

Universidad de Sonora

División de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación

Autocontrol en adicciones: Comparación entre una muestra de jóvenes consumidores y no consumidores.

TESIS

Para obtener el Título de:

Licenciado en Psicología

Presenta:

Escalante Rodríguez Elina Sarahí

Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

RESUMEN

El consumo de drogas constituye una problemática de gran complejidad que dentro de un contexto sociocultural, aparece sujeta a una gran variabilidad de mitos y significaciones tanto para el individuo como para el grupo social del cual forma parte. La situación de consumo dentro de la población adolescente es cada vez más elevada y en edades más tempranas situando estos factores como un problema social emergente. La adolescencia en sí es un período de intensas alteraciones de cambios psicológicos y sociales en confrontación con la realidad aunado a los factores sociales, la presión de grupo y la influencia del ambiente familiar pueden ejercer gran presión al adolescente para que consuma sin embargo si el adolescente posee buen repertorio de factores protectores tales como el autocontrol y el afrontamiento al estrés puede sobrellevar las presiones y no caer en las drogas. Por lo anterior la presente investigación se centra en un grupo de adolescentes que se encuentran inmersos en el consumo de drogas, así mismo recluidos en el centro de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos; en el segundo grupo es una muestra al azar de alumnos de preparatoria que se encuentren en el mismo rango de edad y sin indicios de consumo de drogas con el objetivo de comparar el tipo de estrategias que utilizan las personas drogodependientes y hacer un análisis de su autocontrol, a su vez comparar el autocontrol en personas sin adicciones.

INDICE

Página

Dedicatoria.....1

Agradecimiento.....2

CAPITULO 1

1.1 Introducción.....3

1.2 Conceptualización de las drogas.....6

1.3 Clasificación de las drogas.....8

1.4 Epidemiología.....12

1.5 Factores de riesgo.....19

1.6 Factores protectores.....21

1.7 Teoría de la Conducta de riesgo en adolescentes de R. Jessor 1992.....22

1.8 Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.....25

1.9 Modelo de etapas motivacionales Werch y DiClemente 1994.....27

1.10. Objetivos de la investigación.....32

CAPITULO 2

Metodología.....32

Participantes.....32

Instrumentos.....33

Diseño y procedimiento.....33

CAPITULO 3

Resultados.....34

CAPITULO 4

Discusión.....37

Conclusión.....39

CAPITULO 5

Referencias bibliográficas.....	41
Anexos.....	46

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedicamos a nuestra familia que gracias a su apoyo pudimos concluir la carrera.

A nuestros padres por brindarnos los recursos necesarios y estar a nuestro lado apoyándonos y aconsejándonos y por hacer de nosotras unas mejores personas a través de sus consejos, enseñanzas y amor.

A nuestros hermanos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir nuestros objetivos como personas y estudiantes y por estar siempre presentes, acompañándonos.

Al resto de nuestras familias y amigos que de una u otra manera han llenado de sabiduría para terminar este trabajo.

A las instituciones que nos permitieron realizar nuestro trabajo brindándonos todas las facilidades para llevarlo a cabo.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento singular a nuestros padres que nos apoyaron incondicionalmente, a nuestros maestros sinodales y a nuestro director de tesis que nos han orientado, apoyado y corregido en nuestra labor científica con un interés y una entrega que han sobrepasado, con mucho, todas las expectativas que, como alumnas, depositamos en sus personas.

Introducción

El uso de drogas ha existido desde los tiempos más remotos, ya sea relacionado a prácticas y ritos religiosos o como respuesta a la búsqueda de los estados psíquicos especiales. En el curso de la historia se han reconocido la existencia de plantas medicinales que al ser ingeridas desarrollan efectos de importancia para la mente humana y el comportamiento del individuo. La búsqueda de estados mentales especiales se fundamenta en el deseo del hombre por trascenderse a sí mismo. Las limitaciones en el campo de sensaciones, percepciones e imágenes ha impulsado al hombre al descubrimiento e intervención de aquello que le permita rebasar sus límites naturales. El uso de estas sustancias se ve acrecentado por el reciente conocimiento general de la población de algunos productos derivados de las plantas, conocimiento no siempre adecuado y completo que provoca que el uso sea impertinente, excesivo y creciente entre los jóvenes (Llanes 1982).

Desde el ámbito psicológico la adolescencia se ve como un estadio de transición de la historia del individuo, en el que tiene que integrarse como un todo psico-corporal e intenta ubicarse en una sociedad, sin embargo la complejidad creciente de la sociedad aumenta las dificultades para el adolescente en su paso entre una infancia aun no terminada y una vida adulta aun no totalmente asumida. En el tránsito de la infancia a la edad adulta, el joven se define como un ser contrastante, se enfrenta a los límites de la infancia que le daban seguridad y confianza para pasar a una etapa de confusión en donde busca integración y aceptación social. Actualmente, diversos estudios sobre el uso de drogas, han evidenciado que los jóvenes entre 12 y 17 años son quienes están más expuestos a usar este tipo de sustancias, ya sea por la convivencia con familiares, amigos u otras personas consumidoras o porque en su contexto inmediato hay lugares o escenarios donde existe un fácil acceso.

El consumo de drogas constituye hoy el principal problema de salud pública de los países en desarrollo, México no es la excepción, su consumo de drogas muestra periodos de aumento sobre todo en los jóvenes adolescentes (ENA 2011). Por ello, las adicciones son un tema de salud pública que a la vez daña profundamente a las personas, familias y comunidades. En nuestra sociedad hay una relación muy estrecha con las drogas, por una parte sabemos que son dañinas para la salud, pero la sociedad consume todos los días, el tabaco, las pastillas tranquilizantes, los antidepresivos, las bebidas energéticas y por supuesto las drogas prohibidas. Desde las primeras civilizaciones los humanos utilizaban las drogas para: alterar el estado de ánimo, estimularse o acceder algún tipo de conocimiento (Escohotado, 2002). Han sido muchas las sustancias psicoactivas empleadas, pero la más difundidas son las siguientes:

El opio es el intoxicante más antiguo que el hombre lleva consumiendo de manera continua ya que gracias a su ingrediente activo adormece el dolor, provoca sueño, reduce las aflicciones y produce júbilo este se remota unos ocho mil años a.c. no solo se utilizaba en medicina por sus grandes cualidades analgésicas, si no que el estado onírico inducido por la inhalación del humo de su savia coagulada y desecada parece ser uno de los primeros ejemplos de intoxicación sistemática en la historia de la humanidad.

El alcohol repercute con gran impacto a nuestra sociedad debido a que se puede obtener de todo tipo de especies vegetales y sus derivados, existen descubrimientos arqueológicos que revelan que las vasijas ya existían en 8.000 a.c y que, por lo menos, en 5.000 a.c eran empleadas para almacenar miel fermentada y diluida en agua este pudo a haber sido el primer vino para consumo humano, desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana (Walton, 2001).

El cannabis en su diversa preparación ha sido utilizado con fines medicinales, es originaria de Asia Central de las yermas estepas del sur de Siberia, su apariencia puede variar

por lo que se le denomina polimorfa, los primeros indicios de esta planta datan de documentos chinos del emperador Shen Nung del año 2700 a. c, las plantaciones se esparcieron desde Asia a todas las regiones templadas y tropicales del mundo.

La planta de coca, nativa de Sudamérica crece de manera silvestre en las montañas de la región andina, sus propiedades psicoactivas fueron probablemente descubiertas hace más de 700 años, lo indios Chibcha de Colombia parecen haber representado una función decisiva en su difusión hacia el sur y para el siglo X a.c ya era usado por los aymara. No se conoce con precisión el origen de su uso, pero se remota aproximadamente al año 3 000 a.c convirtiéndose en un elemento importante para las culturas sudamericanas (Tapia 2001).

El tabaco es un intoxicante muy antiguo pues se cultivaba en América del sur desde el neolítico superior hace unos ocho mil años, las variedades de tabacos más antiguas que se conocen han sido utilizadas en rituales chamanicos, los tabacos eran de un olor y sabor mucho más fuertes que los cigarros que se comercializan en estos tiempos, por ello se cree que las primeras cosechas de tabaco se cultivaban con el fin exclusivo de drogarse lo que lo convierte en el cultivo intoxicante más antiguo del mundo, por lo tanto la inhalación fue la primera forma de consumirlo, otras formas consistían en mascar las hojas o beber el jugo exprimido de la planta.

La anfetamina se sintetizo por primera vez en Alemania en el año de 1887, pero las primeras investigaciones importantes sobre sus posibles aplicaciones médicas no se llevaron a cabo si no 40 años después, en cuanto se descubrió que la anfetamina parecía imitar el mismo efecto sobre el cerebro que producía la noradrenalina (estimulante natural que incrementa la actividad mental o física) por ello la anfetamina empezó a utilizarse en el tratamiento de narcolepsia, al poco tiempo se vendía en dosis bajas como tónico para los que trabajaban muchas horas seguidas. Las anfetaminas siguen siendo en la calle la segunda droga ilegal más

popular después del cannabis ya que es una droga social que pone felices y comunicativas a las personas cuando están bajo sus efectos (Walton, 2001).

Son muchas las sustancias utilizadas de drogas que en consecuencia generan grandes problemas por el consumo masivo y abusivo de ellas, el desarrollo de ciertas drogas proporciona a la medicina elementos poderosos para el tratamiento de enfermedades, el alivio del dolor y el control de la depresión; pero también enfrenta a la sociedad con un fenómeno no previsto: la aparición de personas que bajo los efectos de las drogas pierden el control de sus actos, abandonando las normas establecidas además de cometer actos criminales (Velasco, 1997).

Conceptualización de las drogas.

Para la OMS (1969): "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Del mismo modo para la Oficina de Narcóticos y Drogas peligrosas (S.I SBNN, 1971) una droga viene a ser "cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental".

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001), Drogas son todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Incluye tanto las de tipo legal, como ilegal, como veremos más adelante, junto a ciertos medicamentos y tóxicos.

Para la Secretaria de Salud (2011), la adicción, fármacodependencia o drogadicción es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de éste, o el llamado síndrome de abstinencia.

Por drogodependencia entendemos, tal como la definió la OMS (1969) como “el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”.

Uso: Es la utilización experimental sin alteraciones en la salud y vida del individuo.

Abuso: Es el aumento de la dosis o frecuencia de consumo. En otras palabras es el uso excesivo de una droga cuando se consume regularmente afectando al individuo.

Intoxicación: Comprendido como un estado patológico provocado por el consumo de las drogas Vallejo (2009).

Adicción: según la OMS (1969) es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, así como por tener unas consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Dependencia: Para la American Psychiatric Association (1994), es un patrón mal adaptado de abuso de una sustancia, que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico.

