibe bajo el prisma del delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, a la vez que produce la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. Este modelo es el eje central del paradigma prohibicionista.

Según Graciela Touzé (2006) el modelo presenta una paradoja intrínseca, por un lado se presenta al consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente, pero por otro, el modelo considera como sujeto activo a la droga, no a la persona, que es sólo su víctima; por esta razón el consumidor de drogas se convierte en delincuente y víctima simultáneamente. El modelo jurídico busca dificultar la disponibilidad de la sustancia. Para ello, su estrategia preventiva se basa en divulgar las terribles consecuencias que genera la utilización de drogas, destacando tanto sus efectos nocivos como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión. En los casos en los cuales las personas se encuentran consumiendo drogas el modelo las aísla del resto de la sociedad para castigarlas por su conducta desviada. Estas medidas implican que se destina un importante porcentaje de recursos públicos y privados a este fin, lo cual está motivado por la necesidad de garantizar seguridad a la sociedad.

Este modelo sigue siendo el que concita más adhesiones en la población en general y es el más utilizado por los medios de comunicación social, que asocian sistemáticamente el consumo de drogas con la delincuencia.

MODELO MÉDICO-SANITARIO.

En un segundo momento se produce un salto desde el paradigma punitivo a otro basado en la desviación. La medicina, como agencia encargada de dar respuesta a esta problemática, considera que los sujetos/ “pacientes” no son responsables de la práctica de consumir drogas. En este sentido, el rótulo de “enfermo”, y ya no de vicioso, lo hace acreedor de un “tratamiento” en vez que de un “castigo”.

Según Touzé (2006), la medicalización de la vida, concepto que retoma de Iván Illich (2005), llevó a que una gran parte de situaciones que antes no eran definidas como problemas comenzaran a ingresar en la jurisdicción de la medicina. En lo que respecta a nuestro objeto de estudio, nos centraremos en lo que la medicina consideró y rotuló como la medicalización de la anormalidad. Las definiciones médicas de la conducta

“desviada” aumentaron considerablemente con el surgimiento de las sociedades industrializadas. De este modo, el análisis médico vino a suplir lo que antes, según los discursos religiosos, era considerado pecaminoso, inmoral o lo que más tarde a partir del discurso jurídico fue caracterizado como criminal. Para algunos autores la rehabilitación médica vino a reemplazar el castigo, aunque de un modo encubierto. Asimismo, el auge que fue obteniendo en estos tiempos el modelo médico hegemónico dispositivos médicos que implicaban su institucionalización, como enfermos primero, como convalecientes más tarde y, en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, lo cual les otorgaba un nuevo rol social como “exdrogadependientes” o “adictos en recuperación” (Romaní, 2007).

MODELO PSICOSOCIAL.

A diferencia de los otros dos, este modelo, que surge a mediados de los años ´80, corre el foco de la sustancia y lo coloca en el sujeto. Por ello, interpreta que el adicto es un enfermo y que la adicción es la resultante de un malestar psíquico. El interés se centra en el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia. El discurso psico-social entiende el concepto de adicto como sinónimo de “esclavo” (Touzé, 2006). Se plantea que lo no dicho queda tapado u obturado por la práctica del consumo. Por eso, más que buscar formas que permitan “detectar” signos de drogadicción, es importante desde esta postura estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas y buscar otras formas del “decir”, más allá del síntoma del consumo.

Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Al centrarse en el sujeto, busca saber cuáles son las necesidades que lo llevaron al abuso de sustancias tóxicas. Basado principalmente en el encuadre psicológico, es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales. Las causas que se esgrimen para explicar por qué una persona comienza a consumir drogas enfatizan la importancia que tiene en primer lugar la familia como responsable de la socialización primaria y en segundo lugar el grupo de pertenencia (amigos,

compañeros). Se enfatiza así el peso del medio social cercano, disminuyendo el del medio social más amplio –político, económico, cultural, social. La población en general y los usuarios de drogas en particular han incorporado de manera acrítica este discurso, difundido por los profesionales de comunidades terapéuticas y de centros de rehabilitación.

MODELO SOCIOCULTURAL.

Por una parte este modelo postula que el significado asociado a las drogas está determinado no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. El fundamento que lo rige es que una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos culturales que constituyen el contexto social de los consumidores de drogas. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, deben considerarse como factores causantes de la aparición masiva de las drogadependencias.

A continuación se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y de protección a partir de su pertenencia a determinados contextos culturales. Los programas de reducción de daños⁷ implementados en la última década parten de este modelo, que posibilitó el surgimiento de políticas más tolerantes, que buscan generar la aceptación y tolerancia del (Menéndez, 2005), caracterizado por la medicina alopática, científica y “oficial”, llevó a que muchos conflictos socio-personales que no eran abordados hasta ese momento por esta disciplina, se convirtieran en problemas médicos sobre los que se interviene fundamentalmente desde una óptica

biologista e individualista; de esta manera la droga dependencia se convirtió en materia de estudio de la medicina.

Así pues el modelo el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. En general las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de “agente”, “huésped” y “ambiente”, según la misma lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. La falta de prescripción médica en la administración de una droga es lo que hace que esa sustancia sea nociva para las personas.

En la primera mitad del siglo pasado este modelo tuvo un papel central pero luego consumo y de los consumidores como un hecho más de nuestras sociedades; mostrar la peligrosidad que generan tanto las drogas legales como las ilegales; ofrecer información veraz y objetiva y, sobre todo, no generar alarma o miedo en la población.

Según Touzé (2006) para este modelo la droga funciona como una forma de evasión de la realidad. El consumo de drogas nuevamente forma parte del síntoma, pero, en esta oportunidad, ya no en términos psicopatológicos sino sociales, es decir, como catalizador de una disfunción del sistema. El supuesto preventivo que funciona por detrás es que si disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. Sin embargo, la emergencia de la condición económica como “determinante” fundamental hace que se establezca una asociación inmediata entre pobreza y consumo de drogas, lo que abre la posibilidad de estigmatizar por estas prácticas a los sectores de menores recursos.

MODELO GEO-POLÍTICO ESTRUCTURAL.

En el caso de este modelo la droga es vista como mercancía y se acentúan los determinantes estructurales de su consumo. Toma como punto de partida la ineficacia que han demostrado los modelos preventivos importados de los países denominados del “primer mundo” y el entender que no se pueden obviar las características específicas latinoamericanas como elementos fundamentales para comenzar a pensar en cómo resolver el problema del consumo de drogas en nuestro contexto.

Para este modelo se sustenta en la conceptualización del consumo de drogas y el narcotráfico como un fenómeno global consustancial a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia de los países latinoamericanos. En este sentido, destaca el marco geopolítico de América latina como responsable de las peculiaridades del problema del consumo de drogas. Para este modelo, el contexto no es sólo el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones. Este es un modelo más reciente y es el que está menos instalado socialmente. (Jensen,2009).

TERAPIA BREVE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Otro punto es la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. En su aplicación a las conductas adictivas, ha sido la terapia de prevención de recaídas la más utilizada, que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida y posteriormente se adaptó para los adictos a cocaína. En ella, se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, encuentren

maneras de evitar las situaciones, y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de sustancias. A través del análisis funcional, se identifican los antecedentes y consecuentes del comportamiento del uso de sustancias. Se potencian y desarrollan las habilidades de los pacientes para enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo y se les entrena en la prevención de recaídas. Se incluye el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento. (Jensen,2009).

TERAPIAS HUMANISTAS Y EXISTENCIALES BREVES.

Las psicoterapias humanistas y existenciales utilizan una gama amplia de enfoques en la conceptualización del caso, en las metas terapéuticas, las estrategias de intervención y en la metodología de investigación. Comparten el énfasis en comprender la experiencia humana y un foco en el cliente más que en el síntoma. Los problemas psicológicos (incluyendo el abuso de sustancias) se inspeccionan como el resultado de la incapacidad para elegir la forma de vida más adecuada.

Considerando que las palabras clave en este tipo de enfoque son la aceptación y el crecimiento, los temas importantes de la terapia existencial son la libertad y la responsabilidad del cliente. Los enfoques humanísticos y existenciales comparten la creencia de que la gente tiene capacidad y conciencia de elección. Sin embargo las dos escuelas llegan a esta creencia mediante teorías diferentes. La perspectiva humanista considera la naturaleza humana con una potencialidad inherente para mantenerse saludable y con capacidad para hacer elecciones con interés para uno mismo y para los demás. Los focos de la terapia se dirigen hacia el crecimiento personal en lugar de centrarse en posibles trastornos. La relación terapéutica sirve como un vehículo o el contexto en que el proceso de crecimiento psicológico se fomenta. (Menéndez, 2005)

Según (Menéndez, 2005) la perspectiva existencialista se interesa más en ayudar a los clientes a encontrar un significado filosófico, a pensar y actuar auténtica y responsablemente. La fuente de los problemas se encuentra en la inquietud por la soledad, el aislamiento, la desesperación y finalmente la muerte.

Muchos de los aspectos de los enfoques humanistas y existenciales (empatía, afecto, escucha reflexiva, aceptación) son útiles en cualquier tipo de terapia ya que ayudan a establecer el *rapport* y un compromiso con todos los aspectos del proceso de tratamiento.

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION EN PERIODOS DE ALTO RIESGO.

En el caso del consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle una adicción. La prevención del consumo temprano de drogas o alcohol puede marcar una gran diferencia en la reducción de estos riesgos. Si podemos evitar que los jóvenes experimenten con drogas, podemos prevenir la drogadicción.

Por ejemplo el riesgo del abuso de drogas aumenta en momentos de transición. En la adolescencia temprana, cuando los niños pasan de la primaria a la escuela media, se enfrentan a nuevas y desafiantes situaciones sociales y académicas. Durante este período, por primera vez los niños están expuestos a sustancias que se prestan al abuso (como tabaco y alcohol) por primera vez. Cuando empiezan los estudios de secundaria, los adolescentes tienen más cerca los canales de acceso a las drogas y no es raro que terminen siendo testigo de su consumo.

Para finalizar muchos comportamientos normales de su desarrollo, como el deseo de probar cosas nuevas o correr mayores riesgos, pueden aumentar su tendencia a experimentar con drogas. Otros pueden pensar que consumir drogas mejora su apariencia física o su rendimiento intelectual o deportivo, que disminuirá su ansiedad en situaciones sociales. Por otra parte, las habilidades de los adolescentes para ejercer el buen criterio y tomar decisiones están aún en desarrollo y pueden limitar su capacidad para evaluar con precisión los riesgos de todas estas formas de consumo de drogas.

CAPITULO III.

FACTORES DE RIESGO.

SALUD MENTAL.

Se determina sin riesgo cuando existe equilibrio emocional, con adaptación funcional a su contexto y a las demás personas, que permite el logro de su identidad personal. Se determina con riesgo cuando hay presencia de síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza, las cuales obstaculizan la adaptación y desarrollo.

De acuerdo con Calderón (1992), la salud no solo es un estado de ausencia de enfermedad, de bienestar físico, mental y social, sino también como un desarrollo dinámico en el que el hombre desarrolla todas sus potencialidades, sin más límite que el impuesto por su marco genético.

Moreno (2005), alude que la salud mental se refiere a un estado positivo, ya que es la capacidad del individuo, del grupo y del entorno de interactuar entre sí, de manera mental que se promueva el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo para el empleo adecuado de las habilidades mentales, así como el logro de metas individuales y colectivas.

Según Falke (1998), la salud mental no es una cualidad estática que alguien posee en privado; solo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la cercanía y apoyo emocional de quienes nos rodean. Es un proceso que le atañe a la persona, la familia y la sociedad. Implica la capacidad de crecer, aprender, amar y compartir con otros la aventura de la vida.

Ahora bien, el abuso o dependencia de sustancias se considera como trastornos de salud mental, ya que algunos adolescentes pueden abusar de una droga por cierto tiempo como parte de su “crisis de adolescencia” y posteriormente abandonar el consumo. Así mismo, otros jóvenes que antes solo estaban “en riesgo” de consumir pueden desarrollar hasta un trastorno por dependencia a alguna droga, con un impacto tan grave y devastador sobre ello y sus familiares (Moreno, 2005).

Al respecto, Volkow (2008) afirma que algunas personas que sufren de ansiedad o fobia social, trastornos relacionados al estrés o depresión, comienzan a abusar las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en determinar si alguien comienza o continúa abusando de las drogas.

Por otra parte, Vargas (2011), agrega que, la mayoría de los adolescentes pueden llegar a sufrir y caer en depresión o trastornos de ansiedad, si es que sienten que no encajan con los prototipos físicos de moda, es decir con los moldes de perfección esperados. Ante esto pueden sentirse sumamente presionados por actuar y tener una imagen determinada de la manera más rápida y efectiva posible sin pensar en su salud o en las consecuencias de sus actos.

Debido a que la salud mental es el marco en el que ese estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento adecuado de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino de la felicidad y de lograr correctas relaciones interpersonales que le permitirán funcionar en forma adecuada en el medio social en que nace, se desarrolla y muere, dependen básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales y afectivas. Calderón (1992),

De acuerdo con Moreno (2005), el movimiento pendular entre estados de ánimo contradictorios repercute en todas las experiencias afectivas del adolescente de esta forma se explican dichos cambios tan repentinos entre sentimientos opuestos como: Euforia y melancolía, el egoísmo y el altruismo, la presunción y la timidez, la audacia y el temor, la piedad y la crueldad, la arrogancia y la vergüenza.

El mismo autor, expresa que el adolescente puede experimentar emociones desordenadas a causa de los numerosos conflictos internos que posee y la inadecuada preparación para enfrentarlos. Cuanto mayor sea el número de nuevas situaciones a

las que debe adaptarse de una sola vez, mayor será su desequilibrio, conduciendo al adolescente a una sintomatología correspondiente a la ansiedad.

Por lo tanto, se considera que la salud mental es la plataforma de despegue de las habilidades de pensamiento, comunicación, aprendizaje, crecimiento emocional, resiliencia y de la autoestima.

Durante la adolescencia las oportunidades para el abuso de sustancias se incrementan de manera importante. En esta etapa un alto porcentaje de la población ha tenido contacto con las drogas. Los riesgos y daños asociados a este problema varían y son sumamente peligrosos; por esto, en el presente capítulo se conocerán cuales son aquellos factores que de alguna manera influyen para que se genere una adicción a las drogas.

3.1 DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

Retomando a: Papalia, Wendkos y Duskin (2005), definen a los factores de riesgo como las condiciones que incrementan la posibilidad de un resultado negativo del desarrollo.

Así mismo, mencionan que la adolescencia como una etapa de cambios tanto físicos como psicológicos, es considerada como la transición más extrema de todo el ciclo vital, ya que incluye cambios en todos los aspectos del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social. Brinda oportunidades de crecimiento, aunque también trae riesgos a algunos jóvenes con problemas para manejar tantas modificaciones a la vez.

