



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1

TESIS

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL
ADOLESCENTE DE 15 A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN
EL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE
AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Erika Rosales Mc Doneld

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dra Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags., 24 de Febrero del 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

ERIKA ROSALES MC DONELD
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

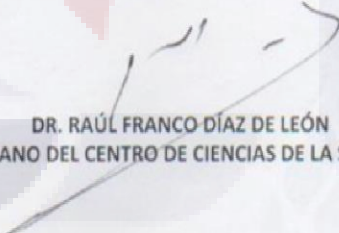
Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ADOLESCENTE DE 15 A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN EL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 20 de Febrero de 2014.


DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2014

Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Erika Rosales Mc Doneld

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ADOLESCENTE
DE 15A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN EL PLANTEL 1 DEL
CONALEP DE LACIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R- 2013-101-4** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Erika Rosales Mc Doneld asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud



CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION
EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Erika Rosales Mc Doneld

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ADOLESCENTE
DE 15A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN EL PLANTEL 1 DEL
CONALEP DE LACIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R- 2013-101-4** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Alma Graciela Romo García asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

Dra. Ana Hortensia López Ramírez
Asesor Metodológico y Clínico

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada a Dios por guiarme y darme la fuerza necesaria para continuar a pesar de las dificultades.

A mis padres que me dieron las bases necesarias para ser una mujer profesionalista, que ama su carrera.... Gracias por creer en mí y por su apoyo.

A mi hermana quien es y ha sido mi gran aliada, mi apoyo y la mejor compañera de viaje.

A mi asesora y coordinadora Dra. Ana Hortensia López Ramírez por no dejarme caer y brindarme parte de su tiempo y de sus conocimientos para lograr una meta más en mi vida profesional.

A mis amigos (as) y hermanos (os) Laura, Georgina, Noé, Alma, Héctor, Luis y Jazmín por mantenerse a mi lado y darme su cariño en cada etapa.

Al Dr. Jonathan Ceballos y Javier Aguayo porque gracias a su apoyo y entrega profesional hoy puedo terminar este gran proyecto de vida y profesional.

A mis compañeros residentes por compartir esta inolvidable etapa en mi vida.

A mis Abuelos y Tíos por su amor incondicional.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL 1