Abstinencia: es el conjunto de síntomas que se presentan cuando se deja de tomar, total o parcialmente, una sustancia que se ha ido consumiendo de forma reiterada, prolongada y a dosis elevadas Vallejo (2009).

Clasificación de las drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1969), ha clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos. De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser: Estimulantes, depresoras y alucinógenas.

Drogas estimulantes: Son drogas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Dentro de este grupo encontramos la cocaína, pasta base de coca, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis. La forma de administración es variada, ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada.

Drogas depresoras: Son aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central, producen la alteración de la concentración, en ocasiones del juicio, la disminución de la apreciación de los estímulos externos, relajación sensación de bienestar, apatía, disminución de la tensión y desaparición de la angustia. El alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos y los tranquilizantes son consideradas drogas depresoras, la administración se realiza por vía intravenosa, oral o fumándoles.

Drogas Alucinógenas: Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alucinaciones o sueño, alteran la senso-percepción. Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído. En este grupo incluimos la marihuana, hachís, L.S.D., peyote y mezcalina, hongos, inhalables.

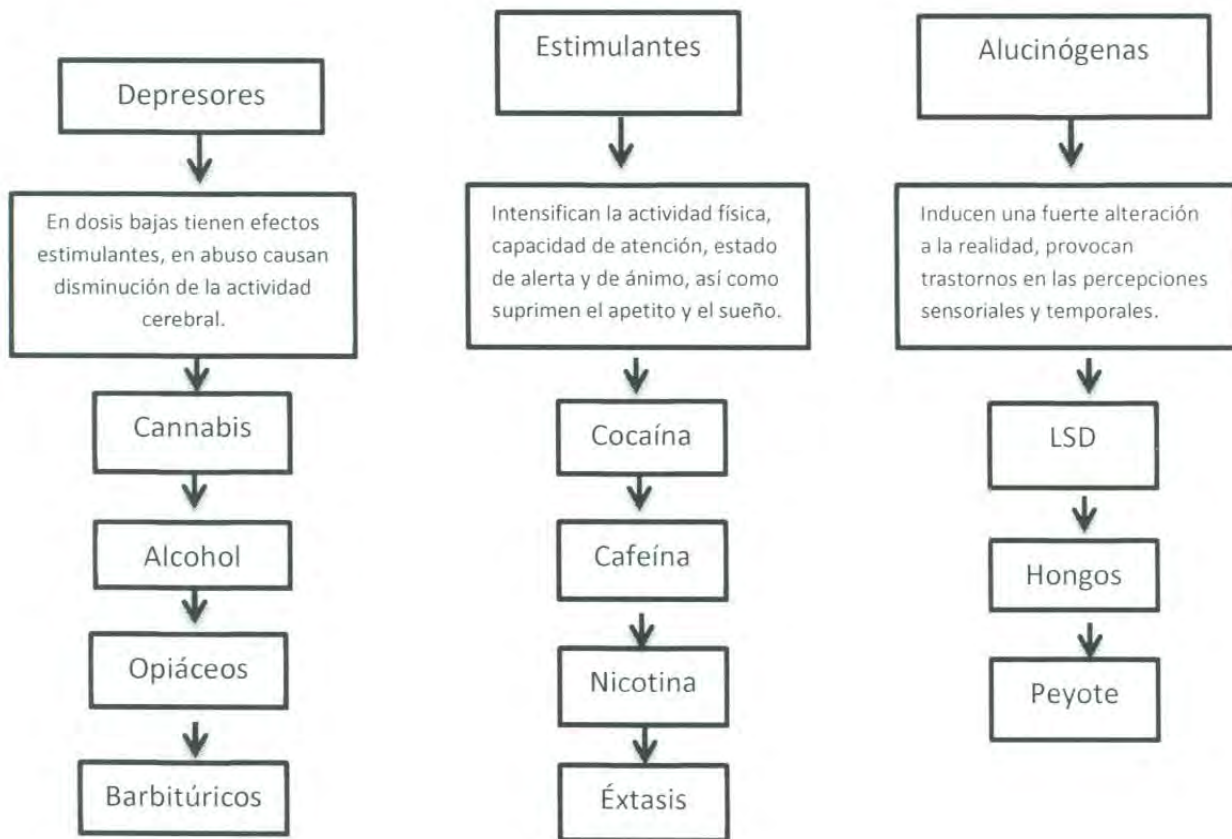


Figura 1. Clasificación de las Drogas según el efecto que produce. Fuente: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de drogodependencia, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Desde las primeras civilizaciones las distintas sociedades humanas han utilizado distintos tipos de sustancias para alterar el estado de ánimo, estimularse o acceder a algún tipo de conocimiento, por eso se describe el origen de las drogas (Ver tabla 1).

Tabla 1. Drogas, origen y efectos (Becoña, 2002).

<i>Nicotina</i>	Se extrae de la planta <i>Nicotiana tabacum</i> , fumándose habitualmente en forma de cigarrillos; Es estimulante del SNC, actuando a dosis altas como bloqueador de la transmisión ganglionar.
<i>Alcohol</i>	Se obtiene de la fermentación de

carbohidratos vegetales, es de tipo estimulante, es el responsable del desarrollo de lesiones hepáticas, enfermedades en el aparato digestivo, en el páncreas, síndromes neurológicos y enfermedades musculares entre otros

<i>Cannabis</i>	Es una planta psicoactiva de la que se pueden fumar sus hojas, es consumida con fines recreativos, religiosos y medicinales.
<i>Heroína</i>	Es un opiáceo de tipo sintético, se clasifica dentro de las drogas depresoras del sistema nervioso central, se caracteriza por producir una dependencia psicológica y física intensa
<i>Cocaína</i>	Se extrae del arbusto de la coca. Es estimulante del sistema nervioso central, se puede tomar en forma de hojas, de polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse, y el crack para fumar.
<i>Alucinógenos</i>	Son plantas, hongos o setas que producen cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el tiempo
<i>Anfetaminas</i>	Son de tipo sintético, son estimulantes del sistema nervioso central y suprimen el hambre, elevan el estado de ánimo y disminuyen de la sensación de fatiga.

Los trastornos relacionados con las drogas y la adolescencia pueden ser causados por múltiples factores por ejemplo la vulnerabilidad genética, los factores ambientales estresantes, las presiones sociales, las características de la personalidad y los problemas sociales. Hay situaciones como factores sociales que producen estrés, los adolescentes que son hijos de

padres que abusan de las drogas, los que son víctimas de abuso físico sexual o psicológico tienen, mucha mayor posibilidad de enredarse en el uso de algún tipo de sustancia que condiciona cierta dependencia en el organismo.

Algunos de los factores que influyen en el desarrollo de una drogadicción son: *Factores constitucionales:* Estudios de la psicología infantil considera que hay niños que nacen con características psicologías de origen constitucional diferente, nacen con menor capacidad para tolerar la ansiedad, son más impulsivos y tienen características diferentes a otros niños, tampoco podemos dejar de lado la ingestión por parte de la madre de ciertas sustancias como alcohol, tabaco, psicofármacos y otros, esto también va a ejercer su efecto sobre la evolución y estructuración bio-psicológica del feto-futuro hombre.

Relaciones objétales tempranas: en esta fase y durante los primeros años del niño necesita dedicación, amor y cuidados que le permitan desarrollarse dentro de él, la génesis de una conducta madura, todo este proceso se logra si la relación que tiene el niño con la madre es adecuada al menos durante los primeros años de vida.

Relación con la figura paterna: este es un factor clave para la aparición o no de una drogadicción, aunque su papel en los primeros momentos de vida no es tan importante como el de la madre ya que el vínculo entre la madre y el hijo va generando las condiciones más adecuadas para el buen desarrollo del niño. En la historia de un futuro drogadicto el padre no es capaz de sostener las dificultades de su esposa o en este caso las de su familia.

Constelación y personalidad predictiva: aquí interfieren los modelos familiares que complementan los factores predisponentes al desarrollo de la drogadicción, en la familia, muchas veces a través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de mostrar al niño una serie de conductas adictivas que tienen que ver con el uso abusivo de medicamentos, en especial psicofármacos, tabaco, café, trabajo, comida, etc. Con este tipo de conductas

enseñan al niño como enfrentar las vicisitudes de la vida todos estos factores impactan en gran medida el desarrollo social, psicológico y biológico del niño ya que interfieren en su manera de pensar, comportarse y actuar.

Epidemiología

En 2010 la ONU calculó que de 153 a 300 millones de personas, es decir, del 3,4 al 6,6% de las personas de 15 a 64 años en todo el mundo, habían consumido ilícitamente una sustancia al menos una vez el año anterior. A nivel mundial existen alrededor de 16 millones de personas que se inyectan algún tipo de droga y de ellas 3 millones están infectadas por el virus del VIH, en promedio una de cada diez infecciones es consecuencia del consumo desmedido de drogas inyectables, en países como Europa Oriental y Asia Central más del 80% de las infecciones son provocadas por este tipo de drogas.

27 millones de población adulta en el mundo son consumidores problemáticos de drogas, el consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales del año 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta. Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; aproximadamente 1 muerte de cada 100 en el mundo es por drogas.

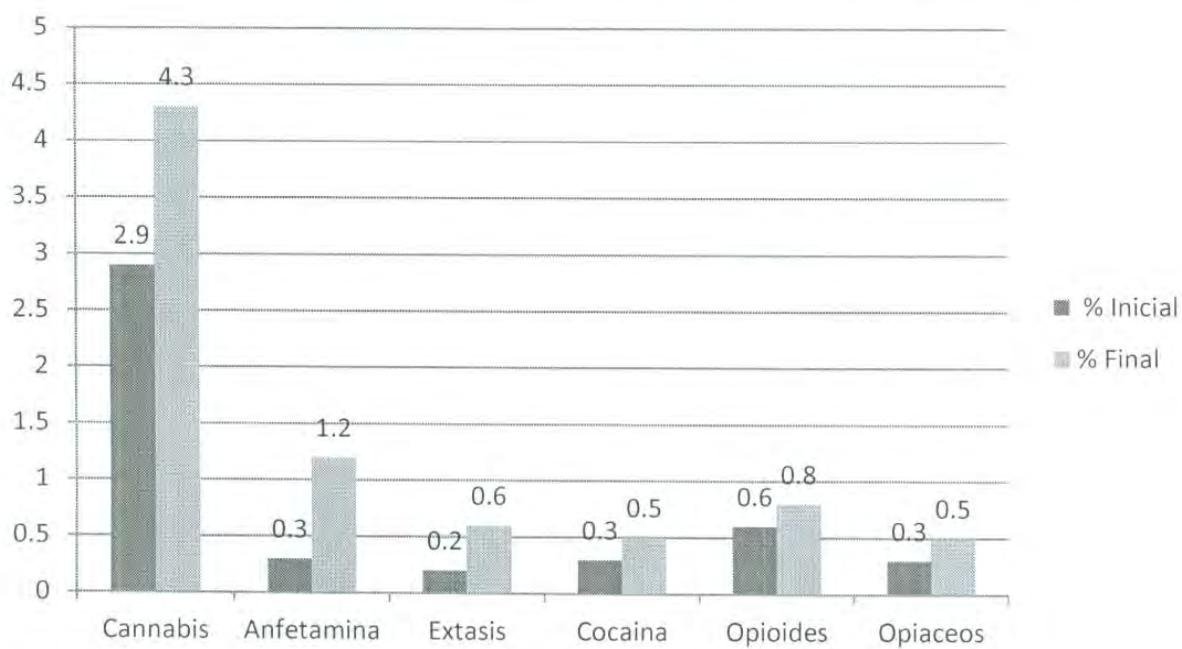
En términos monetarios, la ONU calcula que se requieren de entre unos 200 mil millones a 250 mil millones de dólares (entre un 0,3% y un 0,4% del PIB mundial) para sufragar todos los costos de tratamiento relacionados con las drogas en todo el planeta.