Al respecto, Volkow (2008), afirma que al igual que con cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción difiere de una persona a otra. En general, mientras más factores de riesgo se tienen, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en abuso y adicción

Por lo tanto, de acuerdo con las afirmaciones antes descritas, se considera como factor de riesgo que conduce al desarrollo de la adicción a las drogas a toda aquella situación o contexto que pone en peligro o daña física, psicológica o emocionalmente a la persona.

Sin embargo, cabe destacar que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelva drogadicto. El riesgo total de volverse drogadicto es afectado por la constitución biológica de la persona, pudiendo verse influenciado por el sexo o la etnia de la persona o por la etapa de desarrollo en que se encuentra y por su entorno social (Volkow, 2008).

FACTORES DE RIESGO DE ABUSO DE DROGAS LOS ADOLESCENTES Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

El abuso de drogas y otras enfermedades mentales tienen mucho en común, incluyendo una serie de causas. Algunos de los factores de riesgo que pueden conducir al abuso de drogas y a la inestabilidad mental en los adolescentes. Papalia, Wendkos y Duskin (2005).

DESARROLLO CEREBRAL.

De acuerdo con la Universidad de Rochester Medical Center, el cerebro humano no se desarrolla completamente hasta aproximadamente 25 años de edad. En concreto, la corteza pre-frontal, responsable de la toma de decisiones y el control emocional, está todavía en desarrollo. Hasta ese momento, los adolescentes y los adultos jóvenes están en busca de aceptación y de la manera de impresionar a los otros sin considerar las consecuencias. Todavía son propensos a tomar decisiones impulsivas, sin dar parte a las emociones y a la razón. Esto les hace particularmente susceptibles a desarrollar múltiples problemas de salud mental.

3.2 USO/ABUSO DE SUSTANCIAS.

Es la presencia o no de actitudes tendientes al uso, abuso y dependencia del alcohol y/o drogas en el adolescente, que pueden desviar o complicar el desarrollo normal del mismo (Ibarra, 2011).

Para Papalia, Wendkos y Duskin (2005) el abuso de sustancias se presenta cuando existe un consumo repetido y dañino de una sustancia, por lo general de alcohol u otras drogas.

Por su parte, Falke (1998), afirma que el uso y abuso de drogas ha crecido de manera significativa y lo considera como una epidemia que deriva del fracaso de los adolescentes y sus familias. Así mismo, menciona que se presenta porque el adolescente no puede soportar las presiones, tensiones y problemas que lo afectan y lo abruman, por ello, trata de sustraerse de la realidad consumiendo drogas.

Al respecto, Coon (2009), menciona que el problema radica en que fácilmente se abusa de las drogas que alivian el dolor, inducen el sueño o eliminan la depresión, además del alcohol y las drogas ilícitas.

Es por ello que el uso constante de sustancias psicoactivas afecta al joven en todas las esferas de su vida: física, psíquica, emocional y cognoscitiva (Falke, 1998). Así mismo, menciona que muchos adolescentes usan drogas en búsqueda de placer, a fin de experimentar sensaciones que estas sustancias producen, aun sabiendo que éstas son artificiales, transitorias y perjudiciales.

Por otra parte, (Yaria, 2005) refiere que las razones para consumir drogas pueden ser numerosas, principalmente en esta etapa, en la cual se inicia con mayor frecuencia dicho consumo. Resulta fácil entender que los adolescentes se encuentran en mayor riesgo iniciar el consumo, así como experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas.

En este mismo tenor, el autor también menciona que el consumo de drogas principalmente en adolescentes obedece a ciertos factores, como la creencia de que las drogas no les hace daño, la presión de los amigos, la curiosidad y la suposición de que las drogas pueden ayudarnos a olvidar sus problemas o calmar sus angustias, ansiedad o dolor.

Aunque el consumo de drogas a cualquier edad puede llevar a la adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprano se comienza a consumir drogas, mayor es la probabilidad de progresar al abuso más serio. Esto puede ser un reflejo de los efectos dañinos que tienen las drogas sobre el cerebro en su fase de desarrollo (Volkow, 2008).

3.4 RELACIONES FAMILIARES.

Históricamente la familia ha sido considerada como la base de cualquier sociedad y es precisamente en este grupo, en el que se aseguran los afectos, se construye la identidad y se transmiten los valores y las actitudes deseables para el desarrollo integral de las personas (Moreno, 2007).

De acuerdo con Falke (1998), la familia cumple una función importante en el crecimiento y desarrollo del adolescente. Los roles asignados a cada uno de los miembros o integrantes, sus conductas, actividades, la forma de resolver sus problemas y la toma de decisiones, así como los derechos y las obligaciones, los conflictos y las diferencias, las alianzas y la participación, la comunicación entre sus miembros y el intercambio de afectos, contribuyen al desarrollo psicoafectivo normal.

Por su parte, Torres (2007) argumenta que la familia es un complejo de roles y funciones, en donde la convivencia, sus integrantes, la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, como se viven y como se manifiestan en sus

miembros, son parte de un modelo interactivo que representan un factor importante en la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas.

Al respecto Volkow (2008) refiere que la influencia del ambiente en el hogar generalmente es lo más importante en la niñez. Los padres o personas mayores de la familia que abusan del alcohol o de drogas, o que tienen comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo de que los adolescentes desarrollen sus propios problemas con las drogas. Los padres toxicómanos a menudo tienen hogares caóticos y llenos de estrés, donde se ve la negligencia en el cuidado de sus hijos menores. Condiciones como éstas estropean el bienestar y el desarrollo de los niños en el hogar y pueden establecer las bases para el abuso de drogas.

La disgregación de la familia es uno de los factores más importantes que influyen en el uso de las drogas en adolescentes. La familia del adolescente farmacodependiente, resulta muy afectada produciendo alteraciones en su funcionamiento, al tratar de hacer frente y resolver el problema (Falke, 1998).

En relación a lo anterior, Moreno (2005), ratifica el que uno o ambos padres sean usuarios de drogas incrementa el riesgo, pues los adolescentes perciben que hay tolerancia, ambivalencia o permisividad hacia ellas. La convención familiar con patrones negativos de conducta; las relaciones conflictivas; el poco acercamiento entre los miembros de la familia; la tensión y las alteraciones causadas por divorcios; los bajos ingresos; la pérdida de algún integrante; los trastornos emocionales en uno o ambos padres; los problemas de pajera, el rechazo de los padres a los hijos; los problemas en el ejercicio de las disciplinas de las habilidades parentales y el abuso físico o sexual.

De acuerdo con Platas (2008), la posición de los padres frente a los consumos de alcohol de sus hijos/as lleva implícita habitualmente numerosas contradicciones:

- A) Un alto porcentaje de padres son bebedores, lo que les limita para abordar de forma coherente los riesgos inherentes al consumo del alcohol

- B) Existe en general una actitud social tolerante y permisiva frente a la ingesta de bebidas alcohólicas. Muchos padres piensan que el consumo de alcohol no acarrea demasiados problemas.
- C) La presión social y las modas también influyen en los padres: en ocasiones, los padres temen imponer normas que hagan a sus hijos diferentes, o que les hagan aparecer a ellos como personas autoritarias
- D) Muestran una actitud permisiva ante su falta de decisión para afrontar el problema:
“que tengan lo que nosotros no tuvimos, no hay nada de malo en que se diviertan”.
- E) Muchos padres son conscientes de que no les dedican a sus hijos el tiempo suficiente para interesarse por su vida cotidiana e intentan suplirlo con otro tipo de atenciones (dinero, excesiva flexibilidad en las normas).
- F) Algunos padres delegan su responsabilidad de educar a sus hijos en otras instituciones y exigen a la escuela, a la policía, etc..., que resuelvan el problema.
- G) Existe una importante crisis en los modelos educativos, de manera que muchos padres no saben cómo educar a sus hijos: el modelo en el que fueron educados por sus padres les parece inadecuado por su carácter autoritario, mientras que se debaten entre un estilo democrático (todo se decide entre todos, las opiniones de los hijos tienen el mismo peso que la de los padres) o el “dejar hacer” (caracterizado por la ausencia de normas).

3.4.1 ESTILOS DE CRIANZA.

Para Ramírez (2002) citado por Cuervo (2010), plantea que las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos; como prácticas de crianza inadecuadas: afecto negativo, castigos no físicos, control autoritario y énfasis en el logro, los hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta tanto externos como internos.

Así mismo cada familia utiliza mecanismos a través de los cuales se resuelven situaciones de la vida cotidiana, Platas (2008) agrupa 3 modelos educativos paternos. Mientras tanto, García (2010), define cuarto estilo de crianza:

A) AUTORITARIO: Prevalece la autoridad y la exigencia por encima de la receptividad y el afecto (García 2010).

Se caracteriza por la imposición de normas rígidas por parte de los padres, por el constante control de las actividades de los hijos y por el uso frecuente de los castigos cuando las normas no se cumplen. Este estilo educativo se asocia con la falta de diálogo y de comunicación y con un clima familiar tenso, con escasas manifestaciones de afectividad entre los miembros de la familia e importantes carencias en la maduración personal de sus hijos, que no están habituados a expresar y defender sus opiniones o a tomar decisiones por sí mismos (Platas 2008).

B) PERMISIVO: Estilo educativo donde los padres muestran gran afecto hacia los hijos, pero la exigencia y el control es mínimo o inexistente (García 2010).

Se caracteriza por la falta de sistematización y coherencia en las normas y la organización familiar, por la ausencia de normas y pautas de conducta y de un apoyo y seguimiento sistemático de los hijos. Los padres se muestran incapaces de responder a los retos de la vida cotidiana y de la educación de los hijos. La inseguridad y la incertidumbre dominan las relaciones familiares (Platas 2008).

C) DEMOCRÁTICO: Existe un alto nivel de control y gran afecto por parte de los padres hacia los hijos (García 2010).

Se caracteriza por la existencia de una actitud sensible hacia las necesidades cambiantes de los hijos en sus diferentes etapas y de normas que regulen la convivencia que han sido dialogadas con los hijos. Se utiliza más el refuerzo y la motivación que el castigo. El clima familiar es relajado, con diálogo y muestras de

afectividad entre sus miembros. Este modelo favorece la exaltación de responsabilidades propias por los hijos y potencia aptitudes para que puedan afrontar los problemas cotidianos (Platas 2008).

D) INDIFERENTE: Estilo educativo muy peligroso donde no hay ni control ni afecto. Los Padres no ejercen ningún tipo de control ni dan apoyo emocional a sus hijos, los hijos suelen ser niños maltratados donde las posibilidades de huir de la marginalidad tienden a ser muy escasas (García 2010).

Resulta evidente que el estilo democrático es mucho más efectivo para culminar con éxito el papel de educadores que tienen encomendados los padres. Pero debe tenerse en cuenta que, incluso cuando se mantiene un estilo de crianza basado en el diálogo y apoyo a los hijos, es imprescindible que los padres asuman la autoridad que tienen sobre ellos, aunque ésta se entienda más desde el acompañamiento que desde la imposición.

Por lo tanto, los estilos de crianza inadecuados de los padres durante la infancia se relacionan como factores de riesgo de problemáticas cognoscitivas o socio-afectivas y sobre los cuales se deben orientar las estrategias de prevención en la familia y generar espacios para desarrollar habilidades sociales y conductas pro-sociales (Cuervo, 2010).

Es por ello que los padres deben tener muy presente que educar lleva implícito poner límites. El establecimiento de normas, es una función inherente al rol de padres. De forma natural y desde la infancia los padres van señalando a los hijos qué pueden y qué no pueden hacer para lograr el mayor bienestar posible.

3.5 RELACIONES CON LOS AMIGOS.

En cambio con la llegada a la adolescencia las relaciones entre iguales: amigos y compañeros, se tornan más importantes, frecuentes, profundas y necesarias. En

general, los chicos y las chicas seleccionan a los que sienten más parecidos a ellos como amigos, se alejan de aquellos con quienes no están cómodos y una vez que forman parte de un grupo, se socializan en las normas del mismo pareciéndose cada vez más unos a otros (García, 2010).

Ante esto, Izcovich (2005), afirma que el adolescente pasa la mayor parte del día con sus amigos y ya no con sus padres, debido a que con sus amigos se siente más feliz y cómodo. Así pues, va probando diversos modos de relación y experimenta nuevos roles. También menciona que cambia la manera de ver a sus amigos ya que deja de ver a los padres como seres perfectos y encuentra en la comunidad de pares la solución a todos los problemas.

Por su parte, Platas (2008), menciona que, en la adolescencia, el grupo tienen una gran importancia como espacio de socialización y en los espacios de ocio compartidos, se fortalecen los procesos de pertenencia, de vinculación y aceptación por el grupo de iguales y el consumo de bebidas alcohólicas pasa a ser una conducta del grupo que actúa reforzando la integración en el mismo.

En ese mismo sentido, Volkow (2008), afirma que los amigos son los que ejercen la mayor influencia en la adolescencia. Los compañeros que abusan de las drogas pueden convencer a los muchachos que no tienen factores de riesgo a que prueben las drogas por primera vez, pues la presión que ejercen sus amigos, hacen que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío.

Así mismo, los contextos sociales que favorecen el abuso de drogas incluye la influencia de compañeros mayores quienes pueden ser los consumidores habituales y la participación en actividades grupales durante las que se consumen alcohol y otras drogas (Moreno, 2005).

Dentro del grupo el adolescente no tiene miedo de hacer el ridículo ni de ser cuestionado porque tal como lo dice Izcovich (2005), es el marco más propicio para la

experimentación, para vivir juntos nuevas experiencias por ser un espacio intermedio, de transición y a la vez muy necesario.

Cabe mencionar que existe mayor dificultad para superar situaciones difíciles en el caso de aquellos adolescentes que carecen de una relación de amistad. Evidentemente los chicos que no tienen amigos no cuentan con este tipo de apoyo además manifiestan mayores sentimientos de soledad y de insatisfacción social (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004).

Al respecto, Myers (2005) dice que los grupos existen para satisfacer una necesidad de pertenencia, dar información proveer recompensas o simplemente para alcanzar ciertas metas.

En consecuencia, aunque el apoyo emocional de amigo es un factor protector de la adecuada adaptación psicosocial del adolescente, la implicación del amigo en conductas de riesgo como consumo de alcohol o tabaco pueden incidir en el consumo del adolescente de estas sustancias (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004).

3.6 NIVEL EDUCATIVO.

Por lo que refiere una de las instituciones que enmarcan la interacción de los sujetos con la sociedad es la escuela, donde por primera vez el niño conoce diferentes formas de pensar e ideologías comenzando a sentir ambiente afectivamente neutral donde habrá de conquistar por mismo su propio hogar, sin beneficiarse del favorable prejuicio del amor paterno, aquí va a tener que adaptarse a normas inevitables, lo que para él son desconocidas y ante las cuales fracasan las manifestaciones de conquista y afecto, tan poderosas en el hogar (Zúñiga, Garza, Villareal y Vega, 1987).