ÍNDICE DE TABLAS 2

ACRÓNIMOS 3

RESÚMEN 4

ABSTRACT 6

INTRODUCCION 7

1.- MARCO TEORICO 9

 A.- AFRONTAMIENTO 9

 B.- ADOLESCENCIA 24

 C.- CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO 35

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 44

3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS 62

4.- JUSTIFICACION 64

5.- HIPOTESIS 65

6.- OBJETIVOS 65

7.- METODOLOGIA 66

 A.- TIPO Y DISEÑO DE LA POBLACION EN ESTUDIO 66

 B.- CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MUESTRA 66

 C.- TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA 67

 D.- PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION 68

 E.- OPERALIZACION DE VARIABLES Y LOGISTICA 70

 F.- PLAN DE ANALISIS Y RECURSOS 71

 G.- CONSIDERACIONES ETICAS 72

8.- RESULTADOS 73

9.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS 76

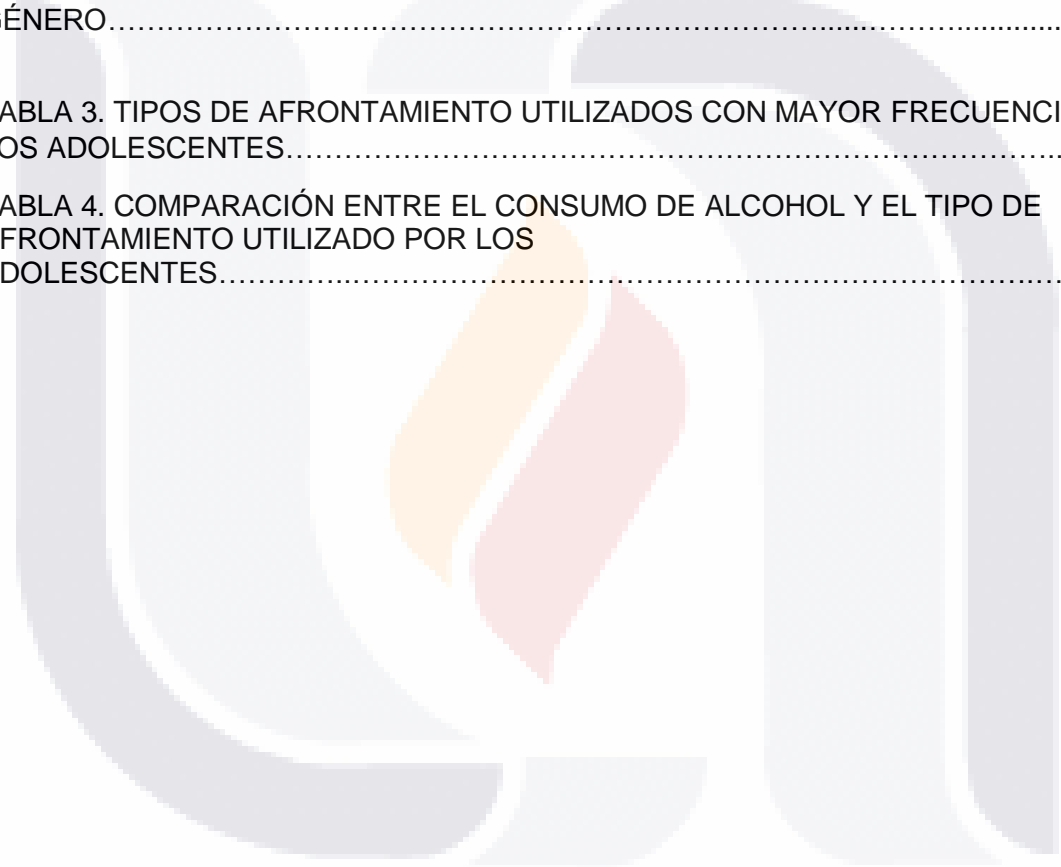
CONCLUSIONES 78

BIBLIOGRAFIA 79

ANEXOS 83

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES.....	74
TABLA 2. PROPORCIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GÉNERO.....	74
TABLA 3. TIPOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA POR LOS ADOLESCENTES.....	75
TABLA 4. COMPARACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL TIPO DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS ADOLESCENTES.....	75



ACRÓNIMOS

DALYS : Disability Adjusted Life Years

HGZ: Hospital General de Zona

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

SSA: Secretaria de Salud

SPSS: Statistical Product and Service Solution

TEA : Empresa de edición Española



RESUMEN

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca tanto a los consumidores como a sus familiares y a la sociedad en general. Las tendencias indican que la edad de inicio del consumo de alcohol es cada vez más temprana, teniendo un primer contacto al inicio de la adolescencia, edad conflictiva por si misma donde el individuo se percibe como alguien inmune y suele realizar actos que ponen en riesgo su salud y/o su vida. En la actualidad dentro del sistema de salud existen varios programas que tienen como fin la prevención de esta actividad nociva, sin embargo, aún siguen siendo pobres los resultados obtenidos ya que el consumo de alcohol entre los adolescentes continúa en aumento. Aguascalientes no es la excepción manteniendo un consumo de alcohol por arriba de la media Nacional. Por tal motivo se exploraron cuales estrategias de afrontamiento son utilizadas por los adolescentes que consumen alcohol. Nuestro fin era conocer cuales estrategias son utilizadas por los adolescentes y si estas son funcionales para la resolución del problema. Se encontró que la mayor parte de los adolescentes consumidores ya sean catalogados con consumo de riesgo o no por el test de AUDIT utilizan como estrategias de afrontamiento aquellas catalogadas como improductivas dentro de las cuales están buscar diversiones relajantes, ignorar el problema, preocuparse y reservar el problema para sí mismos. Por tal motivo es importante emprender acciones de educación con el fin de orientar y sensibilizar a los adolescentes a buscar formas de afrontar el problema que sean más sanas y resolutivas.

METODOLOGÍA: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, donde se hizo una selección por muestra probabilística aleatoria simple, en los alumnos de CONALEP plantel 1 de 15 a 18 años de la ciudad de Aguascalientes, en quienes se aplicó

el cuestionario ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES así como el cuestionario AUDIT para valorar el consumo de alcohol.

