



**UIN** | UNIVERSIDAD  
INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

**LA DROGODEPENDENCIA Y SUS MOTIVACIONES PSICOSOCIALES**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A

**C. ATMA KAUR ZAMORA HERNÁNDEZ**

ASESORA: MTRA. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

Ciudad de México a 01 de Marzo 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

### **En memoria de Javier Zamora Díaz**

Papá, hace apenas unos meses que dormiste para no despertar. Gracias por haber sido mi padre, gracias por la dirección que me diste en realizar de la mejor forma aquellas tareas personales y de escuela. Gracias por esos pequeños, pero grandes detalles que marcaron el ejemplo del orden y la disciplina. Lo bueno lo admiro y lo no tan bueno, lo respeto; gracias por que forman parte de lo que hoy soy. Te dedico el resultado de este trabajo Pá.

Atma Kaur

## **Agradecimientos**

Mi señor Jesucristo y Dios mío, mi ser se alegra en tu bondad y belleza, si hoy me encuentro en este punto de recorrido en la vida, en su totalidad, es gracias a ti. Con tu ayuda, es como logre este proyecto. Por siempre gracias mi Señor.

Mami Bety, eres la persona que me motivo desde pequeña, con tus enseñanzas, consejos, correcciones, con tu amor incondicional y tu paciencia. Sé que me guiaste con tu mejor esfuerzo y espero responder de la misma forma. Gracias por verme con una mirada de amor y confianza, porque eso me ayudo a tener éxito en este trabajo. Gracias por todo Mami.

Jorge Adrián, te amo, te admiro y te respeto. Desde el inicio de este proyecto me haz acompañado y apoyado. Muchas gracias por tu presencia, tus consejos, por escuchar y comprender y, por tu amor. Definitivamente los esfuerzos realizados en este trabajo, han sido más livianos por que cuento contigo. Que fortuna caminar a tu lado, gracias por todo mi amor.

Diego Emanuel, mi chatito precioso. Desde el momento en que supe de tu existencia, cambiaste mi vida para ser mucho mejor de lo que era antes de tu llegada. Gracias a ti, he descubierto fortalezas que desconocía de mí y me has motivado a superar mis propios errores

día a día. Sin saberlo, haz contribuido grandemente en mi motivación para concluir este proyecto. Te amo hijito.

Tío Juan, eres una persona sumamente especial en mi vida, desde niña te he admirado y respetado. Tus valiosas palabras, enseñanzas y apoyo, han contribuido en mi desarrollo personal. Tu presencia en mi vida, me dejó ver que no existen fronteras para lograr lo que uno se propone. Igualmente te dedico este trabajo, porque eres parte de este logro. Gracias por todo Tío lindo.

Hermanos, Julio, Sheila, Jorge, Karla y Saúl. Claro que hay mucho que agradecer. Compartimos un mismo espacio y tiempo para crecer y; en los juegos, en la diversión, en las dificultades y hasta en los desacuerdos, he aprendido lo bueno de cada uno de ustedes. Julio las conversaciones profundas, Sheila las risas hasta llorar, Jorge ejemplo de integridad, Karla compañera de baile jazz y, Saúl amigo agradable. Gracias por todas las vivencias.

Sarita, sobrina linda e inteligente. Desde pequeña te vi y miré en ti a un ser agradable y amoroso, te quiero mucho y también te dedico este trabajo. Tengo la confianza que lograras tus metas.

Amigos Colegas, gracias por la amistad durante la carrera y los muchos momentos agradables, de esfuerzo, dedicación y desvelos. Angélica Chávez, Omar (q.e.p.d.), Michell Apac, Josué, Eduardo, Luis y Miguel.

Universidad Insurgentes Xola y profesores, a pesar de que ha transcurrido el tiempo, recuerdo a mis profesores y profesoras con orgullo y respeto. Gracias Profes., Rebeca Oñate, Ana María Eusebio, Mónica Ramírez, José Cravioto, Perla Ruiz, Teresa Silva, Profe. César y Brian, por comprender mis procesos de cambio y por compartir su conocimiento. Sin Ustedes mi formación no hubiese sido posible.

# Índice

Resumen .....	1
Introducción .....	2
Capítulo 1. Drogodependencia	
1.1 ¿Qué es drogodependencia? .....	5
1.2 Panorama Epidemiológico .....	12
1.3 Clasificación y problemas de salud relacionados con cada sustancia psicoactiva .....	16
Capítulo 2. Desarrollo psicológico: cognitivo, afectivo y social del adolescente	
2.1 Adolescencia .....	31
2.2 Teoría de Erik H. Erikson .....	32
2.3 Estrategias de afrontamiento .....	45
Capítulo 3. Factores sociales	
3.1 Familia, escuela e iguales .....	58
3.2 Cultura y situaciones de consumo .....	69
Capítulo 4. Método	
4.1 Justificación .....	79

4.2 Planteamiento del problema .....	81
4.3 Objetivo General y específico .....	81
4.4 Hipótesis .....	82
4.5 Variables y definición .....	82
4.6 Tipo de diseño .....	84
4.7 Tipo de estudio .....	84
4.8 Población .....	85
4.9 Muestra .....	85
4.10 Escenario .....	85
4.11 Instrumentos .....	86
4.12 Procedimiento .....	93
Capítulo 5. Resultados .....	94
Capítulo 6. Discusión .....	103
Capítulo 7. Conclusiones .....	112
Referencias Bibliográficas .....	116
Anexos .....	125

## **Resumen**

En el presente trabajo se investigó a adolescentes que tienen dependencia a alguna sustancia psicoactiva (drogodependencia), se relacionó con estilos de afrontamiento y situaciones de consumo. Se les aplicaron una serie de instrumentos para obtener información sobre los estilos de afrontamiento que utilizan y las situaciones de consumo bajo las cuales consumen sustancias psicoactivas, así como la identificación de dependencia a alguna sustancia.

La población evaluada se conformó de adolescentes del género masculino, internados en el grupo de Alcohólicos y Drogadictos “El Alto” en la Ciudad de Puebla; el cual trabaja en la rehabilitación de personas que presentan serios problemas con el alcohol y las drogas.

Se encontró que la sustancia psicoactiva con mayor dependencia es el Alcohol; una relación estadísticamente significativa entre drogodependencia y el estilo de afrontamiento huida- evitación, descrito como el pensamiento desiderativo, caracterizado por una falla en la solución del problema y considerado un estilo disfuncional que sugiere evitación ante alguna situación percibida como estresante; así como una relación significativa entre drogodependencia y la situación de consumo que involucra momentos agradables con otras personas.

Palabras clave: Drogodependencia, estilos de afrontamiento, situaciones de consumo, sustancia psicoactiva.

## **Introducción**

Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud, el mundo se encuentra en un momento decisivo en la historia de las enfermedades no transmisibles, las cuales se ven favorecidas por los efectos de la globalización en el comercio, el rápido proceso de urbanización y los estilos de vida poco saludables, entre los cuales se encuentra, el consumo de sustancias psicoactivas.

La drogodependencia, es una problemática que siempre ha existido, sin embargo, en la actualidad el problema persiste. Las personas, cada día ingieren sustancias psicoactivas desde edades más tempranas. De acuerdo con el reporte de alcohol ENCODAT 2016-2017 (Villatoro et ál., 2017), entre la población adolescente de 12 a 17 años, existe un importante incremento entre 2011 a 2016, al pasar de 1.5% (207,000) a 2.9% (414,000) de consumidores. Esta problemática es cada vez más difusa, porque muchos jóvenes consumidores, sea de forma ocasional, habitual o dependiente, tienden a utilizar más de una sustancia, ya sea de manera simultánea o sucesiva; esta situación genera consecuencias negativas a nivel físico y psicológico, así como repercusiones en las esferas familiar, social y elevados costos para el sistema de salud.

En la actualidad, algunos países consideran legales algunas sustancias que hasta hace algunos años se consideraban ilegales, y México no es la excepción. Hoy en día, se encuentra en proceso la legalización del consumo de cannabis en nuestro país; cabe señalar, que dicha propuesta incluye el consumo recreativo y no solo medicinal. Esta legalización puede implicar repercusiones en la percepción de riesgo hacia esta sustancia por parte de la

población, principalmente en los adolescentes; ya que este grupo, se considera vulnerable hacia los diversos estímulos que fomentan el consumo de sustancias psicoactivas, debido a características propias de esta etapa, como son: la búsqueda de identidad; necesidad de integración y aceptación en un grupo de amigos; búsqueda de experiencias nuevas; entre otras. El impacto que puede tener la cultura en el fenómeno de la drogodependencia, consiste en las creencias que la sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas, lo cual se considera un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez et ál., 2006, citado por Becoña, 2002).

En este aspecto las estrategias de afrontamiento desarrolladas durante la infancia, juegan un papel de suma importancia en la adolescencia, debido a que desempeñan un papel mediador entre las experiencias estresantes y los recursos personales y/o sociales con los que cuentan los jóvenes para hacer frente a los sucesos que acontecen día a día (cambios físicos, psicológicos y sociales) y que se acompañan de la obtención de habilidades necesarias para la vida adulta. El afrontamiento es considerado como un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante frente a situaciones demandantes; su función está en consonancia con las estrategias que llevan a cabo para la resolución de objetivos particulares. En los adolescentes, muchos eventos trascendentes pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos en la confianza de sí mismo (Frydenberg y Lewis, 1996, citado por Berra et ál., 2014). Aspectos como la violencia, las conductas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias psicoactivas, en muchos casos son la consecuencia de un estrés acumulado y mal manejado (Fernández, 2006).

En consideración de los cambios propios de la adolescencia, así como de las habilidades adquiridas y la capacidad de afrontar diversas situaciones, la teoría de Erik H. Erikson plantea la explicación del desarrollo psicosocial de una persona desde una esfera completa del ciclo de vida. En el caso específico de la adolescencia, Erikson postuló, que el conflicto que se presenta es el de la Identidad frente a la confusión de roles, en donde la formación de identidad surge como resultado de conflictos infantiles específicos que, a la vez, el medio social inicia, refuerza y agrava (Erikson, 2015). Además, enfatizó la influencia de factores psicosociales y socioculturales en el desarrollo del *yo*, donde las personas son seres activos buscando adaptarse al medio ambiente en que viven (Martínez, 2008); así, cada persona se desarrolla dentro de una sociedad en particular, la cual, a través de sus patrones específicos culturales y de las instituciones sociales, influye profundamente en cómo una persona resuelve conflictos particulares (Cloninger, 2003).

En este aspecto, la evidencia científica ha demostrado que la interacción de diversos factores de protección y de riesgo en diferentes contextos, como el personal, el familiar, la escuela, los pares, la influencia del entorno cultural y socioeconómico, pueden hacer a una persona vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas. Entre la población mexicana se han identificado algunos factores relacionados con el abuso de sustancias, por ejemplo, el consumo en la familia; un débil apoyo y control familiar; el abandono o suspensión de estudios; una baja adherencia escolar; tolerancia social hacia el consumo de ciertas sustancias y su disponibilidad; la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre (Arellanez et ál., 2004).

## **Capítulo 1. Drogodependencia**

### **1.1 ¿Qué es drogodependencia?**

El fenómeno de las drogodependencias, es un problema complejo que afecta a las personas que lo sufren, a los familiares y a la sociedad en general. En él convergen dimensiones médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial, entre otras. Desde los años setenta se ha considerado como uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas; problemas en el desarrollo físico y emocional; comorbilidad con patologías psiquiátricas; delitos contra la sociedad; descenso de la productividad laboral y escolar; así como conflictos familiares, entre otros (Fernández et ál., 2009).

El reporte de drogas ENCODAT 2016-2017 (Villatoro et ál., 2017), informa que algunas de las áreas de la vida que se ven afectadas en los consumidores dependientes son: vida social, realización de tareas domésticas y la capacidad para trabajar o estudiar. Adicional, este segmento de la población indica que debido a su consumo fueron incapaces de realizar sus actividades habituales o de trabajar un promedio de 30.8 días de un año. De manera particular, los hombres entre 18 y 34 años reportaron el mayor número de días de incapacidad con una media de 38.5. Estos datos muestran como el consumo de sustancias psicoactivas puede imposibilitar a una persona o separarlo de sus actividades cotidianas al afectar sus relaciones personales, sociales o disminuir su capacidad económica.

Entre la población mexicana se han identificado, entre otros factores correlacionados con el uso de sustancias, el consumo dentro de la esfera familiar; un débil apoyo y control familiar; el abandono o suspensión de estudios; una baja adherencia escolar; tolerancia social y la disponibilidad de sustancias; la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre; así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se encuentran la depresión y la ansiedad (Arellanez et ál., 2004).

Los últimos avances científicos han puesto de manifiesto que la drogodependencia es una enfermedad crónica, causada por los efectos prolongados de las sustancias psicoactivas en el cerebro. Como muchas otras enfermedades, comprende aspectos sociales y conductuales que forman parte importante de la propia enfermedad (Ruíz y Valladolid, 2002). Para una mejor comprensión de que es drogodependencia, es importante definir el término “droga” y “dependencia”.

De acuerdo con Fernández et ál., (2009), la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió el término *droga* como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (p. 2). Droga, es sinónimo de fármaco y actualmente se conoce como *sustancia psicoactiva*.

En cuanto al término *dependencia*, igualmente fue definido por la OMS como: “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias (s) psicoactiva (s) determinada (s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (p. 5).

De acuerdo con estas dos definiciones, se entiende que, el consumo recurrente de una sustancia con efectos psicoactivos puede producir dependencia. Así, se da paso a la definición de *drogodependencia*. Becoña (2002), menciona que este término fue definido por la OMS en 1964 como:

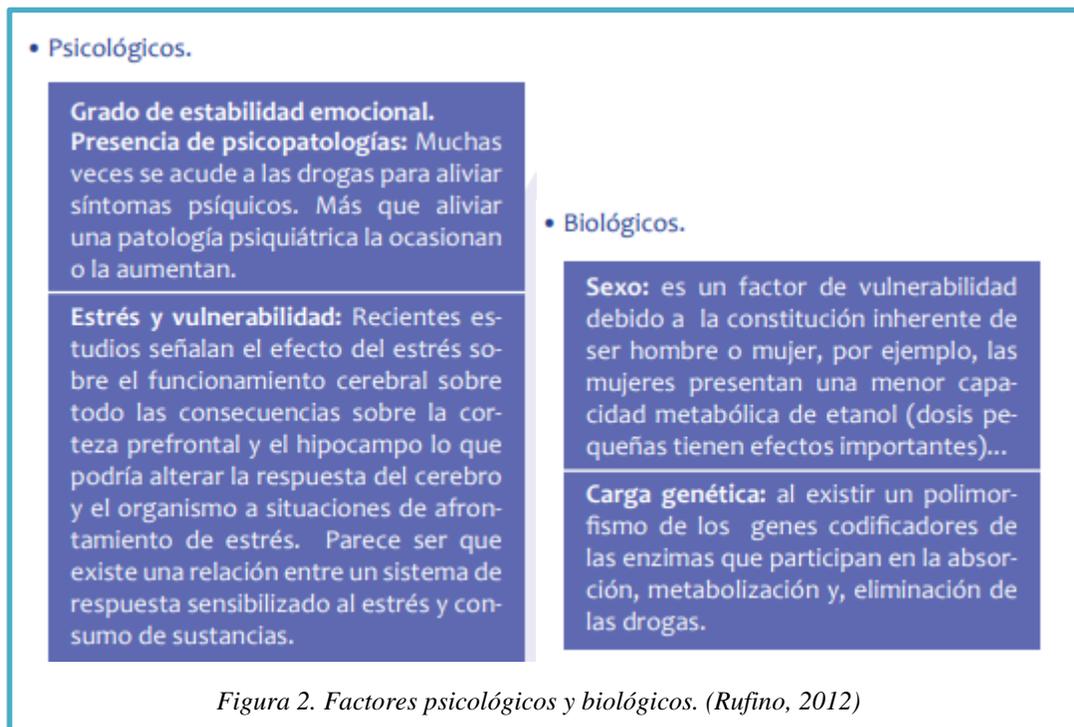
“Un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por un deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; tendencia a incrementar la dosis; dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y; efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (p. 21).

Por tanto, *drogodependencia* es un término genérico que hace referencia a la dependencia de alguna sustancia psicoactiva; entiéndase, dependencia al alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, entre otras. De acuerdo con Rufino (2012), la dependencia resulta de la interacción de tres factores: *la sustancia psicoactiva; la persona y; el contexto social, económico y cultural*, como se representa en la figura 1.

La *sustancia psicoactiva*, tiene la capacidad de producir sensaciones placenteras y sensaciones gratificantes; aquellas sustancias que proporcionan en mayor medida una sensación placentera, son las que tienen mayor probabilidad de ser consumidas. El potencial adictivo de una sustancia, es el tiempo que transcurre desde que se consume por primera vez hasta que se produce la dependencia. Cuanto más breve sea la acción de una sustancia, más se repite su consumo y más cambios provocan.



El segundo factor se refiere a la *vulnerabilidad de las personas* para desarrollar dependencia a determinada sustancia; está relacionada con una serie de factores psicológicos y biológicos como se describe en la figura 2.



El tercer factor es el *ambiente o contexto social*, en donde existen varios elementos que abren la puerta para el desarrollo del consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo:

- ❖ *Disponibilidad*: publicidad en la que se ofertan sustancias como el alcohol y el tabaco.
- ❖ *Presión de los modelos sociales*: principalmente en programas televisivos se observan escenas de personajes públicos, artistas y políticos a favor de ciertas sustancias y su consumo.
- ❖ *Condiciones laborales*: Desarrollo técnico de la sociedad (“todo fácil y rápido”).

Dentro de los criterios de la CIE-10, se considera a la dependencia física, psicológica y social. Los factores físicos incluyen: la tolerancia, neuroadaptación y abstinencia; los psicológicos: el aprendizaje y características personales; y los sociales: el grupo de afinidad, cultura y medio ambiente (Becoña y Cortes, 2010).

### **Dependencia física**

La dependencia física, que recibe hoy en día la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener niveles determinados de una sustancia en el organismo, a la vez que, desarrolla un vínculo sustancia-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo (Ruíz y Valladolid, 2002).

De acuerdo con Rufino (2012), la adaptación del organismo a una determinada sustancia se caracteriza por una necesidad de lograr nivelar dicha sustancia, con el objetivo de mantener un estado de cierta sensación de “aparente alivio o bienestar”. Los síntomas que se producen constituyen lo que se conoce como “*síndrome de abstinencia*”, término que se refiere al conjunto de síntomas físicos, que se desencadenan al interrumpir bruscamente el consumo, o bien la reducción de la ingesta. El malestar físico que lo configura aparece cuando la

persona consume habitualmente una sustancia hasta el punto de ser dependiente. Cabe señalar, que se produce un síndrome específico para cada sustancia o tóxico.

### **Dependencia psicológica**

Becoña (2002), define la dependencia psíquica como “la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar” (p. 26).

Por su parte, Fernández et ál., (2009) la define como: “el deseo irresistible (estado de ansiedad o anhelo) de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y evitar el malestar que se siente con su ausencia” (p. 11). Por tanto, son las actividades de búsqueda de la sustancia por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Desde la perspectiva del conductismo operante, el consumo ocasional o dependiente de sustancias puede explicarse como un comportamiento que persiste por sus consecuencias, es decir, el refuerzo de una conducta puede ser cualquier acontecimiento que aumenta la probabilidad de una conducta (Fernández et ál., 2009). En este sentido, los efectos inmediatos de las sustancias son reforzadores positivos porque funcionan como un premio o recompensa; es decir, puede producirse una o varias situaciones, por ejemplo: vivencia placentera, vivencia de evasión y vivencia de aprobación de los amigos (refuerzo positivo). Por el contrario, con la retirada de la sustancia, como se mencionó anteriormente, la persona

presenta en la mayoría de casos un síndrome de abstinencia, el cual, también juega un papel reforzador, pero negativo, porque busca y consume determinada sustancia para disminuir los efectos aversivos debidos a su falta. En ambos casos responde ingiriendo más sustancia (Ruíz y Valladolid, 2002).

### **Dependencia social**

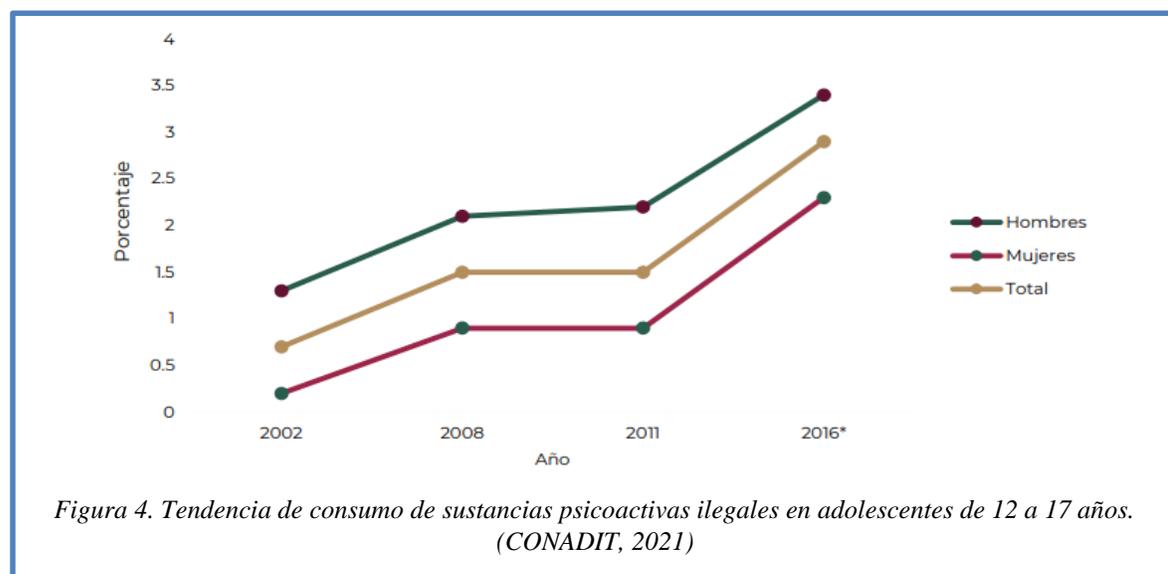
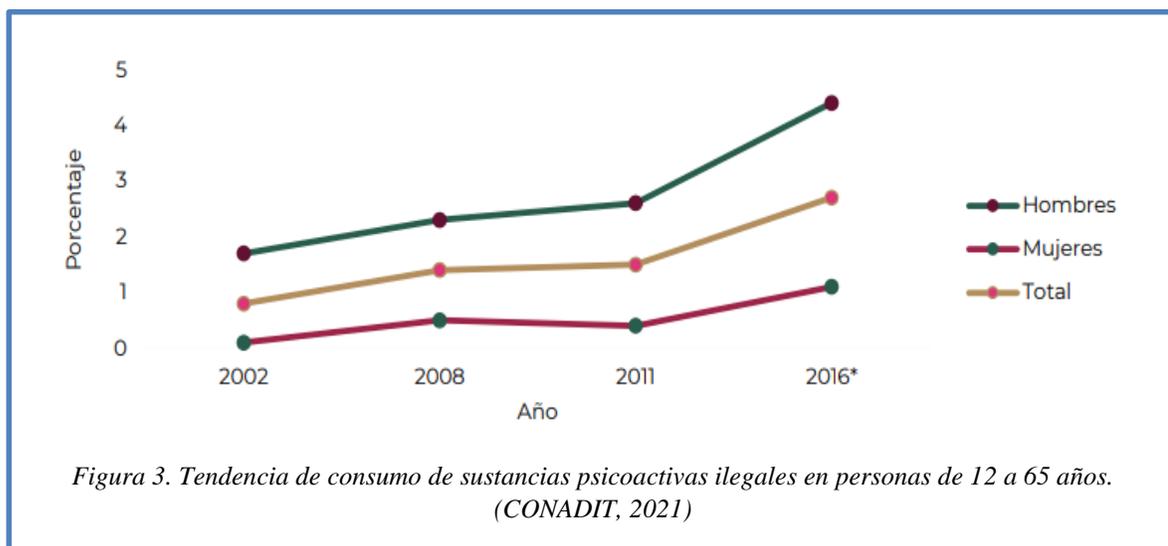
Este tercer tipo de dependencia está determinada por la necesidad de consumir sustancias psicoactivas como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una señal de identidad personal. El abandono de consumo puede generar en la persona dependiente crisis de relación con otras personas o grupos, capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de reestablecer el equilibrio social en el que se encontraba comfortable (Fernández et ál., 2009). Uno de los elementos importantes de esta vida social que explica la motivación del consumo, es el proceso que se da mediante la comunicación, la influencia social (Butman, 2001, citado por Zapata, 2017) y la creación de la cognición social, esta última entendida como el conjunto de procesos neurobiológicos y psicológicos que permiten percibir, reconocer y evaluar una situación social para construir una representación del ambiente de interacción y, posteriormente, llevar a cabo la respuesta conductual más apropiada para el contexto (Adolphs, 2001, citado por Zapata, 2017). Cabe señalar, que las personas procesan sus experiencias de acuerdo con su propia valoración de determinados acontecimientos y realizan una interpretación única y/o distinta ante un mismo evento, debido a su propia historia social (Becoña, 2002).