El cannabis es la droga más consumida entre 119 y 224 millones de personas que la han tomado al menos una vez en el 2010, la mayor tasa de consumo se encuentra en Europa,

mientras que Marruecos es el mayor productor ya que este país cultivo 47.500 hectáreas en el 2010 y produjo unas 760 toneladas de resina de hachís.

Las drogas derivadas del opio son consumidas aproximadamente por 38 y 56 millones de personas, el país de Afganistán es el mayor productor mundial de opio cuyas elaboraciones aumentaron en el año 2011 un 61%, hasta las 5.800 toneladas, mientras que la población mundial alcanzo las 7 mil toneladas, en el año 2010 la producción mundial fue de 4.700 toneladas, en los países como Asia y África se consume el 70% de la producción mientras que la cocaína es consumida aproximadamente por 13 y 19 millones de personas. En 2010 las regiones con mayor prevalencia de uso son América del Norte, Europa Occidental, Europa Central y Oceanía (Naciones Unidas, 2012).

Prevalencia mundial de diferentes drogas ilícitas 2010.



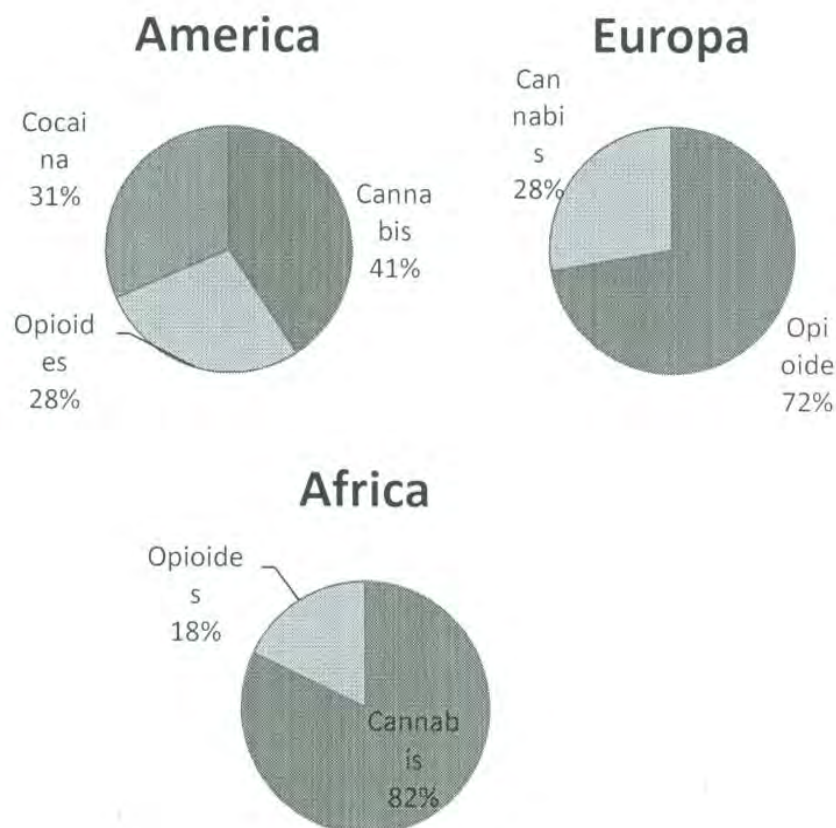
Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2012.

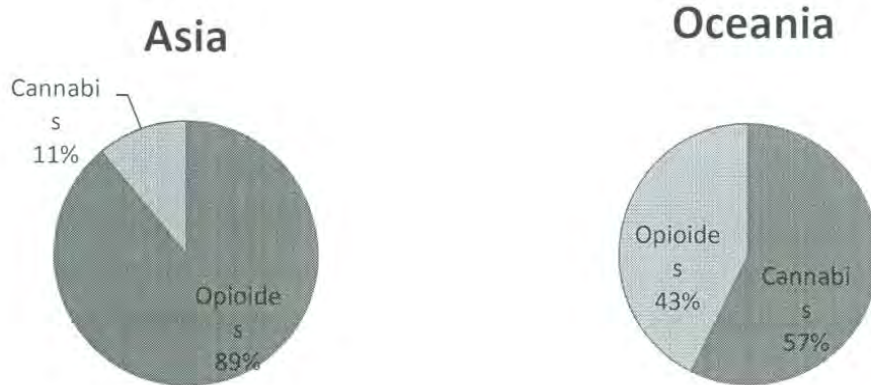
Principales drogas problemáticas en cada continente

Según la Organización Panamericana de la Salud (2009) En todo el mundo, el *cannabis*, comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada. Clasificada como un alucinógeno, el cannabis se asocia con una serie de riesgos para la salud. Si bien son posibles las sobredosis y la toxicidad, el cannabis entraña un riesgo muy bajo de causar la muerte. Sin embargo, Oceanía tiene un gran problema con esta droga debido al alto consumo en todo el continente.

El uso de la cocaína, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, hoy en día América tiene problemas con esta droga debido al aumento en el uso de esta sustancia combinada con alcohol está llevando a muertes seguras.

Los opioides son otros compuestos que tienen gran auge en consumo dentro de Asia y Europa, debido a efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central.





Fuente Informe mundial sobre las drogas, ONU 2012.

Las muertes resultantes o atribuidas al consumo de drogas, la mayoría de ellas prematuras y evitables, es la manifestación más extrema del consumo de drogas. En 2010 la UNODC estimó que entre 99.000 y 253.000 muertes se debieron al consumo de drogas o, en otros términos, entre 22 y 55,9 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años. Las muertes relacionadas con las drogas representaban entre el 0,5 y el 1,3% de la mortalidad por todas las causas entre personas de 15 a 64 años de edad⁷, pero las cifras varían considerablemente dentro de cada región. América del Norte y Oceanía (Australia y Nueva Zelandia) comunicaron la proporción más alta de muertes relacionadas con el consumo de drogas con 1 de cada 20 muertes entre las personas de 15 a 64 años de edad.

Tabla 2. Número de Consumidores de drogas, prevalencia del consumo de drogas, número de muertes relacionadas con las drogas y tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años.

<i>Región</i>	<i>Núm. de consumidores de drogas (miles)</i>	<i>Prevalencia del consumo (%)</i>	<i>Número de muertes a causa de drogas.</i>	<i>Tasa de mortalidad por millón de habitantes.</i>
África	22 000-72 000	3.8-12.5	13 000- 41 700	22.9-73.5
América del Norte	45 000-46 000	14.7-15.1	44 800	147.3
América del Sur	10 000-13 000	3.2-4.2	3 800-9 700	12.2-31.1
Asia	38 000-127 000	1.4-4.6	133 700	5.4-48.6
Europa	36 000-37 000	6.4-6.8	19 900	55.8
Oceanía	3 000-5 000	12.3-20.1	3 000	123.0
Total Mundial	153 000-300 000	3.4-6.6	99 000-253 000	22.0-55.9

Fuente. Informe mundial sobre las drogas 2012.

En el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de drogas, pero que, a su vez, reporta un incremento si se consideran las tendencias epidemiológicas más recientes (ENA 2011).

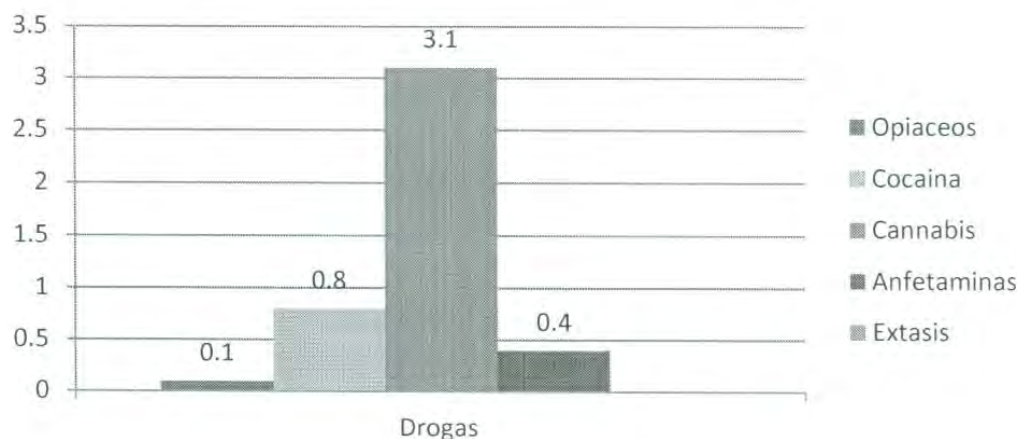
Mientras que México se encuentra entre los países de menor consumo. En el caso de la marihuana, República Checa tiene la mayor prevalencia (15.2%) y México (1%) sólo está por arriba de Moldova (0.9%) formando parte de los países con menores prevalencias. El mayor consumo de cocaína lo tiene Escocia (3.9%); México (0.4%) sólo está por arriba de Lituania (0.2%). En cuanto al consumo de anfetaminas, México mantiene el penúltimo lugar con un consumo del 0.2%, similar al de Portugal, mientras que República Checa tiene el mayor consumo con una prevalencia anual del 1.7%. Finalmente, en el consumo de éxtasis, República Checa tiene también el mayor consumo (3.6%) y México estaría en el último lugar con una prevalencia menor al 0.1%.

Con relación a los países de América, el contexto es similar, México se mantiene en un consumo promedio o por debajo del promedio de la mayoría de los países del continente.