Se utilizó el programa SPSS17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, consumo de alcohol, adolescentes



ABSTRACT

Alcohol consumption in our country represents a serious public health problem due to the enormous social cost and the damage caused to consumers and their families and society in general. Trends indicate that the age of onset of alcohol use is increasingly early, taking a first contact at the start of adolescence, itself conflicted age where the individual is perceived as being immune and usually acts that endanger their health and / or life. Currently within the health system there are several programs that aim to prevent this harmful activity, however, are still poor results because alcohol consumption among adolescents continues to increase. Aguascalientes is no exception keeping alcohol consumption above the national average. Therefore which coping strategies are used by teens who consume alcohol were explored. Our aim was to find out what strategies are used by adolescents and whether these are functional for problem resolution. It was found that most adolescent consumers are already listed with hazardous drinking or not the test AUDIT used as coping strategies those classified as unproductive within which are seeking relaxing diversions, ignore the problem , worry and reserve the problem for themselves. For this reason it is important to take action in education in order to orient and sensitize teenagers to seek ways to address the problem that are healthier and decisive.

METHODS : An observational , descriptive, cross-sectional study , where a random probability sample selection was made plain in CONALEP campus students 15 to 18 years in the city of Aguascalientes, in whom the questionnaire was applied was performed COPING STRATEGIES TEEN and the AUDIT questionnaire to assess alcohol consumption . The SPSS17 program for capturing, processing and descriptive data analysis was used.

Keywords: coping strategies, alcohol, teen

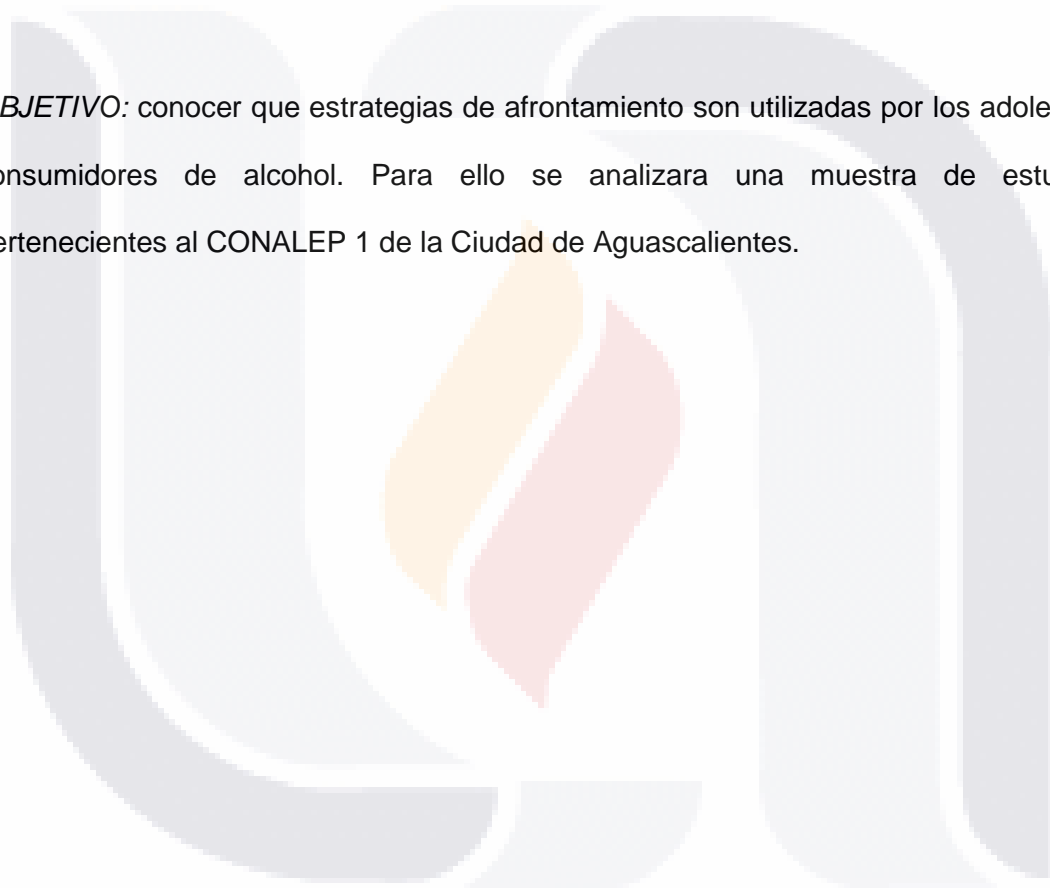
INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca tanto a los consumidores como a sus familiares y a la sociedad en general. Las tendencias indican que la edad de inicio del consumo de alcohol es cada vez más temprana, teniendo un primer contacto al inicio de la adolescencia, edad conflictiva por si misma donde el individuo se percibe como alguien inmune y suele realizar actos que ponen en riesgo su salud y/o su vida. En la actualidad dentro del sistema de salud existen varios programas que tienen como fin la prevención de esta actividad nociva, sin embargo, aún siguen siendo pobres los resultados obtenidos ya que el consumo de alcohol entre los adolescentes continúa en aumento. Aguascalientes no es la excepción manteniendo un consumo de alcohol por arriba de la media Nacional. Por tal motivo es importante explorar cuales son las estrategias de afrontamiento que el adolescente utiliza cuando consume alcohol y este consumo le genera dificultades en cualquier ámbito de su vida. El conocerlas nos permitirá analizar si las estrategias utilizadas son funcionales o no, y en este último caso permitirá la planeación de programas de intervención con el fin de mejorar estas herramientas. Todo esto con el objetivo de disminuir el consumo de esta bebida. (6,11)