## **1.2 Panorama Epidemiológico**

Fernández et ál., (2009) señala que, en la mayoría de países conviven sustancias aceptadas a nivel social, cuya producción, venta y consumo están legalmente permitidos junto a otras que están sancionadas. En los países desarrollados, un elevado número de personas son dependientes a sustancias ilícitas (cocaína, metanfetamina, heroína, entre otras) y un número mayor lo son a sustancias lícitas, como el tabaco y el alcohol que, además, su consumo en muchas ocasiones es fomentado por la publicidad de diversos medios.

El Informe Mundial sobre las drogas UNODC (Villatoro et ál., 2017), estima que alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años, han consumido alguna sustancia psicoactiva una vez en el año 2015 y alrededor de 29.5 millones de esos consumidores padecen trastornos provocados por el uso de sustancias. La sustancia de consumo con mayor presencia en el mundo es la mariguana, con una prevalencia del 3.8% en el último año (alrededor de 183 millones de personas), seguida de las anfetaminas y estimulantes tipo anfetamínico (35 millones de usuarios en el último año), en tanto que el consumo de opioides llega a 35 millones de usuarios y 12 millones de personas consumen sustancias por inyección. En regiones de América del Norte y del Sur, se ha incrementado el consumo de mariguana, mientras que en partes de Europa ha disminuido; asimismo, el uso de anfetaminas y en especial las metanfetaminas está aumentando en regiones de América del Norte, Oceanía y gran parte de Asia, así como un aumento en el consumo de heroína en partes de Europa central y occidental.

En México, el consumo sustancias ilegales en personas de 12 a 65 años, presenta una tendencia de crecimiento desde 2002. En 2016, se observa la prevalencia de crecimiento, 2.2 millones de personas consumieron sustancias ilegales, de los cuales 4.4% (1.8 millones) fueron hombres y el 1.1% (474,000) fueron mujeres, como se muestra en la figura 3.



El grupo de adolescentes de 12 a 17 años reflejó un importante incremento en el consumo de sustancias psicoactivas; las diferencias más significativas ocurren de 2011 a 2016, al pasar de 1.5% (207,000 adolescentes) a 2.9% (414,000 adolescentes); de los cuales 3.4% (248,000)

fueron hombres y 2.3% (165,000) fueron mujeres, como se muestra en la figura 4 (CONADIT, 2021).

El indicador de dependencia a sustancias psicoactivas es del 0.6%, lo que significa que 564,000 personas han desarrollado dependencia hasta el año 2016. Se presenta con mayor prevalencia esta condición entre los hombres con 1.1% (445,000) que entre las mujeres con 0.2% (99,000).

Un total de 53 mil 588 personas acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar atención por dificultades relacionadas con sustancias psicoactivas; 19 mil 880 (37.1%) lo hicieron debido al consumo de alcohol (sustancia de mayor impacto) y de estos, 62.5 % fueron hombres y 37.3% mujeres. En segundo lugar, como sustancia de impacto lo ocupó la marihuana, con un total de 17 mil 808 personas atendidas (33.2%); de estos, los hombres representaron el 80.3 % de consumidores y las mujeres el 19.7%. El tabaco ocupó el tercer lugar con un 11.9%; siendo los varones nuevamente quienes presentaron el mayor consumo, con un 59.2%, ante un 40.7% por parte de las mujeres; en general se observó una menor brecha en el consumo de esta sustancia entre hombres y mujeres. Las metanfetaminas (7.9%); inhalables (4.6 %); cocaína (2.6%) y el crack (1.0%), se ubicaron a continuación como sustancias de impacto y finalmente, otras como los tranquilizantes, la heroína, anfetaminas, pasta base, alucinógenos, antidepresivos y otros, tienen una representación menor al 1% (Villatoro et ál., 2017).

De acuerdo con la Gaceta Parlamentaria (2021), se estableció que en México residen 13.7 millones de adolescentes de 12 a 17 años. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población mexicana en este rango de edad, reportó los siguientes datos:

- ❖ 2.6% en promedio consume alcohol diariamente.
- ❖ La prevalencia nacional de consumo de tabaco en el último año es de 4.9%.
- ❖ En cuanto a sustancias ilegales, la prevalencia nacional de consumo es de 6.2%.
- ❖ 5.3 % de la población adolescente refiere haber probado marihuana alguna vez en su vida.
- ❖ El consumo de cocaína registra en promedio el 1.1% y para el caso de estimulantes de tipo anfetamínico, la prevalencia es del 0.6%.

En comparación, los resultados para la población de 18 a 65 años fueron los siguientes:

- ❖ La prevalencia nacional de consumo diario de alcohol es de 3%.
- ❖ El promedio de consumo de tabaco en el último año es de 20.1%.
- ❖ El consumo de sustancias ilegales en el último año equivale al 14.5% en promedio nacional.
- ❖ Con respecto al consumo de marihuana, la prevalencia nacional equivale al 12.80% en promedio.
- ❖ De acuerdo con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico alguna vez en la vida, la prevalencia nacional es de 1.5%.

En la actualidad, el consumo de sustancias es cada vez más difuso, porque muchas personas consumidoras, sea de forma ocasional o habitual, tienden a utilizar más de una sustancia (Villatoro et ál., 2017).

### **1.3 Clasificación y problemas de salud relacionados con cada sustancia psicoactiva**

El uso, abuso y dependencia de una o varias sustancias psicoactivas, es el proceso por el que una persona desarrolla una drogodependencia; tiene un alto costo en la vida saludable, productividad laboral y escolar, así como en la armonía familiar y; como consecuencia existe una sobreutilización de los servicios de salud (Becoña, 2002). El mayor riesgo para desencadenar una dependencia, inicia con la creencia sobre el control de la sustancia; consiste en que la persona piensa que puede dejar de consumir cuando lo decida, sin embargo, en muchos casos esto no sucede así, si no lo contrario. Una vez que la persona se encuentra inmersa en la dependencia, necesita ayuda de terceras personas, así como un tratamiento adecuado bajo la supervisión de profesionales (Cuerno, 2013).

La primera fase del proceso es el *uso de una sustancia*, y se refiere al consumo que no produce consecuencias negativas en la persona, este tipo de consumo se da cuando se usa de forma esporádica. La segunda fase *abuso de una sustancia*, surge cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo y; la tercera fase es *la dependencia*, que aparece con el uso excesivo y genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo (Becoña y Cortés, 2010).

#### **Clasificación de sustancias psicoactivas**

- ❖ *Sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC):* Entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro, en este grupo se encuentra el alcohol; opiáceos; GHB (gamma-hidroxibutirato) y; medicamentos psicoactivos.

- ❖ *Sustancias estimulantes del SNC*: Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, se encuentran los estimulantes mayores (anfetaminas, cocaína) y; estimulantes menores (nicotina y cafeína).
  
- ❖ *Sustancias perturbadoras del SNC*: Trastornan el funcionamiento del cerebro, por ejemplo, los alucinógenos; hachís; marihuana y; sustancias de síntesis como el éxtasis (Rufino, 2012).

De acuerdo al DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de sustancias. *Alcohol; Cafeína; Cannabis; Alucinógenos* (fenciclidina y alucinógenos); *Inhalantes; Opiáceos; Sedantes, Hipnóticos y ansiolíticos; Estimulantes; Tabaco y; Otras sustancias*. Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí; cualquier sustancia consumida en exceso, provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos; también provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

El consumo de estas sustancias (excepto la cafeína) tienen un modelo problemático que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo de acuerdo a las siguientes manifestaciones:

- Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
- Ansiedad o necesidad de consumir.
- Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
- Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Síndrome de abstinencia.

A continuación, se describe cada sustancia psicoactiva, así como algunos problemas de salud específicos relacionados a cada una de ellas:

## **Nicotina (tabaco)**

El consumo de Nicotina se considera un problema de salud pública a nivel mundial, así como la primera causa que puede prevenir diferentes padecimientos crónicos de alto riesgo de mortalidad, distintos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Se extrae de la planta *Nicotiana tabacum* que por lo regular se fuma en forma de cigarrillo. El nivel de dependencia que produce es muy elevado y como se mencionó anteriormente, es estimulante del SNC.

El uso de productos de tabaco masticado o aspirado también se asocian con un mayor riesgo de enfermedades, así como las personas que están expuestas al humo en el medio ambiente, también conocidas como fumadores pasivos. Los riesgos asociados al consumo de productos de tabaco son los siguientes (de menos a más severos):

- Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel
- Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe
- Infecciones respiratorias y asma
- Alta presión sanguínea y diabetes mellitus
- Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer
- Enfermedades renales
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema
- Enfermedades cardíacas, apoplejías y enfermedades cardiovasculares

- Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Alcohol**

El alcohol constituye un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008).

Su consumo se considera un factor de riesgo para una gran variedad de problemas de salud y es causa importante de enfermedades prematuras, pérdida de la calidad de vida e incluso la muerte. Los problemas sociales también son derivados del consumo dependiente del alcohol, entre los que se consideran la ruptura de relaciones familiares, de amistad y de trabajo, sin dejar de lado los problemas relacionados con el ámbito escolar. Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo están en riesgo de tener bebés con deformidades y dificultades de aprendizaje o conducta.

Los efectos del alcohol y los niveles de riesgo para el consumo, se describen a continuación (de menos a más severos):

- Resacas, conducta violenta, accidentes, náusea y vómito

- Disminución en el desempeño sexual y envejecimiento prematuro
- Problemas digestivos, úlceras, inflamación de páncreas y alta presión sanguínea
- Ansiedad, depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales
- Dificultad para recordar cosas y resolver problemas
- Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas
- Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación
- Apoplejía, daño muscular y en los nervios
- Enfermedad del hígado y el páncreas
- Cáncer de boca, garganta y mama
- Suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Cannabis**

El cannabis (sativa) es una planta de la que se pueden fumar sus hojas (regularmente en forma de cigarrillo), se conoce como marihuana, grifa, maría, hierba, etc. (Becoña, 2002). Es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en el mundo y aunque es posible experimentar sobredosis e intoxicación, la probabilidad de muerte debida a intoxicación por el uso exclusivo de esta sustancia es muy baja; sin embargo, la combinación con otras sustancias puede resultar en sobredosis y muerte.

El consumo de cannabis se asocia a consecuencias negativas para la salud, y en las mujeres embarazadas su consumo causa efectos semejantes a los del tabaco, tanto en la madre como en el bebé. Los riesgos asociados con el consumo de cannabis (de menos a más severos) son los siguientes:

- Problemas de atención y motivación
- Ansiedad, paranoia, pánico y depresión
- Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas
- Presión sanguínea alta
- Asma y bronquitis
- Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia
- Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Cocaína**

La cocaína se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*). Se puede tomar en forma de hojas de coca y, en su estado manufacturado, su alcaloide cocaína o el subproducto crack. (San, 1996, citado por Becoña, 2002).

Es una sustancia psicoactiva estimulante y su consumo está relacionado con problemas de salud mental y físicos; su consumo conlleva un riesgo considerable de complicaciones

tóxicas y muerte repentina, por lo general debido a su efecto en el sistema cardiovascular. También está asociado con conductas de alto riesgo, como inyectarse con jeringas contaminadas y tener relaciones sexuales sin protección y/o con diversas parejas, lo que pone a los usuarios y a sus parejas en un riesgo considerable de contraer numerosas enfermedades transmitidas sexualmente y virus en la sangre. La cocaína tiene un efecto inicial rápido y los efectos que provoca pueden terminar rápidamente; de esta manera es fácil consumirla en múltiples ocasiones, por lo que puede producir una dependencia psicológica, acompañada de un deseo intenso de volver a consumir; cabe señalar, que esto se puede desarrollar al consumirla solo unas cuantas veces.

Los riesgos asociados con el consumo de cocaína (de menos a más severos) son:

- Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza y pérdida de peso
- Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel
- Ansiedad y estrés por el estilo de vida
- Accidentes y problemas económicos
- Cambios del estado de ánimo: depresión y manías
- Paranoia, pensamientos irracionales y dificultad para recordar cosas
- Conducta agresiva y violenta
- Psicosis
- Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Estimulantes de tipo anfetamina**

Los estimulantes de tipo anfetamina son la dexanfetamina, la metanfetamina y el éxtasis (MDMA). Este tipo de sustancia, aunque tiene efectos semejantes a los de la cocaína, presenta un perfil farmacológico diferente al de la cocaína, y su consumo puede causar muchos problemas de salud mental y físicos.

Algunos estimulantes de tipo anfetamina dañan las células del cerebro y su consumo en altas dosis a largo plazo es un factor de riesgo de malnutrición que también puede causar daño permanente a las células del cerebro. Su consumo está asociado con problemas sociales, en las relaciones personales, económicos, laborales y con los estudios, así como cambios en el estado de ánimo; incluso algunos usuarios notifican un empeoramiento de los problemas de salud mental, como depresión e irritabilidad.

Los riesgos asociados con el consumo de Estimulantes de tipo anfetamina (de menos a más severos) son:

- Dificultad para dormir, pérdida de apetito, peso, deshidratación y reducción de la resistencia a las infecciones
- Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza y dolor muscular
- Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías y pánico
- Temblores, latido irregular del corazón y falta de aliento
- Dificultad para concentrarse y recordar cosas

- Paranoia, conducta agresiva y violenta
- Daño cerebral permanente
- Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **Alucinógenos**

En este grupo de sustancias están la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y psilocina (hongos psicotrópicos), la ketamina, la fenciclidina (PCP) y la mescalina. Estas sustancias afectan las percepciones de la realidad, distorsionando uno o varios de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto), lo que resulta en alucinaciones, así como distorsiones de los procesos cognitivos, del sentido del tiempo, de la conciencia de uno mismo y del estado de ánimo.

Existen alucinógenos naturales, como los hongos psicotrópicos y la mescalina, y alucinógenos sintéticos (LSD, ketamina y el PCP). Los efectos de los alucinógenos son impredecibles y pueden variar dependiendo de cada persona; a largo plazo, puede aumentar los efectos de problemas de salud mental, como la esquizofrenia.

Estas sustancias tienden a usarse de manera experimental y ocasional, por lo que no causan gran dependencia, lo que significa que es poco probable que los consumidores se vuelvan físicamente dependientes. Los riesgos asociados con el consumo de alucinógenos (de menos a más severos) son:

- Cambios visuales, auditivos, táctiles, olfativos y conducta impredecible
- Dificultad para dormir
- Náusea y vómito
- Taquicardia y alta presión sanguínea
- Cambios del estado de ánimo
- Ansiedad, pánico y paranoia
- Visiones retrospectivas
- Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **Inhalantes**

Los inhalantes se conocen como todas las sustancias que pueden inhalarse o respirarse, sin embargo, pueden tener una variedad de diferentes acciones farmacológicas. Las sustancias más comúnmente usadas son la gasolina, los solventes para pinturas, los aerosoles, las lacas que contienen benzina y los pegamentos o disolventes que contienen tolueno. La forma más común en la que se utilizan es aspirada de un recipiente, aunque algunas personas la aspiran a través de una bolsa de plástico. Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, dolores de cabeza y diarrea. Las dosis más altas pueden provocar pronunciación inarticulada, desorientación, confusión, temblores, dolores de cabeza y alucinaciones visuales; a mayores dosis puede causar un coma o la muerte por infarto.

Suelen ser consumidos por jóvenes, ya que son de fácil acceso; sin embargo, algunos grupos usan inhalantes hasta la edad adulta, a veces por falta de disponibilidad de otras sustancias o por presiones culturales. Los inhalantes en general no tienen gran potencial de producir dependencia, no obstante, su consumo se asocia con una serie de efectos graves y crónicos.

Los riesgos asociados con el consumo de inhalantes (de menos a más severos) son los siguientes:

- Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis y sangrado de nariz
- Náusea y/o vómito, indigestión, úlceras estomacales y diarrea
- Mareo y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa
- Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa
- Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo
- Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo
- Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)
- Muerte por insuficiencia cardíaca (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **Sedantes y pastillas para dormir**

Los sedantes y las pastillas para dormir abarcan los benzodiazepinas y los compuestos relacionados, no así los neurolépticos. Aunque requieren receta médica, pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. Por lo general se recetan para ayudar a dormir, controlar la ansiedad u otro trastorno del estado de ánimo, trauma, procedimientos quirúrgicos, abstinencia de sustancias específicas, convulsiones y dolor. Entre los sedantes y las pastillas para dormir se encuentran los diazepam, temazepam, alprazolam, clonazepam, flunitrazepam, zolpidem, midazolam y fenobarbitona, entre otros. La tolerancia y dependencia a los sedantes y pastillas para dormir pueden ocurrir después de un corto período de uso, y la abstinencia de estas sustancias puede ser muy desagradable, bajo los siguientes síntomas: ansiedad, pánico severo, insomnio, depresión, dolor de cabeza, sudoración, fiebre, náusea, vómito y convulsiones.

Es poco probable que estas sustancias causen muerte por sobredosis cuando se toman solas, pero si se combinan con otras sustancias, como alcohol, paracetamol, antidepresivos u opiáceos, el riesgo de sobredosis y muerte aumenta considerablemente.

Los riesgos asociados con el consumo de sedantes y pastillas para dormir (de menos a más severos) son:

- Aletargamiento, mareo y confusión
- Dificultad para concentrarse y recordar cosas
- Náusea, dolores de cabeza, paso inestable
- Problemas para dormir

- Ansiedad y depresión
- Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo
- Síntomas de abstinencia severos
- Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Opiáceos**

Los opiáceos son sustancias depresivas del sistema nervioso central. Algunos son ilegales (sin receta), como la heroína y el opio, y otras son recetadas para tratar el dolor; sin embargo, también pueden causar problemas cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. También se pueden inyectar (a menudo sucede así con la heroína), y se pueden fumar (opio), tomar oralmente, intramuscularmente, por vía intravenosa o sublingual o como supositorio anal (opiáceos farmacéuticos). La inyección de heroína tiene un efecto inmediato sobre el cuerpo, el cual puede resultar en una sobredosis, en particular si se combina con otras sustancias como alcohol o benzodiazepinas.

Los riesgos asociados con el consumo de opiáceos (de menos a más severos) son los siguientes:

- Comezón, náusea y vómito
- Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares
- Dificultad para concentrarse y recordar cosas

- Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia
- Estrés en las relaciones personales
- Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar
- Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia
- Sobredosis y muerte por paro cardíaco (Organización Mundial de la Salud, 2011).

### **Otras Sustancias psicoactivas**

Bajo la categoría de ‘otras sustancias’, se encuentran las que no pertenecen a ninguna de las anteriores categorías, ya sean farmacológicas o de otro tipo, tales como gamahidroxibutirato (GHB) y cualquier otra sustancia de diseño (kava, datura, khat, nuez y moscada). El GHB (Fantasy) fue sintetizado por primera vez como anestésico y después se popularizó como sustancia recreativa con propiedades semejantes a las del alcohol y como suplemento alimenticio comercializado para los fisicoculturistas. Tiene un efecto rápido y propiedades sedantes/amnésicas, sin embargo, fue prohibido como anestésico en muchos países debido a que producía convulsiones después de su consumo (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## **Capítulo 2. Desarrollo psicológico: cognitivo, afectivo y social del adolescente**

### **2.1 Adolescencia**

La adolescencia comienza con la pubertad entre los 10 y 12 años y termina a los 19 o 20 años. Esta etapa comprende dos fases: la temprana, que sucede entre los 10 y 15 años, y la tardía que se extiende hasta los 19 o 20 años aproximadamente (OMS, 2014, citado en Barcelata, 2015). En este periodo, la toma de decisiones y búsqueda de identidad, son de gran importancia, debido a su implicación en el desarrollo de aspectos biopsicosociales; así como en la iniciación de actividades sexuales, que serán determinantes en su desarrollo posterior (Vargas, s.f.).

Es una etapa evolutiva, transitoria, dinámica y cambiante, en la que se experimentan una serie de cambios emocionales, comportamentales y físicos (Arbex, 2002); estos cambios implican incertidumbre sobre lo que puede acontecer en el futuro y tensiones que se pueden presentar en el hogar, en el ambiente escolar o con los amigos (Fernández, 2006). Algunas de las características evolutivas propias de esta etapa son: la necesidad de transgresión; de conformidad intragrupal; rechazo a la ayuda de los adultos y susceptibilidad frente a las presiones del entorno (Arbex, 2002). Estos componentes constituyen los desafíos de la adolescencia, en la que se adquiere una imagen de la autoestima, así como los recursos psicológicos internos (imagen de sí mismo) y externos (apoyo emocional), los cuales pueden tener repercusiones muy importantes en la autoevaluación o autopercepción y, al mismo tiempo, relacionarse con el estado de salud en etapas posteriores de la vida (Fernández, 2006).

Como se ha mencionado, en la adolescencia se configura la identidad personal y la independencia de los padres; no obstante, es importante señalar que cada adolescente expresa sus dificultades, conflictos y vivencias de una manera particular, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelven (Arbex, 2002). La vulnerabilidad, es otro factor relevante, ya que por los diversos cambios corporales, intelectuales y emocionales, frecuentemente genera una cierta tensión, a la que en ocasiones se suman otras dificultades del entorno familiar y escolar (Martínez et ál., 2000) y los hace particularmente sensibles a los problemas relacionados con la salud mental, desarrollo físico, emocional, conductual, de intereses y expectativas; dicho malestar puede reflejarse en el uso o abuso de sustancias psicoactivas legales o ilegales como el tabaco, el alcohol, marihuana, entre otras (Fernández, 2006).