Por lo que Falke (1998), considera que la educación es un proceso inherente al ser humano que lo involucra en su totalidad, a través del cual incorpora valores y desarrolla su capacidad analítica, creativa y productiva, que le permite encarar adecuadamente la realidad en función del bienestar de sí mismo y del otro durante su vida.

De acuerdo con Peñafiel (2009), la escuela se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario. En la escuela, el grupo de compañeros proporciona al adolescente ayuda para definir y consolidar su identidad, comparten problemas, sentimientos y emociones, ayuda a satisfacer necesidades sociales, tales como afecto, seguridad, estima; pero el grupo también ejerce influencia negativa en los adolescentes porque pueden aprender conductas antisociales como el consumo de drogas o la delincuencia.

Ahora bien López (2008), menciona que la escuela, en particular el medio escolar, es parte significativa de la vida del adolescente ya que influye de manera importante en su desarrollo emocional y cognitivo.

De igual forma, la escuela representa un factor protector contra el abuso de sustancias; pero en algunas circunstancias especiales puede convertirse en un factor de riesgo (Moreno, 2005).

Mientras que los principales elementos relacionados con la escuela que han sido identificados como factores de riesgo y protección son:

- a) **EXPERIENCIAS ESCOLARES NEGATIVAS:** Algunos elementos escolares, como son un bajo rendimiento escolar, una mayor ausencia, una menor implicación y satisfacción en relación al medio y actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas desviadas como la delincuencia (Bryant et al., 2003, citado por Peñafiel, 2009).
- b) **EL FRACASO ESCOLAR Y AUTOCONCEPTO ACADÉMICO:** El fracaso escolar de forma específica, incluyendo en éste la insatisfacción escolar y el ausentismo injustificado, ha sido identificado como un predictor claro del

abuso de drogas en la adolescencia y otras edades (Moral et al., 2006, citado por Peñafiel, 2009).

- c) **TIPO Y TAMAÑO DE ESCUELA:** Las investigaciones muestran al respecto que existe mayor probabilidad de consumo de sustancias en aquellos alumnos que asisten a centros de gran tamaño y sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico. Sin embargo, no pudieron confirmar este tipo de relación en aquellos centros de pequeño tamaño o escuelas públicas o privadas de orientación religiosa (Recio et al., 1992, citado por Peñafiel, 2009).
- d) **CLIMA ESCOLAR Y ESTILO EDUCATIVO:** Las condiciones del centro escolar no solo están determinadas por el proyecto educativo que se desarrolla sino por la filosofía del centro, sus valores y el estilo de relación entre los educadores y con los alumnos. Esto, en conjunto, es lo que se denomina clima de centro. Se considera que existe un clima de centro positivo, cuando están presentes en las relaciones de todos sus miembros valores que favorezcan aspectos como el respeto, la comunicación, la solidaridad, la convivencia y la participación. Dentro de este contexto, se considera que serían factores de protección un estilo educativo democrático y participativo, una escuela que promueve la solidaridad, la integración y los logros personales, continuar los estudios, aún con dificultades, la implicación de los alumnos en la escuela, buena adaptación escolar y la existencia de normas que limiten el consumo en la comunidad educativa. (Martínez, Robles y Trujillo, 2003, citados por Peñafiel, 2009) confirman que el hecho de que en el centro haya normas claras es un factor de protección en los consumos.
- e) **CONTACTO CON LAS FAMILIAS:** También se han detectado como factores de protección, el que los padres mantengan contacto con los

profesores y el hecho de que el adolescente mantenga buena relación con los profesores (Navarro, 2000, citado por Peñafiel, 2009).

- f) **EXISTENCIA DE NORMAS PARA EL NO CONSUMO:** Por último, es importante la prohibición de consumo de drogas en el medio escolar tanto entre los profesores y adultos, por su papel como modelos de conducta, como entre los alumnos, ya que ello contribuye a reducir el número de ofertas y la presión hacia el consumo (Peñafiel, 2009).

Por lo tanto, para reducir la demanda de drogas, la educación debe orientarse hacia el fortalecimiento de actitudes y comportamientos positivos y constructivos en todas las esferas de la sociedad. Debe proyectarse más allá de las modalidades didácticas tradicionales de enseñanza y basarse en la participación activa de toda la comunidad (Falke, 1998).

3.7 INTERÉS LABORAL.

Para continuar las crisis económicas recurrentes de los últimos años parecen, en efecto, acentuar la presencia de condiciones de riesgo y la falta de oportunidades, terminando en explotación laboral. (Moreno, 2005).

Los jóvenes son las víctimas más vulnerables de la pobreza. El desempleo juvenil, el hambre, la desnutrición y el empobrecimiento son perjudiciales; los jóvenes constituyen el mayor recurso humano para el desarrollo, deberían ser los agentes claves del cambio social y se encuentran en el grupo social acosado por la incertidumbre sobre su futuro y en inadecuadas oportunidades para la realización personal (Latorre, 2006).

Las carencias de las instituciones sociales que deben brindar posibilidades de desarrollo, imposibilitan la adquisición de habilidades y destrezas que le permitan en la adultez, desempeñarse en el mundo del trabajo (Falke, 1998).

De acuerdo con Morrison y Bennett (2008), el no tener un empleo tiene efectos negativos tanto sobre la salud física como sobre la salud mental, al menos a corto y medio plazo. Los factores laborales también pueden afectar la ejecución de conductas promotoras de salud.

De igual modo Ames y Janes (1987), citados por Morrison y Bennett (2008), han concluido que el desinterés por el trabajo, el estrés laboral y los controles sociales inconsistentes tienen como consecuencia la evolución de una cultura de consumo de alcohol.

Por lo tanto, la actividad laboral beneficia al adolescente cuando promueve la seguridad, sentimiento de independencia y disciplina. Sin embargo, se establece con riesgo cuando la relación del adolescente y la actividad laboral conlleva a una pérdida del contacto social, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en actividades laborales y escolares.

3.8 CONDUCTA AGRESIVA/DELINCUENCIA.

Estudios recientes con adolescentes han encontrado que una mayor presencia de conductas agresivas, son un potente predictor del consumo de drogas (Muñoz, Graña, Peña y Andreu, 2002, citados por Peñafiel, 2009).

Por su parte Mier y Sierra (2001), afirman que es necesario que existan brotes de rebeldía en los adolescentes. Vega, Barrionuevo y Vega, (2007), agregan que la inmadurez en la adolescencia es salud y que se cura con el paso del tiempo.

Al respecto Navarro, (2004), afirma que, a la delincuencia juvenil se atribuye a una larga serie de factores de índole psicológica y social:

- Aumento de divorcios
- Padres o madres solteras

- Consumo de drogas
- Desempleo y pobreza
- Prejuicios y discriminación social
- Debilitamiento de normas y valores
- Disciplina severa
- Abuso sexual
- Conflictos familiares
- Baja situación socioeconómica de la familia

Como se puede observar no existe una causa a la cual atribuye la delincuencia si no que es la suma de muchas variables que interactúan para producir dicho fenómeno.

Para finalizar el adolescente es un reflejo de la sociedad en la que está inmerso y es evidente que el entorno y la familia actual han cambiado en las sociedades del bienestar. Por tanto, ha de enfrentarse a sus propios cambios físicos y a una sociedad en permanente estado de transformación. Como se describirá más adelante la familia se ha convertido en una serie de estructuras organizativas, los padres y la escuela libran una batalla sobre si ésta se ha de limitar a transmitir conocimientos o también educar, la religión, monolítica durante años, con gran influencia social no sólo la ha perdido si no que el Estado es laico y se están incorporando nuevas religiones que chocan entre sí. La estructura estatal, dividida en comunidades, no permite hacer estudios y la política está más centrada en los resultados electorales que por los problemas reales de la sociedad.

Los adolescentes actuales se han convertido en una fuente de cambio económico. Son consumidores de tecnología y moda (móviles de última generación, vehículos de motor, ropa de marca, cirugía plástica), marcan tendencias incluso en las clases menos favorecidas y nuevas formas de ocio y entretenimiento (noches de fin de semana maratonianas, ubicación en nuevos locales, montaje de fiestas alternativas-botellón- en lugares cambiantes o concentraciones rápidas a base de SMS. Exigen dinero o buscan financiación, en ocasiones ilícita, como la venta de drogas a su vez a

los adolescentes los hace resilientes de su propio desarrollo con el fin de adoptar nuevas experiencias que la sociedad les impone a su vez crean nuevas bases que son fuera del pilar familiar.

CAPITULO IV.

RESILIENCIA.

RESILIENCIA Y DROGADICCIÓN.

En el caso de la resiliencia, o adaptación exitosa lograda por un individuo a pesar de haber pasado por situaciones muy adversas o traumáticas durante su infancia, se ha convertido en los últimos años en un concepto de gran importancia tanto en el campo de la salud mental como en el de las drogodependencias (Becoña, 2007).

Para Wagnild y Young (1993), citados por Sánchez (2013), definen la resiliencia como la habilidad de poder enfrentar las adversidades que se presentan en la vida y en el entorno del adolescente con éxito. Al aplicar este concepto en el área de adicciones, una persona resiliente afronta y evita el consumo de drogas exitosamente, es decir, aun cuando tenga un entorno desfavorecedor y se relacione con personas consumidoras de drogas, el adolescente decide no involucrarse con la conducta adictiva, por lo que, el adolescente resiliente hace uso de sus competencias personales para aceptarse a sí mismo y a su vida sin el uso de drogas.

Así mismo, la resiliencia es un proceso dinámico que permite adaptarse exitosamente en el contexto de amenazas significativas para su desarrollo, como en el caso del consumo de alcohol en adolescentes. Villa (2011), citado por Álvarez (2014) plantea la conexión de factores, conductas y mecanismos de riesgo con el consumo de alcohol en adolescentes, cuando ellos no presentan estas habilidades, se hacen más vulnerables e influenciados por la necesidad de aprobación social.

Por tal razón, la aplicación del enfoque basado en la resiliencia, a la prevención de las adicciones y otros problemas derivados de las conductas de riesgo, puede enriquecer la perspectiva orientada hacia la disminución o amortiguamiento de los factores de riesgo.

Un enfoque de la resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o de la resiliencia”, el cual muestra que las fuerzas negativas, que se expresan en términos de daños o riesgos, no encuentran a una persona inerme, en el cual se establecerán inevitablemente, daños permanentes, sino que describe la existencia de escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando

así sus efectos negativos y transformándolas en factor de superación de la situación difícil, desde una perspectiva que busca resaltar los factores de protección (Munist et al, 1998).

Se han logrado identificar una gran variedad de condiciones, llamados factores de riesgo, considerados como cualquier característica o cualidad de una persona que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud (Munits et al, 1998) que determinan o aumentan la posibilidad del consumo de drogas (Madrigal et al, 1999). Entre los principales factores de riesgo para el consumo de drogas, se encuentran (Madrigal et al, 1999) Escolares: Escasa información sobre la problemática de las drogas, ausencia de estímulos para la participación del alumno, déficit de áreas recreativas, deportivas y culturales, falta de una política y normativa definida de rechazo a las drogas, disponibilidad de drogas.

4.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

El vocablo resiliencia proviene del latín, el término “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar, ser repelido o resurgir (Gómez, 2010).

Se define como la cualidad de los materiales que es contraria a la fragilidad y caracteriza su resistencia a los choques. A mayor resistencia, menor fragilidad (Enciclopedia Universal Española, 2000).

La resiliencia según Edith Henderson Grotberg, citada por Gómez (2010) es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.

La misma autora, señala que la mayoría de las definiciones del concepto de resiliencia son variaciones de ésta. En psicología, el término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos del dolor emocional. Cuando un sujeto o

grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza. Esta capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés.

De acuerdo con Hernderson y Milstein (2003), la resiliencia puede definirse como la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y desarrollar competencias sociales, académicas y vocacionales pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy.

Sin embargo la resiliencia abre un camino para enfatizar y considerar los aspectos positivos y los motivos de superación que los seres humanos tienen para enfrentarse constantemente a los problemas o situaciones de riesgo en su entorno.

Para Kotliarenco (1996), la resiliencia “caracteriza a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psíquicamente sanos y socialmente exitosos”. Se asume con esto la primera postura del origen de la resiliencia que supone que todos nacemos con una resiliencia innata.

Al respecto, Gómez (2010), menciona que, en la actualidad podemos señalar que la resiliencia no procede exclusivamente del medio ni es algo exclusivamente innato que algunos traen al nacer y otros no. La misma se basa en la interacción que se produce entre el individuo y el entorno. Tal y como apunta Aldo Melillo, citado por la misma autora “La resiliencia se teje, no está ni en el individuo, ni en el entorno, sino entre ambos porque enlaza un proceso interno con el entorno social”.

Sobre la base de las ideas expuestas, se deduce que el concepto de resiliencia no es nuevo en la historia. Se trata de un término que surge de la Física y de la Ingeniería de Materiales, para simbolizar la elasticidad de un material, propiedad que le permite absorber energía y deformarse, sin romperse, cuando es presionado por otro objeto o fuerza exterior, y seguidamente recobrar su extensión o forma original una vez que

cesa dicha presión. Ejemplos de cuerpos con resiliencia son una cinta elástica, una pelota de goma, un muelle, o la caña de bambú que se dobla sin romperse ante el viento para enderezarse de nuevo (Gómez, 2010).

TEORÍAS DE LA RESILIENCIA.

Adentrados en los últimos treinta años han surgido numerosas teorías y modelos, la mayoría de los investigadores han incorporado la idea de que la resiliencia es un proceso dinámico que cambia con el paso del tiempo (Fletcher y Sarkar, 2013), donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan de modo recíproco permitiéndole a la persona adaptarse, a pesar de las dificultades. La perspectiva que guía este modelo es que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en el desarrollo humano. Las diferencias entre teorías residen: En el énfasis puesto en los diferentes factores.

De acuerdo con Dunn, Iglewicz y Moutier (2008) en su modelo destacan la personalidad y el temperamento como factores fundamentales, mientras que Brennan (2008) señala el apoyo social y la acción comunitaria (Fletcher y Sarkar, 2013). En referencia a los resultados positivos que señalan los autores, aunque en general la resiliencia es el resultado más deseable en la mayoría de las teorías, algunos autores señalan otros.

Para Patterson (1988). Modelo de respuesta adaptativa y ajuste familiar. Describe el proceso de las familias equilibrando demandas y capacidades, y como ellas interactúan con significados familiares. El resultado es ajuste familiar o adaptación.

Otra perspectiva de Richardson y cols. (1990); y Richardson (2002). El modelo de la resiliencia. Postula la presencia de homeostasis biopsicoespiritual dentro del individuo, la cuál es influenciada por la adversidad, los eventos vitales y factores protectores. Siguiendo al proceso de disrupción de la homeostasis hay un proceso de reintegración

con cuatro posibles resultados: reintegración resiliente, reintegración y vuelta a la homeostasis, reintegración con pérdida, o reintegración disfuncional.