El constructo afrontamiento ha sido ampliamente estudiado, encontrándose en la literatura científica diferentes propuestas explicativas y clasificatorias, además de variados métodos de medición. Dentro de este cuerpo, el modelo tradicional de Lazarus y Folkman (1984) es una de los que más aceptación ha tenido entre los científicos. Desde este modelo no son las situaciones en si las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que realiza el sujeto de ellas. Desde esta perspectiva, afrontamiento es entendido 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. (11). El interés por el estudio del afrontamiento reside en el hecho de que las diferentes problemáticas que presenta la adolescencia como son el pandillaje, el consumo de drogas o los suicidios, podrían ser mejor comprendidas e intervenidas si se conocen que estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes frente a sus dificultades. (21)

OBJETIVO: conocer que estrategias de afrontamiento son utilizadas por los adolescentes consumidores de alcohol. Para ello se analizara una muestra de estudiantes pertenecientes al CONALEP 1 de la Ciudad de Aguascalientes.



1.- MARCO TEORICO

AFRONTAMIENTO

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en la psicología durante más de 50 años. Durante los años de 1940 a 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente es el eje desde donde se centran múltiples estrategias de atención psicoterapéutica y de atención a los procesos educativos que tienen como objetivo desarrollar procesos adaptativos.

La palabra afrontamiento se utiliza tanto en el lenguaje coloquial como en el científico y a pesar de su alta difusión, aún presenta problemas de unificación en el contexto académico. Una evidencia de lo anterior son las múltiples interpretaciones conceptuales que se dan a partir de los diferentes escritos que existen al respecto.

Antes de 1960 la palabra afrontamiento era usada informalmente en la literatura científica médica y social. No obstante, el concepto de afrontamiento comienza a adquirir un significado técnico para ciertos investigadores. Algunos de ellos comienzan a etiquetar algunas defensas adaptativas como actividades de afrontamiento (Alker, 1968; Haan, 1963; Hunter & Goodstein, 1967; Kroeber, 1963; Speisma, Lazarus Mordkoff & Davison, 1964; Vigotsky, Hamburg, Goss & Lebovits, 1961, Weinstock, 1967; En: Parker J y Endler N).

De acuerdo con Haan, el comportamiento adaptativo o afrontamiento se distingue de un mecanismo de defensa, en que el último por definición es rígido, obligado, distorsionado y poco diferenciado; en tanto que el primero es flexible, propositivo, realmente orientado y diferenciado”.

Dos dimensiones de afrontamiento fueron identificadas por los primeros investigadores y continúan atrayendo mucho la atención dentro de la investigación: el afrontamiento focalizado a la emoción y el afrontamiento focalizado al problema.

Para resumir una extensa y no siempre consistente literatura, la dimensión del afrontamiento focalizado en el problema involucra estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante. El afrontamiento focalizado en la emoción incluye estrategias que involucran la preocupación por uno mismo, fantasía u otras actividades conscientes relacionadas con la regulación del afecto.

(35)

Lazarus y Folkman (1986) formularon que los individuos frente a una situación estresante realizan una valoración y, si de la misma resulta el reconocimiento de que se carece de medios para evitar el daño, se realiza una segunda valoración a través de la cual se eligen los recursos disponibles.