## **2.2 Teoría de Erik H. Erikson**

Erik Homberger Erikson, nació en Alemania en 1902. Fue criado por su madre y su padrastro, ambos de origen judío. En su juventud estudio arte y más tarde enseñó esta disciplina a los hijos de los pacientes de Freud, acontecimiento que lo acercó a tener contacto con los niños (Cloninger, 2003). Erikson estudió psicoanálisis con Freud y formó parte del instituto psicoanalítico de Viena y llegó a ser psicoanalista infantil. En 1933, emigró a los Estados Unidos, donde continuó sus estudios de psicoanálisis y fue miembro de la Clínica Psicológica de Harvard y de otros Institutos; murió el 12 de mayo de 1994, a los 92 años de edad (Bordignon, 2005).

La contribución más importante de Erikson, fue un modelo del desarrollo de la personalidad que se prolonga a lo largo de la vida. Extendió el contexto del psicoanálisis del desarrollo psicosexual hacia el contexto del desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona (Bordignon, 2005). Reinterpretó las etapas psicosexuales de Freud, bajo la propuesta de que la motivación principal para el desarrollo es social, y no solo sexual (Cloninger, 2003); es decir, para las etapas psicosexuales oral, anal, fálica y genital surgen paralelamente etapas de evolución psicosocial de desarrollo del 'yo', como se muestra en la figura 5. En la teoría de las etapas psicosociales, el individuo puede establecer nuevas orientaciones básicas hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el mundo exterior (Álvaro, 1992).

<b><i>Etapas psicosociales</i></b>	<b><i>Etapas psicosexuales y modos</i></b>	<b><i>Comparación con la fase freudiana</i></b>	<b><i>Edad</i></b>
1. Confianza <i>vs.</i> desconfianza	Oral-respiratorio, sensorial-kinestético (modo de incorporación)	Oral	Infancia
2. Autonomía <i>vs.</i> vergüenza y duda	Anal-uretral Muscular (modo eliminativo-retentivo)	Anal	Niñez temprana
3. Iniciativa <i>vs.</i> culpa	Infantil-genital Locomotor (intrusivo, modo inclusivo)	Fálica	Edad del juego
4. Laboriosidad <i>vs.</i> inferioridad	Latencia	Latencia	Edad escolar
5. Identidad <i>vs.</i> difusión de la identidad	Pubertad	Genital	Adolescencia
6. Intimidad <i>vs.</i> aislamiento	Genitalidad	Genital	Adulthood joven
7. Generatividad <i>vs.</i> autoabsorción	Procreatividad	Genital	Adulthood
8. Integridad <i>vs.</i> desesperanza	Generalización de los modos sensuales	Genital	Edad avanzada

*Figura 5. Etapas del desarrollo psicosocial en comparación con el desarrollo psicosexual. (Cloninger, 2003)*

Erikson enfatizó la influencia de factores psicosociales y socioculturales en el desarrollo del *yo*; integró el psicoanálisis clínico y la antropología cultural matizando nuevos aspectos del desarrollo (Bordignon, 2005). Su hipótesis se fundamentó en que las personas son seres activos buscando adaptarse al medio ambiente en que viven (Martínez, 2008). Cada persona se desarrolla dentro de una sociedad en particular, la cual, a través de sus patrones específicos culturales y de las instituciones sociales, influye profundamente en cómo la persona resuelve los conflictos (Cloninger, 2003).

Erikson afirmó que la existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios: en primer lugar, el proceso biológico, que envuelve la organización jerárquica de los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico (el soma); en segundo lugar, el proceso psíquico, que envuelve las experiencias individuales en síntesis del *yo*, que hace referencia a los procesos psíquicos y la experiencia personal y/o relacional; y por último, el proceso ético-social, que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresadas en principios y valores de orden social (el *ethos*) (Bordignon, 2005). En otras palabras, el *yo* está interesado no sólo en los temas biológicos (psicosexuales) sino también en los interpersonales (psicosociales) (Martínez, 2008).

Erik Erikson (1959, citado en Cloninger, 2003) basó su entendimiento del desarrollo, bajo el principio epigenético, entendido como: “todo lo que crece tiene un plan fundamental y de éste emergen las partes; cada parte tiene su tiempo de ascensión especial, hasta que todas las partes hayan emergido para formar un todo funcional” (p. 138).

Bordignon (2005), lo describe en otras palabras:

“El principio epigenético afirma que todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento. Este principio se aplica en los tres procesos complementarios: a) en el proceso biológico de la organización de los sistemas de órganos que constituyen un cuerpo (soma); b) en el proceso psíquico que organiza la experiencia individual a través de la síntesis del yo (psique) y; c) en el proceso social de la organización cultural e interdependencia de las personas (ethos)” (p. 52).

Esta teoría del desarrollo epigenético de la personalidad comprende ocho etapas de la vida; en las cuatro primeras se analizan las particularidades psicosociales que afrontan los niños y que son la base para el desarrollo paulatino de su identidad. En las últimas cuatro, se analiza el desarrollo de la identidad (propio de la etapa adolescente), la intimidad, la generatividad y la integridad (Martínez, 2008). Cabe señalar que en cada etapa se presenta una crisis, cuya resolución depende de la capacidad de cada persona; de su dominio del entorno en el sentido de su propia identidad (Torregrosa, 1983); por su maduración; por sus propias experiencias y; por las instituciones sociales presentes en su cultura. La solución de las crisis y la dirección e intensidad con que han sido resueltas, facilitan o dificultan la resolución de crisis en las etapas siguientes. Cada etapa posterior, a su vez, puede dificultar, corregir o contrarrestar los efectos positivos o negativos de las crisis anteriores (Álvaro, 1992).

A continuación, se describen las ocho etapas psicosociales que postula Erik Erikson, de acuerdo con Bordignon (2005), autor que destaca la virtud básica que corresponde a cada estadio:

### **Etapa 1. Confianza vs desconfianza**

#### **Virtud Básica: Esperanza, niño (a) de 0 a 18 meses**

Descrita desde un modo psicosexual, el niño aprende a recibir y aceptar lo que le es otorgado por medio de la asimilación de los patrones somáticos, mentales y sociales por el sistema sensoriomotor, oral y respiratorio. La confianza básica nace de la certeza interior y de la sensación de bienestar en el aspecto físico y psíquico (ser acogido, recibido y amado) que nace principalmente por la madre, al proporcionar cuidados de alimentación, atención y afecto. La desconfianza básica surge cuando no encuentra respuestas a las anteriores necesidades, lo cual desarrolla una sensación de abandono, aislamiento, separación y confusión existencial sobre sí, sobre los otros y sobre el significado de vida; no obstante, cierta desconfianza es significativa en el área personal y social, ya que contribuye a la formación de la prudencia y de una actitud crítica.

De la resolución positiva de la confianza versus desconfianza, surge la virtud básica de la *esperanza*, entendida como el sentido y significado para la continuidad de la vida, que nutre a la niñez de una confianza interior para enfrentarla: “Yo soy la esperanza de tener y de dar”. La consistencia y la cualidad de los ritos (rutinas diarias) y ritualizaciones (de los tiempos) proporcionan más adelante un significado físico y afectivo, un significado de trascendencia personal, social y espiritual de la vida.

## **Etapa 2. Autonomía vs vergüenza y duda**

### **Virtud Básica: Voluntad, infancia: de 2 a 4 años**

Esta etapa corresponde a la maduración muscular, al aprendizaje de la autonomía física, al aprendizaje del sistema retentivo y eliminativo (higiene) y del aprendizaje de la verbalización (capacidad de expresión oral). Los ejercicios de estos aprendizajes son fundamentales para el desarrollo de la autonomía (expresión de la libertad física, verbal y de locomoción), así como la capacidad de recibir orientación y ayuda de otros. Sin embargo, es importante considerar que un excesivo sentimiento de autoconfianza y pérdida del autocontrol, pueden hacer surgir la vergüenza y la duda, como imposibilidad de ejercitarse en su desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización; acompañado de un sentimiento de desprotección, incapacidad e inseguridad en las propias capacidades y cualidades. El equilibrio entre las experiencias de amor u odio, cooperación o aislamiento, autonomía o heteronomía (recibir ayuda de otros), de los comportamientos solidarios, altruistas o egocéntricos hostiles y compulsivos, son la base para la formación de la consciencia moral, del sentido de justicia, así como de la ley y orden. Cabe señalar, que el ritualismo desvirtuado, tanto permisivo como rígido, conduce al legalismo.

La virtud que nace de la resolución positiva de la autonomía versus vergüenza y duda, son la *voluntad* de aprender, de discernir y decidir en términos de autonomía física, cognitiva y afectiva, de tal forma que el contenido de esta experiencia puede ser expresada como: “Yo soy lo que puedo querer libremente”.

### **Etapa 3. Iniciativa vs culpa y miedo**

#### **Virtud Básica: Propósito, edad preescolar: de 4 a 6 años**

La dimensión psicosexual de esta etapa corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), mayor capacidad locomotora y perfeccionamiento del lenguaje. Estas capacidades predisponen al niño para iniciarse en la realidad o en la fantasía; en el aprendizaje psicosexual (identidad de género, funciones sociales y complejo de Edipo); en el aprendizaje cognitivo (forma lógica preoperacional y comportamental) y; afectivo (expresión de sentimientos). El sentimiento de culpa nace del fracaso de las anteriores capacidades y del miedo a enfrentarse a los otros en el aprendizaje psicosexual, psicomotor, escolar o en otra actividad. El justo equilibrio entre la iniciativa versus culpa y miedo, es significativo para la formación de la consciencia moral a partir de los principios y valores internalizados en los procesos de aprendizaje, en el ámbito escolar e inserción social, a través de los prototipos ideales representados por sus padres, adultos significativos y la sociedad. Por el contrario, el moralismo designa las normas sociales en su forma inhibidora y culposa. Cabe señalar, que, en esta etapa, la presencia de la tríada familiar es necesaria para la formación de la capacidad de separación afectiva, de dar y recibir afecto a una tercera persona, incluyendo la resolución del complejo de Edipo.

La ritualización se expresa en tres niveles diferentes referente al juego. La primera es en la autoesfera (sensaciones del propio cuerpo); en la microsfera (los juguetes) y en la macrosfera (actos que corresponden a las relaciones con los otros). La virtud que surge de la resolución positiva de esta crisis es el propósito, el deseo de ser, de hacer y de convivir, sintetizado en la expresión: “Yo soy lo que puedo imaginar que seré”. El arte dramático y el

juego son ritualizaciones de las experiencias existenciales de la niñez, en los roles y funciones sociales, así como del aprendizaje de los significados de las crisis psicosociales para la formación de su conciencia moral.

#### **Etapa 4. Industria vs inferioridad**

##### **Virtud Básica: competencia, edad escolar: de 6 a 12 años**

Esta etapa corresponde a la latencia, en donde disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. El infante es capaz de seguir instrucciones sistemáticas por parte de los adultos, en la familia, escuela y sociedad. Se desarrolla el sentido de la industria; para el aprendizaje cognitivo; iniciación científica y tecnológica; para la formación del futuro profesional; la productividad y; la creatividad, en donde el papel de los padres, profesores e instituciones es fundamental. El aprendizaje y el ejercicio de estas habilidades desarrollan en el niño el sentimiento de capacitación, competencia y de participación en el proceso productivo de la sociedad, anticipando el perfil de futuro profesional; sin embargo, cuando el niño ejecuta estas habilidades exclusivamente por el valor de la formalidad técnica, dejando de lado el sentido lúdico y la fuerza de la imaginación, puede desarrollar una actitud formalista en relación a las actividades profesionales, de los procesos tecnológicos y burocráticos.

De la resolución de la crisis Industria versus inferioridad surge la competencia personal y profesional para la iniciación científica-tecnológica y la futura identidad profesional, expresada en la frase: “Yo soy el que puedo aprender para realizar un trabajo”.

## **Etapa 5. Identidad vs confusión de roles**

### **Virtud Básica: fidelidad y fe, adolescencia: de 12 a 20 años**

El período de la pubertad y de la adolescencia, involucra el crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad. La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos: Identidad psicosexual, por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor; identificación ideológica por la similitud de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; la identidad psicosocial en la que se fortalece la relación social significativa, que hace referencia a la formación de grupos de iguales, en donde el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con quienes puede establecer relaciones autodefinitorias, superar la confusión de roles, establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; la identidad profesional por la selección de una profesión en la que pueda dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y por último, la identidad cultural y religiosa que fortalecen el sentido de vida.

La fuerza distónica en esta etapa, es la confusión de roles, inseguridad e incertidumbre en la formación de la identidad. Un justo equilibrio entre la formación de la identidad y la confusión, alimenta la búsqueda constante de nuevos estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe (este proceso puede extenderse a través del tiempo y no solo es parte de una etapa). De la resolución de la crisis de Identidad vs confusión

de roles, nace la virtud básica de la fidelidad y la fe, resumidos en la frase: “Yo soy el que puedo creer fielmente”.

## **Etapa 6. Intimidad vs aislamiento**

### **Virtud Básica: amor; juventud: de 20 a 30 años**

La madurez psicosexual del adolescente se manifiesta en el momento de la genitalidad, que consiste en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable con otra persona, con quien pueda y quiera compartir una confianza mutua y regular. La intimidad, es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, a integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos. Los principios relacionados de orden social se expresan en las relaciones de integración y compromisos en instituciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas. La fuerza contraria en esta etapa es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad de la realización del amor y el ejercicio profesional.

La virtud que emerge de la resolución de la intimidad por el aislamiento es el amor y la entrega, como dedicación y donación a los otros (sociedad). La fuerza del amor transforma la expresión de la dialéctica de los estadios anteriores del “yo soy” a “nosotros somos”. La capacidad de amar y trabajar se transforma en corrientes de asociaciones de solidaridad (ritualizaciones integrantes), en cuanto que los sistemas elitistas (ritualizaciones desintegrantes) se forman a partir del aislamiento afectivo y social.

## **Etapa 7. Generatividad vs estancamiento**

### **Virtud Básica: cuidado y amor, adulto: de 30 a 50 años**

En esta etapa la prevalencia psicosexual es la cualidad de la generatividad, entendida como el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad. El impulso generativo incluye la capacidad de productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia, tecnología y creatividad; esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones. La virtud propia de esta etapa es el cuidado y el amor, este sentimiento de responsabilidad que trasciende la atención a la propia familia y al trabajo. La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento, es decir, cuando la fuerza generativa fracasa surge un sentimiento de estancamiento, depresión y de narcisismo, que imposibilitan la eficiencia y eficacia del amor y trabajo. El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar, de producir y de criar. El rechazo, es un sentimiento de aislamiento y alejamiento de los otros y cuando este es social e inhibido se puede volver contra la propia persona en forma de auto-rechazo.

El ritualismo de la edad adulta, puede transformarse en autoritarismo, por el uso exagerado del poder generativo en la familia, en el trabajo o por la imposición de las ideologías en los procesos psicosociales. De la resolución de la crisis de generatividad vs estancamiento, nace la experiencia de la caridad, entendida como la virtud de cuidado y celo, que experimenta la capacidad de donación de sí, en el amor y en el trabajo, en beneficio de

los otros y de los valores universales de la humanidad, expresados en la frase: “Yo soy el que cuido y celo”.

## **Etapa 8. Integridad vs desespero**

### **Virtud Básica: Sabiduría, madurez después de los 50 años**

En esta última etapa, la fuerza sintónica es la integridad, que significa, la aceptación de sí, de la historia personal, del proceso psicosexual y psicosocial; la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas. La vivencia del amor universal, como experiencia que resume la vida y el trabajo, una convicción del propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; una confianza especialmente en las nuevas generaciones, con las cuales se sienten tranquilos al presentarse como modelo por la vida recorrida y por la muerte a enfrentar. Por el contrario, la falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos, se manifiesta por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores, el temor a la muerte y desesperanza.

De la resolución de la crisis Integridad versus desespero, nace la sabiduría, entendida como el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos sus significados, que se expresa en la frase: “Yo soy el que sobrevive en mí”. Por último, en contraposición a los sistemas filosóficos y religiosos, el ritualismo desvinculante de este estadio es el dogmatismo, basado en el poder totalizante, que puede transformarse en dogmatismo coercitivo.

En resumen, tres fuerzas surgen en la vida de las personas a través de los estadios de la vida humana: en la infancia surge la esperanza, a partir de la crisis entre la confianza vs desconfianza; en la adolescencia, la fidelidad y la fe, a partir de la superación de la identidad vs confusión de roles; y, en tercer lugar, el amor en la vida adulta, por la superación de la generatividad vs estancamiento; de su eficacia depende la calidad de vida de las personas y de la sociedad (Bordignon, 2005).

Cabe señalar que, Erikson se ocupó especialmente del conflicto que se presenta en la adolescencia, es decir, el de Identidad vs confusión de rol, ya que, para él, durante la adolescencia, surge la formación de la identidad como resultado de conflictos infantiles específicos que, a la vez, el medio social inicia, refuerza y agrava (Erikson, 2015). Plantea, que la identidad resulta de la integración de una variedad de identificaciones pasadas de la infancia con identificaciones presentes tanto a nivel consciente como inconsciente y que el desarrollo de la personalidad es un proceso de búsqueda de dicha identidad que comprende toda la vida. En esta búsqueda se deben resolver los conflictos creados por fuerzas biológicas (fortalezas y debilidades biológicas), psicológicas (experiencias personales) y sociales (cultura y contexto histórico) que operan en la vida de cada persona (Niemeyer, 1999).

De acuerdo con Erikson (2015), la identificación yoica, significa saber quiénes somos y como entablamos relación con el resto de la sociedad y está última a la vez, debe proporcionar ciertas tareas y rituales que ayuden a distinguir al adulto del niño. El aspecto social de la identidad, es explicado dentro de la dimensión comunitaria en la que un individuo se encuentra a sí mismo. Para Erikson, ningún *yo* constituye una isla para sí mismo, ya que, durante su desarrollo, depende en primer lugar del apoyo de modelos parentales y, después,

de modelos sociales, así como de la ideológica de la cultura; en consecuencia el adolescente se da cuenta de si el sistema es lo suficientemente fuerte en su forma tradicional como para ser “confirmado” por el proceso de identidad o está lo suficientemente debilitado como para sugerir su renovación, reforma o revolución; así, se puede decir que la identidad psicosocial posee un aspecto psico-histórico. Como se mencionó anteriormente, en la adolescencia puede surgir una confusión de roles, confusión que intensifica la sensación de no saber cuál es su lugar en la sociedad y en el mundo, lo cual se conoce como “crisis de identidad”.

Se vuelve evidente, que desde el principio de la vida existe una relación entre el desarrollo interno (cognoscitivo y emocional) y un medio ambiente estimulante; de manera que ninguna etapa ni ninguna crisis podrían ser formuladas sin una caracterización del mutuo acoplamiento de la capacidad del individuo para relacionarse con un espacio vital cada vez mayor de personas e instituciones por una parte, y por la otra, la disposición de estas personas e instituciones para hacerle partícipe de su cultura presente (Erikson, 2015).

### **2.3 Estrategias de afrontamiento**

El afrontamiento consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico; su importancia se encuentra en la relación que tiene con la teoría del estrés, porque así se conocen las situaciones que el individuo enfrenta (Zavala et ál., 2008). Por tal motivo, es importante dar paso al estudio del estrés antes de hablar de afrontamiento.

En 1956, Hans Selye introdujo el término “stress” en el ámbito de la salud, el cual se ha convertido en uno de los términos más utilizados por diversas profesiones de dicho sector, así como en el lenguaje coloquial en diferentes contextos (González, 2007). En un inicio, se partió del supuesto de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con la capacidad de agotar la resistencia de cualquier organismo. Más adelante se observó que había enormes diferencias en cómo diversas personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción fisiológica del estrés, se dio paso a una perspectiva psicológica (Labrador y Crespo, 1993; Sandín, 1989; Valdés y Flores, 1985; Lazarus y Folkman, 1986, citado por Vázquez et ál., s.f.), según la cual un suceso es estresante en la medida en que una persona lo perciba o lo valore como tal. Dicho de otra manera, la forma en que una persona interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella, determina que dicha situación se convierta en estresante, así, las cogniciones constituyen un importante mediador entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés, lo cual da como resultado que ante un mismo suceso potencialmente estresante las personas presenten reacciones muy diversas (González, 2007).

En el enfoque psicológico del estrés, se encuentran los trabajos de Lazarus y Folkman y el actual modelo transaccional que resalta el papel de los moduladores psicosociales y los conceptos básicos de valoración y afrontamiento. En este modelo teórico de estrés-afrontamiento existen dos procesos: *evaluación cognitiva* y *afrontamiento*, como mediadores de la relación estrés, individuo-ambiente y sus resultados a corto y largo plazo. La evaluación cognitiva es un proceso a través del cual el individuo valora si algún evento ambiental al cual se enfrenta es relevante o amenazante para su bienestar (Nava et ál., 2010), evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar, no en función de cómo es

la situación en sí, si no en función de una valoración particular (Lazarus y Folkman, 1984, citado por González, 2007). Esta valoración se divide en primaria y secundaria; la primaria, es el proceso de percibir una situación o acontecimiento como amenazante; la secundaria, es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, que va dirigida a determinar lo que puede hacerse frente a lo acontecido, para después ejecutar esa respuesta (afrentamiento), véase figura 6. El resultado está determinado por lo que la persona piensa que puede controlar o no y, de los recursos o habilidades que disponga (González, 2007).