Por otra parte Riolli y Savicki (2003). Modelo de la resiliencia organizacional en el campo de los sistemas de información. Integra los niveles de respuesta individual y organizacional. Las fuentes de protección frente al estrés incluyen disposiciones y habilidades (nivel individual), y estructuras y procesos organizacionales (nivel organizacional). Como resultado de estos procesos están la resiliencia, la productividad, la conservación y el burnout.

Para Haase (2004). Modelo de resiliencia adolescente. Basado en la interacción de conceptos que son categorizados como uno de estos tres factores: protectores (por ejemplo protección familiar o social), de riesgo (por ejemplo riesgo individual o relacionado con enfermedades), y resultado (por ejemplo resiliencia o calidad de vida).

De acuerdo con Agaibi y Wilson (2005). Modelo genérico de resiliencia en respuesta a trauma psicológico. Un modelo integrativo persona-ambiente que enfatiza la interacción entre cinco variables interrelacionadas: personalidad, modulación del afecto, defensa del ego, estilo de afrontamiento, movilización y utilización de factores protectores.

A diferencia de Gillespie, Chaboyer, Wallis y Grimbeek (2005). Modelo revisado de resiliencia en enfermeras de quirófano. Cinco variables que explican el 60% de la variación en resiliencia son: esperanza, autoeficacia, control, afrontamiento y competencia.

Mientras que Brennan (2008). Modelo conceptual sobre resiliencia en la comunidad y juventud. Las comunidades y la juventud conllevan, a veces, una variedad de vulnerabilidades. Éstas crean un ambiente que requiere apoyo social y acción comunitaria. La acción comunitaria es la principal condición que incrementa la resiliencia y promueve el bienestar.

Ahora bien Denz-Penhey y Murdoch (2008). Una teoría fundamentada de resiliencia personal. La resiliencia personal como tema principal en las historias de personas que han sobrevivido inesperadamente a serias enfermedades. La resiliencia está formada por cinco dimensiones: conexión con el ambiente social, familiar y físico de uno mismo, la sabiduría interior procedente de la experiencia y la fuerza psicológica propia.

4.3 PILARES DE LA RESILIENCIA.

Los autores Melillo y Suárez Ojeda (2001), citados por García (2011), mencionan ocho pilares como atributos que sostienen la actitud resiliente:

1. **INTROSPECCIÓN:** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
2. **INDEPENDENCIA:** Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto.
3. **CAPACIDAD DE RELACIONARSE:** Es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta produce aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

4. **INICIATIVA:** Afán de aprender cosas nuevas en busca de progreso y autosuperación. El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
5. **HUMOR:** Capacidad de reírse de la propia tragedia, sin caer en la irresponsabilidad ni la negación. Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos, aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.
6. **CREATIVIDAD:** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
7. **MORALIDAD:** Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
8. **AUTOESTIMA CONSISTENTE:** Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

4.4 FUENTES GENERADORAS DE RESILIENCIA.

Una persona resiliente es aquella que, a pesar de nacer, crecer, y vivir en un ambiente de alto riesgo para su crecimiento personal y familiar se desarrolla física, mentalmente sano y exitoso.

De acuerdo con Edith Grotberg (1997), citada por Gómez (2010), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las

expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes: “Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”

1. Yo tengo (apoyo externo):

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.
- Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente.

2. Yo soy (fuerza interior):

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

3. Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):

- Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
- Realizar una tarea hasta finalizarla.
- Encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones
- Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
- Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social
- Controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.

- Pedir ayuda cuando la necesito.
- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

4. YO ESTOY (CONSCIENTE):

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Una vez comprendido esto, se puede prevenir y promover un desarrollo favorable, aun cuando las condiciones sean adversas. En estas cuatro categorías resulta fundamental la figura o la presencia de los otros, en tanto brindan confianza, apoyo, ejemplo y ayuda en el peligro. También el poder no sólo sentirse acompañado, sino hablar con el otro de lo que le pasa, de los miedos, de las preocupaciones, y buscar soluciones (García, 2011)

Es importante la resiliencia para evitar un consumo de drogas, ya que cuando una persona cuenta con esta capacidad, podría tener los elementos necesarios para contender con situaciones de peligro.

Para el individuo resiliente no evitará los riesgos en su vida, sino que simplemente tratará de involucrarse en un conflicto mayor, derivado de situaciones problemáticas. En este caso del consumo de drogas. (Gómez, 2011).

MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación es un estudio de tipo Descriptivo ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003), un Estudio Descriptivo es aquel que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Los estudios Descriptivos pretenden medir o recoger información, por ello se utilizó dicho estudio, ya que, a través de la información recabada, identificaron los factores de riesgo que generan una adicción a las drogas entre los adolescentes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Las drogas son sustancias cuyos componentes químicos alteran las funciones normales de los seres humanos. La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros, que suelen llevar a quienes las prueban a buscarlas nueva y reiteradamente (Moreno, 2003).

Por ello, el abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país (ENA, 2011).

Kena, (2006), menciona que “se trata de un fenómeno extraordinariamente dinámico, de muchas facetas, entre ellas la aparición constante de nuevas sustancias cada vez más accesibles, más potentes y más adictivas”. Es decir que los adolescentes pueden estar cada vez están más propensos a caer en alguna adicción por las inmensas

posibilidades para conseguir alcohol, tabaco o alguna otra sustancia nociva para su salud.

El índice de consumo entre adolescentes es cada vez mayor y muchos de ellos son estudiantes que podrían ver coartada su carrera académica y sufrir las consecuencias como delincuencia o adicción, con graves daños para la salud, esto lo afirma Moreno (2007).

De 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años (ENA, 2011). Lo que nos da a entender que durante la estancia en el bachillerato, los estudiantes posiblemente han llegado a consumir algún tipo de sustancia adictiva.

Por lo anterior, se puede aseverar que para las Instituciones de Educación, las drogas forman parte de los factores de riesgo que provocan deserción y reprobación entre la comunidad estudiantil.

Como pregunta de investigación se planteó la siguiente:

¿Cuáles son los factores de riesgo más significativos que influyen en los estudiantes del primer semestre turno matutino, del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Lerma, para desarrollar adicción a las drogas?

3. DEFINICIÓN DE VARIABLE.

Una variable es la propiedad que tiene una variación y que puede medirse u observarse (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Las variables pueden ser definidas conceptual y operacionalmente, la definición conceptual es de índole teórica; mientras que la definición operacional de la variable nos da las bases para su medición

y la definición de sus indicadores, siendo estos el conjunto de actividades o características propias de un concepto, mismas que lo representan.

Por lo tanto, para la presente investigación se tuvo como variable de estudio.

Variable dependiente: resiliencia.

Variable independiente: estudiantes.

FACTORES DE RIESGO

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Características o elementos que atentan contra la integridad física y emocional de las personas (Navarro, 2004)
- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Conformada por las 7 áreas de funcionamiento que contempla el Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT), las cuales son: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia.

4. DEFINICIÓN DE UNIVERSO DE ESTUDIO.

La población o universo de estudio se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selltiz, 1980, citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

Por lo tanto, para la presente investigación, la población estuvo compuesta por 570 alumnos, del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (*CONALEP*), ubicado en la Colonia Guadalupe, Municipio de Lerma. Distribuidos de la siguiente manera:

	NO. DE ALUMNOS		SEXO		EDAD
	MATUTINO	VESPERTINO	HOMBRES	MUJERES	
1°	130	139	114	155	15 a 21 años
3°	115	61	75	101	16 a 20 años
5°	54	71	60	65	17 a 20 años

Elaboración propia; Díaz(2019).

5. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA.

Hernández, Fernández y Baptista (2003), la definen como la unidad de análisis o conjunto de personas, contextos, eventos o sucesos sobre los cuales se recolectan datos.

Para fines de la presente investigación, se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003), es un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación.

Teniendo como referencia lo anterior, la muestra estuvo integrada por estudiantes del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), la cual se conformó por 123 adolescentes de primer semestre, turno matutino; donde 56 son hombres y 67 mujeres, las edades oscilaron entre los 15 y 21 años. Cabe mencionar que en un inicio la muestra era de 130 estudiantes, sin embargo debido al abandono escolar, no fue posible trabajar con 7 adolescentes.

6. SELECCIÓN, ADAPTACIÓN Y/O DISEÑO DE INSTRUMENTO.

Para efectos de la presente investigación, se utilizó el Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT), el cual es un instrumento de evaluación de los factores de riesgo que conducen a un sujeto a generar una adicción.

Este cuestionario tuvo como objetivo ser una herramienta para detectar a los adolescentes que presentan factores de riesgo que los vulneran a iniciar el consumo de alcohol y/o drogas, así como la detección de adolescentes que presentan consecuencias asociadas con su consumo de alcohol y/o drogas.

El POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), fue elaborado por el National Institute on Drug Abuse en 1991. Posteriormente en 1998 fue adaptado y validado en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) obteniendo una confiabilidad alpha de cronbach de .9057.

El Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT) no detecta adicción sino los casos de jóvenes que presentan problemas en diversas áreas y que podrían conducir al desarrollo de una adicción. El cuestionario consta de 81 reactivos de respuestas y contempla siete áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes, que de acuerdo con Ibarra (2011), se definen de la siguiente manera:

1. USO/ABUSO DE SUSTANCIAS: Es la presencia o no de actitudes tendientes al uso, abuso y dependencia del alcohol y/o drogas en el adolescente, que pueden desviar o complicar el desarrollo normal del mismo.
2. SALUD MENTAL: Se determina sin riesgo cuando existe equilibrio emocional, con adaptación funcional a su contexto y a las demás personas, que permite el logro de su identidad personal. Se determina con riesgo

cuando hay presencia de síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza, las cuales obstaculizan la adaptación y desarrollo.

3. RELACIONES FAMILIARES: Se refiere a la relación con los padres, con presencia o ausencia de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo, que promueve o no el desarrollo integral del adolescente.
4. RELACIONES CON AMIGOS: Determinadas sin riesgo cuando la relación entre pares, promueve la pertenencia, poder y seguridad, desarrollando así el logro de su identidad. Se determina con riesgo cuando la relación entre pares, presenta conductas desviadas tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales.
5. NIVEL EDUCATIVO: Se considera sin riesgo cuando el desempeño escolar incluye logros académicos e interés en actividades escolares. Se considera con riesgo cuando el desempeño escolar existe la ausencia de logros escolares y la falta de interés en actividades escolares.
6. INTERÉS LABORAL: Se establece sin riesgo cuando la relación del adolescente y su actividad laboral promueve la seguridad, sentimiento de independencia y disciplina. Se establece con riesgo cuando la relación del adolescente y la actividad laboral conlleva a una pérdida del contacto social, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en actividades laborales y escolares.
7. CONDUCTA AGRESIVA/DELINCUENCIA: Consiste en la predisposición o no a responder ante cierta clase de estímulos con actitud defensiva u ofensiva con intención de lesionar a alguien que pueda desviar o complicar el desarrollo psicosocial normal del adolescente.

7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de la investigación se refiere al plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Por lo tanto, para la presente investigación se utilizó el diseño no experimental, el cual de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003), son los estudios que se realizan sin manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

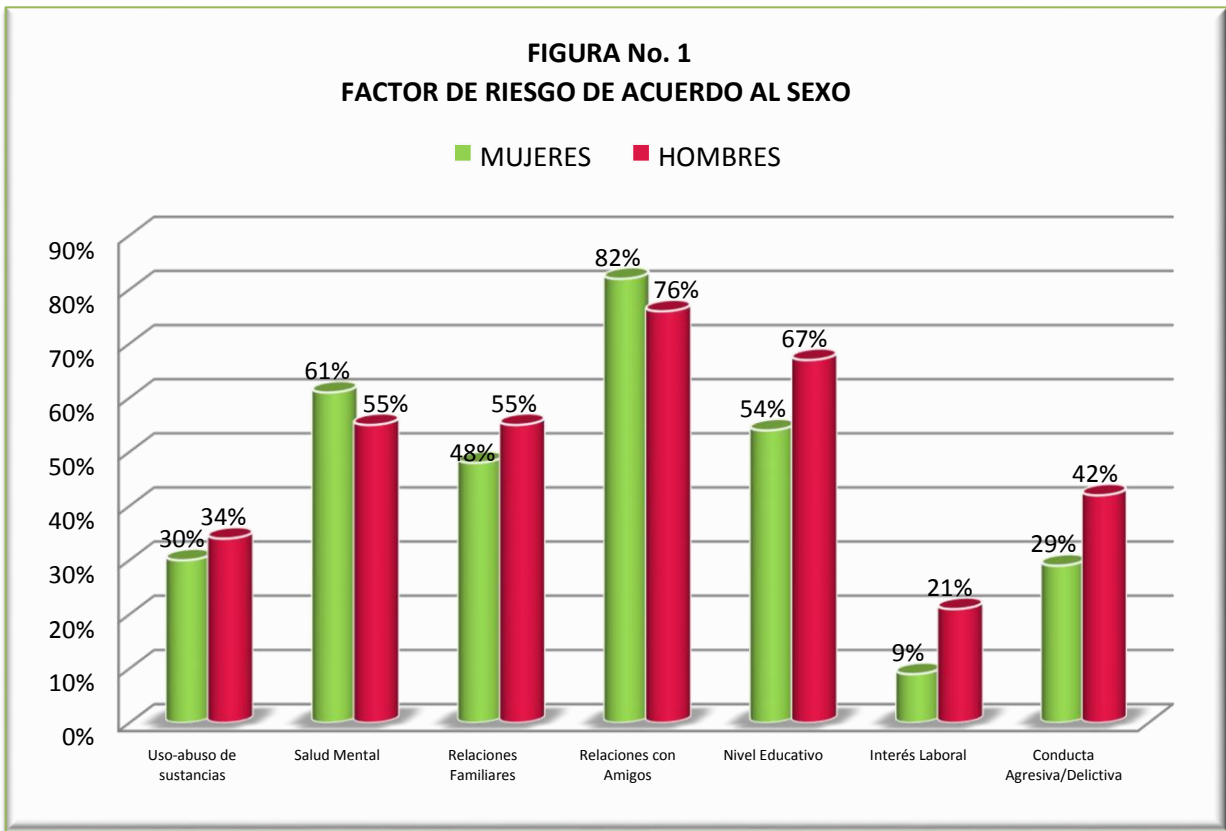
8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizó el programa de Excel, mediante un archivo ya establecido llamado: **“CALIFICADOR CUESTIONARIO TAMIZAJE”**, en el cual se realizó la captura de los datos generales y las respuestas de cada uno de los alumnos. Una vez concluida la captura se obtuvieron los resultados.

RESULTADOS.