El afrontamiento ha ido cobrando cada vez mayor importancia pues el interés por conocer como las personas afrontan sus problemas y los factores que determinan el manejo de las diferentes preocupaciones ha ido en aumento, comenzando así a ser investigado alrededor de los años sesenta con poblaciones adultas y extendiéndose recientemente su estudio a niños y adolescentes. (21)

Murphy en 1974, habla del afrontamiento como un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación al estrés sería resultado. Y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico.

Billings y Moos en 1981 mencionan son los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.

En lo referente al afrontamiento, Lazarus y Folkman (1991, p.164) lo definen 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". (22)

La idea principal que según Frydenberg (1997) motiva la investigación sobre el afrontamiento está en la creencia de que nuestras acciones frente al estrés y los recursos que tenemos para manejarlo determinan en gran parte el proceso de aprendizaje y de desarrollo del individuo, así como también su calidad de vida. Es por esta razón que el afrontamiento es considerado como una competencia psicosocial que incluye una serie de estrategias conductuales y cognitivas utilizadas para enfrentar las demandas de la vida. (21)

Lazarus desarrollo el modelo transaccional sobre estrés y afrontamiento en donde se enfatiza la interacción entre la persona y el ambiente, por lo tanto, el estrés es concebido como un desbalance entre la percepción de la persona de las demandas que se le imponen y la percepción de los recursos que ella tiene para afrontar estas demandas, evaluándose el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos. Es la experiencia subjetiva la que determina si un evento es estresante o no (Lazarus y Folkman 1986; Frydenberg y Lewis, 1993; Sandin , 1995). (21)

Tales autores consideran el afrontamiento como un proceso, lo que implica asumir los siguientes principios:

- El afrontamiento depende del contexto y, por lo tanto , puede cambiar durante una situación determinada.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Los pensamientos y las acciones del afrontamiento se definen por el esfuerzo y no por el éxito.
 - La teoría del afrontamiento como un proceso enfatiza que existe al menos dos funciones principales una orientada al problema y otra orientada a la emoción, cuya utilización depende del grado de control que se tenga sobre la situación.
 - Algunas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes en situaciones estresantes que otras.
 - El afrontamiento es capaz de mediar el resultado emocional modificando el estado emocional del inicio al fin en un encuentro estresante.

El desarrollo teórico y metodológico del afrontamiento ha llevado a que este sea concebido desde diferentes enfoques, los cuales pueden ser agrupados, principalmente, en dos aproximaciones distintas, una de ellas, denominada afrontamiento disposicional, asumen que el afrontamiento es un estilo personal de afrontar el estrés mientras que la otra conocida como afrontamiento situacional, entiende el afrontamiento como un proceso, como una reacción al estrés de carácter dinámico y específico para la situación (Sandin, 1995). Frydenberg y Lewis (1993^a, 1994, 1997^a) consideran esta distinción en su conceptualización y evaluación del afrontamiento refiriéndose, respectivamente, a los elementos generales y específicos del constructo. Es por eso que su instrumento AdolescentCopingScale (ACS) cuenta con una forma general que permite determinar cómo los individuos suelen afrontar sus preocupaciones, y con una forma específica que permite evaluar las respuestas de afrontamiento frente a un problema determinado.(21)

Otra forma de categorizar el afrontamiento va desde el enfoque dicotómico de Lazarus y Folkman, quienes identifican el afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a la emoción, hasta la especificación de 18 estrategias de afrontamiento como

se hace en el instrumento desarrollado por Frydenberg y Lewis. Dichas estrategias han sido, además agrupadas en tres estilos de afrontamiento, los cuales pueden representar aspectos funcionales o disfuncionales de afrontamiento. El funcionamiento funcional o adaptativo es conceptualizado como aquel en el que el problema es definido y las alternativas de solución generadas y las acciones son llevadas a cabo; mientras que el afrontamiento disfuncional se refiere al manejo y la expresión de sentimiento al momento de afrontar eventos estresantes. Ambos tipos dependen de la bondad del ajusté entre la evaluación que la persona hace de lo que está sucediendo y de sus opciones de afrontamiento. (21)

Dos son los estilos considerados como productivos o funcionales, uno de ellos es el denominado Resolver el problema, que refleja la tendencia a abordar las dificultades de manera directa, y el otro es el de Referencia hacia los otros, que implica compartir la preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos.