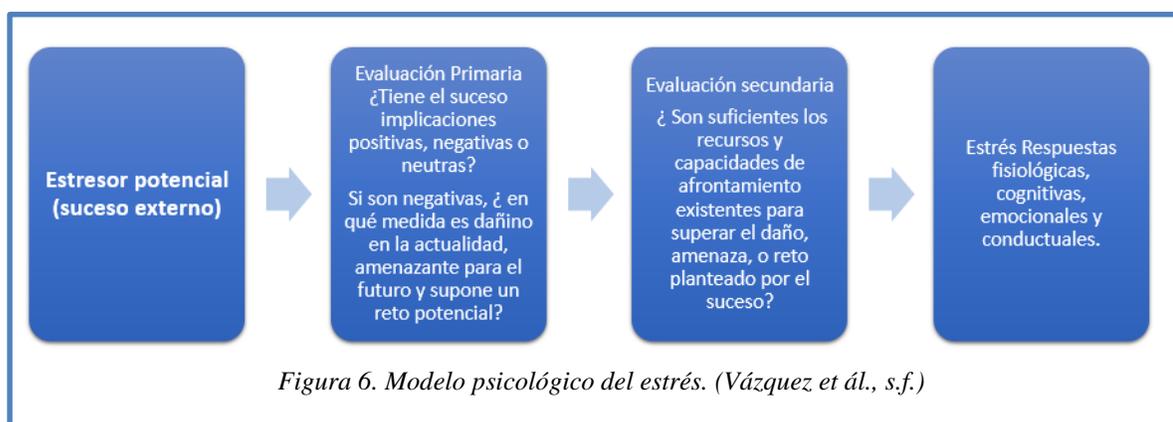
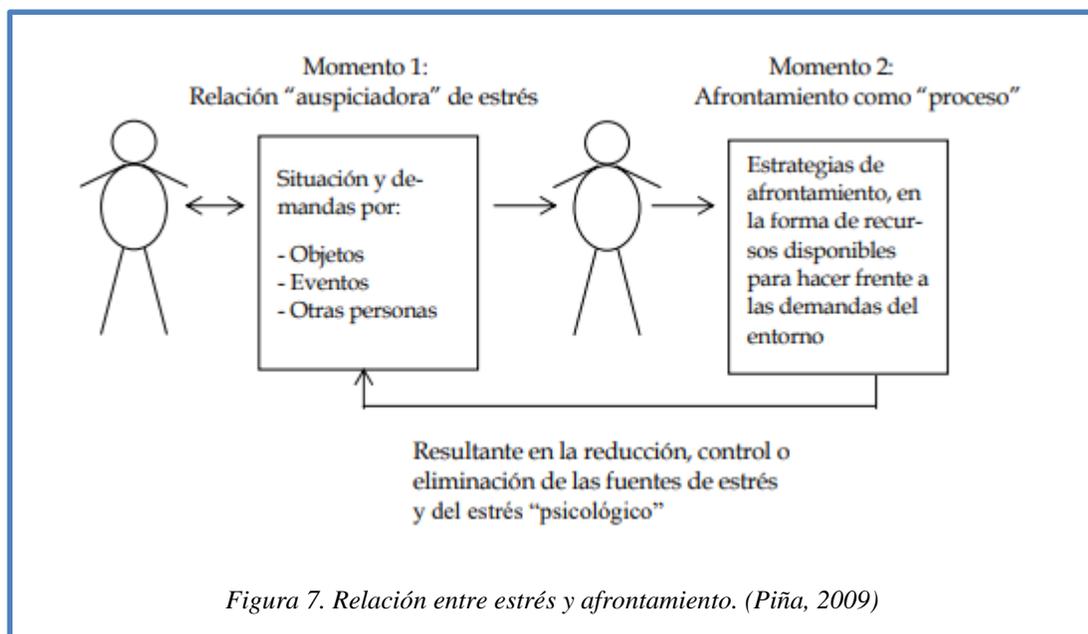


Figura 6. Modelo psicológico del estrés. (Vázquez et ál., s.f.)

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1991, citado por Nava et ál., 2010) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 213). De acuerdo con González (2007), se debe considerar lo siguiente: a) son esfuerzos cognitivos y conductuales (no solo conductuales); b) son conjuntos de actividades adaptativas cambiantes, que implican esfuerzo (no son rasgos o predisposiciones estables); c) no se pueden equiparar con éxito adaptativo; no son un dominio del entorno, pero si pueden ayudar a tolerar, minimizar,

aceptar o ignorar determinadas situaciones estresoras y pueden considerarse no eficaces para otras situaciones, personas o para la misma persona en diferente etapa de su vida.

En general, el afrontamiento es considerado un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas ante situaciones demandantes; así, la función del afrontamiento está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo, para la consecución de objetivos particulares. Bajo esta secuencia lógica de acuerdo con Lazarus y Folkman, se tiene lo siguiente: primero, una persona se encuentra en una situación que evalúa como potencialmente perjudicial o dañina, una que eventualmente pondría en riesgo su bienestar físico o psicológico, si concluye que dicha situación es amenazante o desbordante de sus recursos, sufre estrés psicológico, y posteriormente pone en marcha estilos de afrontamiento para manejar las demandas del entorno y estar en condiciones de reducir, controlar o eliminar sus efectos negativos; con estos últimos, a su vez, reduce, controla o elimina el estrés psicológico (Piña, 2009), véase figura 7.



## **Afrontamiento orientado a la tarea y a la emoción**

Lazarus y Folkman (1988, citado por Zavala et ál., 2008) manejan dos tipos de afrontamiento dentro de su teoría: el primero es el afrontamiento orientado a la tarea, el cual busca un cambio en la problemática de la relación persona-ambiente mediante la actuación sobre el medio o sobre uno mismo. De acuerdo con la tesis de Córdova (2000), se definen las conductas de resolución antes mencionadas de la siguiente forma:

- a) “Estrategias de afrontamiento que hacen referencia al entorno (heterodirigidas); estrategias dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y procedimientos.
- b) Estrategias de afrontamiento que se refieren al sujeto (autodirigida), estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la valoración del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos” (p. 23).

En resumen, el afrontamiento orientado a la tarea, se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante. Esta dimensión incluye estrategias específicas tales como aumento del esfuerzo, planificación y análisis lógico (Lazarus, 1999, citado en Córdova, 2000).

El segundo, es el afrontamiento orientado a la emoción, que significa modificar el modo en que la relación estresante con el medio ambiente se lleva a cabo o el significado de lo que

está sucediendo con el encuentro estresante, el cual mitiga el estado de tensión (Zavala et ál., 2008); regula la respuesta emocional y aparece cuando se ha evaluado que no se puede hacer algo para cambiar la situación generadora de estrés (Barcelata, 2015). Se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, que implica una cierta negación de los hechos, para amortiguar la sensación de que ha ocurrido lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara. Representa las acciones que se emplean, con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y para regular el resultado negativo de las emociones; esta dimensión incluye estrategias específicas tales como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad o el reevaluar positivamente la situación (Lazarus, 1999, citado por Córdova, 2000).

Por lo tanto, el afrontamiento es útil para “manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción)” (Lazarus y Folkman, 1984, citado por Zavala et ál., 2008, p.167).

Existe una variedad de estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar una persona; las estrategias que cada persona elige, están determinadas por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que acontecen. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias orientadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias orientadas a la emoción (Forsythe y Compas, 1987, citado por Vázquez et ál., s.f.).

De acuerdo con la escala de Modos de Afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1985, citado por Vázquez et ál., s.f.) son ocho estrategias que se utilizan para manejar una situación estresante, las cuales se describen a continuación:

### **Estrategias dirigidas a la tarea o solución del problema**

1. *Confrontación*: Son los intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. *Planificación*: Se refiere a pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

### **Estrategias centradas en la emoción**

3. *Distanciamiento*: Intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que afecte.
4. *Autocontrol*: Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. *Aceptación de responsabilidad*: Reconocer el papel que se haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. *Huida-avoidación*: Empleo de un pensamiento irreal improductivo (por ejemplo, ojalá hubiese desaparecido esta situación) o de conductas como comer, beber o tomar medicamentos en exceso.
7. *Reevaluación positiva*: Se refiere a percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

### **Estrategia considerada en ambos estilos**

8. *Búsqueda de apoyo social*: Describe los esfuerzos por buscar apoyo, consiste en buscar consejo, información o comprensión.

Cabe señalar que, a diferencia de la propuesta de Lazarus, la estrategia de afrontamiento *huida-avoidance* es considerada disfuncional, ya que existe desentendimiento conductual y mental, lo cual aumenta la probabilidad de que aparezcan problemas físicos y psicológicos (Gómez et ál., 2006). Se caracteriza también, por una falla en la solución del problema y se refiere a defensas como la negación o la represión, que también involucra una actitud pesimista que conduce a la evitación. Este estilo involucra una falta de control de los propios sentimientos, especialmente en los sucesos que se consideran más allá del control personal o donde la acción directa está inhibida por obstáculos externos. En algunos estudios, el uso de sustancias psicoactivas y medicamentos está incluido en esta categoría, debido a que se agrupan empíricamente con otros mecanismos evitativos (Robde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990, citado por Chau, 1999). Por el contrario, el estilo funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema o los estresores, ya sea por medio de la búsqueda activa de apoyo, acciones concretas de búsqueda de solución o reflexiones sobre las soluciones posibles; e involucran inversión activa de esfuerzo en el proceso de afrontamiento (Colleman y Hendry 2003; Lucio y Villarruel 2008, citado por Barcelata, 2015).

### **Afrontamiento en la adolescencia**

El afrontamiento en la adolescencia desempeña un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes, los recursos personales y sociales con los que cuentan los jóvenes para hacerles frente a dichas situaciones; ya que durante esta etapa se experimentan

importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que se acompañan de la obtención de habilidades necesarias para la vida adulta, y que a la vez establecen su identidad e independencia. En los adolescentes, muchos eventos trascendentes pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos en la confianza de sí mismo (Frydenberg y Lewis, 1996, citado por Berra et ál., 2014). Aspectos como la violencia, las conductas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias psicoactivas en muchos casos son la consecuencia de un estrés acumulado y mal manejado (Fernández, 2006).

De acuerdo con Barcelata (2015), estudios realizados en población adolescente brindan un panorama consistente, en tanto que sugieren características de personalidad que reflejan estabilidad emocional asociadas con el uso de estrategias de afrontamiento funcional, mientras que aquellos rasgos o características que reflejan inestabilidad emocional se relacionan con el manejo de estrategias disfuncionales. Por ejemplo, la búsqueda de sensaciones, entendida cómo una característica de personalidad en la que hay un bajo nivel de importancia al tomar riesgos (probar sustancias, viajes de aventuras, actividades extremas o inusuales), se considera disfuncional. Otra característica es la sensación de control, que hace referencia a la pérdida de control y se presenta cuando un adolescente considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (Vázquez et ál., s.f.). Luna (2013, citado por Barcelata, 2015), evaluó la relación entre afrontamiento y personalidad en adolescentes mexicanos estudiantes de nivel secundaria y bachillerato de entre 13 y 18 años de edad; los resultados de la muestra indican un mayor uso de estrategias disfuncionales como: la evitación; rumiación; impotencia y; conducta autolesiva.

Cabe señalar que los estilos de afrontamiento de los adolescentes adquieren mayor variabilidad cuando se toman en cuenta el género, la edad y el país de origen de los jóvenes. Por ejemplo, Holtzman, Díaz, Swartz, Lara, Laosa, Reyes y Witzke (1975, citado en Zavala et ál., 2008), encontraron que los estadounidenses tienden a ser más activos que los mexicanos en sus estilos de enfrentar los problemas cotidianos y los retos que les impone la vida. De manera complementaria, también hallaron que los estadounidenses tienen un estilo cognitivo más complejo y diferenciado, mientras que los mexicanos despliegan más un estilo fatalista y pesimista. Gómez et ál., (2006), por su parte, muestra la existencia de diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de variables como la edad y género en un estudio ex post facto de una muestra gallega de estudiantes de primer ciclo de Educación Secundaria con una media de edad de 12.5 años. Los resultados encontrados sugieren que existen diferencias entre las estrategias empleadas en la adolescencia temprana y tardía, así como entre la forma de afrontar las situaciones por parte de chicos y chicas; la muestra del estudio emplea con mayor frecuencia estrategias dirigidas a evitar los problemas y distraerse (ignorar el problema, hacerse ilusiones, buscar diversiones relajantes y empleo de la distracción física), también buscan con más frecuencia apoyo en el grupo de amigos (buscar pertenencia e invertir tiempo en amigos cercanos) y presentan una actitud ante los problemas más optimista (se enfocan más en lo positivo y presentan menor tendencia a autoinculparse); en contraste, hacen un menor uso de estrategias dirigidas a reducir la tensión o a autoinculparse. En cuanto a la comparación de estrategias de afrontamiento entre chicos y chicas (las mujeres buscan más el apoyo social y la pertenencia, mientras que los hombres ignoran el problema, emplean la distracción física o se muestran reservados). Los datos de este estudio también apuntan a que los estilos de afrontamiento pueden tener un papel

importante como factores de protección o de riesgo del consumo de sustancias y de la conducta antisocial al inicio de la adolescencia.

Por otra parte, las aproximaciones teóricas de la relación entre afrontamiento y el uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia, postulan la existencia de factores que predicen el incremento de riesgo, adicional al de los modelos conductuales, en los que se explica el uso de sustancias como una conducta aprendida, adquirida y que se mantiene en respuesta a las presiones sociales o motivada por el rechazo de estos mismos (Jessor y Jessor 1977, citado por Chau, 1999). Para explicar dichos factores, se presentan tres posiciones básicas acerca de las funciones del afrontamiento en el uso de sustancias derivadas del conocimiento de los efectos fisiológicos de su uso, y de los estudios de los motivos percibidos para usar tabaco y alcohol (Pandina, Johnson y Labovie 1992, citado por Chau, 1999); las tres posiciones son: a) regulación directa del afecto (la sustancia produce cambios en los estados afectivos); b) distracción de los problemas, es decir, el uso de sustancias proporciona distracción a través de los procesos fisiológicos que operan, desviando la atención temporalmente de la consciencia displacentera y; c) mejor rendimiento, ya que la sustancia proporciona un mejor desempeño a través de los efectos fisiológicos en el nivel de activación del organismo que va desde el sueño profundo, hasta la excitación intensa u otros mecanismos.

Bajo esta misma línea, el modelo de afrontamiento de abuso de sustancias propuesto por Wills y Hirky (1996, citado por Chau, 1999), menciona que una persona puede incrementar el riesgo de uso de sustancias debido a factores de temperamento (alto nivel de actividad), factores sociales (ambiente con un menor número de modelos adaptativos de habilidades para afrontar dificultades) o factores estresantes (muchos eventos de vida negativos). Estos

factores incrementan la vulnerabilidad debido a que elevan el malestar (distress) subjetivo, reducen el reforzamiento del ambiente social y como consecuencia el uso de sustancias se percibe como más atractivo. Dentro de este modelo se considera que el consumo de sustancias representa una estrategia de evitación más y que las motivaciones que empujan a los jóvenes a consumir sustancias se centran en tres: regular los estados emocionales desagradables; olvidarse de los problemas que les preocupan y; buscar soluciones mágicas a sus problemas. De esta forma plantean que el consumo de sustancias puede ser visto como una conducta de evitación más de entre las posibles alternativas disponibles. Adicionalmente, afirman que el empleo de estilos de afrontamiento de evitación a largo plazo, en vez de reducir el estrés lo incrementa (facilita la aparición de nuevas situaciones estresantes, y reduce la disponibilidad de recursos personales y sociales), por lo que aumenta la probabilidad de volver a consumir sustancias (Wills y Hirky, 1996, citado por Gómez et ál., 2006).

Otro autor que afirma la relación entre consumo de sustancias y afrontamiento es Pedrero et ál., (2008), señala que en realidad más que el estrés como condición ambiental, lo que se relaciona con el consumo abusivo de sustancias es el modo en que las personas le hacen frente. En su trabajo exploró las diferencias entre los estilos de afrontamiento del estrés de las personas dependientes a sustancias comparados con los que presenta una muestra de población no clínica, exploró también la relación de los estilos de afrontamiento centrado en la tarea, centrado en la emoción y centrado en la búsqueda de apoyo social con manifestaciones psicopatológicas. Los resultados muestran consistentemente la preferencia de las personas dependientes por el afrontamiento de tipo emocional. Se relaciona el consumo de sustancias con el intento de escapar de situaciones estresantes ambientales, o bien de

señales de malestar internas relacionadas con las dificultades a las que las personas deben enfrentarse.

## **Capítulo 3. Factores sociales**

### **3.1 Familia, escuela e iguales**

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional que constantemente están en interacción. Existen diferentes tipos de factores de riesgo que afectan a los adolescentes y a la vez factores de protección, que contribuyen a resguardarlos (Hawkins, Catalano y Miler, 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992, citado por Carballo et ál., 2004).

Jessor (1992, citado por Arbex, 2002) define el riesgo como aquella conducta que pone en peligro el desarrollo psicosocial del adolescente, se refiere a la presencia de situaciones contextuales y dificultades personales que incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. En este sentido, el enfoque de riesgo psicosocial, es una perspectiva que permite analizar la complejidad de las características individuales, contextuales y sociales que contribuyen a generar fenómenos como el abuso de sustancias, es decir, la condición de estar en riesgo surge a partir de la interacción de factores externos (influencia de compañeros, familia, escuela, comunidad y cultura); con vulnerabilidades individuales como son: características cognitivas, capacidad de resolución de conflictos, tolerancia a la frustración, entre otras (Ulloa, 2017).

En la cadena de factores de riesgos personales que pueden afectar al adolescente, se encuentran los trastornos afectivos (depresión y ansiedad); trastornos por déficit de atención;

conductas agresivas; rasgos antisociales; algunos factores coadyuvantes como el bajo rendimiento y la deserción escolar; embarazo adolescente; presencia de disfunción familiar; trastornos psiquiátricos y antecedentes de adicciones en el entorno (Rojas et ál., 2013). Algunas de las señales de riesgo son evidentes desde la infancia, tales como la conducta agresiva, la falta de autocontrol o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y la comunidad pueden influir en el riesgo de que usen sustancias psicoactivas (Tavera y Martínez, s.f.). Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor es la probabilidad de que se implique en el consumo de sustancias (Musitu y Pons 2010; Pons y Buelga 2011, citado por Sánchez et ál., 2014).

Ulloa (2017), señala los siguientes factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas:

- Ser adolescente o joven: los problemas de consumo se concentran en algunos grupos específicos y con algunas sustancias específicas. La adolescencia y juventud (12 a 25 años aprox) son estadísticamente los períodos en que hay mayor tendencia al consumo. En esta etapa, la influencia del grupo de iguales (compañeros) es determinante, ya que hay un importante efecto de modelaje de los amigos que consumen.
- Baja percepción de riesgo; por ejemplo, la legalización del consumo de cannabis en diferentes países.
- Disponibilidad: facilidad de acceso y oferta en las escuelas, así como en lugares de entretenimiento (bares, antros, etc.)

- Aprobación parental hacia el consumo o experimentación de una o varias sustancias: ausencia de conductas preventivas y consumo por los propios padres.
- Presencia de conductas de riesgo: actividades antisociales, vandalismo, deserción escolar, etc.
- Uso previo de sustancias; por ejemplo, tener experiencia en fumar cigarrillo antes de fumar marihuana.
- Bajo rendimiento o deserción escolar.
- Presentar variables psicológicas: baja autoestima, alta impulsividad, alta necesidad de búsqueda de novedades y falta de respeto por las reglas.
- Presentar variables psicopatológicas: alto nivel de ansiedad, depresión, traumas o circunstancias externas desfavorables.

En contraste, los factores de protección son aquellas variables asociadas a la reducción de una conducta de riesgo; estos elementos actúan como amortiguadores de los factores de riesgo a los cuales cada adolescente se ve expuesto. En la medida que estos factores se vean fortalecidos, será posible disminuir los efectos negativos de los factores de riesgo y, con ello, disminuir las conductas de riesgo (Ulloa, 2017). De acuerdo con Ríos et ál., (1997), los factores de protección se manifiestan en variables familiares como la madurez, responsabilidad, seguridad, capacidad de autonomía e independencia; actitudes favorables hacia la salud; rechazo hacia ciertas sustancias; hábitos de vida sanos; integración social de la familia en la comunidad; pertenecer a un grupo de amigos que no consuman sustancias psicoactivas; establecimiento de vínculos y relaciones sociales sanas. En cuanto a factores de protección individuales, destacan las habilidades de resolución de conflictos y toma de

decisiones; reconocimiento del valor personal, capacidad de postergar la satisfacción inmediata, adecuada autoestima y motivación al logro.

Cabe señalar que el consumo de sustancias psicoactivas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también de la persona y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros, ni son la única causa de consumo. Los múltiples factores implicados determinan una complejidad de variables para la comprensión del fenómeno de drogodependencias; se puede hablar de probabilidad, pero no de determinación (Tavera y Martínez, s.f.).

Pons (2008), considera que el consumo de sustancias implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como escenarios sociales con diversas variables condicionantes. Esta perspectiva se conoce como el modelo socioecológico, en el cual, las actuaciones humanas dependen, en gran medida, de contextos más amplios. Bajo este modelo, la conducta humana es el resultado del acomodo mutuo entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive (Bronfenbrenner, 1979, citado por Pons, 2008). Desde esta perspectiva, la salud no puede definirse solo en la persona, sino por referencia a su entorno total físico, social, económico y cultural. Así, el estilo de vida saludable de una persona estará definido por una serie de factores interrelacionados, tales como: características individuales, del entorno microsocioal inmediato (familia, amigos, escuela, trabajo, comunidad) y de factores macrosociales (sistema social, cultura de valores, medios de comunicación y medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de las personas (Pons, 2008).

A continuación, se abordan los factores del entorno microsocioal: familia, escuela y grupo de amigos (iguales). Principales ámbitos que conforman el contexto más cercano al adolescente y que guardan una estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas (Carballo et ál., 2004).

## **Familia**

El proceso de valoración del ser humano incluye una compleja serie de condiciones intelectuales y afectivas que suponen la toma de decisiones, la estimación y la actuación. Las personas valoran al preferir, al estimar, al elegir una cosa en lugar de otra, al formular metas y propósitos personales. Estas valoraciones se expresan mediante creencias, intereses, sentimientos, convicciones, actitudes, juicios de valor y acciones. Toda esta educación tiene que ver con aprender a ser y aprender a convivir, no como una disciplina independiente de los contenidos o las habilidades, sino como parte integral de cada persona (Fernández, 2006).

Es en la familia donde se adquieren y desarrollan las experiencias y aprendizajes que determinan el modo en que una persona se enfrenta a la vida (Ríos et ál., 1997). Uno de los principales factores a tener en cuenta es la relación de apego con los padres, que influye en la conformación de la personalidad y en la adquisición de los recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades que aparecen a lo largo de la vida. La falta de apego y la ausencia de una relación adecuada entre padres e hijos, potencia aspectos como baja autoestima; carencia de valores sociales; bajo rendimiento y apego escolar; así como escasa participación en actividades sociales, a la vez que incrementa la vinculación del adolescente hacia el grupo de amigos con el objetivo de encontrar apoyo y afecto que no encuentra en su

familia. Esta insatisfacción familiar influye sobre la elección que el adolescente hace de sus amigos, situación en la que es altamente probable que se relacione con iguales que tengan problemáticas semejantes (Tavera y Martínez, s.f.).

La crianza es otro factor a considerar, ya que es un proceso dinámico y complejo que incluye, por un lado, la tarea de los padres de cubrir las necesidades básicas del adolescente, tanto físicas, afectivas y psicosociales; y por otro, facilitarle pautas de aprendizaje y ciertas condiciones de estímulo que favorezcan un desarrollo biopsicosocial saludable (Rojas et ál., 2013). Si en este proceso dinámico se llevan a cabo prácticas inapropiadas de los padres, como la aplicación de una disciplina inadecuada e inconsistente, desconocimiento del grupo de amigos de sus hijos o de los lugares que frecuentan en su tiempo libre, así como de las actividades que realizan, en conjunto se vincula directamente con la aparición temprana del consumo de sustancias y la conducta antisocial (Tavera y Martínez, s.f.).

Investigaciones han determinado que la familia es una de las variables más importantes en la etiología y mantenimiento del abuso de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, Becerra (2009) señala que, el clima emocional familiar es un agente de riesgo en el uso de sustancias psicoactivas a edades tempranas. Realizó una investigación que describe la emoción expresada (EE), constructo que, de acuerdo con el autor, refleja la atmósfera emocional del hogar y designa algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros (cuando es alta se considera un estresor crónico). Concluyó que, la comunicación e interacción dentro de la familia, es un factor de primer orden en las drogodependencias y que los principales predictores que se relacionan

con el abuso de sustancias son: la crítica, hostilidad y sobreimplicación emocional, los cuales se describen a continuación:

- ❖ “Crucicismo o Comentarios Críticos (CC): Evaluación negativa de la conducta de algún miembro por parte de otro familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.
- ❖ Hostilidad (H): Comentario crítico extremo que implica una evaluación negativa generalizada, dirigida más a la persona que a la conducta, o un rechazo manifiesto de la persona.
- ❖ Sobreimplicación Emocional (SIE): Respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar e intentos de este de ejercer un control excesivo sobre la conducta de otro miembro, además de los siguientes componentes: desesperanza (tristeza, pesimismo); autosacrificio (coste emocional de la familia); sobreprotección (sentimientos de compasión y excesiva permisividad) y; manifestaciones emocionales intensas, como son: lloros, sollozos, etc.” (p. 212).