Así, en cuanto a la marihuana, Estados Unidos tiene el mayor consumo anual (13.7%) y en México este es de 1%, únicamente mayor que Ecuador (0.7%) y República Dominicana (0.3%). En cocaína, el mayor consumo lo tiene Argentina (2.6%) y en México el consumo es de 0.4%, situándolo en el onceavo lugar de los 15 países analizados. En cuanto a las anfetaminas, México ocupa el último lugar (0.2%) donde el mayor consumo se presenta en El Salvador (3.3%) y en Estados Unidos (1.5%). Finalmente, México ocupa el último lugar en cuanto al consumo de éxtasis (0.1%), donde la mayor prevalencia se da en los Estados Unidos (1.4%). Los datos observados señalan que en el país hay un consumo bajo de drogas, en comparación con otros países de América y de Europa.

Como se ha dicho anteriormente el consumo de drogas en México es de niveles bajos sin embargo la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8%, mientras que el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. Por sexo, en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5%. En las mujeres, la primera aumentó de 2.1% a 3.0% y la segunda de 1.0% a 2.3%. Las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%). A nivel regional el consumo de cualquier droga creció significativamente en la Occidental (5.5% a 10.3%), Nororiental (5.5% a 10.3%), Norcentral (7.5% a 9.2%) y Centro Sur (4.2% a 7.5%). En cuanto a las drogas ilegales, también se encuentra un incremento estadísticamente significativo en estas regiones, sin embargo el crecimiento fue proporcionalmente mayor en la región Centro Sur, al pasar de 3.5% a 6.8% (ENA 2011).

Prevalencia del uso de drogas en México en los últimos 12 meses como porcentaje de la población de 15 a 64 años.



Fuente: Epidemiología del uso de drogas en América Latina, OPS (2009).

En Sonora según las estadísticas, el 0.3% de la población sonorense es dependiente al consumos de drogas, es decir, alrededor de 5 mil 44 personas. Sin embargo, la incidencia acumulada para el uso de cualquier droga, es decir quienes la han usado al menos en una ocasión, es de 5.5% de los ciudadanos, lo que representa una cantidad de 96 mil 465 personas; 80 mil 703 son hombres y 15 mil 762 son mujeres. El grupo por edad y género que cuenta con más consumidores ocasionales es el hombre de 35 a 65 años, con un porcentaje de 11.6% o 42 mil 541 personas, seguido del de varones de 18 a 34 años, con 10% o 36 mil 232 casos. En el caso de las mujeres, es el grupo de edad de los 18 a los 34 años en donde se tienen más casos con 2.9%, es decir, 10 mil 671 personas (ENA 2011).

Tabla 3. Porcentaje de jóvenes de 12 a 17 años que consumen drogas en Hermosillo.

	Porcentaje
Tranquilizantes	
Cocaína	12.1%
Inhalables	36.1%
Cualquier Droga	32.9%
Marihuana	41.9%
Estimulantes Anfetaminicos	40.5%
Anfetaminas y Estimulantes	43.6%

Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). Reporte de drogas.

Los factores de riesgo están asociados a toda suerte de eventos negativos de vida que incrementa la probabilidad del individuo de presentar problemas físicos, psicológicos y sociales (Griffa & Moreno, 2005). Mientras que los factores protectores son definidos como influencias que mejoran o alteran las respuestas individuales ante determinados riesgos de desadaptación (Cardozo & Alderete, 2009).

Por ello Martínez (2006) nos señala los siguientes factores:

Factores de riesgo

Genéticos: Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas presentan deformidades tales como abortos, muertes fetales, sufrimiento fetal, malformaciones congénitas y partos patológicos.

Fisiológicos: Desnutrición, dolor o enfermedad crónica.

Psicológicos: Problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados, una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo, presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión, la desadaptación social y una baja resistencia a la frustración, abuso físico, sexual o emocional, alta tolerancia a la desviación, fuerte necesidad de independencia, alineación y rebeldía, agresividad, búsqueda de nuevas sensaciones.

Familiares: Uso de drogas por parte de los padres o pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas, actitudes permisivas de los padres hacia el uso de drogas, problemas de manejo de la familia, bajas expectativas de éxito de los niños, estar en una situación de privación económica importante, pertenecer a una familia donde hay sólo un progenitor, tener un estilo familiar autoritario o permisivo, la ausencia de

conexión padres – hijos, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes, la comunicación familiar pobre e inexistente y la pertenencia a hogares con un alto nivel de conflicto.

Grupo de Iguales: amigos que usan drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, conducta antisocial o delincuente temprana, presión de grupo, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales.

Escuela: poca dedicación a la escuela, fracaso escolar o abandono temprano de la escuela, dificultades en el paso de curso, conducta antisocial temprana, bajo compromiso con la escuela.

Comunidad: leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas o hacia comportamientos desviados, privación económica y social, disponibilidad de drogas, residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes elevados de delincuencia y marginalidad, bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.

Entre los factores de riesgo para lo que las mujeres son más vulnerables se encuentra la autoimagen y autoestima negativa, preocupación por el peso y la dieta, trastornos de alimentación, abuso sexual y físico, llegada a la pubertad demasiado pronto, ansiedad alta, depresión y consumo de drogas del novio o compañero sentimental. Los factores protectores para las mujeres tienen que ver con el hecho de que el ambiente familiar modere el impacto negativo de las dificultades escolares y sociales en niñas de 14 y 15 años, el apoyo de los padres, disciplina consistente y autocontrol.

Otros factores de riesgo que pueden ser observables son: Conducta rebelde antisocial, baja autoestima, poca empatía con los demás, carente control de los impulsos, ausencias del hogar por más de 24 horas sin aviso previo, fugas reiteradas, deterioro socioeconómico de la familia y sobretodo la presión de grupo ya sea grupo de iguales o en su propia familia.

Factores protectores

Para el individuo: el auto-concepto y autoestima positiva, el desarrollo de habilidades sociales, la capacidad para manejar las emociones propias, habilidad para manejar la ansiedad, la tensión o estrés, capacidad para establecer empatía, conocimiento de sí mismo y autoestima.

Los valores sociales: como la Solidaridad, la lealtad, el altruismo, la generosidad, tener proyecciones personales (proyecto de vida), participar en actividades deportivas, culturales y académicas además de un uso adecuado del tiempo de ocio.

Para la familia: La participación activa en el desarrollo de sus hijos, tener una conversación natural, clara y honesta del adulto para el niño, niña y adolescente, establecer normas familiares claras., alentar el progreso educativo de sus hijos, reforzar la confianza y apoyo, además de una existencia de expresiones de afecto.

Otros factores protectores de se deben de tener en cuenta son: Satisfacer las necesidades básicas del adolescente, establecer una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo, tener modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos, hacer un balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro, crear experiencias de auto/eficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y tener una actitud proactiva frente a situaciones estresantes además de contar con una experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica) que lo ayude.

Estos factores buscan el fortalecimiento de las políticas acciones de organizaciones para que los ciudadanos gocen de una mejor calidad de vida. Algunas de estas acciones son: Desarrollo de acciones de control sobre comercialización de drogas. Campañas informativas.

Implementando políticas sociales. Promover espacios de participación. Fortalecer políticas educativas. Fomentar la práctica de valores (OMS 1993).

Un factor protector puede ser específico para alguno de los géneros, mientras que otros son compartidos por ambos por ejemplo en relación a la protección ante fumar tabaco y consumo de drogas en general, las buenas relaciones familiares es un factor presente tanto en hombres como mujeres mientras que sentirse bien con los amigos parece ser más relevante en el caso de los hombres. (Anteghini, Fonseca, Ireland y Blum 2001.) Existen factores que afectan a ambos géneros pero de forma diferente en el caso de los hombres el apoyo social, déficit en autocontrol, depresión, rendimiento académico, estilo educativo autoritarios de los padres y pobreza Martínez, J (2006).

Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Richard Jessor 1992.

Para Jessor (1992) desde la epidemiología conductual, una conducta de riesgo se define como cualquier conducta, que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente. Esta teoría, reconoce que la conducta adolescente incluyendo conductas de riesgo, es el producto de interacciones complejas entre los individuos y su entorno. Su modelo considera, cinco grupos de factores de riesgo o protección, que sirven de marco conceptual para la conducta de riesgo de los adolescentes, los cuales son: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Jessor a lo largo de sus cinco dimensiones categoriza las conductas de riesgo y los resultados del riesgo.

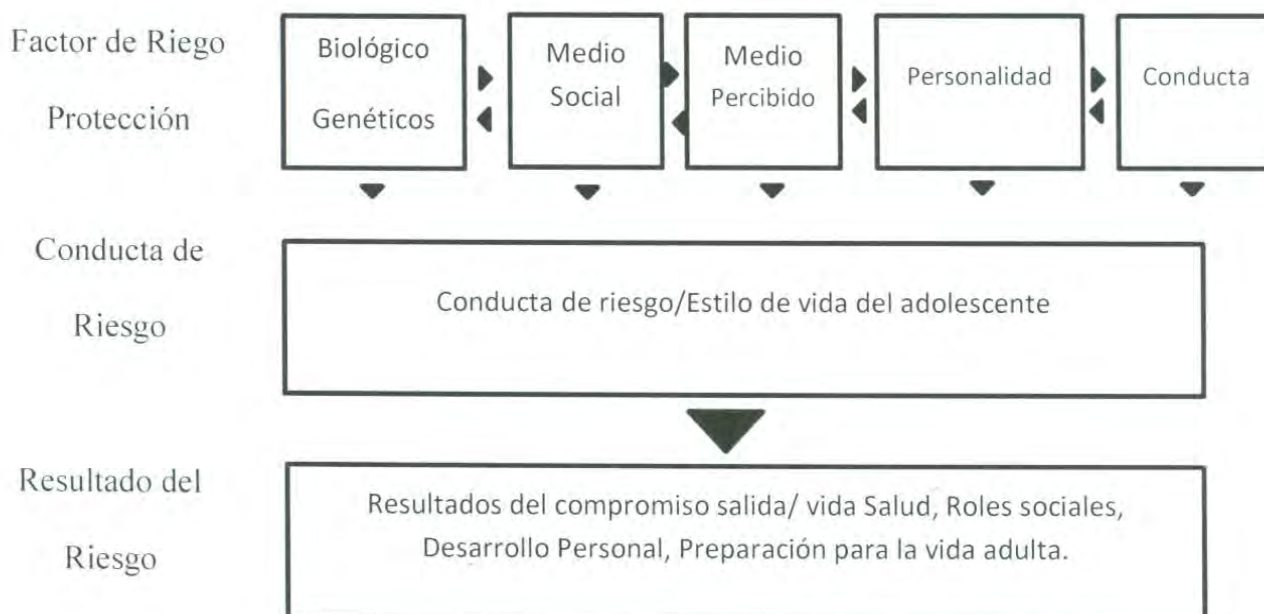
La categoría genética, es útil para identificar jóvenes con una propensión genética, hacia ciertas conductas de riesgo. Con respecto a la categoría medio social, identifica otras variables, tales como un desempeño escolar insuficiente que se correlacionan con conductas de riesgo, tales como el uso de alcohol y otras drogas. El sistema de la personalidad incluye

conductas de riesgo del adolescente o de su estilo de vida, hay que considerar tres grupos de ellas: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar.