El afrontamiento no-productivo es el estilo disfuncional, ya que las estrategias pertenecientes a este no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más bien a la evitación. (21)

Las primeras nociones de afrontamiento en la adolescencia surgieron alrededor de los años setenta sobre la base de la literatura teórica y empírica existente sobre estrés y afrontamiento en la adultez. El trabajo con adultos proveyó los modelos conceptuales y las herramientas metodológicas para la investigación con adolescentes. (21)

A partir de su trabajo con adolescentes, Frydenberg y Lewis definen el afrontamiento adolescente como un conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta a una preocupación en particular. Ellas representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la turbulencia para el individuo. Esto puede hacerse resolviendo el

problema, es decir cambiando el estímulo, o acomodándose a la preocupación sin necesariamente dar una solución. (21)

Instrumentos de Evaluación del Afrontamiento

A partir del modelo transaccional de afrontamiento, se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar este constructo. Entre los instrumentos más conocidos para evaluar el afrontamiento, se encuentran los siguientes:

- WOC (Ways of Coping Inventory) de Lazarus y Folkman (1984): Es el instrumento más usado en los comienzos, e incorpora las ocho estrategias definidas por los autores y las relaciona con los estilos dirigidos al problema y a la emoción.
- COPE (Coping Estimation) de Carver, Scheier y Weintraub (1989): Este instrumento tiene una mayor precisión en los ítems e incluye áreas que no son abordadas por el WOC, tales como el humor, la religión y la negación.
- IVA (Inventario de valoración y Afrontamiento): Sus autores, en su forma original, son Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992). A diferencia de los anteriores, este instrumento nos permite evaluar el afrontamiento en situaciones específicas. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a aquélla.
- ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes) de Frydenberg y Lewis (1996). Estos autores son los que agregan el tercer estilo de afrontamiento, al que denominaron Improductivo. (36)

Escala de Afrontamiento para Adolescentes

La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) –versión española editada por TEA– fue diseñada por Frydenberg y Lewis (1996), y constituye otro instrumento de evaluación que permite a los jóvenes analizar sus propias conductas de afrontamiento. Se aplica a adolescentes entre 12 y 18 años y es autoadministrable, en forma individual o colectiva. Dadas las características del instrumento, resulta de fácil administración, no requiere aptitud avanzada de comprensión lectora y resulta eficaz para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza el joven, de una manera rápida y económica.

El ACS tiene dos versiones: una General y otra Específica. Estas versiones responden a la concepción de los autores acerca del afrontamiento. Frydenberg y Lewis señalan que muchas de las conductas de un sujeto dependen de una situación específica, evaluada a través de la Forma Específica de la Escala ACS. Asimismo, se ha observado que las estrategias de afrontamiento que un sujeto elige son en gran parte estables con independencia de la naturaleza del problema, indagada por medio de la Forma General. Ambas versiones tienen los mismos elementos aunque varían parcialmente las instrucciones de aplicación.

Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1: no me ocurre nunca o no lo hago; 2: Me ocurre o lo hago raras veces; 3: Me ocurre o lo hago algunas veces; 4: Me ocurre o lo hago a menudo y 5: Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

La pregunta abierta se evalúa según las categorías de análisis empleadas por Casullo y Fernández Liporace (2001) a las que se introdujeron nuevos ítems, según problemas específicos identificados en la muestra de Tucumán (Contini, Figueroa, Cohen Imach, Coronel, 2003) (Ver Anexo, Cuadro 1).

La hipótesis sería que los principales problemas que los adolescentes autoinforman a partir de la pregunta abierta presentan particularidades según las características de personalidad, del grupo familiar al que pertenece y del contexto sociocultural de dónde provienen. Las diferentes condiciones y estilos de vida, tal como lo señalamos más arriba, generan diferentes estrategias para afrontar los problemas, como así también la lectura que se hace de aquellas situaciones problemáticas. (36)

La segunda parte de la escala evalúa 18 estrategias de Afrontamiento. Las 18 escalas ACS han sido rotuladas de tal manera que reflejen el constructo inherente de los ítems.