## **Escuela**

Ulloa (2017) señala que, junto con la familia, un espacio de socialización importante para el adolescente es la escuela, ya que en ella se establece su primer contacto continuo con el exterior; en este contexto, la interacción con estas figuras de autoridad y sus iguales favorece el aprendizaje cooperativo y produce una confrontación entre puntos de vista distintos, lo cual ocasiona un progreso cognitivo a través de procesos de negociación y argumentación de distintas opiniones y creencias.

En la escuela, se pueden promover estilos de vida preventivos y saludables, mediante acciones que generen una educación integral que incluya un adecuado seguimiento de los alumnos; de sus necesidades; de su autonomía y sentido de responsabilidad; como consecuencia, se genera una menor probabilidad de desarrollo de conductas problema, entre las que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002).

El enfoque de la prevención desde la perspectiva de los factores de protección, converge de manera muy ligada a la acción formativa del establecimiento escolar, para ello, es importante el conocimiento de las características; intereses; necesidades de los estudiantes (Ulloa, 2017); brindar afecto y apoyo por parte de la comunidad escolar como base y sostén del éxito académico; establecer y transmitir expectativas realistas que actúen como motivadores; ofrecer oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas; planificación; toma de decisiones y una conexión positiva entre la familia y la escuela (Tavera y Martínez, s.f.). También las creencias que los padres tengan de la escuela y lo que sus hijos pueden aprender en ella es muy importante, ya que transmiten a los hijos las propias expectativas (Becoña, 2002).

En contraste, algunos elementos en la cultura escolar que facilitan estilos de vida de riesgo son: la carencia de normas claramente definidas para estudiantes, profesores, personal directivo y de asistencia educativa; barreras de comunicación entre profesores y estudiantes (Ulloa, 2017); conductas antisociales que conllevan problemas de disciplina y generan consecuencias como el fracaso escolar; poca valoración de los alumnos por parte de profesores; demasiada atención en el control de conductas problema, pero poca atención

respecto a lo relacionado con el aprendizaje y rendimiento escolar; así como mayores quejas a los padres de familia (Pettersson et ál.,1992, citado por Becoña, 2002).

Miller y Prentice (1996, citado por Becoña, 2002) señalan que, existe evidencia de que un centro escolar ubicado en una zona marginal se relaciona con mayores problemas en la escuela, en sus alumnos y profesores; con una menor motivación del profesorado y mayores conflictos en la misma. El propio hecho de la marginalidad, aplicado a una zona concreta, crea actitudes y/o conductas sociales en sentido negativo hacia la comunidad; sin embargo, no necesariamente una escuela por estar en una zona marginal, relaciona a sus alumnos con el consumo de sustancias; no obstante, se considera como un factor de riesgo.

### **Compañeros e iguales**

En la adolescencia, uno de los principales objetivos, es la búsqueda de identidad y autonomía mediante la diferenciación de los padres, lo cual puede ser vivido con más o menos tensión, de acuerdo a la calidad de la relación con las figuras parentales. En esta diferenciación del mundo adulto, el adolescente requiere sentirse parte de una comunidad de pares y crear lazos con ellos (Ulloa, 2017). Los jóvenes adoptan comportamientos que se consideran normativos en el grupo social de referencia, comparten con sus compañeros las mismas preocupaciones, tienen la posibilidad de exponer sus inseguridades, sus conflictos internos, expresar sus emociones, compartir sus dudas y sus dolores sin ser juzgados. Cuando un adolescente encuentra respuesta de aceptación en un grupo, lo más importante es sentirse parte de este colectivo, crea su identidad alrededor de este y sabe que es parte de algo, que pertenece a un grupo en el cual su participación es importante (Cuerno, 2013). Esta necesidad

de identidad y sentido de pertenencia a un grupo, que puede apoyar en la resolución de carencias psico-emocionales, desfavorablemente en muchos casos sucede lo contrario, y se convierte en un factor social que puede conducir al consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002).

Para Van Avermaet (1992, citado por Pons, 2008), las presiones hacia la conformidad grupal actúan como elemento que sustenta formas de conducta, pensamiento y actitudes. El compromiso con el grupo de referencia supone la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer determinadas expectativas de los demás. Los compañeros pueden influir en los adolescentes tanto de modo positivo (conductas prosociales), como negativo (conductas problema); dicha influencia se da por medio de la admiración y el respeto de sus opiniones. Los adolescentes y sus amigos son a menudo similares, dado que suelen elegir amigos con actitudes, conductas e identidades similares; sin embargo, la susceptibilidad a la influencia de los amigos no es uniforme, si no que varía dependiendo de la edad y personalidad (Becoña, 2002).

Sánchez et ál., (2014), estudio un modelo explicativo del consumo de sustancias ilegales en adolescentes escolarizados, en el que se consideraron variables sociales como integración y participación comunitaria. La muestra estuvo conformada por 1,285 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 12 y 20 años, procedentes de cuatro centros educativos localizados en Monterrey; al analizar la relación existente entre los contextos de socialización (familia, escuela y comunidad) y variables personales (autoestima social, escolar, expectativas académicas y sintomatología depresiva) con el consumo de sustancias ilegales en adolescentes escolarizados, obtuvieron una relación positiva de la autoestima

social (esta hace referencia al sentimiento de ser querido, aceptado y valorado por el grupo de amigos) con el consumo de sustancias. Concluyeron que, los adolescentes utilizan el consumo como una forma de potenciar las relaciones con los compañeros, debido a que los valores asociados al consumo de sustancias se extienden a los valores de amistad y solidaridad grupal.

A continuación, se mencionan los factores de riesgo y protección respecto a los compañeros e iguales de acuerdo con Arbex (2002):

#### Factores de riesgo

- Excesiva dependencia del grupo
- Apego a grupos que favorecen la trasgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de sustancias
- Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo
- Escasa habilidad social para establecer relaciones personales

#### Factores de protección

- Capacidad para expresar criterio propio
- Toma de decisiones personales
- Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas
- Modelo de amigos no consumidores
- Participación en grupos de carácter positivo (asociaciones, club deportivo, entre otros)

- Desarrollo adecuado de habilidades sociales

### **3.2 Cultura y situaciones de consumo**

De acuerdo con Erikson (2015):

“No será suficiente explicar los fenómenos humanos por sus orígenes en la infancia sin preguntar por qué y de qué modo el medio social inicia, refuerza y agrava conflictos infantiles específicos, y hace de su resultado una parte de los fragmentos de identidad positivos y negativos que pugnarán entre sí durante la adolescencia” (p. 57).

Para Craig (1997, citado por Becoña, 2002) desde que una persona nace, el medio ambiente influye en su desarrollo a través del proceso de aprendizaje y de socialización, proceso en el cual, una persona se integra a un grupo social y se convierte en miembro de su cultura, llámese familia, comunidad o grupo de amigos e incluye el aprendizaje de actitudes, creencias, valores, roles y expectativas del grupo. La socialización ocurre a lo largo de toda la vida, sin embargo, es en la etapa de la niñez a la adolescencia cuando adquiere mayor importancia; dicha socialización tiene lugar primero en la familia, luego en la escuela, seguido por sus compañeros y los medios de comunicación. Mediante esta socialización se adquiere lo que conoce como “autoconcepto”, este permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente y es esencial para el desarrollo de la integración de la personalidad. Los factores que influyen en el autoconcepto son: las percepciones que otros tengan de la persona; la autoevaluación o análisis de los rasgos

personales; la imagen personal; percepción de la salud; los valores sociales; expectativas y, las experiencias del yo en el mundo. Así la cultura en la que un niño nace y crece, determina tanto el contenido como los métodos de socialización.

El impacto que tiene la cultura en el fenómeno de la drogodependencia, consiste en las creencias que la sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas, lo cual se considera un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez et ál., 2006, citado por Becoña, 2002). En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una sustancia psicoactiva en particular y el consumo de esta. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa; a la vez que esta percepción social y el riesgo asociado tienen un lugar en las normas legales y contribuyen a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social.

Un ejemplo de ello, es la propuesta de legalización del consumo de cannabis en México. La Gaceta Parlamentaria (2021), señala que, la cámara baja avaló la Ley Federal para la Regulación del Cannabis y las reformas de la Ley General de Salud y del Código Penal. Esta legislación obedece a un mandato de la Suprema Corte de Justicia, que en 2018 declaró inconstitucional la prohibición del consumo lúdico de cannabis.

De acuerdo con la CONADIC (2021), la propuesta consiste en que, los usos del cannabis y sus derivados autorizados por la ley son: I. uso adulto; a) para uso personal o autoconsumo; b) para uso compartido entre quienes integran asociaciones de consumo del cannabis psicoactivo y; c) comercialización para uso adulto. II. De investigación, con excepción de la

investigación del uso medicinal del cannabis y sus derivados. III. Industrial, con excepción del uso industrial para uso medicinal del cannabis y sus derivados. Esto deja de manifiesto que México, junto con otros países de la región de las Américas como Canadá y Uruguay, tienen apertura hacia la regulación de los grandes cambios que se han dado a nivel internacional respecto a la fiscalización del cannabis, posición que nuestro país reforzó.

El ambiente influye de forma significativa en el desarrollo integral de una persona. Por ejemplo, Díaz Guerrero (2003, citado por Zavala et ál., 2008) estudió la influencia que tienen los factores socioculturales en el comportamiento de las personas y encontró que las creencias, los valores y las actitudes, están relacionadas por características socioculturales que definen a un grupo; así mismo, describe algunas particularidades entre los estadounidenses y los mexicanos como culturas diametralmente opuestas, en específico, de la dicotomía activo-pasiva. Por su parte, Cuerno (2013) menciona que, desde la óptica de la antropología sociocultural, se plantea el uso de las sustancias psicoactivas como una práctica que la misma sociedad impulsa, promueve y a la vez vuelve invisible.

Las dinámicas de funcionamiento grupal determinan en gran medida el papel que debe desempeñar cada persona, así como los patrones de comportamiento a los cuales debe ajustarse. Considerar este proceso como una función relativa que ocupa en los diferentes grupos de referencia, implica que la persona queda vinculada a su entorno y a la realidad social en que vive y desarrolla su actividad (Pastor y López, 1993, citado en Pons, 2008).

Triandis (1977, citado por Barcelata, 2015) es otro autor que ha realizado estudios sobre la cultura y propone que el individualismo-colectivismo son características de las sociedades.

Las culturas colectivistas (mexicana) que describe este investigador, se caracterizan por la evitación a la competencia, destacando en su lugar, la cooperación, la ayuda mutua y la importancia de la familia. Por el contrario, en las culturas individualistas, las metas y logros personales están por encima de las metas de grupo; en este sentido, el comportamiento de cada elemento de este binomio sociocultural es distinto, como distinta es su percepción y actuación en el mundo. Así, la interpretación socio-estructural aporta una visión de profundidad a la problemática de las sustancias psicoactivas, ya que toma en consideración la vinculación de la conducta de consumo a factores supraindividuales.

De acuerdo con Berjano y Musitu (1987, citado en Pons, 2008), el consumo de sustancias psicoactivas se interpreta desde la interacción de tres factores explicativos:



Es importante considerar la interacción entre estos tres factores, pues no son contemplados de manera aislada, sino que están interrelacionados, es decir, se influyen mutuamente, repercutiendo unos sobre otros. Por ejemplo, las características de una persona están influidas

por su ambiente, el cual también influirá en la definición del significado social de la sustancia psicoactiva, a la vez que los efectos psicoactivos motivarán el consumo de una sustancia según cuáles sean las características, necesidades de la persona y del ambiente inmediato.

### **Situaciones de consumo**

El compromiso con el grupo de referencia supone la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer determinadas expectativas de los demás y en ocasiones, la presión del grupo puede motivar a una persona a realizar comportamientos no coherentes con sus criterios personales (Van Avermaet, 1992, citado en Pons, 2008).

De acuerdo con Marlatt (1996, citado por Barragán et ál., 2014) uno de los factores que frecuentemente se asocia a las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas es la presión social, directa o indirecta. Esta sucede al estar expuesto ante situaciones en las que una persona recibe la influencia de otra (s). En la presión directa, el contacto y el ofrecimiento de alguna sustancia implica interacción verbal y presión para que consuma; por el contrario, en la presión indirecta la persona responde a la observación de otras personas que están usando la sustancia. Este tipo de presión también puede ser interna, es decir, por pensamientos que actúan como precipitantes o disparadores del consumo, son pensamientos que establecen una asociación entre consumo, expectativas y consecuencias positivas.

Una de las habilidades más acertada para evitar consumir y que combina estrategias conductuales y cognitivas, es la habilidad de negarse, que en la parte conductual puede utilizarse en situaciones de presión social y en la parte cognitiva puede utilizarse en

situaciones de pensamientos de alto riesgo. En este sentido, Marlatt (1993, citado por Barragán et ál., 2014) define una situación de alto riesgo “como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de recaída” (p. 5).

De acuerdo con Jáuregui (2007, citado por Cuerno, 2013), el consumo de sustancias psicoactivas asume un papel de facilitador frente a situaciones adversas, sobre las que no tienen control. Cuando una persona no cuenta con habilidades, capacidades (que antes se han mencionado), así como estrategias de afrontamiento de ajuste y manejo de situaciones que ayuden a la resolución de conflictos, hace que la persona experimente altos niveles de incertidumbre y angustia, considerando al alcohol y otras sustancias como los canales para responder a situaciones sociales o a contactos sexuales, donde se sienten inhibidos o incapaces de responder de manera adecuada. Ahumada et ál., (2017), en el estudio “Situaciones que facilitan el consumo de drogas Ilícitas en adolescentes de preparatoria”, encontró los siguientes contextos reportados: estar con amigos que consumían sustancias; estar en situaciones seguras para usarla; pensar que los efectos pueden ser agradables; usarlas sin ser sorprendido e ir a fiestas o conciertos en donde es posible que haya sustancias. Por su parte, Cummings et ál., (1980, citado por Barragán et ál., 2014) señala que uno de los factores que se asocian con frecuencia a recaídas de consumo son las emociones desagradables en un 35% de los casos, lo que hace necesario que la persona adquiera herramientas que le permitan enfrentar con eficiencia estas emociones desagradables y convertirla en una estrategia fundamental en el tratamiento.

Ulloa (2017), explica tres tipos de consumo y las motivaciones asociadas a cada una:

Consumo Experimental	Consumo Ocasional	Consumo Habitual
<ul style="list-style-type: none"><li>•Curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, y aumento de la oferta, entre otras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, entre otras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de este; mitigar la soledad, el aburrimiento y la ansiedad, reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.</li></ul>

También menciona la función que se relaciona al consumo de determinada sustancia, descrito a continuación:

- ❖ **Integración:** es una función inicial del consumo, característica de la etapa adolescente.
- ❖ **Diversión:** es la función más reconocida para quienes consumen y está asociada a prácticas colectivas.
- ❖ **Relajación:** está asociada al consumo de marihuana, y es descrita como una posibilidad de encontrar tranquilidad, descubrir y disfrutar situaciones placenteras.
- ❖ **Activación:** está asociada al consumo de cocaína, (y probablemente también al consumo de éxtasis, y otras sustancias), en contextos de altos ingresos y de una demanda laboral muy competitiva.
- ❖ **Evasión:** función asociada al consumo de pasta base y descrita como una forma de evitar vivencias intensas emocionalmente y dolorosas.

Muchos adolescentes tienen dificultad para solucionar eficazmente sus problemas, lo cual está relacionado con el consumo temprano de sustancias psicoactivas. El control conductual juega un papel importante ya que está formado por dos constructos, por un lado, las creencias de control que se refieren a la percepción de la presencia o ausencia de factores y/o situaciones externas que favorecen realizar la conducta y por el otro, está la fuerza percibida que se refiere a la percepción de poder controlar las creencias de control (Ajzen 1991, citado por Ahumada et ál., 2017). Esto implica que si una persona percibe que es capaz de ejecutar una determinada conducta en situaciones que favorezcan el consumo entonces tendrá una mayor intención para realizarla.

De acuerdo con los autores Annis, Turner y Sklar (1997, citado por Barragán et ál., 2014), existen varias situaciones de riesgo de consumo que pueden alertar sobre problemas potenciales, el objetivo es reconocer estas situaciones y aplicar una combinación de acciones para evitar que el hábito de consumo domine y dirija la elección hacia el consumo de sustancias. Estas situaciones de riesgo se categorizan en ocho áreas y se describen a continuación:

- ❖ **Emociones desagradables:** Ansiedad, celos, tristeza, enojo, entre otras.
- ❖ **Malestar físico:** Sentirse nervioso y tenso, con mal estado de salud, no poder dormir, sentirse somnoliento y querer estar alerta; cansancio, tener algún dolor físico, sentirse mareado o con náuseas, etc.
- ❖ **Emociones agradables:** Sensación de euforia, con ganas de estar de fiesta y búsqueda de experiencias agradables.

- ❖ **Probando autocontrol:** Sensación de confianza y control sobre el consumo de la sustancia.
- ❖ **Necesidad física o urgencia:** Ocurre cuando el consumo es de manera frecuente y ha habido cambios en el organismo, estos cambios generan la sensación de “necesidad” de consumir para tranquilizar el cuerpo.
- ❖ **Conflicto con otros:** Implica discusiones, peleas o diferencias con otras personas.
- ❖ **Presión social:** Situación en la que una persona recibe la influencia de una o varias personas que consumen sustancias.
- ❖ **Momentos agradables con otras personas:** Sensación placentera en relacionarse con otras personas, similar a la convivencia en una fiesta, reunión con amigos, reencuentros con personas importantes, etc. Implica pensar que el consumo va a aumentar la felicidad y que ayuda a integrarse más con los amigos.

Marlatt y Witkiewitz (2005, citado por Barragán et ál., 2014, p.5) señalan que:

“Una persona puede responder a estas situaciones de riesgo de dos diferentes maneras: la primera, con estrategias efectivas que incrementen su confianza y disminuya la posibilidad de consumo; o con una respuesta ineficaz que disminuya la autoconfianza que, combinada con las expectativas positivas respecto al uso de la sustancia, puede incrementar la probabilidad de una caída o recaída. De acuerdo con este modelo, la ausencia de habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo es un factor que puede conducir a la reaparición de la conducta adictiva”.

El consumo de sustancias psicoactivas varía dependiendo del contexto social, en función del sexo, la edad, la profesión, el grado de educación, el lugar de residencia o de procedencia y el momento histórico, entre otros factores. A partir de estas premisas se realizan descripciones pormenorizadas del consumo de diversas sustancias en distintos grupos sociales en función de los mencionados factores socio-estructurales. Así, problemas que una persona pueda definir como tal, están en función de la forma en cómo interpreta el entorno, de esta forma, lo que para una persona puede ser considerado como un gran problema no lo es necesariamente para otra (Barragán et ál., 2014).

## **Capítulo 4. Método**

### **4.1 Justificación**

A la luz de la situación actual, respecto al consumo dependiente de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias, se sabe que es un fenómeno creciente en México, así como en muchos países de todo el mundo. En nuestro país constituye uno de los principales problemas de salud pública con un alto costo en la vida saludable, productividad laboral y escolar, así como en la armonía familiar, lo que tiene como consecuencia la sobreutilización de los servicios de salud. La disponibilidad en el contexto social de sustancias consideradas lícitas como: el cigarro y alcohol, facilitan la puerta de entrada al mundo del consumo principalmente en la población adolescente, ya que la edad de inicio de consumo es cada vez menor, de acuerdo con datos de Encodat 2016-2017 (Villatoro et ál.,2017).

En muchas ocasiones, los adolescentes no logran reconocer y nombrar sus propias emociones, muestran dificultad al expresar sus necesidades y deseos, presentan una tendencia a evadir los conflictos que, a la vez, provoca malestar con ellos mismos y con su entorno; en parte, debido a características propias de la etapa adolescente, donde la búsqueda de identidad y la aceptación social juegan un papel de suma importancia; y por otro lado, a la combinación de diversas problemáticas que surgen en el plano personal, familiar, social y cultural. Es necesario brindar a los adolescentes, estrategias que los ayuden a saber expresar y afrontar sus conflictos y preocupaciones, así como transmitir estrategias y técnicas que los ayuden a

conocerse y autorregularse, con la finalidad de que logren anticiparse a las consecuencias de sus actos y eviten caer en situaciones de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

México cuenta con instituciones o asociaciones que apoyan a los adolescentes con diversos programas de intervención; sin embargo, éstos no son suficientes para el apoyo de toda la población. Por tanto, se considera importante que tanto profesionales de la educación, de la salud mental, padres de familia, así como la sociedad en general, sean conscientes del apoyo que pueden brindar y ayudar a los jóvenes a hacer frente a las dificultades que viven.

Por esta razón, se considera importante la exploración de las situaciones de riesgo que motivan el consumo de sustancias psicoactivas, con el objetivo de que los adolescentes conozcan los motivadores de sus conductas, y que tanto padres y madres de familia, como la sociedad en general, presten especial atención a estas situaciones que incrementan la probabilidad de consumo para poder prevenirlas, así como los estilos de afrontamiento, para aplicarlos como factores de protección y fomentar el buen uso de los recursos personales, habilidades para la vida y regulación emocional.

En la actualidad, se cuenta con escasa información sobre investigaciones que relacionen las situaciones de riesgo que motivan el consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva social y los estilos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman como factor de riesgo para desarrollar una drogodependencia. Al respecto, la propuesta de esta investigación consiste en el estudio de la relación entre la situación de riesgo de consumo ‘presión social’ y la estrategia de afrontamiento huida-avoidancia, en un grupo de adolescentes que han desarrollado una drogodependencia; con el principal objetivo de generar información

valiosa para el diseño de nuevos programas preventivos o de tratamiento, enfocados en la autoconocimiento, responsabilidad, toma de decisiones y desarrollo de habilidades enfocadas al bienestar personal y social.

Por lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

#### **4.2 Planteamiento del problema**

¿Existe relación entre el estilo de afrontamiento huida-evitación y la situación de consumo presión social en población adolescente que ha desarrollado una drogodependencia?

#### **4.3 Objetivo General y específico**

##### **Objetivo General**

Determinar si existe relación estadística entre las variables drogodependencia, estilo de afrontamiento huida-evitación y la situación de consumo presión social, en población adolescente entre 17 y 20 años de edad que ha desarrollado una drogodependencia, internados en el grupo de Alcohólicos y Drogadictos “El Alto” en la Ciudad de Puebla; a fin de generar información que permita establecer características de correlación con cada variable.

##### **Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre el estilo de afrontamiento huida-evitación y drogodependencia.

- Determinar la relación entre la situación de consumo presión social y drogodependencia.

#### **4.4 Hipótesis**

Hipótesis de investigación: Si existe relación entre el estilo de afrontamiento huida-avoidance y la situación de consumo presión social en población adolescente que ha desarrollado una drogodependencia.

Hipótesis nula: No existe relación entre el estilo de afrontamiento huida-avoidance y la situación de consumo presión social en población adolescente que ha desarrollado una drogodependencia.