Dentro de las conductas problema, considera el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir ebrio; en la conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo del tabaco, el sedentarismo no usar el cinturón de seguridad así como no usar el condón en las prácticas sexuales y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Por otra parte Jessor (1992), denomina resultados de riesgos, como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud tal como dolencias/enfermedades, baja condición física, con relación a los roles sociales están el fracaso escolar, el aislamiento social, los problemas legales y la paternidad prematura, en cuanto a desarrollo personal los resultados están referidos al auto concepto inadecuado, la depresión/suicidio y finalmente con relación a la preparación para la vida adulta tenemos como resultados las escasas capacidades laborales, el desempleo y falta de motivación, Desde esta teoría se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos.

Marco Conceptual para la conducta de riesgo en adolescentes Jessor 1992.



Teoría del aprendizaje social

Esta teoría propuesta por Bandura (1978) sostiene que los factores personales y ambientales no funcionan con independencia, sino que se determinan entre sí. Las personas no pueden considerarse como causas independientes de su propia conducta; sino que a través de las acciones las personas producen diversas condiciones ambientales, que a la vez afectan a su conducta de manera recíproca.

Esto constituye, lo que la teoría del aprendizaje social defiende como: modelo de regulación basado en una reciprocidad triádica. Según este modelo de determinismo recíproco, las conductas, los factores cognitivos y demás factores personales y las influencias ambientales operan de forma interactiva y recíproca. Para el autor la causación recíproca posibilita a la personas ejercer un cierto grado de control sobre sí mismos, estableciendo además los límites de la autodirección. Las personas no están impulsadas por fuerzas internas ni por los estímulos del medio, no serían objetos controlados por las fuerzas ambientales ni tampoco agentes libres. Las personas y el medio se determinarían de forma recíproca.

Aprendizaje Social



En su teoría del aprendizaje social, Bandura (1982) sostiene que las pautas de respuestas nuevas pueden adquirirse por experiencia directa o por observación: Aprendizaje por medio de modelos: Bandura plantea que los humanos aprenden la mayoría de sus

conductas a través de la observación por medio del modelado, en el cual al observar a los demás, nos hacemos idea de cómo se realizan las conductas nuevas y posteriormente esta información codificada nos sirve como guía de la acción. Según la teoría del aprendizaje social, las influencias de los modelos producen aprendizaje sobre todo por su función informativa. Cuando las personas se exponen a un modelo adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo. El aprendizaje por observación está dirigido por cuatro procesos: de atención, de retención, de reproducción motora y motivacionales.

Aprendizaje por experiencia directa: esta es la forma más rudimentaria del aprendizaje ya que se basa en los efectos negativos y positivos que producen las acciones. Cuando las personas se enfrentan a las tareas cotidianas, algunas de sus respuestas tienen éxito y otras no producen ningún efecto o tienen como resultado el castigo. Mediante este proceso de reforzamiento diferencial, se llega a realizar una selección de las formas de respuesta que han tenido éxito y se descartan las que han sido ineficaces. Las consecuencias de las respuestas tienen varias funciones:

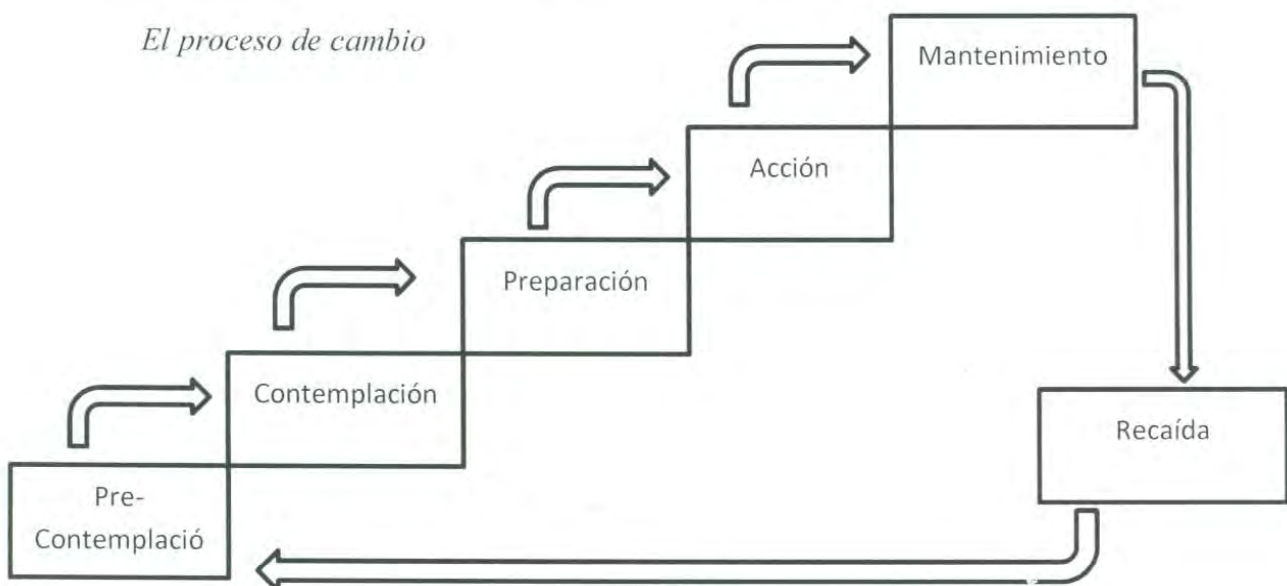
Bandura considera que “las personas pueden ejercer un control sobre su propia conducta, disponiendo de factores ambientales que la inducen, generando apoyos cognoscitivos y produciendo determinadas consecuencias de sus propias acciones”. Sostiene que las personas no sólo reaccionan a las influencias externas, sino que seleccionan, transforman y organizan los estímulos que las afectan. A la vez que pueden realizar una cierta influencia sobre la propia conducta mediante inducciones y consecuencias autogeneradas.

Bandura sostiene que las funciones auto-reguladoras se forman a partir de las influencias externas y en ocasiones son éstas las que las mantiene. Sin embargo, que exista un origen y un apoyo externo no contradice el hecho de que por medio de la auto-influencia, el individuo determina en parte el curso de su conducta.

Modelo de etapas motivacionales Multi-componente Werch y DiClemente 1994.

Werch y DiClemente han propuesto el modelo de etapas motivacionales multi-componente, basándose en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente 1983. Este modelo considera una serie de estadios respecto al abandono de las sustancias adictivas. Werch y DiClemente lo que han hecho es adaptar este modelo, ampliándolo del abandono al comienzo del uso de las distintas sustancias. Como luego veremos, con ello combinan la adquisición y el abandono a distintos niveles. Además es un modelo de naturaleza cíclica, tanto para la adquisición como para el abandono de las drogas.

Para Werch y DiClemente (1994) habría un continuo de estadios, desde el no uso de la droga hasta el uso continuo. Estos estadios son cinco: 1) pre-contemplación, cuando no se considera utilizar drogas; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en iniciar el uso de drogas; 3) preparación, cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) acción, cuando se inicia el uso; y, 5) mantenimiento, cuando se continúa el uso. Este modelo combina los estadios de adquisición de hábitos previos con los de cambio de hábito. Estos también son cinco: 1) pre-contemplación, cuando no se considera dejar de usar la sustancia; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en dejar de usarla; 3) preparación, cuando se intenta dejar de usar la sustancia; 4) acción, cuando se hace un intento para dejar de usarla; y, 5) mantenimiento, cuando se continúa sin usarla.



Los constructos teóricos que según estos autores permiten explicar los cambios de un estadio a otro los extraen de tres de las teorías que creen más relevantes: el modelo de creencias de salud (Becker, 1974), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) y la teoría del autocontrol conductual (Kanfer, 1975).

El modelo de creencias de salud, con sus conceptos de susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas, tienen su mayor importancia en los tres primeros estadios de pre-contemplación, contemplación y preparación. Respecto a la teoría del aprendizaje social sus conceptos de ambiente, situación, capacidad conductual, lo esperado, expectativas, aprendizaje observacional, autoeficacia, respuestas de afrontamiento emocional y determinismo recíproco, tienen importancia a lo largo de los cinco estadios. Finalmente, la teoría del autocontrol conductual, con sus conceptos de autoobservación, autoevaluación y auto-reforzamiento, están fundamentalmente asociados con las tres últimas etapas, las de preparación, acción y mantenimiento.

Junto a lo anterior, este modelo también propone un marco múltiple para emparejar las estrategias de prevención y los mensajes a transmitir a los jóvenes a través de distintos canales. Estos son tres, derivados de la teoría del determinismo recíproco de la teoría del aprendizaje social: medios de comunicación y materiales relacionados con los mismos (ej., vídeo), interpersonal (cursos/currículum, revisiones médicas, grupos de autoayuda, asistir a cursos donde hay contacto personal que facilita la recepción e integración de las comunicaciones) y ambiental (políticas, contactos con los iguales, entrenamiento de los padres, legislación). Así, mientras que los medios de comunicación y los materiales relacionados con los mismos tienen su máxima importancia en los estadios de pre-contemplación, contemplación y preparación, el interpersonal lo tiene en el de preparación y acción y el ambiental en el de acción y mantenimiento. Junto a todo ello consideran que el

apoyo social es esencial para el mantenimiento exitoso del cambio de conducta y de mejora de la salud.

A modo de conclusión, este modelo tendría seis características esenciales (Werch y DiClemente, 1994): 1) es un modelo conceptual de estadios que permite emparejar las estrategias y los mensajes preventivos dirigidos a los jóvenes en función de su estadio de desarrollo en su proceso de cambio; 2) hay un continuo de etapas que van desde la adquisición, del uso de la drogas, hasta la modificación exitosa del uso de drogas; 3) contiene un esquema de prevención de dos niveles, lo que permite un mayor rango de intervención en los jóvenes, tanto los que ya consumen drogas regularmente como para los que no lo hacen; 4) hace un énfasis específico sobre las drogas para proponer alternativas preventivas donde es más prevalente el consumo de drogas, basado en la investigación epidemiológica; 5) la delineación de los constructos teóricos principales que influyen el paso de los jóvenes a través de estadios, basados sobre tres teorías conductuales relevantes; y, 6) un marco conceptual para seleccionar un amplio rango de modos de llevar a cabo la prevención dirigida a llegar a ellos y a motivarlos en todos los estadios y niveles del cambio conductual.

Enfoques psicosociales

Tienen una serie de similitudes con respecto a los planteamientos teóricos tradicionales debido a lo siguiente: 1) Se basan en una comprensión amplia y completa de las causas del abuso de sustancias entre los adolescentes. 2) Se sustentan en teorías reconocidas sobre la conducta humana. 3) Utilizan técnicas cuya eficacia ha sido probada empíricamente. 4) Los estudios de evaluación muestran un rigor metodológico y se utilizan en varios diseños de investigaciones recientes. Por todo lo anterior, este tipo de enfoques son eficaces dentro del presente trabajo de investigación.