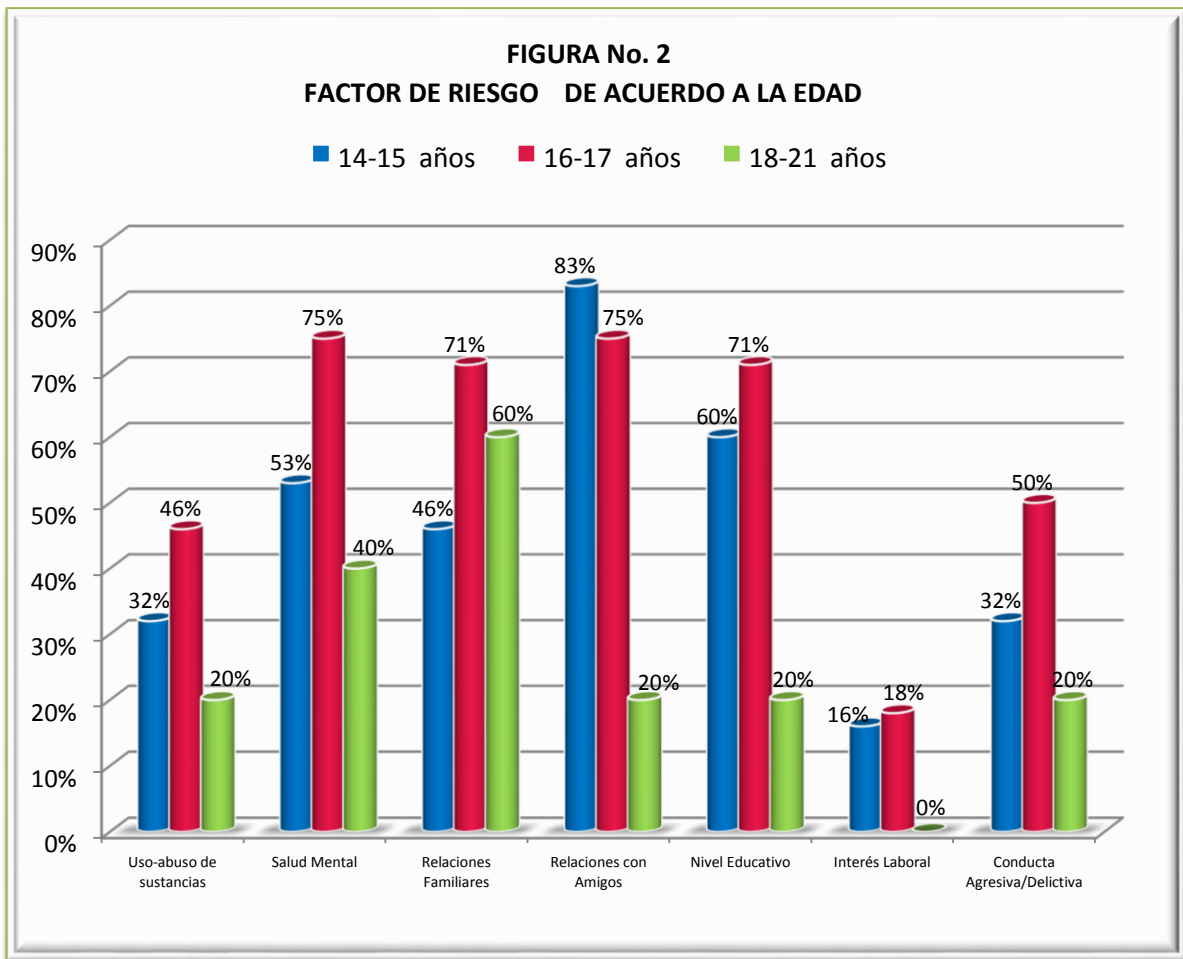
A continuación, se presentan por medio de gráficas los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT), así mismo, se presenta una breve descripción de cada GRAFICA.

Se aplicaron 123 cuestionarios, de los cuales 56 fueron mujeres y 67 hombres.



Elaboración propia; Díaz(2019).

En el área de uso y abuso der sustancias se obtuvo un 30% de los hombres y 34% en mujeres, en la área de salud mental como podemos observar 61% en mujeres y un 55% en hombres, en el área de relaciones familiares se observa un 48%en mujeres y un 55% en hombres, relaciones con amigos se obtuvo un 82 % en mujeres y un 76% en hombres, ya que en el área de nivel educativo encontramos un 54% en mujeres y un 67% en hombres, por lo tanto en el área de interés laboral observamos un 9% en mujeres y un 21% en hombres, finalizando en el área de conducta agresiva/delictiva podemos observar un 29% en mujeres y un 42% en hombres.



Elaboración propia; Díaz(2019).

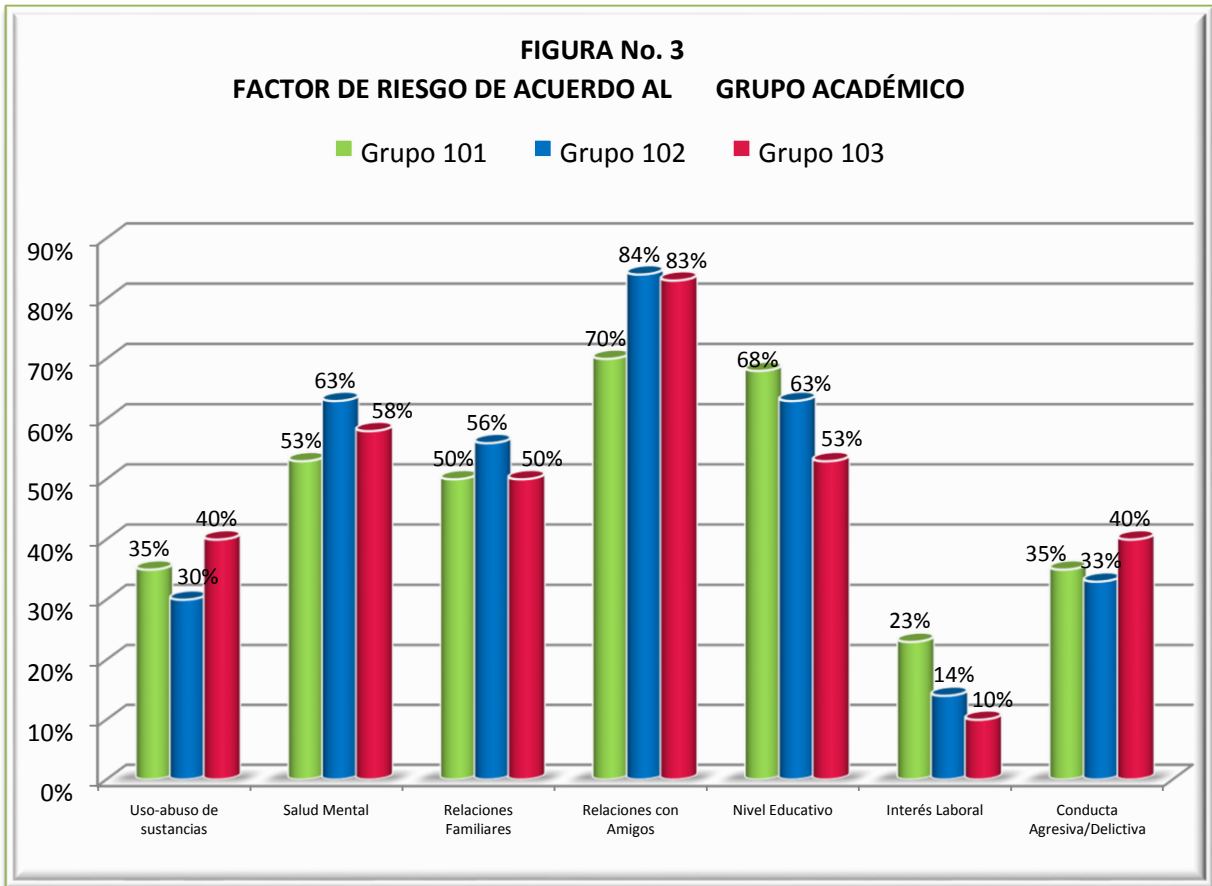
Se consideraron 3 grupos de acuerdo a la edad, de los cuales 90 oscilan entre 14 y 15 años, 28 entre 16 y 17 años y 5 entre 18 y 21 años de edad.

En el área de uso y abuso de sustancias se obtuvo un 32% entre la edad de 14-15 años, un 46% entre los 16-17 años y un 20% entre los 18-21. Por lo que en el área de salud mental se obtuvo un 53% entre la edad de 14-15 años, un 75% entre los 16-17 años y un 40% entre los 18-21. Ya que en área de relaciones familiares se obtuvo un 46% entre la edad de 14-15 años, un 71% entre los 16-17 años y un 60% entre los 18-21. Para el área de relaciones con amigos se obtuvo un 83% entre la edad de 14-15 años, un 75% entre los 16-17 años y un 20% entre los 18-21. En el área de nivel educativo se obtuvo un 60% entre la edad de 14-15 años, un 71% entre los 16-17 años

y un 20% entre los 18-21. Para el área de interés laboral se obtuvo un 16% entre la edad de 14-15 años, un 18% entre los 16-17 años y un 0% entre los 18-21. Finalizando en el área de conducta agresiva/delictiva se obtuvo un 32% entre la edad de 14-15 años, un 50% entre los 16-17 años y un 20% entre los 18-21.

De acuerdo con la gráfica, se identificó que el grupo más vulnerable es el de los alumnos de 14 y 15 años de edad con un 83% en el factor de "Relaciones con amigos". En segundo lugar, se ubicó el grupo de alumnos de 16 y 17 años, con un 75 % en el factor de "Salud Mental, de igual forma que en Relaciones con amigos". Finalmente se localizó el grupo de 18 a 21 años, con un alto porcentaje en el factor "Relaciones Familiares" obteniendo un 60%.

Por otro lado, se observó que, en los tres grupos de edad, el factor con un porcentaje bajo fue el de "Interés Laboral" con un 18% en alumnos de 16 y 17 años; 16% en alumnos de 14 y 15 años, mientras que en los alumnos de 18 a 21 años se obtuvo un 0%.

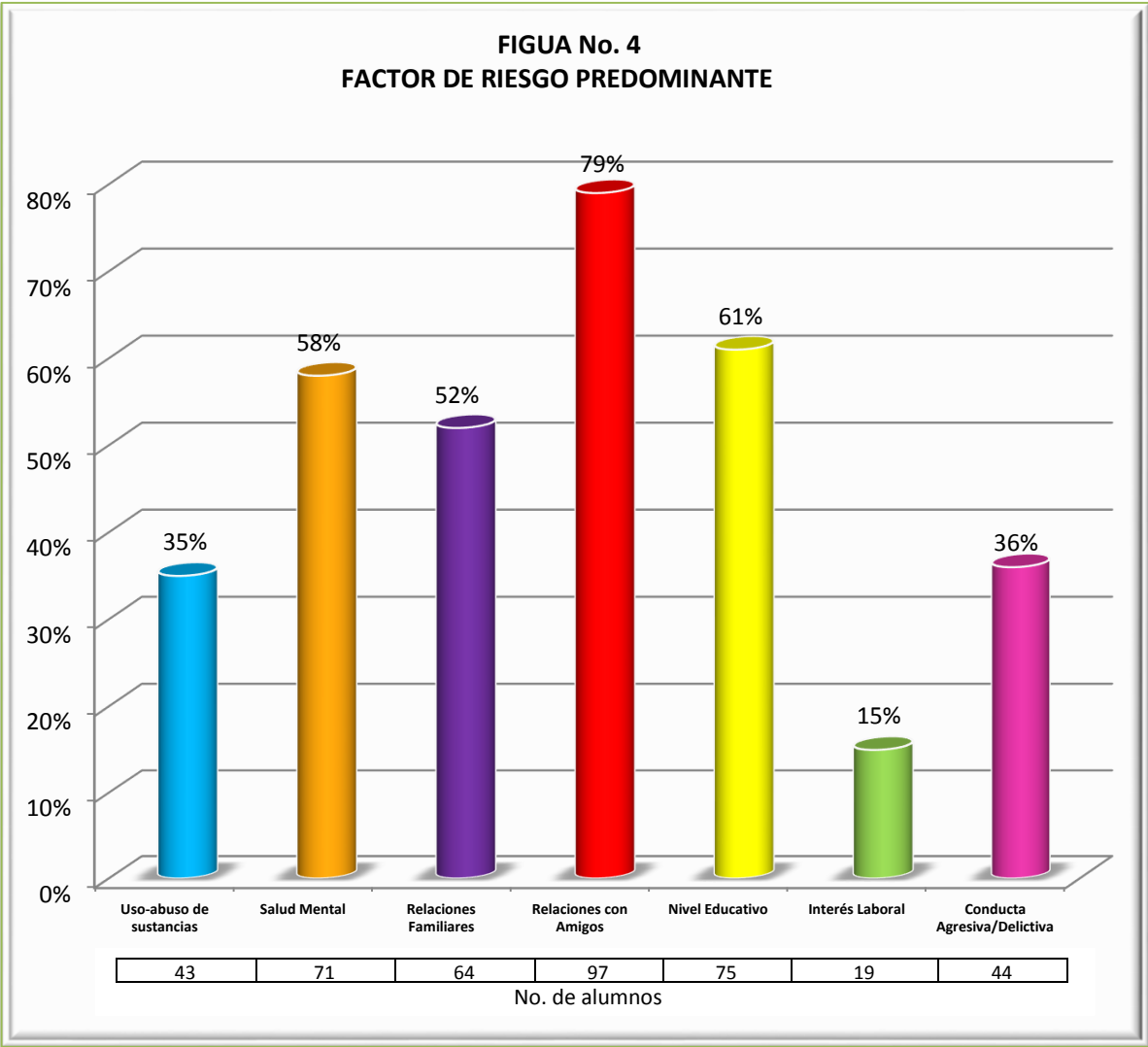


Elaboración propia; Díaz(2019).

En el área de uso y abuso de sustancias se obtuvo un 35% en el grupo 101, un 30% entre en el grupo 102 y un 40% en el grupo 103. Por lo que en el área de salud mental se obtuvo un 53% en el grupo 101, un 63% en el grupo 102 y un 58% en el grupo 103. Ya que en área de relaciones familiares se obtuvo un 50%en el grupo 101, un 56% en el grupo 102 y un 50%en el grupo 103. Para el área de relaciones con amigos se obtuvo un 70%en el grupo 101, un 84% en el grupo 102 y un 83%en el grupo 103. En el área de nivel educativo se obtuvo un 68% en el grupo 101, un 63% en el grupo 102 y un 53% en el grupo 103. Para el área de interés laboral se obtuvo un 23% en el grupo 101, un 14% en el grupo 102y un 10%en el grupo 103. Finalizando en el área de conducta agresiva/delictiva se obtuvo un 35% entre en el grupo 101, un 33% en el grupo 102 y un 40% en el grupo 103.