#### **4.5 Variables y definición**

Variable Dependiente

##### **Drogodependencia**

Definición conceptual: Término definido por La Organización Mundial de la Salud (OMS) como, “Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por: deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; tendencia a incrementar la dosis; dependencia física y, generalmente, psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y efectos nocivos para el individuo y la sociedad” (Becoña, 2002, p. 21).

Definición operativa: Será evaluada por la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST (Organización Mundial de la Salud, 2011).

## Variables Independientes

### **Afrontamiento**

Definición conceptual: “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externa y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Nava et ál., 2010, p. 213).

Estilo huida- evitación: Estilo de afrontamiento disfuncional que describe el pensamiento desiderativo y una actitud pesimista que conduce a la evitación; se caracteriza por una falla en la solución del problema y se refiere a defensas como la negación o la represión (Colleman y Hendry, 2003; Lucio y Villarruel, 2008, citado por Barcelata, 2015).

Definición operativa: Será evaluada con la Escala de modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus, 1984 (González, 2007).

### **Situación de consumo**

Definición conceptual: Cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de consumo o recaída (Marlatt, 1993, citado por Barragán, 2014).

Presión social: Es una situación de riesgo en la que un individuo recibe la influencia de otra persona o grupo que consume sustancias psicoactivas (Marlatt, 1996, citado por Barragán, 2014).

Definición operativa: Será evaluada por el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas de León y Pérez (2001).

#### **4.6 Tipo de diseño**

Diseño de investigación: No experimental. Investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan, debido a que ya han acontecido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández Sampieri, 2014).

#### **4.7 Tipo de estudio**

Estudio correlacional. Se describen correlaciones entre variables en uno o más grupos de personas y en un momento determinado (Hernández Sampieri, 2014).

#### **4.8 Población**

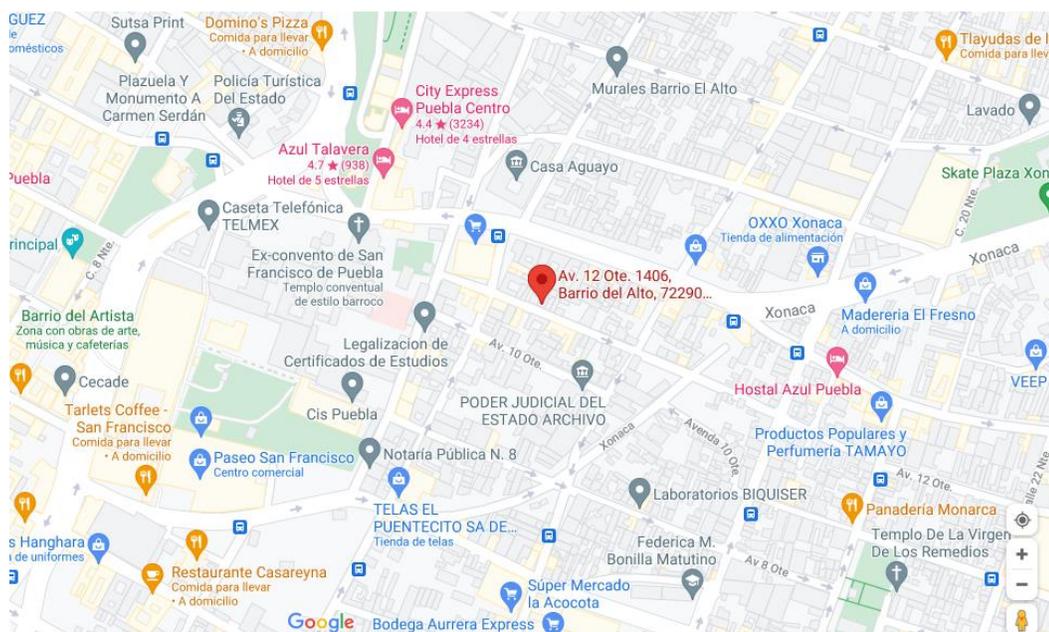
50 adolescentes entre 17 y 20 años de edad internados en el grupo de Alcohólicos y Drogadictos “El Alto” en la Ciudad de Puebla.

## 4.9 Muestra

Muestreo: No probabilístico

## 4.10 Escenario

Se seleccionaron y aplicaron pruebas a los participantes en el grupo de Alcohólicos y Drogadictos “El Alto”, ubicado en Avenida 12 Oriente No. 1406, Colonia Barrio El Alto, cp. 72000, Ciudad de Puebla, México. Este grupo trabaja para la rehabilitación de personas que presentan serios problemas con el alcohol y las drogas. Pertenece a alcohólicos anónimos (AA) en donde se respeta la integridad de las personas. Los interesados se atienden de forma voluntaria y el grupo cuenta con un sistema de tratamiento residencial de ayuda mutua que se refleja en aportación voluntaria.



<https://www.google.com.mx/maps/place/Av.+12+Ote.+1406,+Barrio+del+Alto,+72290+Puebla,+Pue./@19.0443728,98.1898189,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x85cfc0fadbb1a7c7:0x336c530a1728363718m2!3d19.0443677!4d-98.1876302> <http://132.248.9.195/ptd2017/junio/0760783/Index.htm>

**Criterios de Inclusión:**

1. Consumidores al menos de una sustancia psicoactiva.
2. Edades entre 17 y 20 años.
3. Que se encuentren internados en el grupo de Alcohólicos y Drogadictos.
4. Tiempo de internamiento no mayor a 2 meses.
5. Que calificarán con el criterio de dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

**Criterios de Exclusión:**

1. Personas en estado de intoxicación de alguna sustancia.
2. Personas con alguna enfermedad mental.
3. Que estuvieran internados por más de 3 meses al momento de aplicar los cuestionarios.

Material: Hojas de respuesta, Lápiz y goma.

**4.11 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en esta investigación son tres: la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), desarrollada para la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011); Escala de modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (González, 2007); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas De León y Pérez (2001).

## ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), por sus siglas en inglés (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud, integrada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo.

La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), Alucinógenos, Opiáceos, Otras drogas. El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada, ‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente.

La prueba ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse. El resultado indica el nivel de riesgo y la dependencia asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso y puede causar daño, ya sea en el presente o en el futuro, de continuar el consumo. Las puntuaciones del rango medio de la prueba indican consumo peligroso o dañino de sustancias (‘riesgo moderado’) y las puntuaciones más altas indican dependencia de sustancias (‘alto riesgo’). La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Para fines de esta investigación no se aplicó la pregunta 8 ya que los resultados de esta pregunta no cuentan para la puntuación general.

### **Escala modos de afrontamiento**

El instrumento consta de 67 ítems y se otorgan las puntuaciones: 0= En absoluto; 1= En alguna medida; 2=Bastante y; 3= En gran medida. Para su evaluación ordinaria los 67 ítems están clasificados en 8 subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

### **Validez y utilidad**

La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del

examinador con respecto a los resultados obtenidos. Los propios autores resaltan la importancia de aplicar la escala para evaluar el afrontamiento en contextos y situaciones específicas.

Los ítems que integran esta lista están relacionados con las dos funciones básicas, el afrontamiento centrado en la solución de problemas y centrado en la regulación emocional, adicionalmente contiene otros relativos a formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción y búsqueda de información.

### **Centradas en la solución de problemas**

- **Confrontación:** Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación, sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. 6,7,17,28,34,46.
- **Planificación:** Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. 1,2,6,27,39,48,49,52.

### **Centradas en la regulación emocional**

- **Distanciamiento:** Describe los esfuerzos para separarse, también alude a la creación de un punto de vista positivo. 12,13,15,19,21,32,41,44.
- **Autocontrol:** Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. 10,14,35,37,43,53,54,57,62,63.

- Aceptación de responsabilidad: Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. 9,25,29,51
- Huida-evitación: Describe el pensamiento desiderativo, los índices de esta escala sugieren huida y evitación, contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. 11,16,24,33,40,47,55,58,59.
- Reevaluación positiva: Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. 20,23,30,36,38,56 y 60.

### **Centrada en ambas áreas**

- Búsqueda de apoyo social: Describe los esfuerzos por buscar apoyo, puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. 8,18,31,42,45.

### **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas**

Este instrumento consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de sustancias ante ocho situaciones precipitadoras. Se sustenta en los hallazgos sobre situaciones de riesgo desarrolladas por Marlatt y Gordon (1985). En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió sustancias psicoactivas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas:

**I. Situaciones Personales**, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y, que se subdivide en 5 categorías que incluyen los siguientes reactivos:

1. Emociones Desagradables: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51.
2. Malestar Físico: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50.
3. Emociones Agradables: 1, 11, 21, 31 y 41.
4. Probando Autocontrol: 2, 12, 22, 32 y 42.
5. Necesidad o Tentación de Consumo: 4, 14, 24, 34, 44 y 54.

**II. Situaciones que involucran a terceras personas** y que se subdividen en tres categorías:

6. Conflicto con otros: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60.
7. Presión Social: 8, 18, 28, 38 y 48.
8. Momentos Agradables con Otros: 6, 16, 26, 36 y 46.

Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0; Rara Vez = 1; Frecuentemente = 2 y; Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo. Las fórmulas para la obtención del índice del problema en cada sub-escala son:

- Emociones Desagradables:  $\text{suma} / 30 \times 100$
- Malestar Físico:  $\text{suma} / 30 \times 100$
- Emociones Agradables:  $\text{suma} / 15 \times 100$
- Probando Autocontrol:  $\text{suma} / 15 \times 100$

- Necesidad Física: suma / 18 x 100
- Conflicto con otros: suma / 42 x 100
- Presión Social: suma / 15 x 100
- Momentos Agradables con otros: suma / 15 x 100

Un puntaje de 0% a 100% indica el índice de problema de consumo de la sustancia en cada situación. Por ejemplo, un índice de 0% señala que el usuario no utilizó la sustancia y hay poca probabilidad de riesgo al consumo en esa situación. Una puntuación entre 70% y 100% señala un consumo muy elevado ante esa situación siendo un riesgo mayor de consumo ante la misma. Se pueden jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas, como las de mayor riesgo de consumo por el usuario.

Este instrumento se adaptó a población mexicana por León y Pérez (2001), mostrando una confiabilidad test-retest de .98 siendo significativos todos sus reactivos al .000. En la adaptación a población mexicana, León y Pérez aplicaron el instrumento a 300 usuarios (150 consumidores de sustancias psicoactivas y 150 no consumidores) de la Ciudad de México y de áreas conurbanas. La edad promedio de aplicación fue de 26.71 años; en su mayoría fueron empleados, el 82% era del sexo masculino y el 60.66% de la muestra de no consumidores fueron mujeres. En su mayoría del grupo de consumidores fueron de nivel escolar de bachillerato y el 42.66% de los no consumidores de nivel profesional. La validez se obtuvo mediante grupos contrastados para determinar si el instrumento discriminaba entre consumidores y no consumidores; al analizar los datos mediante “t” de student con muestras independientes, todos los reactivos fueron significativos al .000.

## **4.12 Procedimiento**

### Selección de personas

En primer lugar, se solicitó permiso a las personas responsables del grupo de alcohólicos y drogadictos “el Alto” para poder seleccionar a 50 personas que cumplieran con los criterios establecidos, a fin de invitarles a participar en la investigación señalando la importancia de obtener información sobre factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, ya que los resultados les serían de apoyo en el tratamiento que brindan a las personas internadas en su agrupación; una vez que se obtuvo dicha autorización, se aplicaron las pruebas correspondientes bajo grupos de 10 personas.

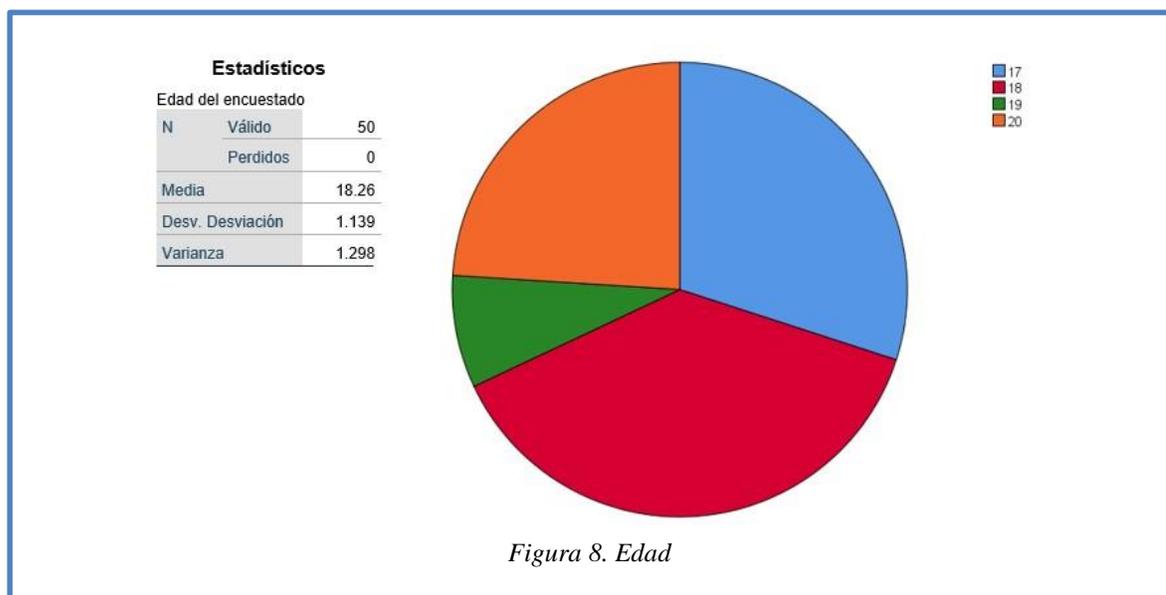
Se realizó la aplicación de pruebas con las medidas de seguridad correspondientes, uso de cubre bocas, gel antibacterial y sana distancia entre las 10 personas del grupo a evaluar. El aplicador se presentó como psicóloga de la Licenciatura de Psicología que está realizando la aplicación de pruebas para un proyecto de investigación en relación a sustancias psicoactivas, la cual proporcionará información valiosa que permitirá orientar de una forma más completa su actual tratamiento. Se hizo énfasis en que toda la información proporcionada es de carácter confidencial y únicamente para fines de la presente investigación.

## Capítulo 5. Resultados

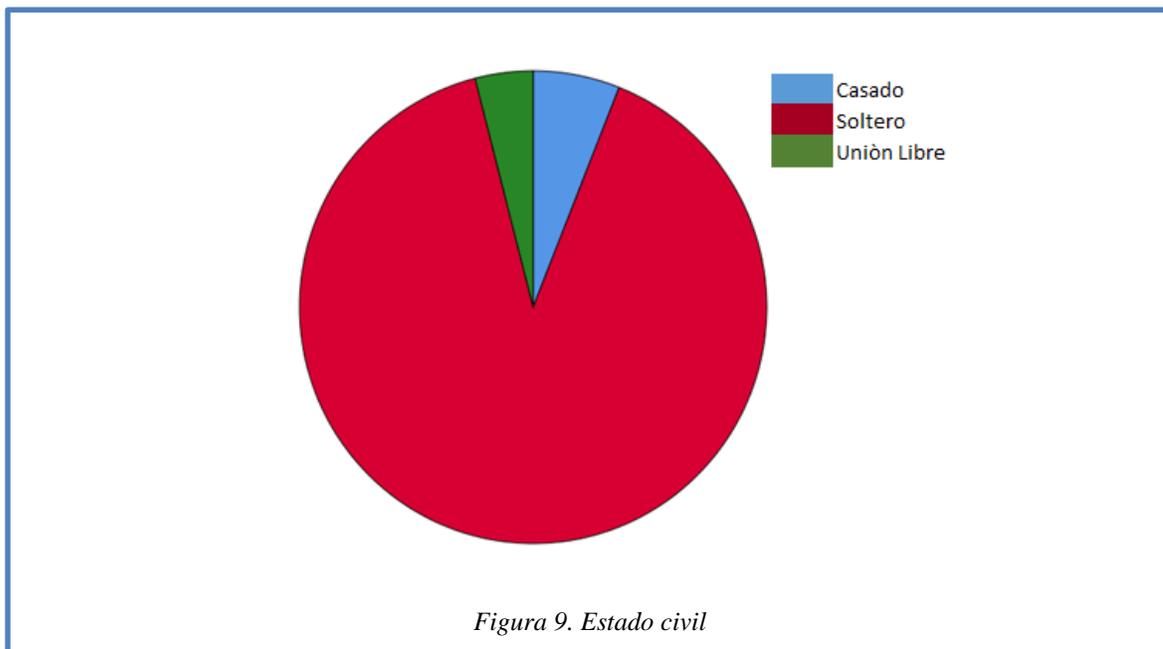
El análisis de datos hace énfasis en la descripción de las frecuencias con el objetivo de:

1. Describir las características de la población (edad, escolaridad y estado civil)
2. Identificar la dependencia a alguna sustancia psicoactiva.
3. Identificar estrategias de afrontamiento utilizadas en los últimos 12 meses.
4. Identificar las situaciones con mayor presencia al momento que una persona decide consumir una o varias sustancias psicoactivas.

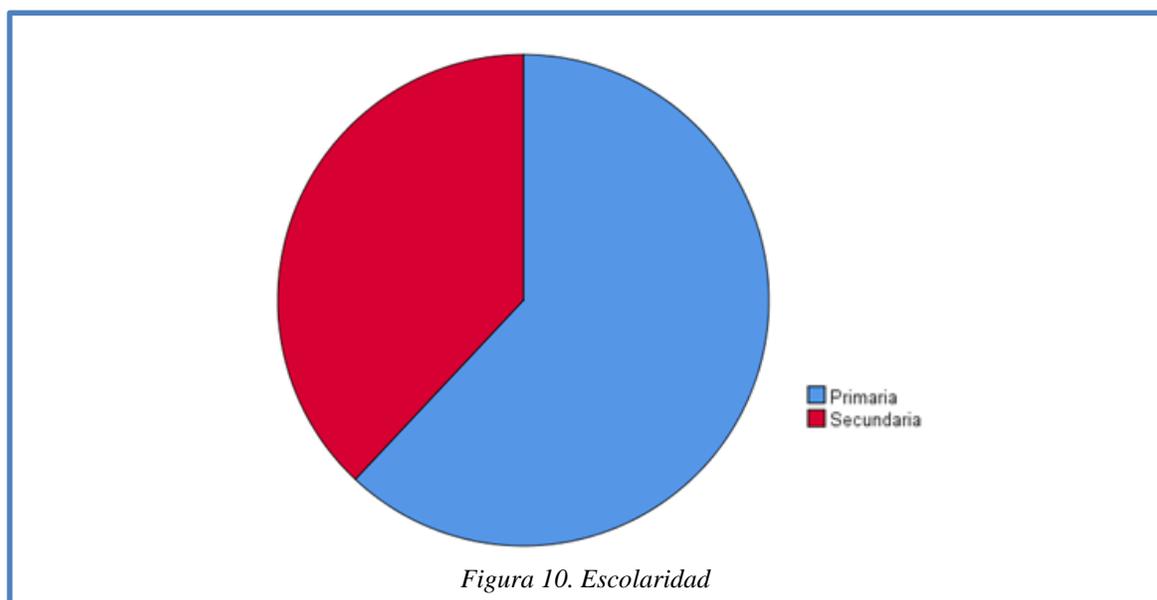
Esta información se encuentra representada mediante la elaboración de tablas de contingencia; se prueba la asociación entre variables y drogodependencia descrita en la hipótesis mediante pruebas de Chi cuadrada o análisis de varianza. El análisis de esta información se realizó con el paquete de computo SPSS-PC (Statistical Program for Social Sciences). A continuación, se muestran las características descriptivas (edad, escolaridad y estado civil) de la población total evaluada en esta investigación, la cual consta de 50 adolescentes de género masculino.



En la figura 8, se observa que la mayor parte de la población se encuentra entre los 18 años de edad (38%) y 17 años (30%); el 24 % tiene 20 años y el 8% corresponde a la edad de 19 años. La media de edad es de 18.26 años con una desviación estándar de 1.139.



La figura 9 muestra que la gran mayoría son solteros, representada por el 90%; casados solo el 6% y; dos casos en unión libre representado por el 4%.



La figura 10 representa el registro solo de educación primaria y secundaria concluidas, para el caso de primaria (62%) y para secundaria (38%).

### Drogodependencia

Para fines de esta investigación y bajo los criterios de riesgo alto de consumo de la prueba ASSIST; se describe a continuación la frecuencia de drogodependencia en base a una sola sustancia.

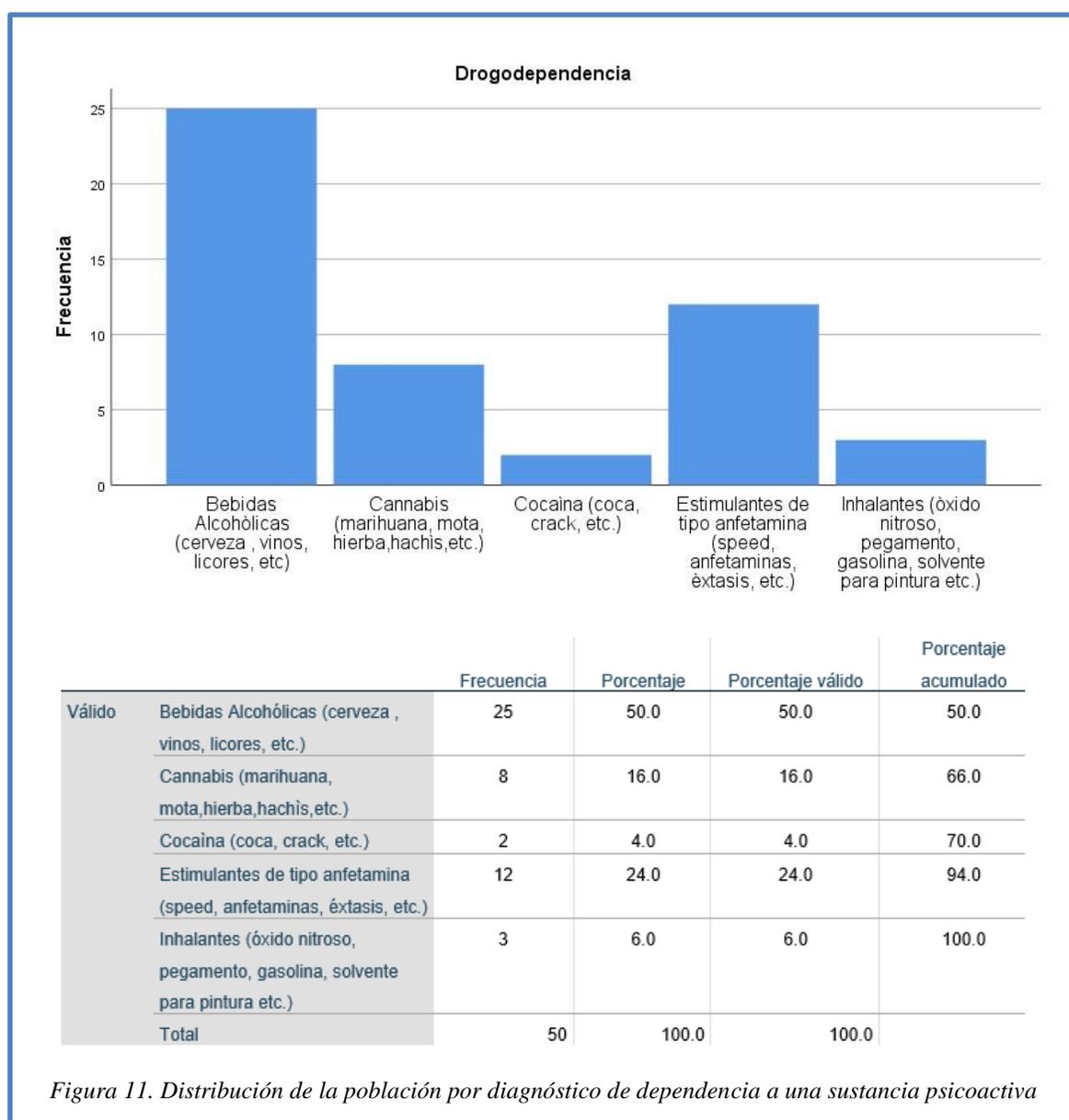


Figura 11. Distribución de la población por diagnóstico de dependencia a una sustancia psicoactiva

En la figura 11 se observa lo siguiente: 25 jóvenes son dependientes a bebidas alcohólicas (50%) del total de la muestra; 8 dependientes al cannabis (16%); 2 dependientes a la cocaína (4%); 12 a los estimulantes de tipo anfetaminas (24%) y; 3 dependientes a inhalantes (6%). La mayoría de adolescentes son dependientes al alcohol.