Planteamiento del Problema

El problema del consumo de drogas constituye, en esta década, una de las principales preocupaciones en México, la drogadicción va en aumentos y con ella la disponibilidad de comprarlas y las nuevas drogas aumentan el riesgo de muerte, el consumo masivo en la juventud se ha propagado en todo el mundo como forma de recreación, evitación de problemas y escape de la vida diaria, la falta de autocontrol, el poco apego familiar y escasas herramientas para afrontar los riesgos llevan a que los jóvenes consuman en mayor número por eso el siguiente proyecto es realizado con el fin de mostrar y analizar el autocontrol y su tipo de afrontamiento en adolescentes.

Hipótesis

La falta de autocontrol en los adolescentes conlleva a caer fácilmente en el consumo de drogas a una edad muy temprana la cual se relaciona a la falta de habilidades de afrontamiento ante los problemas que está presentando en el momento en el que se relacionó con el consumo o abuso de dichas sustancias.

Justificación

La importancia de este tema es que la población recapacite en el uso y abuso de sustancias dañinas para la salud, principalmente los jóvenes adolescentes ya que gran parte de esta es afectada por el consumo de drogas y despierta un mayor interés debido a los costes humanos, económicos y sociales que representa para la sociedad, por ello es necesario hacer conciencia en la población adolescente y en el mundo.

El consumo de drogas en México es un gran problema social que se ha introducido hasta los más íntimo de las familias y al cual nos enfrentamos en la actualidad, los

adolescentes están expuestos a la gran variedad de drogas que se comercializan, el índice de consumo entre adolescentes es cada vez más grande la mayoría de los consumidores son estudiantes por ello durante la edad escolar, un número significativo de alumnos se inicia en el uso de drogas, y en demasiados casos, este inicio es el primer paso hacia el consumo, a sí pues los adolescentes, en edad escolar pueden empezar a fumar, a beber o a utilizar otras drogas por diferentes razones que podrían ver afectada su carrera académica y sufrir las consecuencias como delincuencia o adicción con graves daños para la salud. El consumo de drogas supone un enfrentamiento con las normas y con las leyes sociales; estas pueden incluirse en el amplio marco de actividades desviadas y constituyen un síndrome que podría agruparse dentro de la llamada conducta problema en la adolescencia

La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo el tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume esto puede producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación

El fin de nuestro trabajo es realizar una investigación donde se hace una comparación entre dos grupos PREPARATORIA Y CIDA esto con el fin de comparar los factores que influyen directamente con los jóvenes y su uso de drogas, el por qué jóvenes del grupo CIDA son drogadictos y el grupo de PREPARATORIA a pesar de estar en el mismo medio no cayeron en las drogas a diferencia del otro grupo, el cómo influyen diferentes variables en el comportamiento de los adolescentes, cual es la diferencia entre ellos ya que unos poseen más herramientas de autocontrol y afrontamiento para enfrentar situaciones difíciles.

La descomposición familiar, la falta de dinero, el medio en el que se desenvuelven, la falta de comunicación, las amistades, etc. Influyen en gran medida para que el fenómeno de la drogadicción arrastre a los adolescentes a perder el control de sus vidas como en el caso del grupo CIDA.

Por ello los programas de prevención deben abordar satisfactoriamente las principales variables que pueden llevar a un individuo a la realización de este tipo de conductas, así como dotarlas de las habilidades necesarias para resistir las presiones sociales que le incitan o provocan el uso o abuso de drogas comenzando a edades muy tempranas para poder evitar y disminuir la drogadicción en un futuro próximo.

Objetivos de la investigación:

El objetivo es el identificar las variables involucradas en las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas drogodependientes, otro objetivo es analizar la tipología de autocontrol que utilizan, y finalmente llevar a cabo un comparativo contra el grupo control (sin adicciones)

Metodología

Participantes

Para la realización de este estudio se compararon dos grupos. El primer grupo está conformado por jóvenes que se encuentran dentro un centro de drogadictos y alcohólicos (CIDA) y el segundo grupo está conformado por estudiantes de preparatoria. Los grupos se seleccionaron de manera intencional, la media de la edad de la muestra es 16.5, y el rango de edad oscila de 13 a 23 años. Está conformada de 54 hombres y 6 mujeres para un total de 60 personas, de los cuales 30 conforman el grupo del CIDA y 30 el grupo de estudiantes de

preparatoria ambos grupos se encuentran dentro del mismo nivel socioeconómico y en la misma área geográfica.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizará:

Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum (1980). El objetivo de este cuestionario es evaluar conductas de autocontrol, en particular está dirigido a la evaluación de 4 dimensiones: 1) el uso de cogniciones relacionadas con el autocontrol emocional y las respuestas psicofisiológicas; 2) la aplicación de procedimientos de resolución de problemas a las dificultades de la vida cotidiana; 3) las habilidades para demorar el refuerzo; 4) las percepciones de autoeficacia. Evalúa la "competencia aprendida" o habilidades para controlar los efectos interferentes de los eventos. Consta de 36 ítems y tiene valores de alfa de Cronbach de .95.

Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) para población adulta de R. Moos (1993) (Adaptación I.M. Mikulic, 1998): Este inventario de auto-reporte identifica respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por el individuo para afrontar problemas y situaciones estresantes, estas se miden mediante 8 escalas: 1) análisis lógico; 2) reevaluación positiva; 3) búsqueda de apoyo; 4) solución de problemas; 5) evitación cognitiva; 6) aceptación resignación; 7) búsqueda de recompensas alternativa; 8) descarga emocional.

Diseño y procedimiento

El diseño corresponde a un estudio no experimental, transversal y de tipo descriptivo para evaluar las diferentes variables en jóvenes drogadictos, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes, para posteriormente poder realizar la comparación entre ambos grupos. En la investigación se tomaron en cuenta las siguientes variables:

Psicosociales:

- Autocontrol: Entendida como la competencia que consiste en manejar los sentimientos adecuadamente, es decir, en el control de los sentimientos y emociones (García, Quintero y Serrano 2010).
- Afrontamiento al estrés: Señalada como los esfuerzos conductuales y cognitivos del individuo que ayudan a hacer frente a situaciones provocadoras de estrés. (Sandin y Chorot 2002).

El procedimiento fue implementar a ambos grupos los cuestionarios de autocontrol y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento en una sola aplicación. Para el análisis de datos se utilizó la versión 20 del programa estadístico (SPSS). En primer lugar se realizaron los análisis descriptivos que incluyen la frecuencia y el porcentaje de las variables además de su media y desviación típica estándar, posteriormente se realizaron pruebas no paramétricas para ver si existen diferencias entre los grupos, y finalmente realizamos una T de Student para ver como son estas diferencias en las variables que mostraron diferencias significativas.

Resultados

Para analizar la escala de *Autocontrol* se utilizaron los datos de media y de desviación típica de cada grupo. Para el *grupo CIDA* Media (106.9) y una Desviación típica de 20.26 y para el *grupo Preparatoria* Media (99.3) y una Desviación típica de 13.04. Según resultados el nivel de autocontrol del grupo CIDA y del grupo preparatoria es muy similar, aunque la medida de dispersión es mayor en el grupo CIDA. Podemos argumentar que respecto al autocontrol, los resultados son muy similares. Sin embargo, deseamos saber si estos valores, aunque muy cercanos, muestran diferencias significativas. Para ello se hicieron estadísticos de comparación de medias.

Debido a que el tamaño de la muestra es pequeño se optó por realizar estadísticos de tipo no paramétricos para comparar ambos grupos, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para ambas variables, obteniendo como resultado en Autocontrol un valor de significancia de 0.122 y en Afrontamiento un valor de significancia 0.105. Estos niveles de significación se consideran no significativos, lo que nos indica que no existen diferencias significativas entre los grupos, por lo que podemos argumentar que sus resultados son similares.

Dentro de la escala de afrontamiento se encuentran ocho sub-escalas a las que también se les aplicó la Prueba de U de Mann-Whitney para la comparación entre los grupos, los resultados se muestran en la tabla 3. Igualmente dentro de la escala de afrontamiento se encontraron tres sub-escalas significativas: *Reevaluación positiva* que abarca los intentos cognitivos para construir y reconstruir un problema en un sentido positivo aceptando la realidad de la situación. *Solución de problemas* Comprende los esfuerzos conductuales para actuar directamente sobre el problema. *Búsqueda de Recompensas Alternativas*: Abarca los esfuerzos conductuales para comprometerse en actividades nuevas y crear fuentes sustitutivas de satisfacción.

Tabla 3. Escala de Afrontamiento

Sub-Escala	Sig.
Análisis Lógico	.376
Reevaluación Positiva	.024
Búsqueda Apoyo	.847
Solución de Problemas	.034
Evitación Cognitiva	.174
Aceptación-Resignación	.480
Búsqueda de recompensas alternativas	.014
Descarga emocional	.693

Del mismo modo se utilizó para la igualdad de varianzas la Prueba de Levene y la prueba T para igualdad de medias con puntuaciones similares señalando que no existen diferencias significativas entre los grupos, los resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba T

	F (Sig.)	T (Sig.)	Dif. Medias
Afrontamiento	3.146 (.081)	1.600 (.115) 1.600 (.115)	5.69 5.69
Autocontrol	4.824 (0.32)	1.718 (.091) 1.718 (.092)	7.55 7.55

El objetivo del proyecto fue identificar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan las personas drogodependientes, se encontró en las 3 sub-escalas significativas. Las primeras 2 que son reevaluación positiva y solución de problemas son estrategias de afrontamiento de tipo acercamiento, mientras que la búsqueda de recompensas alternativas es una estrategia de tipo evitación por lo tanto los jóvenes en general buscan más acercarse a otras personas al enfrentar problemas

Otro objetivo del proyecto era hacer un análisis de su autocontrol el cual fue encontrado como una carencia de la conducta auto-controlada y su vez comparar el autocontrol en personas sin adicciones, el cual demostró que los jóvenes sin adicción tienen un autocontrol menor que el de los jóvenes drogadictos.

La hipótesis de la investigación dice que la falta de autocontrol en los adolescentes conlleva a caer fácilmente en el consumo de drogas a una edad muy temprana con ello relacionado a la falta de afrontamiento ante los problemas que está presentando en el momento en el que se relacionó con el consumo o abuso de dichas sustancias, en conclusión

esta hipótesis es nula debido a que se encontró que hay más nivel de autocontrol y de afrontamiento por parte de los jóvenes drogadictos que de los jóvenes de preparatoria aunque sus puntuaciones no mostraron diferencias.