Estas son las siguientes:

- Buscar apoyo social (As).- estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución.
- Concentrarse en resolver el problema (Rp).- es una estrategia dirigida a resolver el problema, estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones.
- Esforzarse y tener éxito (Es).- es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación.
- Preocuparse (Pr).- se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o más en concreto, preocupación por la felicidad futura.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Invertir en amigos íntimos (Ai) .- se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo implica la búsqueda de relaciones personales íntimas
 - Buscar pertenencia (Pe).- indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y más concretamente por lo que otros piensan.
 - Hacerse ilusiones (Hi).- es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz.
 - Falta de afrontamiento (Na).-consiste en ítems que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.
 - Reducción de la tensión (Rt).- se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión. En este se incluye el uso de drogas.
 - Acción social (So).-consiste en dejar que otros conozcan cual es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos
 - Ignorar el problema (Ip).- agrupa ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de el.
 - Autoinculparse (Cu).-incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene.
 - Reservarlo para sí (Re).- es la estrategia expresada por ítems que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.
 - Buscar apoyo espiritual (Ae).-está compuesta por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Fijarse en lo positivo (Po).- se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado.
 - Buscar ayuda profesional (Ap).- es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros
 - Buscar diversiones relajantes (Dr).- se caracteriza por ítems que describen actividades de ocio y relajantes como leer o pintar
 - Distracción física (Fi).- consta de ítems que se refieren a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

Articulación entre estilos y estrategias de afrontamiento a partir de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)

Estas 18 estrategias pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento:

- Dirigido a la resolución de problemas: aquellas estrategias que modifican la situación problemática para hacerla menos estresante.
- Afrontamiento en relación con los demás: aquellas que apuntan a reducir la tensión, la activación fisiológica y a la reacción emocional.
- Afrontamiento improductivo, apuntan a los jóvenes que no enfrentan la situación problema. Los sujetos que utilizan estrategias de este estilo suelen tener sentimientos y pensamientos de autorreproche, e inutilidad; pueden negar el problema o minimizarlo; no se preocupan por las demandas del medio ni de sus reacciones, es decir que en general, no se esfuerzan en buscar las posibles soluciones a la problemática planteada.
- Posteriormente se interpretan las estrategias en relación al estilo al que pertenece:

Dirigido a la resolución de problemas

- Buscar diversiones relajantes (Dr), describe actividades relajantes: oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.
- Esforzarse y tener éxito (Es), supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
- Distracción física (Fi), elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
- Fijarse en lo positivo (Po), busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.
- Concentrarse en resolver el problema (Rp), acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

Afrontamiento en relación con los demás

- Buscar apoyo espiritual (Ae), supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos. Emplean la oración y la creencia en la ayuda de un líder espiritual.
- Buscar ayuda profesional (Ap), consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros, terapeutas o a una persona competente.
- Invertir en amigos íntimos (Ai), se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas.
- Buscar apoyo social (As), consiste en una estrategia de compartir. los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.
- Buscar pertenencia (Pe), implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Acción social (So), supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos.

Afrontamiento improductivo

- Autoinculparse (Cu), ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.
- Hacerse ilusiones (Hi), estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- Ignorar el problema (Ip), rechazar conscientemente la existencia del problema.
- Falta de afrontamiento (Na), incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos
- Preocuparse (Pr), indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.
- Reservarlo para sí (Re), expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas
- Reducción de la Tensión (Rt), utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse). (21,36)

Frydenberg y Rowley (1998)

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más usadas por los adolescentes?

Es reconocido científicamente que no existen estrategias de afrontamiento mejor ni peor en sí mismas. Su eficacia debe evaluarse en función de las posibilidades de resultados en esa circunstancia y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar psicológico o el ajuste emocional. Así, se evaluará su éxito o su fracaso en función de múltiples factores: el contexto (características de la situación generadora de estrés), el momento vital del joven, los objetivos que se persiguen con determinado comportamiento, entre otros. Es

por ello, que consideramos esencial analizar todas estas variables al momento de señalar si una estrategia de afrontamiento resulta constructiva o destructiva para el joven, funcional o disfuncional a su estructuración psíquica, beneficiosa o perjudicial.

Por su parte, los resultados de investigaciones sobre qué estrategias utilizan los adolescentes en función de las variables género y edad resultan a veces, contradictorios (Mullis y Chapman, 2000). En cuanto a la edad, algunos investigadores señalan que los más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores suelen emplear el estilo centrado en el problema (González Barrón, Montoya Castilla, Casullo y Verdú, 2002). Otros estudios señalan lo opuesto, en tanto afirman que los adolescentes más grandes focalizan sus estrategias en la emoción (Compas, Orosan y Grant, 1993), así como en el estilo improductivo (Frydenberg y Lewis, 1993).