De acuerdo con la gráfica 3, el grupo académico donde se presentó mayor riesgo fue en el 102, con un 84% en el factor "Relaciones con amigos", así como el grupo 103 con un 83% y finalmente se encontró el grupo 101 con un 70%.

Por otro lado, se observó que, en los tres grupos académicos, el factor con un porcentaje bajo fue el de "Interés Laboral" con un con un 23% en el grupo 101; 14% en el 102 y 10% en el 103.



∴
Elaboración propia; Díaz(2019).

De acuerdo a la gráfica en el área de uso y abuso de sustancias podemos observar un 35%, ya que en área de salud mental encontramos un 58%, por lo que en el área de relaciones familiares encontramos un 52%, en el área de relaciones con amigos nos percatamos de un 79%, para el área nivel educativo observamos un 61%, ya que en área de interés laboral vemos un 15% y finalizando con el área conducta agresiva/delictiva encontramos un 36%.

En la figura 4, se identificaron 4 factores de riesgo con más del 50% de menor a mayor, encontró con el 52% el factor "Relaciones Familiares", con el 58% el factor "Salud Mental", con el 61% el factor "Nivel Educativo" y con el 79% el factor "Relaciones con amigos".

Por otro lado, se identificaron tres factores de riesgo con un bajo porcentaje: "Conducta Agresiva/Delictiva" con un 36%, "Uso-abuso de sustancias" con un 35%, e interés laboral con un 15%.

Sin embargo, cabe destacar que 43 alumnos afirmaron haber consumido algún tipo de droga con un 35% en el factor "Uso-abuso de sustancias".

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a los datos hallados, respecto al sexo, de los cuestionarios aplicados, 56 fueron mujeres y 67 hombres y se puede observar en la figura No.1, que el grupo que presentó mayor riesgo, fueron las mujeres, con ello se afirma lo que dice la Encuesta Nacional de Adicciones que existe un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legales como ilegales. (ENA 2011).

En cuanto a la edad, se consideraron 3 grupos, de los cuales se logró observar en la figura No.2, que a menor edad mayor es el riesgo y a mayor edad menor es el riesgo, lo cual es contrario a lo que afirma Moreno, (2005) pues menciona que los contextos sociales que favorecen el abuso de drogas incluye la influencia de compañeros mayores quienes pueden ser los consumidores habituales.

De acuerdo con la figura No.3, el grupo académico donde se presentó mayor riesgo fue en el 102, con un 84% en el factor "Relaciones con amigos", lo cual nos reveló que no se cumple con la afirmación de Myers (2005), pues dice que los grupos existen para satisfacer una necesidad de pertenencia, dar información proveer recompensas o simplemente para alcanzar ciertas metas.

En cuanto a los factores de riesgo con un porcentaje mayor al 50%, se encontró que el factor principal con un 79% es el de "Relaciones con amigos", ya que ante todo esto son un principal factor de riesgo que podría o puede desencadenar dicha acción que puede adentrarse a los jóvenes al consumo primario de las drogas ante esta situación los estudiantes inician su consumo desde muy temprana edad, Volkow (2008), afirma que los amigos son los que ejercen la mayor influencia en la adolescencia. Los compañeros que abusan de las drogas pueden convencer a los muchachos que no tienen factores de riesgo a que prueben las drogas por primera vez, pues la presión que ejercen sus amigos, hacen que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío.

En segundo lugar, quedó el factor "Nivel Educativo" con un porcentaje del 61%, que de acuerdo a Moreno (2005), menciona que la escuela representa un factor protector contra el abuso de sustancias; pero en algunas circunstancias especiales puede convertirse en un factor de riesgo. Lo cual se observa en los alumnos del plantel, pues la escuela está siendo un riesgo para el 61% de los alumnos. a su vez cuando esto sucede es el comienzo del factor de riesgo que conlleva a que son orillados a su consumo.

En tercer lugar, con un porcentaje del 58% se situó el factor "Salud Mental", de acuerdo con Moreno (2005), la salud mental se refiere a un estado positivo, ya que es la capacidad del individuo, del grupo y del entorno de interactuar entre sí, de manera mental que se promueva el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo para el empleo adecuado de las habilidades mentales, así como el logro de metas individuales y colectivas.

En último lugar las "Relaciones Familiares" con un 52%, forman parte de los factores de riesgo, Torres (2007) argumenta que la familia es un complejo de roles y funciones, en donde la convivencia, sus integrantes, la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, como se viven y como se manifiestan en sus miembros, son parte de un modelo interactivo que representan un factor importante en la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas.

CONCLUSIONES.

Se observa un perfil de consumo de drogas alguna vez en la vida, en el último año y último mes donde el alcohol sigue siendo la primera droga de inicio, seguida por el tabaco.

Se identificó que a mayores factores de riesgo a los que está expuesto el adolescente, mayores serán los días de consumo de drogas. Existe efecto de los factores de riesgo como edad, abuso de sustancias, problemas de salud mental, relación con amigos consumidores de drogas, interés laboral y conducta agresiva sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida.

Asimismo, se mostró el efecto de los factores de riesgo sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida, las variables que muestran efecto significativo son la edad, el abuso de sustancias, las relaciones familiares, las relaciones con amigos y el interés laboral. Respecto al efecto de los factores de riesgo sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida, se muestra que son el abuso de sustancias, el interés laboral y la conducta agresiva.

Con base en los resultados obtenidos, se logró dar respuesta al objetivo de la investigación, el cual fue "Identificar los factores de riesgo que conducen al desarrollo de adicción a las drogas en los estudiantes de primer semestre turno matutino del Plantel Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) Lerma, mediante el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT). Encontrando 4 factores de riesgo que se describen a continuación de mayor a menor grado de riesgo:

1. Relaciones con amigos
2. Nivel Educativo
3. Salud Mental
4. Relaciones familiares

En cambio, aquellos alumnos que presentan niveles bajos en cada uno de los factores de riesgo, muestran un grado de resiliencia, pues de acuerdo con Wagnild y Young (1993), citados por Sánchez (2013), una persona resiliente afronta y evita el consumo de drogas exitosamente, es decir, aun cuando tenga un entorno desfavorecedor y se relacione con personas consumidoras de drogas, el adolescente decide no involucrarse con la conducta adictiva, por lo que, el adolescente resiliente hace uso de sus competencias personales para aceptarse a sí mismo y a su vida sin el uso de drogas.

También se concluye que:

- Aunque la mayoría de la población con la que se trabajó eran hombres, se encontró que las mujeres presentan mayor riesgo.
- En cuanto a los riesgos que se presentan por sexo, los factores de riesgo que predominaron en las mujeres fueron: 1) Relaciones con amigos, 2) Salud Mental y 3) Nivel educativo. Mientras que en los hombres fueron: 1) Relaciones con amigos, Nivel educativo y 3) con la misma puntuación Salud mental y relaciones familiares.
- Se identificó que los alumnos de menor edad presentan un porcentaje mayor en las Relaciones con amigos, seguida de Nivel educativo. Sin embargo, el grupo de 16 y 17 años presenta riesgo en 5 factores: 1) Salud mental y relaciones con amigos, 2) Relaciones familiares y Nivel educativo y 3) Conducta agresiva/delictiva. Mientras que los de 18 a 21 años, solo presentan riesgo en las relaciones familiares.
- Se identificó un grado de resiliencia en los alumnos de mayor edad.
- En los tres grupos académicos con los que se trabajó, las relaciones con amigos, son un factor de riesgo. El grupo 102 presentó un mayor riesgo,

sin embargo, al igual que el 101 y 103, predominaron 4 factores de riesgo:
1) Relaciones con amigos, 2) Nivel Educativo, 3) Salud Mental y 4)
Relaciones familiares.

Dependiendo de las 6 áreas y la que más afecta es la familiar, esto genera que ellos busquen otras formas para la independencia económica que los lleva a las adicciones

Los amigos influyen en la generación de economía pero al mismo tiempo los envuelven en las adicciones.

En la parte educativa, es la más dañada por el descuido por querer tener una situación económica

La forma psicológica de abordar este problema en los adolescentes es más factible a través de la resiliencia ya que así podemos encontrar que la resiliencia nos ayuda con los adolescentes a los factores de riesgo de tal modo poder disminuir así vez creara factores de protección, de tal modo que se responde a nuestra pregunta de investigación con todos los datos arrojados en nuestros resultados de tal modo la investigación es satisfactoria.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se sugiere lo siguiente:

1. Implementar un Taller sobre "Resiliencia" con los alumnos que presentan mayor riesgo, con el objeto de desarrollar las capacidades necesarias para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecidos.

2. Desarrollar en los alumnos habilidades de protección, con el fin de prevenir el incremento del número de estudiantes en riesgo, a través de pláticas, talleres o conferencias; las temáticas propuestas son:
 - Manejo y control de emociones.
 - Autoestima y Autoconocimiento
 - Estrategias de aprendizaje
 - Toma de decisiones
 - Relaciones interpersonales (amigos)
 - Convivencia familiar

3. Implementar la "Escuela para padres", con la intención de dotarlos de estrategias que coadyuven a la disminución del riesgo y fortalezcan las relaciones familiares.

4. Sensibilizar y Capacitar a los docentes en la detección y prevención de adicciones, ya que son ellos quienes están en mayor contacto con los alumnos y pueden participar activamente en la prevención.

5. Canalizar a aquellos(as) alumnos (as) que presentan puntajes de alto riesgo en el área de uso/abuso de sustancias, al Centro de Atención Primaria a las Adicciones

(C.A.P.A). "Pueblo Nuevo", ubicado en Calle Independencia S/N. Bo. De Pueblo Nuevo, San Pablo Autopan; con el objetivo de que se les proporcione un servicio integral que contribuya al cese del consumo, a través del Programa para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y Otras Drogas.

6. Canalizar a aquellos(as) alumnos (as) que presentan puntajes de alto riesgo en el área de "Salud Mental", al SIAMAS Leona Vicario (Sistema Integral de Atención Médica y Asistencia Social), ubicado en Calle Argentina s/n, Barrio la Trinidad, San Cristóbal Huichochitlán.

7. Implementar actividades deportivas y culturales que coadyuven en la prevención del consumo de drogas en los adolescentes.

8. Aplicar el Instrumento al total de la población estudiantil, a fin de identificar casos específicos en riesgo y dar atención oportuna.

REFERENCIAS.

1. Álvarez, A. (2014). *Resiliencia, Asertividad y Consumo de Alcohol en Adolescentes*.
2. AVILES, Jaime. *Proponen aplicar nuevo modelo para dar atención digna a enfermos*
3. *mentales*. La Jornada 25 de abril de 2002. <http://www.jornada.unam.mx/2002/abr02/020425/049n1soc.php?origen=soc-jus.html>
DGS-SIID-SIA *La Salud Mental en México* División de Política Social. [En línea] Recuperado el 01 de marzo de 2017 en: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7n1/05Articulo.pdf
4. Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. [En línea] Recuperado el 28 de febrero de 2017 en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
5. Calderón, G. (1992). *Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría*. (2ª Ed.). México. Trillas.
6. Comisión Nacional de las Adicciones (CONADIC). *Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables*. Nueva Vida.
7. Coon, D. (2009). *Fundamentos de Psicología*. México. (10ª Ed.). Cengage Learning.

8. Cuervo, Á; (2010). *Pautas de Crianza y Desarrollo Socio afectivo en la Infancia*. [En línea] Recuperado el 28 de febrero de 2017 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261009>
9. Dorsch, F. (1994). *Diccionario de psicología*. Barcelona. Herder.
10. Enciclopedia Universal Española (2000). Madrid: Espasa Calpe.
11. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2011). Secretaria de Salud.
12. Engel, G. L. (2001). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
13. Enríquez, J., Lira, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Gurrola, G. (2009). *Adolescentes del Siglo XXI. (1ª Ed.)*. México
14. ESCANDÓN Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968- 831-492-9
15. Falke, G. O. (1998). *Adolescencia, Familia y Drogadicción*. Buenos Aires. Atlante S. R. L.
16. Gallegos, J. (1996). *Prevención de la Drogadicción en la Familia*. Madrid. Bruño.

17. García, J. A. (2010). *Psicología del Desarrollo I*. Madrid. UNED.
18. García, M. (2011). *Pilares de la Resiliencia: Creatividad y Capacidad de Relacionarse en el Programa de Adultos Mayores Sobrevivientes del Holocausto de Tzedaka*. [En línea] Recuperado el 01 de marzo de 2017 en:
<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/806/Garcia%20Santilla%20Mercedes.pdf;jsessionid=35699EFA64C6E64A6BDC9D2AF08EBFAF?sequence=3>
19. Gómez, B. (2010). *Resiliencia Individual y Familiar*. [En línea] Recuperado el 01 de marzo de 2017 en: <http://www.avntf-avntf.com/imagenes/biblioteca/G%C3%B3mez,%20B.%20Trab.%203%C2%BA%20BI%2009-10.pdf>
20. GUINSBERG, Enrique. *Normalidad, conflicto psíquico y control social*. Universidad
21. Autónoma Metropolitana Xochimilco/Edit Plaza y Valdés, México, 2004, 449 pag. ISBN 968-856-232-7
22. Henderson, N. y Milstein, M.M. (2003). *Resiliencia en la Escuela*. México: Paidós.
23. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.

24. Holtzman, W. H., Evans, R. I., Kennedy, S. & Iscoe, I. (2009). Psicología y salud: contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 105, 245-282.
25. Hurlock, E. (1999). *Psicología de la Adolescencia*. México. Paidós.
26. Ibarra, L. (2011). *Funcionamiento Familiar y Conductas de Riesgo en adolescentes*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Ciencias de la Conducta. UAEM. México.
27. Izcovich, M. (2005). *Tiempo de Transformación (12-15 años)*. Madrid. Síntesis.
28. Jensen, B. B. (2009). A case of two paradigms within health education. En *Health Education Research. Theory y Practice*, Vol. 12, 4. 419-428.
29. Kaim, E. (2012). *Orientación Educativa II. Serie basada en competencia y valores*. México. IURE editores.
30. Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). *Resiliencia. Construyendo en la adversidad*. Santiago de Chile: Ceanim.
31. Latorre, A (2006). *Configuración Vincular en Adolescentes en Riesgo social*. [En línea] Recuperado el 7 de febrero de 2017 en:
http://www.ugr.es/~pwlac/G22_06Analia_Latorre.pdf

32. López, M. (2008). *La Encrucijada de la Adolescencia. Psicología de la adolescencia Normal*. 3ª edición. México. Fontamara.
33. Illich, I. (2005). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
34. Menéndez, E. (2005). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Alianza Mexicana
35. Mier, P. y Sierra T. (2001). *Adolescencia Riesgo Total*. México. Centenario.
36. Morales, F. (2002). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON
37. Morales, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. México. UniSon.
38. Heman, A. y Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual. La contribución Iberoamericana*. Bogotá: PSICOM
39. Morales Calatayud F (2007). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo: Ed. UNISON
40. Moreno, K. (2003). *Cómo Proteger a tus Hijos contra las Drogas*. México. Centros de Integración Juvenil.
41. Moreno, K. (2005). *Niños, Adolescentes y Adicciones*. México. Centros de Integración Juvenil.

42. Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid. Pearson.
43. Muñoz, A. (2016). *Psicología de la Salud*. [En línea] Recuperado en: <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/psicologia-de-la-salud>
44. Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2004). *Familia y Adolescencia. Un Modelo de Análisis e Intervención Psicosocial*. Madrid. Síntesis.
45. Muñoz Franco, N. E. (2009). "Reflexiones sobre el *cuidado de sí* como categoría de análisis en salud", *Salud colectiva*, vol.5 N° 3. Lanús sep./dic. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73111844007>
46. Myers, D. (2005). *Psicología Social*. Colombia. Mc Graw Hill.
47. Navarro, R. (2004). *Temas selectos de Psicología 2*. México. Nueva Imagen.
48. Oblitas, L. A. (2008). *Panorama de la Psicología de la Salud*. [En línea] Recuperado 20 de febrero de 2017 en:
<http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-lasalud-panorama/>

Oblitas, L. A. (2008). *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. [En línea] Recuperado el 31 de enero de 2017 en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

49. Onetto, F. (2004) *Climas educativos y pronósticos de violencia. Condiciones institucionales de la convivencia escolar*. Buenos Aires: NOVEDUC

50. Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. [En línea] Recuperado el 28 de febrero de 2017 en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000896cnt2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas.pdf

51. Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. (9ª. Ed.). México. Mc Graw Hill.

52. 38. Peñafiel, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. [En línea] Recuperado el 01 de marzo de 2017 en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

53. Platas, L. (2008). *Familias, Jóvenes, Drogas y Tiempo libre*. [En línea] Recuperado el 28 de enero de 2017 en: http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/Familias_jovenes_drogas_y_tiempo_libre.pdf

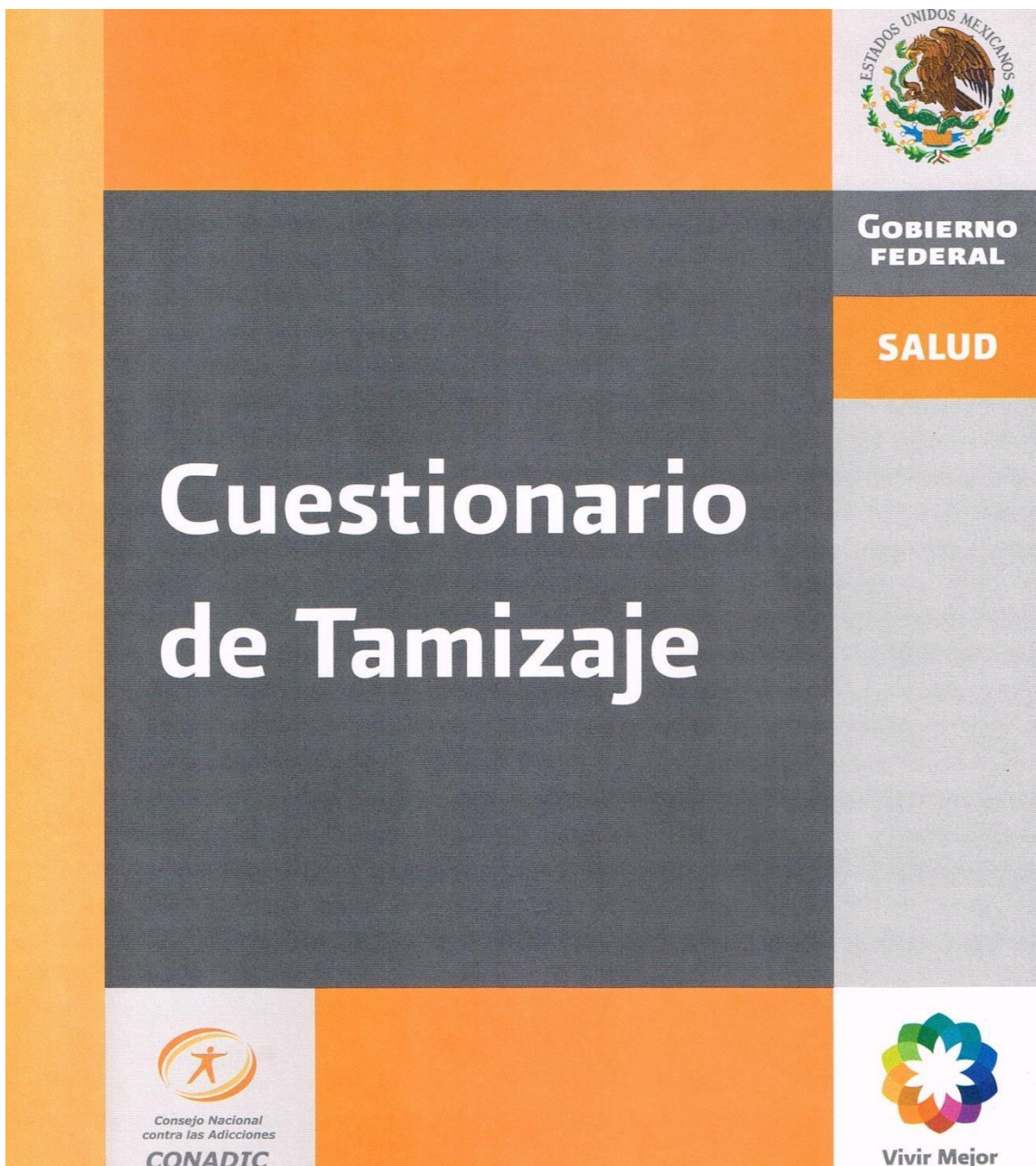
54. Ray, O. (2004). How mind hurts and heals the body. *American Psychologist*, 59, 29-40.

55. Sánchez, M. (2013). *Resiliencia y Consumo de Drogas Lícitas en Adolescentes Estudiantes de la Ciudad de Morelia*. [En línea] Recuperado el 01 de marzo de 2017 en: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v6n2/14Articulo.pdf
56. Stone, (2005) *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Ed. Científico Técnica.
57. Romani, O. (2007). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
58. Touzé, G. (2010) *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Ministerio de Educación – Editorial Troquel.
59. Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Organizadora).
60. *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
61. Torres, I. & Beltrán, F. J. (2007). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
62. Torres, L. (2007). *El Adicto y la Familia en recuperación*. [En línea] Recuperado el 7 de febrero de 2017 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf
63. Vargas, V. (2011). *Orientación Educativa IV*. México. Progreso.

64. Vega, M., Barrionuevo, J. y Vega, V. (2007). *Escritos Psicoanalíticos sobre Adolescencia*. Argentina. Eudeba.
65. Vidales, I. (2008). *Psicología General*. (2ª Ed.). México. Limusa.
66. Volkow, N. (2008). *Las drogas, el Cerebro y el Comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. [En línea] Recuperado el 28 de enero de 2017 en:
https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
67. Zuñiga, Garza, Villarreal y Vega (1987). *La Cultura del Menor Infractor*. México, Trillas.

APÉNDICE

1. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)



INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma en la cual podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no aplica exactamente para ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, contesta llenando completamente el óvalo correspondiente de la hoja de respuestas anexa a tu cuestionario.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

¡GRACIAS!

1. ¿Eres arrogante?
2. ¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?
5. ¿Te cansas con frecuencia?
6. ¿Te asustas con facilidad?
7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?
8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?
10. ¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?
13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
18. ¿Tienes buena ortografía?

36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?
38. ¿Te vas a veces de las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?
39. ¿Saben realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes?
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?
50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente por que no te interesaban las consecuencias de dejarlo?
52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?

67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?
68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas?
69. ¿Tienes buena memoria?
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar?
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?
73. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?
74. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido(a) a veces?
75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?
76. ¿Te da miedo estar con la gente?
77. ¿Tienes amigos que han robado?
78. ¿Has reprobado algún año en la escuela?
79. ¿Es difícil la escuela para ti?
80. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?
81. ¿Gritas mucho?

**Cuestionario
de Tamizaje**

2. PROGRAMA EXCEL PARA CAPTURA DE INFORMACION

2. PROGRAMA EXCEL PARA LA CAPTURA DE

INFORMACIÓN

CALIFICADOR TAMIZAJE 2016 [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

D3 fx

Haga clic para agregar encabezado

Marcar con " X "

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1			28			55		
2			29			56		
3			30			57		
4			31			58		
5			32			59		
6			33			60		
7			34			61		
8			35			62		
9			36			63		
10			37			64		
11			38			65		
12			39			66		
13			40			67		
14			41			68		
15			42			69		
16			43			70		
17			44			71		
18			45			72		
19			46			73		
20			47			74		
21			48			75		
22			49			76		
23			50			77		
24			51			78		
25			52			79		
26			53			80		
27			54			81		

Cuestionario de Tamizaje

Escuela:

Primaria/Secundaria:

Grado:

Grupo:

Folio Cuestionario:

COLONIA ubicación ESCUELA

MUNICIPIO ubicación ESCUELA

Nombre:

Edad:

Sexo: (M/F)

BORRA todos los DATOS

BORRA solo datos de cuestionario y datos del alumno

Imprime Resultados Individuales

Imprime Resultados Globales

VALIDA CAPTURA

Copia a Base de Datos

CUESTIONARIO CAPTURA CUESTIONARIO Resultados Individuales Tabla Dinamica Resultados Globales BD X ESC

1 de 6

3. BASE DE DATOS POR SEXO FEMENINO.

Nomb re:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/ Delictiva
SUJE TO 6	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 82	0	1	0	1	0	0	1
SUJE TO 7	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 11	1	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 15	0	0	1	0	0	0	0
SUJE TO 27	0	0	1	0	0	0	0
SUJE TO 45	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 46	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 50	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 55	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 61	0	1	0	1	0	0	0

SUJE TO 85	0	1	0	1	0	0	0
SUJE TO 97	0	0	1	1	0	0	0
SUJE TO 100	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 101	0	0	1	1	0	0	0
SUJE TO 102	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 121	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 5	0	0	1	1	0	0	0
SUJE TO 17	0	0	1	1	0	0	0
SUJE TO 19	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 20	0	1	1	0	1	0	0
SUJE TO 25	1	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 34	0	0	0	1	1	0	0

SUJE TO 37	0	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 38	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 40	0	1	1	0	1	0	0
SUJE TO 49	1	0	0	1	1	0	0
SUJE TO 54	0	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 57	1	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 62	1	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 64	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 65	1	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 70	0	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 99	1	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 9	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 12	0	1	0	1	1	1	0
SUJE TO 13	1	1	1	1	0	0	1

SUJE TO 22	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 23	0	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 28	1	1	0	0	1	0	1
SUJE TO 41	1	0	0	1	0	1	1
SUJE TO 52	0	1	1	1	1	1	1
SUJE TO 67	0	0	1	1	1	1	1
SUJE TO 84	0	0	0	1	0	0	1
SUJE TO 90	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 118	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 122	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 39	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 75	1	1	0	0	1	0	0

SUJE TO 105	0	1	1	0	1	1	0
SUJE TO 32	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 111	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 29	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 24	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 110	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 113	1	1	1	1	1	0	1
TOTAL	17	34	27	46	30	5	16

Elaboración propia; Díaz(2019).

4. BASE DE DATOS POR SEXO MASCULINO.

Nombre:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/ Delictiva
SUJE TO 89	0	1	1	0	1	0	1

SUJE TO 30	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 36	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 43	1	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 44	0	0	1	1	0	0	0
SUJE TO 53	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 56	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 68	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 71	0	0	1	0	1	0	0
SUJE TO 73	0	0	0	1	1	0	0
SUJE TO 74	1	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 80	0	0	1	1	1	0	0
SUJE TO 83	0	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 86	0	0	1	1	1	0	0
SUJE TO 87	0	0	1	0	1	0	0

SUJE TO 95	0	1	0	1	1	0	0
SUJE TO 98	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 14	0	0	0	1	0	1	0
SUJE TO 48	1	0	0	1	1	1	0
SUJE TO 59	1	1	0	1	1	1	0
SUJE TO 66	1	1	0	1	1	1	0
SUJE TO 109	1	1	1	1	1	1	0
SUJE TO 114	0	0	0	1	0	1	0
SUJE TO 116	1	1	1	1	1	1	0
SUJE TO 1	1	0	0	0	0	0	1
SUJE TO 18	0	0	0	0	0	0	1
SUJE TO 21	0	0	0	1	0	0	1

SUJE TO 35	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 47	0	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 51	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 76	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 77	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 79	1	0	0	1	1	0	1
SUJE TO 81	1	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 93	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 103	1	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 107	0	0	1	1	1	1	1
SUJE TO 112	1	1	0	1	1	1	1
SUJE TO 115	0	1	1	1	1	0	1

SUJE TO 123	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 42	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 69	1	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 72	1	0	1	1	1	1	0
SUJE TO 92	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 63	0	1	1	0	1	0	0
SUJE TO 88	1	1	0	0	1	0	0
SUJE TO 91	1	1	1	1	0	1	0
SUJE TO 94	1	1	1	1	1	1	0
SUJE TO 117	1	1	0	0	1	0	1
SUJE TO 119	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 120	1	1	1	1	1	0	1

SUJE TO 4	0	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 104	0	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 33	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 106	1	1	1	1	1	1	1
SUJE TO 108	0	1	1	0	1	1	1
SUJE TO 16	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 60	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 10	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 96	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 3	1	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 8	0	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 31	0	0	0	0	0	0	0

SUJE TO 58	0	1	0	0	0	0	0
SUJE TO 78	0	0	1	0	0	0	0
SUJE TO 2	1	1	1	0	1	0	1
SUJE TO 26	0	0	1	1	0	0	0
TOTAL	26	37	37	51	45	14	28

Elaboración propia; Díaz(2019).