Se encontró que el grupo 1 (CIDA) cuenta con puntajes más elevados que el grupo de preparatoria ya que al momento de comparar autocontrol y afrontamiento cuenta con más herramientas para afrontarse a situaciones complicadas debido a una de las variables no tomadas en cuenta al iniciar este proyecto que es el de donde se encuentran recluidos los del grupo CIDA debido a que se les brindan terapias psicológicas reforzando así sus puntos débiles en estas áreas (afrontamiento y autocontrol) mientras que los sujetos de preparatoria no cuentan con la información necesaria para poder hacer frente a situaciones difíciles, por ello los dos grupos reciben información diferente y por ende los integrantes de cada grupo reaccionan de diferente manera ante los problemas que se les presenta.

Discusión

La drogadicción es un problema que afecta en gran medida a muchas personas en el mundo afectando con más ímpetu a la población adolescente ya que estos jóvenes se encuentran viviendo una etapa complicada, en este proceso el adolescente se encuentran expuestos a muchos problemas al estar viviendo una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlas, en este trayecto las influencias sociales afectan en gran medida como por ejemplo el no ser aceptado por los amigos, su aspecto físico o una simple condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir drogas para ser como ellos y a si hacerles creer que el consumo de drogas es lo máximo tomando en cuenta que algunas drogas como los inhalantes son de fácil acceso para ellos ya que son autorizados y vendidos a un bajo costo esto aumenta en gran medida el consumo de sustancias;

desgraciadamente con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre las acciones del presente y las consecuencias del mañana.

Las causas del consumo excesivo de drogas se relaciona estrechamente con la vulnerabilidad propia en la edad de un adolescente; es por esta razón que en muchas ocasiones ellos no ven los riesgos que pueden correr con estas conductas inadecuadas y no tienen una visión clara de las consecuencias que el consumo de drogas puede ocasionar, tales como alterar el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y en la producción y recaptación de los neurotransmisores.

De esta forma es como las drogas logran alterar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño-vigilia, la activación, etc. Estos cambios bioquímicos que se producen en el seno del cerebro se tratan con medicación con el objeto de restablecer el equilibrio natural y permitir el normal funcionamiento de nuestro sistema neurológico.

Se podría pensar que las personas Drogodependientes utilizarían preferentemente como estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes la Evitación, debido a que está asociada con la ansiedad, lo que se explicaría en parte el uso de las estrategias de afrontamiento evitativas.

Conclusión

El objetivo del proyecto era conocer qué tipo de estrategias de afrontamiento usan las personas drogodependientes con lo cual se encontraron tres: 1) Reevaluación positiva 2) Solución de problemas 3) Búsqueda de recompensas alternativas.

Se encontraron niveles bajos de autocontrol en ambos grupos, por lo tanto queda anulada la hipótesis de que el grupo CIDA cuenta con menor autocontrol que el grupo preparatoria.

En las sub-escalas de afrontamiento en análisis lógico, búsqueda de apoyo, evitación cognitiva, aceptación resignación y descarga emocional no se encuentra significancia entre los grupos CIDA Y PREPARATORIA ya que hubo niveles bajos al momento de hacer comparaciones entre grupos.

Mientras que en reevaluación positiva, solución de problemas y búsqueda de recompensas alternativas muestran significancia al momento de hacer la comparación entre los grupos CIDA Y PREPARATORIA ya que muestran un buen manejo en estas sub escalas.

En conclusión los resultados reflejan datos no significativos al momento de hacer la comparación entre grupos, una de las hipótesis es que en el grupo CIDA se llevan acabó platicas de diferente índole psicológico para la motivación de los jóvenes drogadictos mientras que en el grupo PREPARATORIA no cuentan con la información y las herramientas necesaria para afrontar situaciones que conllevan manejo de estrés ante los problemas que se les presentan.

El presente estudio consistió en identificar si el nivel de autocontrol y de afrontamiento estaban relacionados en los dos grupos de jóvenes, sin embargo no se

encontraron relación entre estas variables ya que existen diferencias estadísticamente significativas en cada una.

Este trabajo realiza aportes significativos para continuar con la profundización del tema del afrontamiento en drogodependencias. En lo que se refiere a las limitaciones de este estudio debe considerarse que el análisis factorial, se realizó con los 2 grupos debido al escaso número de sujetos evaluados. El estudio estaba idealizado para que la muestra total fuera únicamente de personas de sexo masculino pero por motivo de tener una muestra poblacional pequeña se incluyeron las seis jóvenes femeninas, por lo tanto habría que replicarlo en una población más grande.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, P. Hernández, J. (2004). *La autoestima en la educación*. Universidad de Tarapacá chiles. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/836/83601104.pdf>
- American Psychiatric Association.(1994). DSM – IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association.(2001). Publication manual of the American Psychological Association, 5th edition. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Antieghini, M. Fonseca, M. Ireland, H. & Blum, M .(2001). *Comportamientos de riesgo para la salud y el riesgo asociado a los factores de protección entre los adolescentes brasileños de Santos*, Brasil. Diario de salud de los adolescentes, 28, 295-302.
- Bandura, A (1982). *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*. Stanford University. Recuperado de <http://jamiesmithportfolio.com/EDTE800/wp-content/PrimarySources/Bandura3.pdf>
- Bandura, A. & Ribes, E. (1978). *Modificación de la conducta: análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencia*, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Brennert, E & Salovey, P. (1997). Emotional developmental and emotional intelligences (pp.168-172). New York: Basic Books.

Brenlla, M. Aranguren, M. Rossaro, M. Vázquez, N. (2004). Adaptación para buenos aires de la escala de autoeficacia general. Recuperado en <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v27n1/v27n1a06.pdf>

Brito, A. (1993). *Vida SI Drogas NO*. Editorial Asociación Publicadora Interamericana. Estados Unidos de N.A.

Cardozo, G. y Alderete, A. (2009) *Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia*. Recuperado de internet en noviembre de 2012: <http://redalyc.uaemex.mx/>

Calvete, E. y Estévez, A. (2009). *Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites*. Adicciones, Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf>

D·Zurilla, Thomas J. (1993): *Terapia de resolución de conflictos*. Biblioteca de Psicología. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao

Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). Reporte de drogas. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Editorial Espasa Calve S.A. Madrid España.

Griffa, M. & Moreno, J. (2005). Claves para una Psicología del Desarrollo: *Adolescencia, Adulthood, Vejez*. (Vol. II). Buenos Aires.

- Gutiérrez, D. y Hernández, E. (2008) *Implicación de los valores éticos y morales en el enfrentamiento de las adicciones en jóvenes*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu16408.htm
- Horrocks, J. (2001). *Características de la adolescencia*. Psicología De la Adolescencia. Editorial trillas. Cap. 2 Pp.17-18
- Jessor, R. (1992). *Los comportamientos de riesgo en la adolescencia: Un marco psicosocial para la comprensión y la acción de revisión del Desarrollo*. Cap. 12 Pp. 374-390
- Kumate, R J. (2003) . *Percepción de riesgo y consumo de drogas en los jóvenes mexicanos*. México. Patronato Nacional de Centro de integración juvenil. México: AC; Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf>
- Martín Caballero, A. R. (2010). *Evaluación y entrenamiento en competencia social con personas drogodependientes 2010*. Gobierno de Canarias: Dirección General de Atención a las Drogodependencias, Consejería de Sanidad.
- Martínez, J. (2006). *Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes, adultos y jóvenes*. Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1053/1/16192825.pdf>
- Monjas, M. González, B. (1998). *Las habilidades Sociales en el Currículo*. Ministerio de educación cultura y deporte. Recuperado de <http://213.0.8.18/portal/Educantabria/RECURSOS/Materiales/Bibliinter/HABILIDAD ES.pdf>

Naciones Unidas. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

Oficina de Narcóticos y Drogas peligrosas. (1971). Recuperado de <http://www.justice.gov/dea/druginfo/factsheets.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (1964). XIII Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomaníacas, Ginebra, Suiza.

Organización mundial de la salud, OMS. (1969). Comité de expertos de la OMS en drogodependencia, Ginebra, Suiza. 16° informe. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_407_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Habilidades para la vida, informe general de la asamblea mundial*. Ginebra, Suiza.

Prochaska y DiClemente CC (1984) El enfoque transteórico: hacia un marco ecléctico Sistemática. Dow Jones Irwin, Homewood, IL, EE.UU.

Sandin, B. Valiente, R. Chorot, P. Olmedo, M. & Santed, M. (2002). Versión española del EPQR-A Abreviado (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez.

Secretaria de Salud. (2011). Recuperado de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=151&Itemid=248

- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Editorial el manual moderno. México.
- Vallejo, N. (2009). *Aspectos toxicológicos de la drogodependencia*. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Buenos Aires, Argentina
- Velazco, R. (1997). *Las adicciones*. Editorial Trillas. México D.F.
- Walton, S. (2001). *Una historia cultural de la intoxicación*. Editorial Océano de México. México.
- Werch, C.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.

ESCALA DE AUTOCONTROL DE ROSENBAUM

Edad:

Sexo:

Lea atentamente las siguientes proposiciones. En la línea de la derecha coloque usted un puntaje relacionando sus características personales con la escala que le presentamos:

Si usted encuentra que la proposición es:

MUY CARATERÍSTICA DE MI.....+3

BASTANTE CARACTERÍSTICA DE MI.....+2

ALGO DESCRIPTIVO DE MI.....+1

INUSUAL EN MI.....-1

BASTANTE INUSUAL EN MI.....-2

MUY POCO DESCRIPTIVO DE MI.....-3

1) Cuando realizo un trabajo tedioso trato de pensar en las partes menos aburridas de este... ()

2) Cuando llevo a cabo algo que me pone nervioso trato de encontrar la forma de superar este estado mientras voy llevando a cabo mi tarea..... ()

3) Veo que en la medida que cambio mi modo de pensar sobre ciertas cosas, cambio mis sentimientos acerca de ellas..... ()

4) Encuentro difícil superar mi nerviosismo y tensión sin recibir ayuda externa..... ()

5) Cuando me siento deprimido trato de pensar en cosas o situaciones agradables..... ()

6) No puedo evitar pensar en problemas que he tenido en el pasado..... ()

7) Cuando me veo enfrentado a un problema dificultoso trato de una manera sistemática de encontrar una solución..... ()

8) Trabajo más d prisa cuando alguien me presiona..... ()

9) Cuando tengo que tomar una decisión, difícil prefiero postergarla aunque pueda hacerlo ahora mismo..... ()

10) Cuando tengo dificultades para concentrarme en algo, busco la manera más adecuada para incrementar dicha concentración..... ()

11) Cuando planeo llevar a cabo un trabajo dejo de lado todas las cosas que no son relevantes..... ()