**Tabla cruzada Edad del encuestado\* Drogo dependencia**

Edad del encuestado		Drogo dependencia					Total
		Bebidas Alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	Cocaína (coca, crack, etc.)	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura etc.)	
17	Recuento	5	2	0	7	1	15
	Recuento esperado	7.5	2.4	.6	3.6	.9	15.0
	% del total	10.0%	4.0%	0.0%	14.0%	2.0%	30.0%
18	Recuento	11	3	1	3	1	19
	Recuento esperado	9.5	3.0	.8	4.6	1.1	19.0
	% del total	22.0%	6.0%	2.0%	6.0%	2.0%	38.0%
19	Recuento	4	0	0	0	0	4
	Recuento esperado	2.0	.6	.2	1.0	.2	4.0
	% del total	8.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.0%
20	Recuento	5	3	1	2	1	12
	Recuento esperado	6.0	1.9	.5	2.9	.7	12.0
	% del total	10.0%	6.0%	2.0%	4.0%	2.0%	24.0%
Total	Recuento	25	8	2	12	3	50
	Recuento esperado	25.0	8.0	2.0	12.0	3.0	50.0
	% del total	50.0%	16.0%	4.0%	24.0%	6.0%	100.0%

*Figura 12. Relación entre edad y drogo dependencia*

En cuanto al análisis de datos respecto a la relación entre edad y drogo dependencia, los resultados son los siguientes:

Un total de 15 adolescentes de 17 años son dependientes a alguna sustancia psicoactiva; 33.3% al alcohol; 13.3% al cannabis; 46.7% a estimulantes de tipo anfetamina y el 6.7% a inhalantes. En el caso de adolescentes de 18 años, se registraron 19 casos de dependencia, 57.9% al alcohol; 15.8% al cannabis; 5.3% a la cocaína; 15.8% a estimulantes de tipo anfetamina y 5.3% a inhalantes. Para la edad de 19 años, solo hay 4 adolescentes

dependientes al alcohol y; por último, los adolescentes de 20 años, representan un total de 12 casos, de los cuales 41.7% son dependientes al alcohol; 25% al cannabis; 8.3% a la cocaína e inhalantes y; 16.7% a estimulantes de tipo anfetamina (figura 12).

A continuación, se presenta el análisis de varianza entre edad y drogodependencia.

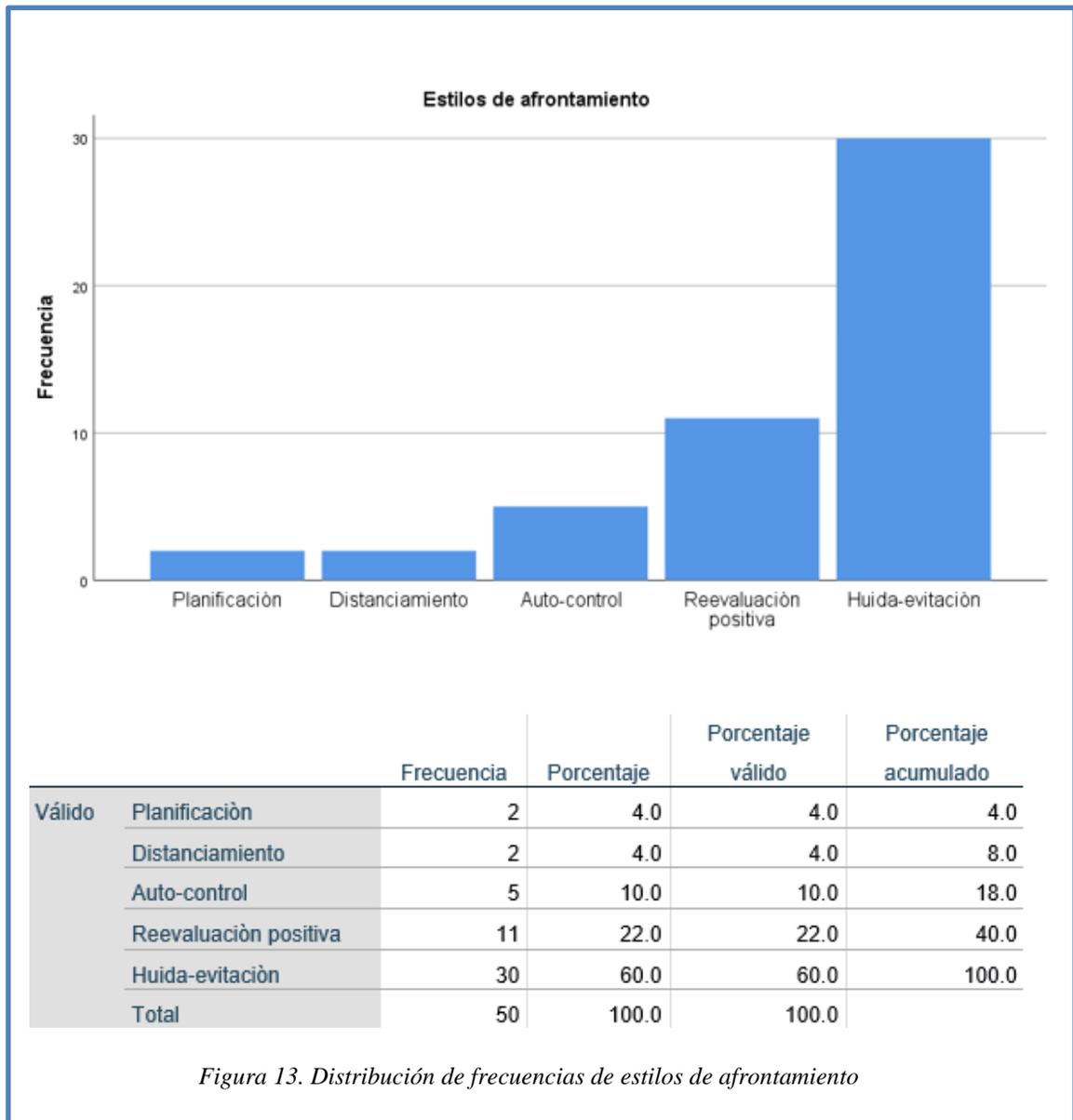
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.302 <sup>a</sup>	12	.503
Razón de verosimilitud	12.723	12	.390
Asociación lineal por lineal	1.223	1	.269
N de casos válidos	50		
a. 17 casillas (85.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .16.			

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	.429	.503
N de casos válidos		50	

De acuerdo con este análisis de varianza, el nivel de significancia es 0.503 ( $p > 0.05$ ), por tanto, se puede decir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y drogodependencia.

### **Afrontamiento**

En la presente investigación se tomaron en cuenta los ocho estilos de afrontamiento utilizados en los últimos 12 meses. A continuación, se muestra la frecuencia de estrategias de afrontamiento que los adolescentes reportaron utilizar.



En la figura 13, se observa que la estrategia de afrontamiento huida- evitación (estrategia centrada en la emoción), es utilizada con mayor frecuencia por la población encuestada, representada por un 60%; seguida del estilo reevaluación positiva (22%); autocontrol (10%) y; 4% respectivamente para los estilos distanciamiento y planificación.

Estadísticamente el análisis de varianza fue significativo al obtener una calificación .033, como se muestra a continuación:

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.814 <sup>a</sup>	16	.033
Razón de verosimilitud	31.644	16	.011
Asociación lineal por lineal	2.346	1	.126
N de casos válidos	50		
a. 22 casillas (88.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.			

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	.598	.033
N de casos válidos		50	

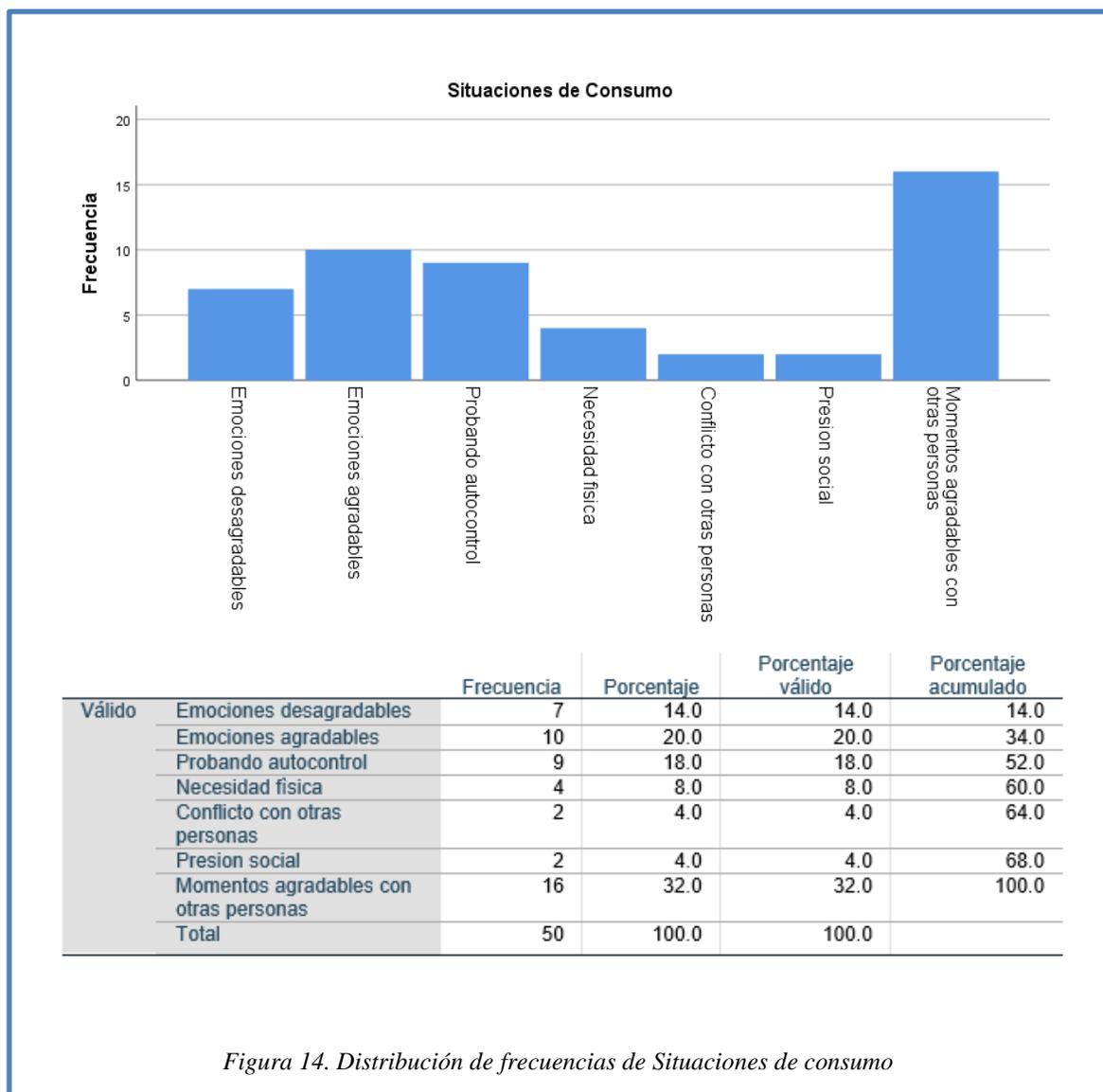
## Interpretación

De acuerdo con el nivel de significancia  $p < 0.05$ , se puede decir que existe una relación estadísticamente significativa entre drogodependencia y el estilo de afrontamiento huida- evitación, ya que es utilizado por la mayoría de la población encuestada, representado por un 60%. Los adolescentes que han desarrollado una drogodependencia, emplean mayormente estrategias de afrontamiento dirigidas al estilo huida- evitación. Cabe mencionar que en relación a las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas los adolescentes encuestados utilizan en menor medida esta estrategia representada por el estilo planificación (4%).

## Situaciones de Consumo

De acuerdo con los autores Annis, Turner y Sklar (1997, citado por Barragán et ál., 2014), las ocho situaciones de consumo se pueden presentar bajo dos factores: a) situaciones

personales, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y, b) situaciones que involucran a terceras personas. A continuación, se muestra la distribución de frecuencias respecto a las situaciones de consumo reportadas.



En la figura 14, se observa una prevalencia del 32% de adolescentes que consumieron sustancias bajo situaciones que implicaron momentos agradables con otras personas, seguido del 20% que refiere consumir en situaciones de emociones agradables. El 18 % probando

auto control; el 14% bajo situaciones de emociones desagradables; el 8% por necesidad física y; por último, el 4% bajo presión social y conflicto con otras personas respectivamente.

Se plantea la relación existente entre drogodependencia y situaciones de consumo de una o varias sustancias. De acuerdo al análisis de varianza se obtuvo un nivel de significancia de .008, se muestran los resultados:

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44.008 <sup>a</sup>	24	.008
Razón de verosimilitud	33.775	24	.089
Asociación lineal por lineal	.030	1	.862
N de casos válidos	50		
a. 33 casillas (94.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.			

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	.684	.008
N de casos válidos		50	

### Interpretación

De acuerdo con el nivel de significancia  $p < 0.05$ , se puede decir que existe una relación estadísticamente significativa entre drogodependencia y las situaciones de consumo. Sin embargo, como se observa en la figura 14, específicamente la situación ‘presión social’, representada por el 4%, no tiene una relación con la variable drogodependencia como se planteó en la hipótesis. La situación de consumo de mayor impacto en la población encuestada es, ‘momentos agradables con otras personas’, representada por el 32%.

## Capítulo 6. Discusión

En esta investigación se ha subrayado la importancia que tienen las variables sustancia psicoactiva, persona y contexto social en el desarrollo de una drogodependencia. La existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios; en primer lugar, el proceso biológico, que envuelve los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico; en segundo lugar, el proceso psíquico, que envuelve las experiencias individuales y personales y; en tercer lugar, el proceso ético-social, que envuelve la organización cultural y ética, expresadas en principios y valores de orden social (Erikson, 2015). Esta estructura tripartita forma parte fundamental del desarrollo de una persona y la relación directa en la decisión de consumir sustancias psicoactivas.

En los resultados se encontró, que el Alcohol es la sustancia con mayor dependencia. Esto coincide con ENCODAT 2016-2017 (Villatoro et ál, 2017), en donde se indica que el alcohol es la sustancia de primer impacto y por la cual mayormente se solicita atención derivado de las dificultades de su consumo. Es una sustancia psicoactiva legal que está muy arraigada en los patrones culturales vigentes de nuestra sociedad; su forma de consumo es aceptada como conducta individual, familiar o cultural y está influida por creencias, percepciones y hábitos. Adicionalmente, se encontró que la mayoría de la población estudiada que ha desarrollado una drogodependencia, también tiene dependencia al alcohol, por tanto, se deduce que el alcohol es consumido por cada persona encuestada en esta investigación, independientemente de la dependencia a otra sustancia psicoactiva en primer grado; esto

valdría para saber en investigaciones posteriores si existe dependencia a alguna sustancia, sin presencia de consumo de alcohol.

Los estimulantes tipo anfetamina, se encuentran en segundo lugar de consumo, estas sustancias están asociadas con la vida recreativa, momentos de diversión y de convivencia social. También existen problemas sociales asociados con este tipo de consumo como son: problemas en las relaciones personales, económicos y relacionados con el trabajo o estudios. Complementario a esto, la información que presentó la encuesta ENCODAT 2016-2017 (Villatoro et ál, 2017) refiere que, existe un preocupante incremento de la demanda de tratamiento por el uso de estimulantes de tipo anfetamínico desde 2017.

En tercer lugar, se encuentra el consumo dependiente de cannabis, una de las sustancias actualmente con mayor consumo en nuestro país. Es de interés mencionar, la actual legalización de esta sustancia en México, ya que contiene aspectos que permiten su uso recreativo, aspecto que resulta relevante en este estudio, pues el consumo recreativo puede implicar momentos agradables con otras personas, variable relacionada con la drogodependencia en los adolescentes encuestados. Sin duda se sugiere el estudio de posteriores investigaciones sobre las consecuencias e impacto de la legalización de Cannabis en nuestro País.

En último lugar se reporta el consumo dependiente de inhalantes y cocaína, dato que coincide con la teoría, ya que estas sustancias también son de las últimas reportadas en la lista de consumo tanto en México, como en el mundo. Para el caso de consumo de cocaína, existen solo dos adolescentes que reportan tener dependencia a esta sustancia, probablemente

debido a que esta sustancia es de difícil acceso y con un costo mayor. Por el contrario, en el caso de los inhalantes, es una de las sustancias que relativamente se consigue con mayor facilidad ya que su costo es económico y ha sido en varias investigaciones asociada a una sustancia utilizada por población de bajos recursos, aunque con consecuencias no menos dañinas que las demás sustancias.

Los resultados del análisis estadístico por edad, estado civil y escolaridad arrojaron la siguiente información: la edad promedio en esta investigación es de 18 años y no tiene una relación significativa con drogodependencia; es decir, en el grupo de estudio, la edad no influye directamente en el riesgo de padecer una dependencia a alguna sustancia psicoactiva; sin embargo, de acuerdo a la teoría, la mayoría de personas en edad adolescente son más susceptibles de probar por primera vez alguna sustancia, sin necesidad de llegar a una dependencia, ya que esto se encuentra determinado por la combinación de diversos factores biológicos, personales y ambientales.

En cuanto a escolaridad, la población estudiada reportó haber concluido el nivel primaria y secundaria, es decir, que ninguno de estos adolescentes concluyó la preparatoria. Se deduce que la dependencia a alguna sustancia psicoactiva puede repercutir directamente en el abandono de la escuela derivado de las dificultades que engloban este padecimiento y en otros casos puede deberse a que por la edad no han concluido el nivel medio superior. Cabe mencionar, que uno de los factores de relevancia tanto en el riesgo como en la protección, es la escuela; así que es de esperar que el grupo social de estos jóvenes incluya a sus compañeros de escuela y, a la vez es muy probable la deserción escolar debido al tiempo que se le dedica al consumo recreativo de alguna sustancia, así como la relación con otras circunstancias que

favorecen el abandono del centro educativo, por ejemplo: problemas familiares, falta de recursos económicos, problemas legales, entre otros. En posteriores investigaciones se sugiere abordar la relación que existe entre la deserción escolar y el consumo de sustancias psicoactivas, así como evaluar el incremento o el surgimiento de nuevas variables, factores de riesgo o protección, a partir de los nuevos modelos educativos derivado de la pandemia por Covid-19.

En el análisis estadístico de estado civil, se halló que la mayoría de adolescentes se encuentran solteros, sin embargo, hay algunos casos en los que se encuentran en unión libre y un solo caso de matrimonio de un joven de 20 años. En lo que respecta al género, en esta investigación se consideró solamente al género masculino, debido a que el lugar de rehabilitación en donde se aplicaron las encuestas, son muy escasas los internamientos de mujeres, y en algunos momentos son nulos; esto a la vez, coincide con los datos reportados por ENCODAT 2016-2017 (Villatoro et ál, 2017), el cual reporta un consumo en México de alcohol por parte de los hombres representado por el 62.5 % y el 37.3% por mujeres. En segundo lugar, se encuentra el consumo de mariguana, de la cual los hombres representaron el 80.3 % de consumidores y las mujeres el 19.7%. El tabaco ocupó el tercer lugar siendo los varones nuevamente quienes presentaron el mayor consumo, con un 59.2%, ante un 40.7%. De acuerdo a esta información las mujeres reportan consumir menos, sin embargo, no se puede dejar de lado el conocimiento de que, aunque sigan siendo los hombres en mayor medida consumidores de sustancias, el aumento en el consumo por parte de las mujeres es cada vez más frecuente.

## **Estrategias de afrontamiento**

De acuerdo con el autor Lazarus (1991, citado en Piña, 2009), el afrontamiento es un mediador de la respuesta de la emoción y como mediador, surge durante el encuentro y transforma la evaluación cognoscitiva original y su emoción concomitante de algún modo. Por lo tanto, para saber si un evento es vivido como estresante, es necesario conocer la interpretación que se hace de él. La idea central, es el proceso de evaluación cognoscitiva, que se refiere al proceso de toma de decisiones para evaluar los daños y beneficios presentes en las interacciones de las personas con su ambiente, es decir, una persona que se encuentra frente a determinada situación que evalúa como potencialmente perjudicial o que eventualmente pondría en riesgo su bienestar físico o psicológico; si concluye que dicha situación es amenazante o desbordante de sus recursos, sufre estrés psicológico, y posteriormente pone en marcha estilos de afrontamiento para manejar las demandas del entorno y estar en condiciones de reducir, controlar o eliminar sus efectos negativos; con estos últimos, a su vez, reduce, controla o elimina dicho estrés psicológico.

En esta investigación se estudió el estilo de afrontamiento huida- evitación, el cual se considera un estilo disfuncional que puede utilizarse para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor de alguna situación o para actuar como si lo ocurrido no importará y de cierta forma se podría considerar como un mecanismo de distorsión de la realidad. Cabe señalar que, este estilo de afrontamiento pertenece al grupo de afrontamiento dirigido a la emoción, el cual se caracteriza por aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el estilo de afrontamiento huida- evitación, si tiene una relación estadísticamente significativa con drogodependencia, por tanto, se acepta la hipótesis de investigación. Los adolescentes que han desarrollado una drogodependencia, utilizan en mayor medida este estilo de afrontamiento. Dato que coincide con la teoría sostenida por el modelo de afrontamiento del abuso de sustancias propuesto por Wills y Hirky (1996, citado por Chau, 1999), el cual considera que el consumo de sustancias representa una estrategia de evitación y que las motivaciones que empujan a los adolescentes a consumir sustancias, se centran en tres: regular los estados emocionales desagradables; olvidarse de los problemas que les preocupan y; buscar soluciones mágicas a sus problemas. Además, afirman que el empleo de estilos de afrontamiento de evitación a largo plazo, en vez de reducir el estrés lo incrementa; facilita la aparición de nuevas situaciones estresantes y; reduce la disponibilidad de recursos personales y sociales; por tanto, aumenta la probabilidad de volver a consumir sustancias psicoactivas como estrategia de evitación y como consecuencia desarrollar una drogodependencia. En contraste, los estilos de afrontamiento orientados a la tarea, son predictivos de la disminución del riesgo; una aproximación hacia la solución de problemas; con mayor probabilidad de resolver situaciones problemáticas; incrementar los sentimientos de autoeficacia y; atraer a otros a ayudar en el proceso de solución de problemas.