5. BASE DE DATOS POR EDAD DE 14 A 15 AÑOS.

Nomb re:	Edad:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educati vo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/ Delictiva
SUJE TO 6	14	0	0	0	0	0	0	11
SUJE TO 82	14	1	0	1	0	0	1	16
SUJE TO 89	14	1	1	0	1	0	1	28
SUJE TO 7	15	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 11	15	0	0	0	0	0	0	3
SUJE TO 15	15	0	0	0	0	0	0	12

SUJE TO 27	15	0	0	0	0	0	0	10
SUJE TO 30	15	0	1	0	0	0	0	8
SUJE TO 36	15	0	1	0	0	0	0	10
SUJE TO 43	15	0	0	1	0	0	0	7
SUJE TO 44	15	0	0	1	0	0	0	4
SUJE TO 45	15	0	0	1	0	0	0	7
SUJE TO 46	15	0	0	1	0	0	0	2
SUJE TO 50	15	0	0	1	0	0	0	9
SUJE TO 53	15	0	0	1	0	0	0	14
SUJE TO 55	15	1	0	1	0	0	0	9
SUJE TO 56	15	1	0	1	0	0	0	14
SUJE TO 61	15	0	1	1	0	0	0	13
SUJE TO 68	15	0	1	1	0	0	0	11
SUJE TO 71	15	1	1	1	0	0	0	16
SUJE TO 73	15	0	1	1	0	0	0	11

SUJE TO 74	15	0	0	1	0	0	0	6
SUJE TO 80	15	0	0	1	0	0	0	7
SUJE TO 83	15	0	0	1	0	0	0	12
SUJE TO 85	15	0	1	1	0	0	0	19
SUJE TO 86	15	1	1	1	0	0	0	21
SUJE TO 87	15	0	0	1	0	0	0	13
SUJE TO 95	15	0	1	1	0	0	0	14
SUJE TO 97	15	0	0	1	0	0	0	16
SUJE TO 98	15	1	1	0	1	0	0	23
SUJE TO 100	15	1	0	1	1	0	0	21
SUJE TO 101	15	0	1	0	1	0	0	13
SUJE TO 102	15	0	0	1	1	0	0	11
SUJE TO 121	15	0	0	1	1	0	0	14

SUJE TO 5	15	1	0	1	1	0	0	17
SUJE TO 14	15	1	1	1	1	0	0	27
SUJE TO 17	15	0	1	1	1	0	0	17
SUJE TO 19	15	1	1	1	1	0	0	21
SUJE TO 20	15	1	1	0	1	0	0	27
SUJE TO 25	15	1	0	1	1	0	0	17
SUJE TO 34	15	0	0	1	1	0	0	23
SUJE TO 37	15	0	1	1	1	0	0	22
SUJE TO 38	15	1	0	1	1	0	0	17
SUJE TO 40	15	1	0	1	1	0	0	20
SUJE TO 48	15	0	1	0	1	0	0	21
SUJE TO 49	15	1	1	1	1	0	0	27
SUJE TO 54	15	1	1	1	1	0	0	27
SUJE TO 57	15	1	0	1	1	0	0	26
SUJE TO 58	15	1	1	1	1	0	0	30

SUJE TO 59	15	1	0	1	1	0	0	31
SUJE TO 62	15	1	0	1	1	0	0	32
SUJE TO 64	15	1	0	1	1	0	0	23
SUJE TO 65	15	1	1	1	1	0	0	33
SUJE TO 66	15	1	1	1	1	0	0	38
SUJE TO 70	15	0	0	1	0	1	0	14
SUJE TO 78	15	1	0	1	1	1	0	19
SUJE TO 99	15	0	0	1	1	1	0	18
SUJE TO 109	15	1	0	1	1	1	0	23
SUJE TO 114	15	1	0	1	1	1	0	27
SUJE TO 116	15	1	1	1	1	1	0	37
SUJE TO 1	15	0	0	1	0	1	0	15
SUJE TO 2	15	0	1	1	1	1	0	32

SUJE TO 9	15	1	1	1	1	1	0	29
SUJE TO 12	15	0	0	0	0	0	1	15
SUJE TO 13	15	0	0	0	0	0	1	12
SUJE TO 18	15	0	0	1	0	0	1	13
SUJE TO 21	15	1	1	1	0	0	1	29
SUJE TO 22	15	1	1	1	1	0	1	24
SUJE TO 23	15	1	1	1	1	0	1	29
SUJE TO 28	15	1	0	1	1	0	1	23
SUJE TO 35	15	1	0	1	1	0	1	26
SUJE TO 41	15	1	1	1	1	0	1	28
SUJE TO 47	15	1	1	1	1	0	1	39
SUJE TO 51	15	1	0	0	1	0	1	26
SUJE TO 52	15	1	1	1	1	0	1	32
SUJE TO 67	15	0	0	1	0	1	1	15
SUJE TO 76	15	1	1	1	1	1	1	27

SUJE TO 77	15	0	1	1	1	1	1	28
SUJE TO 79	15	0	0	1	0	0	1	16
SUJE TO 81	15	0	0	1	1	0	1	16
SUJE TO 84	15	1	0	1	1	0	1	37
SUJE TO 90	15	1	1	1	1	0	1	33
SUJE TO 93	15	1	0	1	1	0	1	39
SUJE TO 103	15	0	1	1	1	1	1	25
SUJE TO 107	15	1	0	1	1	1	1	31
SUJE TO 112	15	1	1	1	1	0	1	31
SUJE TO 115	15	1	1	1	1	0	1	53
SUJE TO 118	15	1	1	1	1	0	1	45
SUJE TO 122	15	1	1	1	1	0	1	55

SUJE TO 123	15	1	1	1	1	0	1	46
TOTAL	90	48	41	75	54	14	29	

Elaboración propia; Díaz(2019).

6. BASE DE DATOS POR EDAD DE 16 A 17 AÑOS.

Nombre:	Edad:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/ Delictiva
SUJE TO 39	16	0	0	0	0	0	0	0
SUJE TO 42	16	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 69	16	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 72	16	1	1	0	0	1	0	0
SUJE TO 75	16	0	1	1	0	1	0	0
SUJE TO 92	16	1	1	0	0	1	0	0
SUJE TO 26	16	1	1	1	1	0	1	0
SUJE TO 63	16	1	1	1	1	1	1	0

SUJE TO 88	16	0	1	1	0	1	1	0
SUJE TO 91	16	1	1	0	0	1	0	1
SUJE TO 94	16	0	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 105	16	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 117	16	0	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 119	16	0	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 120	16	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 4	16	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 32	16	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 104	16	1	1	1	1	1	1	1
SUJE TO 111	16	0	1	1	0	1	1	1

SUJE TO 29	17	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 24	17	0	1	1	1	0	0	0
SUJE TO 33	17	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 106	17	0	0	0	1	0	0	0
SUJE TO 108	17	0	1	1	1	1	0	0
SUJE TO 110	17	1	0	1	1	1	0	1
SUJE TO 16	17	0	1	0	1	1	0	1
SUJE TO 60	17	1	1	1	1	1	0	1
SUJE TO 113	17	1	1	1	1	1	0	1
TOTAL	28	13	21	20	21	20	5	14

Elaboración propia; Díaz(2019).

7. BASE DE DATOS POR EDAD DE 18 A 21 AÑOS.

Nombre:	Edad	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/Delictiva
SUJETO 10	18	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 96	18	0	1	0	0	0	0	0
SUJETO 3	18	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 8	18	1	1	1	0	1	0	1
SUJETO 31	21	0	0	1	1	0	0	0
TOTAL	5	1	2	3	1	1	0	1

Elaboración propia; Díaz (2019).

8. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO. GRUPO 101

Nombre:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/Delictiva
SUJETO 7	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 10	0	0	1	0	0	0	0

SUJETO 11	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 15	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 27	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 29	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 30	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 36	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 39	1	1	0	0	1	0	0
SUJETO 42	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 43	0	0	1	0	1	0	0
SUJETO 44	0	0	0	1	1	0	0
SUJETO 45	0	0	0	1	1	0	0
SUJETO 46	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 50	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 53	0	0	1	1	1	0	0

SUJETO 55	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 56	0	0	1	0	1	0	0
SUJETO 61	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 68	0	0	0	1	0	1	0
SUJETO 69	1	1	1	1	0	1	0
SUJETO 71	1	0	0	1	1	1	0
SUJETO 72	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 73	1	1	0	1	1	1	0
SUJETO 74	1	1	0	1	1	1	0
SUJETO 75	0	1	1	0	1	1	0
SUJETO 80	1	0	0	0	0	0	1
SUJETO 83	0	0	0	1	0	0	1
SUJETO 85	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 86	1	1	1	1	1	0	1

SUJETO 87	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 92	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 95	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 96	1	1	1	0	1	0	1
SUJETO 97	1	1	0	0	1	0	1
SUJETO 98	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 100	0	1	1	1	1	1	1
SUJETO 101	0	0	1	1	1	1	1
SUJETO 102	0	0	0	1	0	0	1
SUJETO 121	0	1	1	1	1	0	1
40	14	21	20	28	27	9	14

Elaboración propia; Díaz(2019).

9. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO.

GRUPO 102

Nombre:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva /Delictiva
SUJETO 3	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 5	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 8	0	1	0	0	0	0	0
SUJETO 14	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 17	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 19	0	1	0	1	0	0	0
SUJETO 20	0	1	0	1	0	0	0
SUJETO 24	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 25	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 26	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 31	0	0	1	1	0	0	0

SUJETO 33	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 34	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 37	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 38	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 40	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 48	0	0	1	1	1	0	0
SUJETO 49	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 54	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 57	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 58	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 59	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 62	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 63	1	1	0	0	1	0	0
SUJETO 64	0	1	0	1	1	0	0

SUJETO 65	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 66	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 70	0	1	0	1	1	1	0
SUJETO 78	1	0	1	1	1	1	0
SUJETO 88	1	1	0	0	1	0	1
SUJETO 91	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 94	0	0	1	1	1	0	1
SUJETO 99	1	0	0	1	0	1	1
SUJETO 105	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 106	1	0	1	1	1	0	1
SUJETO 108	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 109	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 110	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 114	0	0	1	1	1	1	1

SUJETO 116	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 117	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 119	1	1	1	1	1	1	1
SUJETO 120	0	1	1	0	1	1	1
TOTAL	13	27	24	36	27	6	14

Elaboración propia; Díaz(2019).

10. BASE DE DATOS POR GRUPO ACADÉMICO.

GRUPO 103

Nombre:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva /Delictiva
SUJETO 1	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 2	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 4	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 6	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 9	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 12	0	0	0	1	0	0	0

SUJETO 13	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 16	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 18	1	0	0	1	0	0	0
SUJETO 21	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 22	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 23	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 28	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 32	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 35	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 41	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 47	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 51	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 52	1	0	0	1	1	0	0
SUJETO 60	0	1	1	1	1	0	0

SUJETO 67	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 76	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 77	0	0	0	1	0	1	0
SUJETO 79	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 81	0	0	0	0	0	0	1
SUJETO 82	0	1	0	1	0	0	1
SUJETO 84	1	1	1	1	0	0	1
SUJETO 89	0	1	1	0	1	0	1
SUJETO 90	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 93	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 103	1	0	0	1	1	0	1
SUJETO 104	0	0	1	1	1	0	1
SUJETO 107	1	1	0	1	1	0	1
SUJETO 111	1	1	1	1	1	0	1

SUJETO 112	1	1	0	1	1	0	1
SUJETO 113	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 115	1	1	0	1	1	1	1
SUJETO 118	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 122	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 123	1	1	1	1	1	0	1
TOTAL	16	23	20	33	21	4	16

Elaboración propia; Díaz(2019).

11. BASE DE DATOS POR FACTOR DE RIESGO.

Nombre:	Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva /Delictiva
SUJETO 1	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 2	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 3	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 4	0	0	0	0	0	0	0

SUJETO 5	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 6	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 7	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 8	0	1	0	0	0	0	0
SUJETO 9	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 10	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 11	0	0	1	0	0	0	0
SUJETO 12	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 13	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 14	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 15	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 16	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 17	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 18	1	0	0	1	0	0	0

SUJETO 19	0	1	0	1	0	0	0
SUJETO 20	0	1	0	1	0	0	0
SUJETO 21	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 22	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 23	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 24	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 25	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 26	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 27	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 28	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 29	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 30	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 31	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 32	0	1	1	1	0	0	0

SUJETO 33	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 34	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 35	0	1	1	1	0	0	0
SUJETO 36	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 37	0	0	1	1	0	0	0
SUJETO 38	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 39	1	1	0	0	1	0	0
SUJETO 40	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 41	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 42	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 43	0	0	1	0	1	0	0
SUJETO 44	0	0	0	1	1	0	0
SUJETO 45	0	0	0	1	1	0	0
SUJETO 46	0	1	0	1	1	0	0

SUJETO 47	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 48	0	0	1	1	1	0	0
SUJETO 49	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 50	0	1	1	0	1	0	0
SUJETO 51	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 52	1	0	0	1	1	0	0
SUJETO 53	0	0	1	1	1	0	0
SUJETO 54	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 55	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 56	0	0	1	0	1	0	0
SUJETO 57	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 58	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 59	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 60	0	1	1	1	1	0	0

SUJETO 61	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 62	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 63	1	1	0	0	1	0	0
SUJETO 64	0	1	0	1	1	0	0
SUJETO 65	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 66	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 67	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 68	0	0	0	1	0	1	0
SUJETO 69	1	1	1	1	0	1	0
SUJETO 70	0	1	0	1	1	1	0
SUJETO 71	1	0	0	1	1	1	0
SUJETO 72	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 73	1	1	0	1	1	1	0
SUJETO 74	1	1	0	1	1	1	0

SUJETO 75	0	1	1	0	1	1	0
SUJETO 76	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 77	0	0	0	1	0	1	0
SUJETO 78	1	0	1	1	1	1	0
SUJETO 79	1	1	1	1	1	1	0
SUJETO 80	1	0	0	0	0	0	1
SUJETO 81	0	0	0	0	0	0	1
SUJETO 82	0	1	0	1	0	0	1
SUJETO 83	0	0	0	1	0	0	1
SUJETO 84	1	1	1	1	0	0	1
SUJETO 85	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 86	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 87	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 88	1	1	0	0	1	0	1

SUJETO 89	0	1	1	0	1	0	1
SUJETO 90	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 91	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 92	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 93	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 94	0	0	1	1	1	0	1
SUJETO 95	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 96	1	1	1	0	1	0	1
SUJETO 97	1	1	0	0	1	0	1
SUJETO 98	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 99	1	0	0	1	0	1	1
SUJETO 100	0	1	1	1	1	1	1
SUJETO 101	0	0	1	1	1	1	1
SUJETO 102	0	0	0	1	0	0	1

SUJETO 103	1	0	0	1	1	0	1
SUJETO 104	0	0	1	1	1	0	1
SUJETO 105	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 106	1	0	1	1	1	0	1
SUJETO 107	1	1	0	1	1	0	1
SUJETO 108	0	1	0	1	1	0	1
SUJETO 109	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 110	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 111	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 112	1	1	0	1	1	0	1
SUJETO 113	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 114	0	0	1	1	1	1	1
SUJETO 115	1	1	0	1	1	1	1
SUJETO 116	0	1	1	1	1	0	1

SUJETO 117	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 118	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 119	1	1	1	1	1	1	1
SUJETO 120	0	1	1	0	1	1	1
SUJETO 121	0	1	1	1	1	0	1
SUJETO 122	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 123	1	1	1	1	1	0	1
TOTAL	43	71	64	97	75	19	44

Elaboración propia; Díaz(2019).

12. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