- 12) Cuando trato de eliminar un mal hábito primero busco la razón de porqué lo tengo y qué es lo que no me permite superarlo..... ()
- 13) Cuando me invade un pensamiento desagradable, trato de pensar en algo placentero a fin de evitarlo..... ()
- 14) Si fumara dos paquetes de cigarrillos por día, probablemente necesitaría ayuda para dejar de fumar..... ()
- 15) Cuando estoy de mal humor trato de comportarme de una forma en que este mejor.....()
- 16) Si llevara píldoras tranquilizadoras conmigo, tomaría una cada vez que me sintiera tenso y nervioso..... ()
- 17) Cuando estoy deprimido trato de ocuparme de cosas que me gustan y agradan..... ()
- 18) Trato de dejar para después las tareas desagradables aunque tenga dadas las condiciones para realizarlas inmediatamente..... ()
- 19) Necesito ayuda de alguien para abandonar mis malos hábitos..... ()
- 20) Cuando encuentro dificultades para realizar un determinado trabajo me encargo de buscar la forma de que me ayude a solucionarlo..... ()
- 21) Aunque me sienta mal no puedo evitar el pensar en posibles catástrofes que puedan ocurrir en el futuro..... ()
- 22) Primero que nada prefiero terminar un trabajo que tenga que realizar y después ocuparme de las cosas que más me gustan..... ()
- 23) Cuando siento un dolor en alguna parte de mi cuerpo trato de no pensar acerca de ello.... ()
- 24) Mi autoestima se incrementa cuando me veo capaz de superar un mal hábito
- 25) Cuando fracaso en algo que me he propuesto, para superar los sentimientos desagradables que lo acompañan generalmente me digo a mi mismo que no es tan catastrófico y que tengo posibilidades de superarlo..... ()
- 26) Cuando siento que me estoy comportando demasiado impulsivo, me digo a mi mismo: "para, y piensa antes de hacer algo"..... ()
- 27) Aunque este terriblemente enojado con alguien considero y evalúo mis acciones con respecto a él de una manera muy cuidadosa..... ()
- 28) Cuando me veo enfrentado a la necesidad de tomar una decisión generalmente busco todas las alternativas posibles, en lugar de decidir en forma rápida y espontánea..... ()
- 29) Hago primero las cosas que más me gustan aunque tenga otros asuntos urgentes que realizar..... ()

- 30) Cuando se me ha hecho tarde para una reunión importante, donde no soy imprescindible, me induzco a guardar calma..... ()
- 31) Cuando siento un dolor en el cuerpo trato de pensar en otra cosa..... ()
- 32) Planeo mi trabajo cuando son varias las cosas que tengo que realizar..... ()
- 33) Cuando tengo poco dinero trato de llevar un registro de mis gastos con el fin de poder planear mi futuro..... ()
- 34) Si encuentro una dificultad para concentrarme en determinado trabajo divido este en segmentos, o fracciones más pequeñas..... ()
- 35) No puedo superar los pensamientos desagradables que me invaden.....()
- 36) Cuando estoy hambriento, pero sin comida, trato de apartar de mis pensamientos la sensación de hambre, o trato de imaginarme satisfecho..... ()

INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Forma Adulta-Manual Profesional

Rudolph H. Moos

PARTE I

Esta hoja contiene preguntas acerca de cómo ud. maneja problemas importantes que enfrenta. Por favor, piense acerca de los problemas que ud. haya experimentado en los últimos 12 meses (por ejemplo, un problema con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o amigo, un accidente, pérdida financiera o problemas laborales).

Describa brevemente el problema en el espacio provisto. Después responda cada una de las 10 preguntas acerca del problema o situación haciendo un círculo en la respuesta apropiada.

Describa brevemente el problema:

.....

.....

.....

Marque DN si su respuesta es "Definitivamente No"

Marque PN si su respuesta es "Probablemente No"

Marque PS si su respuesta es "Probablemente Si"

Marque DS si su respuesta es "Definitivamente Si"

	DN	PN	PS	DS
1- ¿Ha enfrentado un problema igual a este antes?				
2- ¿Sabía que este problema iba a ocurrir?				
3- ¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar este problema?				
4- Cuando ocurrió este problema, ¿lo pensó como una amenaza?				
5- Cuando ocurrió este problema, ¿lo pensó como un desafío?				
6- ¿Este problema fue causado por algo que ud. hizo?				
7- ¿Este problema fue provocado por algo que otra persona hizo?				
8- ¿Resultó algo bueno después de tratar con este problema?				
9- ¿Este problema o situación ha sido resuelto?				
10- Si este problema ha sido solucionado, ¿se atribuye todos los méritos para ud.?				

R140034

Parte II

Lea cuidadosamente cada ítem e indique cuán a menudo Ud. se ha ocupado en esta conducta en conexión con el problema que ud. describió en la Parte I.

Haga un círculo en la respuesta apropiada.

Hay 48 ítems en la Parte II. Recuerde marcar todas las respuestas. Por favor responda cada ítem tan adecuadamente como pueda. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Si no desea responder a un ítem, circule el número de la pregunta, para informar que ha decidido saltarlo. Si un ítem no es aplicable a Ud. por favor circule NA (No Aplicable) en el espacio de la derecha de cada pregunta. Si desea cambiar una respuesta, coloque una X sobre su respuesta original y circule la nueva respuesta.

Circule N si su respuesta es "NO", o tiende a no (0)

Circule U si su respuesta es "SI, una o dos veces" (1)

Circule A si su respuesta es "SI, algunas veces" (2)

Circule F si su respuesta es "SI, frecuentemente" (3)

1- ¿Pensó en diferentes formas de manejar el problema?	N	U	A	F	NA
2- ¿Se dijo a Ud. mismo cosas para sentirse mejor?	N	U	A	F	NA
3- ¿Conversó con su cónyuge o algún otro familiar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
4- ¿Hizo un plan de acción y lo siguió?	N	U	A	F	NA
5- ¿Trató de olvidar todo lo relativo al problema?	N	U	A	F	NA
6- ¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar?	N	U	A	F	NA
7- ¿Trató de ayudar a otros a manejarse con problemas similares?	N	U	A	F	NA
8- ¿Se descargó con otros cuando se sentía depresivo o enojado?	N	U	A	F	NA

9- ¿Trató de tomar distancia de la situación y ser más objetivo?	N	U	A	F	NA
10- ¿Se planteó a Ud. mismo el cuán peores las cosas podrían haber sido de lo que fueron?	N	U	A	F	NA
11- ¿Conversó con algún amigo acerca del problema?	N	U	A	F	NA
12- ¿Sabía qué es lo que había que hacer y trabajó para hacer que las cosas funcionen?	N	U	A	F	NA
13- ¿Trató de no pensar acerca del problema?	N	U	A	F	NA
14- ¿Se dio cuenta que ud. no tenía control sobre este problema?	N	U	A	F	NA
15- ¿Se involucró en actividades nuevas?	N	U	A	F	NA
16- ¿Tomó alguna posibilidad e hizo algo riesgoso?	N	U	A	F	NA

17- ¿Elaboró en su mente lo que debía hacer o decir?	N	U	A	F	NA
18- ¿Trató de ver el lado bueno de la situación?	N	U	A	F	NA
19- ¿Conversó con algún profesional? (Abogado, Médico, Psicólogo, etc)	N	U	A	F	NA
20- ¿Decidió que es lo que quería y se comprometió en esa vía de acción?	N	U	A	F	NA
21- ¿Soñó o imaginó un mejor momento o lugar en el que ud. estaba?	N	U	A	F	NA
22- ¿Pensó que el resultado podía ser arribado por la suerte?	N	U	A	F	NA
23- ¿Trató de hacer nuevos amigos?	N	U	A	F	NA
24- ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?	N	U	A	F	NA

25- ¿Trató de anticipar el rumbo que tomarían las cosas?	N	U	A	F	NA
26- ¿Trató de pensar en que ud. estaba mejor que otra gente con el mismo problema?	N	U	A	F	NA
27- ¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?	N	U	A	F	NA
28- ¿Probó al menos dos formas distintas de resolver el problema?	N	U	A	F	NA
29- ¿Trató de postergar la situación, aunque sabía que en algún momento tenía que enfrentarla?	N	U	A	F	NA
30- ¿Lo aceptó dado que nada se podría haber hecho?	N	U	A	F	NA
31- ¿Leyó más a menudo, como fuente de distracción?	N	U	A	F	NA
32- ¿Gritó o lloró como forma de descargarse?	N	U	A	F	NA

33- ¿Trató de encontrar algún sentido personal en la situación, alguna enseñanza?	N	U	A	F	NA
34- ¿Trató de decirse que las cosas saldrían mejor?	N	U	A	F	NA
35- ¿Trató de clarificarse y encontrar más datos acerca de la situación?	N	U	A	F	NA
36- ¿Trató de aprender a hacer más cosas por sí mismo?	N	U	A	F	NA
37- ¿Deseó que le problema se superara y terminara?	N	U	A	F	NA
38- ¿Esperó que se diera el peor resultado posible?	N	U	A	F	NA
39- ¿Pasó más tiempo en actividades recreativas?	N	U	A	F	NA
40- ¿Lloró para permitir descarga o alivio a sus sentimientos?	N	U	A	F	NA

41- ¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que ud. se veía sometido?	N	U	A	F	NA
42- ¿Pensó en cómo este evento podía cambiar su vida en forma positiva?	N	U	A	F	NA
43- ¿Oró por guía o fortaleza?	N	U	A	F	NA
44- ¿Tomó las cosas un paso a la vez, un día a la vez?	N	U	A	F	NA
45- ¿Trató de negar la seriedad del problema?	N	U	A	F	NA
46- ¿Perdió las esperanzas de que volvería la normalidad?	N	U	A	F	NA
47- ¿Se volcó a trabajar en otras actividades para ayudarse a manejar las cosas?	N	U	A	F	NA
48- ¿Hizo algo que pensaba que no funcionaría, pero que al menos se sentía haciendo algo?	N	U	A	F	NA

Parte Evaluativo

Esta sección es de evaluación. No contestar.

1 NUAF	2 NUAF	3 NUAF	4 NUAF	5 NUAF	6 NUAF	7 NUAF	8 NUAF
9 NUAF	10 NUAF	11 NUAF	12 NUAF	13 NUAF	14 NUAF	15 NUAF	16 NUAF
17 NUAF	18 NUAF	19 NUAF	20 NUAF	21 NUAF	22 NUAF	23 NUAF	24 NUAF
25 NUAF	26 NUAF	27 NUAF	28 NUAF	29 NUAF	30 NUAF	31 NUAF	32 NUAF
33 NUAF	34 NUAF	35 NUAF	36 NUAF	37 NUAF	38 NUAF	39 NUAF	40 NUAF
41 NUAF	42 NUAF	43 NUAF	44 NUAF	45 NUAF	46 NUAF	47 NUAF	48 NUAF

AL RP BA SP EC AR GA DE