### **Situaciones de riesgo de consumo**

Desde la perspectiva de la dependencia psicológica conductista, el consumo ocasional o dependiente de sustancias psicoactivas, puede explicarse como un comportamiento que persiste por sus consecuencias, es decir, el refuerzo de una conducta puede ser cualquier

acontecimiento que aumenta la probabilidad de una conducta (Fernández et ál., 2009). En este sentido, los efectos inmediatos de las sustancias son reforzadores positivos porque funcionan como un premio o recompensa, es decir, puede producirse una o varias situaciones, por ejemplo: vivencia placentera, vivencia de evasión o vivencia de aprobación de los amigos (refuerzo positivo). Por otra parte, con la retirada de la sustancia, la persona presenta en la mayoría de casos un síndrome de abstinencia, que también juega un papel reforzador, pero negativo, porque busca y consume determinada sustancia para disminuir los efectos aversivos debidos a su falta (Ruíz y Valladolid, 2002). De esta forma se hace evidente que las situaciones de riesgo de consumo tienen un componente psicológico que funciona como reforzador de la conducta adictiva, representan una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de consumo o recaída (Marlatt 1993, citado por Barragán et ál., 2014).

Los resultados de esta investigación indican que, los adolescentes encuestados consumen sustancias psicoactivas principalmente al pasar tiempo agradable con otros, por tanto, la variable situación de consumo ‘presión social’ no tiene una relación estadísticamente significativa con drogodependencia y se rechaza la hipótesis de investigación. Sin embargo, si existe una relación significativa entre drogodependencia y la situación de consumo ‘momentos agradables con otras personas’, entendida como la sensación placentera al relacionarse con otras personas y pensar que el consumo va a aumentar la felicidad o que ayuda a integrarse más con los amigos. Se observa que esta situación de consumo involucra a terceras personas, con quienes se viven experiencias agradables y que, de acuerdo a la teoría, es propio de la etapa adolescente, la cual es considerada como una fase crucial en la vida de las personas en términos de búsqueda de experiencias, de identidad y de pertenencia.

El anterior resultado coincide con el estudio “Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados” (Sánchez et ál., 2014), investigación en la cual se analizó la relación existente entre los contextos de socialización (familia, escuela y comunidad) y variables personales (autoestima social, escolar, expectativas académicas y sintomatología depresiva) con el consumo de sustancias ilegales en adolescentes escolarizados. Obtuvieron una relación positiva de la autoestima social (sentimiento de ser querido, aceptado y valorado por el grupo de amigos) con el consumo de sustancias. Concluyeron que, los adolescentes utilizan el consumo de sustancias psicoactivas como una forma de potenciar las relaciones entre amigos y que los valores asociados al consumo de sustancias se extienden a la amistad y solidaridad grupal.

Cabe señalar que, los adolescentes participantes ya se encuentran internados en un grupo de apoyo y con una drogodependencia identificada, esto ayudó en la identificación de las situaciones de riesgo de consumo por las que refieren haber tenido alguna recaída o bien iniciar el consumo de sustancias. Aunque se ha mencionado con anterioridad, es importante resaltar que la mayoría refiere consumir sustancias psicoactivas bajo la situación de ‘momentos agradables con otras personas’; porque en cierta medida, contrasta con las situaciones de riesgo que pueden atribuirse de forma general (depresión, problemas con otras personas, en el hogar o diferentes malestares). La situación ‘emociones agradables’ ocupó el segundo lugar, esta implica una sensación de euforia, ganas de estar de fiesta y búsqueda de experiencias agradables; respecto a este dato, las conclusiones del estudio “Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios” (Duarte et ál., 2012), reportó para el caso de alcohol, que el principal motivo para consumirlo fue sentirse mejor; en el caso del cigarrillo, los principales motivos fueron, disminuir la tensión, ansiedad o estrés

y; en relación al consumo de drogas ilegales se consideró como principal motivo, experimentar nuevas sensaciones.

Se sugiere abordar en futuras investigaciones, la relación entre las situaciones de consumo y otras etapas de vida o desarrollo, con el objetivo de conocer si estas sensaciones agradables son situaciones de riesgo de consumo propias de la etapa adolescente o bien se pueden presentar como una constante durante todo el ciclo de vida de una persona.

## Capítulo 7. Conclusiones

La drogodependencia tiene un origen y explicación compleja, ya que influyen muchos factores para que se pueda desarrollar con mayor facilidad en algunos adolescentes y no llegue a desarrollarse en otros; a unos les puede afectar más el consumo de sustancias psicoactivas bajo las mismas condiciones que a otros; a algunos las características individuales les incrementan la probabilidad de consumir y, a otros en ciertos ambientes se les facilita el acceso.

Una sustancia psicoactiva, puede ser considerada en principio como inofensiva, debido a la aceptación y normalización cultural. Es común ver su consumo en reuniones sociales, familiares, deportes de fin de semana, entre otras. Se sabe que esta influencia cultural tiene un impacto de suma importancia en el consumo temprano y en el bajo riesgo percibido por parte de los adolescentes; puede ser la puerta de entrada al mundo de consumo de otras sustancias por la creencia de que “no pasa nada”; sin embargo, las consecuencias a largo plazo pueden tener repercusiones sumamente desfavorables en la esfera personal, familiar, laboral y social para quienes consumen, e incluso llevarlos a la muerte. Por ejemplo, la información recabada por el Sistema Nacional de Salud y el Servicio Médico Forense (SEMEFO), menciona que el consumo de alcohol continúa siendo la principal causa de urgencias y fallecimientos asociados a su consumo hasta no hace más de dos años en México.

La población adolescente es un grupo vulnerable para el consumo de estas sustancias, debido a las implicaciones de diversos elementos y cambios que se producen en esta etapa; se asocia en gran parte, a procesos de identificación; exaltación de valores y; actitudes

grupales que implican reconocerse como seres sociales aceptados. Erikson (2015), menciona que la integración psicosexual y psicosocial en esta etapa, influye en la formación de identidad personal, así como en la relación social significativa en el grupo de iguales, aquellos con quienes puede establecer relaciones autodefinitorias. Por tanto, se puede decir que, en esta búsqueda de identidad y aceptación grupal, la presencia de alguna sustancia psicoactiva al momento de convivir, puede influir como un elemento de riesgo para que exista una mayor probabilidad de consumo, ya que refuerza la sensación de aceptación y pertenencia. No obstante, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, prácticas sociales de consumo recreativo en fiestas, reuniones o diversos eventos, esta modulada en gran medida por los recursos personales, tales como la capacidad para afrontar diversos conflictos y/o situaciones de riesgo.

En este aspecto, la mayoría de los adolescentes que participaron en esta investigación, utilizaron en los últimos doce meses el estilo de afrontamiento huida evitación, estilo que es considerado mal adaptativo y que tiene una connotación negativa. Cabe señalar que, todos los estilos de afrontamiento tienen una función distinta dependiendo del contexto y momento en que se utilice, pero no en el caso del estilo evitativo, ya que es una forma de evadir los problemas e implica huir de alguna situación que se perciba como estresante. De acuerdo con esta información, se deduce que, alejarse o evitar situaciones que se perciben como estresantes para disminuir sensaciones de malestar, momentáneamente puede ayudar, sin embargo, a largo plazo se puede asociar con la búsqueda de consumo de alguna sustancia para amortiguar el malestar y al repetir esta conducta se puede desarrollar una drogodependencia. La teoría sostiene que las personas que creen que las sustancias psicoactivas serán útiles para manejar el estrés, tienen mayor probabilidad de llegar a ser

dependientes y, no es necesario que la sustancia reduzca el estrés, basta que la persona mantenga la expectativa de que lo hará.

En cuanto a las situaciones de riesgo de consumo, son escenarios que se encuentran presentes en el ambiente y pueden influir en la conducta adictiva; son variables particulares de cada contexto social e influyen de distinta forma en cada persona. Estas situaciones están dirigidas a aspectos de relación personal y con terceras personas, e influyen para que el consumo se lleve a cabo. En este estudio se registró que principalmente, los adolescentes consumen bajo situaciones que involucran emociones agradables, momentos placenteros con otros o que implican convivencia con terceras personas en eventos y reuniones con fines recreativos. Así se deduce, que la drogodependencia no solo está relacionada con evitar malestar y problemas, sino que además se busca la sensación de placer. Es posible que en un esquema de creencias respecto a que todo debe ser “felicidad” y que todo debe estar “bien”, así como alejar a los niños de situaciones frustrantes o de cierta tensión, lejos de contribuir a una educación socioemocional integral, puede ser a largo plazo un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Por lo anterior, se concluye que, se puede incrementar el riesgo de desarrollar drogodependencia debido a factores personales como, la búsqueda de experiencias placenteras y agradables; habilidades de afrontamiento adquiridas en un ambiente con pocos modelos adaptativos y la presencia de estilos de huida-evitación, bajo expectativas de esperar que las situaciones se resuelvan por sí solas y/o los problemas desaparezcan. Estos factores antecedentes incrementan la vulnerabilidad de consumo, debido a la relación que existe entre

la sensación de placer inmediato y la evitación del malestar que puede ser percibido ante una situación que genera conflicto.

Bajo los resultados de esta investigación y con el objetivo de disminuir el riesgo de desarrollar una drogodependencia, se considera la necesidad de implementar estrategias de intervención y prevención dentro de las familias, políticas públicas y en la educación de nuestro país. Estas estrategias pueden consistir en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para la vida desde la infancia, tales como: la orientación activa hacia la resolución del conflicto; toma de decisiones; regulación de emociones; pensamiento crítico; entre otras.

Por último, se hace énfasis en que la familia juega un papel de suma importancia en la educación socioemocional desde la infancia, ya que es en esta esfera donde se adquieren la mayor parte de habilidades y capacidades antes mencionadas; sin embargo, el resultado es responsabilidad de todos. Esta educación a temprana edad, puede ampliar en la niñez la capacidad de solucionar problemas, postergar la sensación de gratificación o recompensa, así como la aceptación de responsabilidad por las consecuencias de sus actos, a la vez que puede contribuir en el desarrollo de estilos más activos de afrontamiento que les permitan una mejor respuesta ante las adversidades que presenta un mundo en pleno cambio y desarrollo.

## **Referencias Bibliográficas**

Ahumada Cortez Jesica Guadalupe, Guzmán Facundo Francisco Rafael, Alonso Castillo María Magdalena, Gámez Medina Mario Enrique, Valdez Montero Carolina (2017). Situaciones que Facilitan el Consumo de Drogas Ilícitas en Adolescentes de Preparatoria. Salud y Administración Volumen 4, Número 11.

Álvaro Jiménez, S.J. (1992). La afectividad de la persona consagrada en la plenitud de su vida. El sentido de intimidad según la teoría epigenética de Erik H. Erikson. Theologica Xaveriana, (102).

American Psychiatric Association (2014). DSM-V, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

Arbex Sánchez Carmen (2002). Guía de intervención: menores y consumos de drogas. ISBN: 84-699-9740-8; Depósito Legal: M-44040-2002.

Arellanez Hernández Jorge Luis, Díaz Negrete David Bruno, Wagner Echegaray Fernando, Pérez Islas Verónica (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental vol. 27, núm. 3, pp. 54-64; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Distrito Federal, México.

Barcelata Eguiarte Blanca Estela (2015). Adolescentes en riesgo, una mirada a partir de la resiliencia. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza. ISBN: 978-607-02-6701-7.

Barragán Torres Lydia, Flores Mares Marlene, Ramírez García Ana Nayeli, Ramírez Mendoza Carolina (2014). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. Primera edición; D.R. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. [www.conadic.salud.gob.mx](http://www.conadic.salud.gob.mx).

Becerra, J. A. (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Salud y drogas, vol. 9, núm. 2, 2009, pp. 209-221. Instituto de investigación de drogodependencias Alicante, España.

Becoña Iglesias Elisardo, Cortés Tomás Maite (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. I.S.B.N.: 978-84-933094-3-5.

Becoña Iglesias Elisardo (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

Berra Ruiz Enrique, Muñoz Maldonado Sandra Ivonne, Vega Valero Cynthia Zaira, Silva Rodríguez Arturo, Gómez Escobar Gisel (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. Revista Intercontinental de Psicología

y educación; ISSN:0187-7690; Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>

Bordignon Nelso Antonio (2005). El desarrollo psicosocial de Erick Erikson: El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación; pp. 50-63; ISSN: 1794-4449; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>.

Carballo Crespo José Luis, García Rodríguez Olaya, Secades Villa Roberto, Fernández Hermida José Ramón, García Cueto Eduardo, Errasti Pérez José Manuel y Al-Halabi Díaz Susana (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. Psicothema Vol. 16, n° 4, pp. 674-679; ISSN 0214 – 9915.

Chau Cecilia (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. Universidad de Lima, Perú.

Cloninger Susan C. (2003). Teorías de la personalidad. Tercera Edición, Pearson Educación, México. ISBN: 970-26-0228-9.

CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México: Autor.

Córdova Alcaraz Alberto Javier (2000). Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes. Tesis para grado de maestría; Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología.

Cuerno Clavel Lorena (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. Elaborado para revista policía y seguridad pública.

Duarte Alarcón Carolina, Varela Arévalo María Teresa, Salazar Torres Isabel Cristina, Luisa Fernanda Lema Soto, Julián Andrés Tamayo Cardona (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, No.1, pp. 92 – 104; ISSN 0121-7577.

Erik H. Erikson (2015). Sociedad y adolescencia. Siglo XXI editores, s. a. de c.v.; Sexta reimpresión; ISBN 968-23-1841-6.

Fernández Cáceres Carmen (2006). Habilidades para la vida, Guía para educar con valores. 2ª Edición; Centros de Integración juvenil A.C.; ISBN 968-52-17-06-8. [www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx).

Fernández Pedro Lorenzo, Ladero Quesada José María, Leza Cerro Juan Carlos, Lizasoain Hernández Ignacio (2009). Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. 3ra Edición Médica Panamericana; Buenos Aires.

Gaceta Parlamentaria (2021). Dictamen de las comisiones unidas de justicia y de salud de la minuta con proyecto de decreto por el que se expide la ley federal para la regulación del

cannabis y reforma y adiciona diversas disposiciones de la ley general de salud y del código penal federal. Número 5736-II. miércoles 10 de marzo; Cámara de diputados; Palacio legislativo de San Lázaro. <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2021/mar/20210310-II.pdf>.

Gómez Fraguera José Antonio, Luengo Martín Ángeles, Romero Triñanes Estrella, Villar Torres Paula, Sobral Fernández Jorge (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. International Journal of Clinical and Health Psychology; ISSN: 1697-2600; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>.

González Felicia Miriam (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; ISBN 978-959-212-221-5.

Hernández Sampieri Roberto (2014). Metodología de la investigación. sexta edición, McGraw-Hill interamericana editores, s.a. de C.V., ISBN: 978-1-4562-2396-0.

León Bello Lucia de Jesús, Pérez Figueroa Lidya (2001). Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of drug taking Situations (IDTS) y el drug taking confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología, México.

Martínez Robles Beatriz (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios entorno a las etapas de la vida de Erik Erikson. Revista Mexicana de pediatría, vol. 75, no. 1, p. 29-34.

Martínez Higuera Isabel M., Nieto González Miguel Ángel, Begoña del Pueyo (2000). Medios de comunicación y drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; NIPO: 126-00-015-0; Depósito legal: M-4413-2000.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Edición en español; Depósito Legal: M-58016 – 2008.

Nava Quiroz Carlos, Vega Valero Cynthia Zaira, Soria Trujano Rocío (2010). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. Bogotá, Colombia; v. 9; no. 1; p. 139-147; ISSN 1657-9267.

Niemeyer Donoso Tania (1999). Desarrollo de una identidad con tendencia a la vergüenza. Una mirada desde la Teoría de E. Erikson y las interacciones familiares. Revista de psicología, vol.8, No.1, p. 57-66.

Organización Mundial de la Salud (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria; Traducción al español realizada por la Organización Panamericana de la Salud; ISBN 978-927533236-8.

Pedrero Pérez Eduardo, Rojo Mota Gloria, Puerta García Carmen (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*; pp. 256-270.

Piña López Julio Alfonso (2009). Los pecados originales en la propuesta transaccional sobre estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 14, núm. 1, p. 193-209; Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México

Pons Diez Xavier (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Vol. 4, núm. 2, pp. 157-186.

Ríos José Antonio, Espina Alberto, Baratas María Dolores (1997). La prevención de las drogodependencias en la familia. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ISBN: 84-8150-171-9; Depósito Legal: M-43087-1997.

Rojas Milton, Rodríguez Alejandra, Zereceda Jimena, Otiniano Fiorella (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Primera Edición; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC); depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-19282.

Rufino San José Marisa (2012). Drogodependencias y adicciones: Prevención en el ámbito laboral. Edición junio; Secretaria de Salud Laboral UGT-CEC; Depósito Legal: M-23936-2012.

Ruiz Martínez Mario y Valladolid Gabriel Rubio (2002). Manual de drogodependencias para enfermería. Ediciones Díaz de Santos; ISBN 9788479785144.

Sánchez Sosa Juan Carlos, Villarreal González María Elena, Ávila Guerrero María Elena, Vera Jiménez Alejandro y Musituc Gonzalo (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention* 23, pp. 69-78.

Tavera Romero Simón, Martínez Ruiz María José (s.f). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida". ISBN: 978-970-721-491-0. [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx)

Torregrosa Peris José Ramón (1983). Sobre la identidad personal como identidad social.

Ulloa Hernández Cynthia (2017). Autocuidado y prevención del consumo de drogas y alcohol. The forest college.

Vargas Prado Carlos Alberto (s.f.). Aportaciones de la teoría psicoanalítica al desarrollo de la adolescencia: la intervención en el aula. p. 1-9.

Vázquez Valverde, Crespo López y J. M. Ring (s.f.). Estrategias de afrontamiento. Capítulo 31; p. 425- 435.

Villatoro Velázquez JA., Reséndiz Escobar E., Mujica Salazar A., Bretón Cirett M., Cañas Martínez V., Soto Hernández I., Fregoso Ito D., Fleiz Bautista C, Medina Mora ME., Gutiérrez Reyes J., Franco Núñez A., Romero Martínez, M. y Mendoza Alvarado, L (2017).

Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz; Instituto Nacional de salud pública, Comisión Nacional contra las adicciones, Secretaria de Salud. Ciudad de México, México: INPRFM.

Villatoro Velázquez JA., Reséndiz Escobar E., Mujica Salazar A., Bretón Cirett M., Cañas Martínez V., Soto Hernández I., Fregoso Ito D., Fleiz Bautista C, Medina Mora ME., Gutiérrez Reyes J., Franco Núñez A., Romero Martínez, M. y Mendoza Alvarado, L (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz; Instituto Nacional de salud pública, Comisión Nacional contra las adicciones, Secretaria de Salud. Ciudad de México, México: INPRFM.

Zapata Téllez Jessica (2017). Cognición social en el abuso de sustancias, una revisión narrativa. Departamento de Investigación Psicosocial y Documental; Centros de Integración Juvenil, A.C., México, Revista internacional de investigación en adicciones.

Zavala Larizza, Rivas Raúl Alberto, Andrade Patricia, Reidl Lucy María (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, pp. 159-182; ISSN: 0187-7690; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387009>.

**Anexos**

**Cuestionarios**

## TARJETAS DE RESPUESTA

### PRUEBA ASSIST

Dr. Luis Alfonzo

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado de estudios: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses (las últimas 12 semanas = los últimos 90 días). Tenga la seguridad de que la información proporcionada será estrictamente confidencial.

Por favor encierre en un círculo la respuesta de su elección.

<b>PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

## ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0 — En absoluto.
  - 1 — En alguna medida.
  - 2 — Bastante.
  - 3 — En gran medida.
- 

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso) ( )
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. ( )
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. ( )
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar. ( )
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación. ( )
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. ( )
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión. ( )
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ( )
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo. ( )
10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta. ( )
11. Confié en que ocurría un milagro. ( )
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte). ( )
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada. ( )
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. ( )
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno. ( )
16. Dormí más de lo habitual. ( )

17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema. ( )
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. ( )
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor. ( )
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo. ( )
21. Intenté olvidarme de todo. ( )
22. Busqué la ayuda de un profesional. ( )
23. Cambié, maduré como persona. ( )
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. ( )
25. Me disculpé o hice algo para compensar. ( )
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. ( )
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería. ( )
28. De algún modo expresé mis sentimientos. ( )
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. ( )
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré. ( )
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ( )
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones. ( )
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ( )
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. ( )
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso. ( )
36. Tuve fe en algo nuevo. ( )
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara. ( )
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida. ( )
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien. ( )
40. Evité estar con la gente. ( )
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. ( )
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. ( )
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas. ( )
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio. ( )
45. Le conté a alguien cómo me sentía. ( )
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería. ( )
47. Me desquité con los demás. ( )
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar. ( )
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. ( )

- 
50. Me negué a creer lo que había ocurrido. ( )
  51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez. ( )
  52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema. ( )
  53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto. ( )
  54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas. ( )
  55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. ( )
  56. Cambié algo en mí. ( )
  57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. ( )
  58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo. ( )
  59. Fantasíe e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas. ( )
  60. Recé. ( )
  61. Me preparé mentalmente para lo peor. ( )
  62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. ( )
  63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo. ( )
  64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ( )
  65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas. ( )
  66. Corrí o hice ejercicio. ( )
  67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríbalos) ( )



	Nunca	Rara Vez	Frecuentemente	Casi Siempre
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí.	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo.	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré.	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir.	0	1	2	3
16. Cuando estaba con una amigo y quisimos sentirnos aun más unidos.	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás.	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amistades e insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga.	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho.	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física.	0	1	2	3
21. Cuando me sentí emocionado.	0	1	2	3
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto.	0	1	2	3
23. Cuando sentí náuseas.	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga.				
25. Cuando sentí que fracasé.	0	1	2	3
26. Cuando estaba con amistades y quería divertirme más.	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron.	0	1	2	3
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera.	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar.	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí.	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida.	0	1	2	3
32. Cuando quise probar si podía estar con mis amistades que consumen drogas sin consumirlas.	0	1	2	3
33. Cuando tuve problemas para dormir.	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla.	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido.	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con una amigo.	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás.	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar.	0	1	2	3

	Nunca	Rara Vez	Frecuentemente	Casi Siempre
39. Cuando tenía dolor de cabeza.	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas.	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado.	0	1	2	3
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo.	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor.	0	1	2	3
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga.	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario.	0	1	2	3
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trató injustamente.	0	1	2	3
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga.	0	1	2	3
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo.	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico.	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer.				
52. Cuando había pleitos en mi casa.	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor.	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí.	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo.	0	1	2	3
56. Cuando necesité coraje para enfrentar a otra persona.	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes.	0	1	2	3
58. Cuando alguien trato de controlar mi vida y quise sentirme más independiente.	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo.	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela.	0	1	2	3