Con respecto a la variable género, los resultados son más homogéneos. En relación al estilo centrado en el problema, al comienzo los autores no hallaban diferencias significativas, y posteriormente observaron que los varones utilizaban con mayor frecuencia que las mujeres las estrategias diversiones relajantes y distracción física. En cuanto al estilo centrado en la emoción parece haber acuerdo, asociándose más a las mujeres con la búsqueda de apoyo social (Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995; Frydenberg y Lewis, 1999).

Finalmente, numerosos estudios buscaron la relación existente entre afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Parson, Frydenberg y Poole (1996) señalan que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir en el bienestar psicológico. Investigaciones sobre el tema señalan que el nivel de bienestar psicológico se

correlaciona con las estrategias de afrontamiento, de donde se infiere que los adolescentes utilizan distintas estrategias según su nivel de bienestar.

Se encontró que la relación entre ambos constructos es positiva y significativa, en ambos géneros, con el estilo dirigido a la resolución del problema y sus estrategias. Asimismo se halló una relación significativa y negativa entre el estilo improductivo y el bienestar psicológico (González Barrón et al., 2002).

Esto significa que los adolescentes con alto bienestar utilizan los estilos dirigidos a la resolución del problema, y sus estrategias (a excepción de la búsqueda de diversiones relajantes en las mujeres), y de relación con los demás. (36)

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE SITUACION PROBLEMÁTICA - ACS 1ª Parte

1. PROBLEMAS PERSONALES

1. Enfermedades físicas o psíquicas.
2. Problemas con imagen corporal.
3. Drogadicción.
4. Alcoholismo.
5. Depresión.
6. Ideaciones suicidas.
7. Ruptura de pareja.
8. Crisis de fe.
9. Culpa por haber mentado.
10. Preocupación porque la pareja consume alcohol o drogas.
11. Relación con los pares.

2. PÉRDIDAS CON SIGNIFICACIÓN AFECTIVA

12. Muertes de seres queridos.
13. Cambio de lugar de residencia.
14. Desempleo personal.
15. Peleas con amigos.

3. PROBLEMAS FAMILIARES.

16. Separación o divorcio de padres.
17. Discusiones con padres, hermanos, tíos.
18. Mala situación económica.
19. Negligencia.
20. Enfermedad de algún miembro de la familia.

4. PROBLEMAS LEGALES. VIOLENCIA SOCIAL

- 21. Accidentes.
- 22. Problemas que requieren la intervención policial.
- 23. Abandono por parte de los padres.
- 24. Ser asaltado robado, golpeado.

5. PROBLEMAS SEXUALES

- 25. Violaciones.
- 26. Abortos.
- 27. Embarazos no deseados.
- 28. Dificultades para una relación sexual satisfactoria.
- 29. Conflicto con la identidad sexual.
- 30. Miedo a contraer SIDA.

6. PROBLEMAS EDUCATIVOS

- 31. No poder aprender.
- 32. Desaprobar exámenes.
- 33. Confusión vocacional.
- 34. Expulsiones.
- 35. Malos vínculos con algún docente.
- 36. Miedo al fracaso en los estudios.
- 37. Sentirse discriminado.

7. PROBLEMAS PATERNOS / MATERNOS

- 38. Consumo de drogas o alcoholismo en padre o madre.
- 39. Recibir castigos físico.
- 40. Madre golpeada o maltratada (o padre).
- 41. Nuevo matrimonio de alguno de los padres.
- 42. Nacimiento hermano de nueva pareja paterna o materna.
- 43. Enfermedad grave en alguno o ambos padres.
- 44. Problema con la identidad sexual paterna o materna.

8. PROBLEMAS SOCIALES

- 45. El futuro del país.
- 46. La guerra y los atentados terroristas.
- 47. La pobreza, la injusticia, el desempleo.

9. NINGÚN PROBLEMA

* Fuente: Casullo, M. M. y Fernández Liporace (2001). Adaptado por Contini, Figueroa, Cohen Imach y Coronel (2003).

ADOLESCENCIA

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta. Todo ello supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades que hacen de la adolescencia un episodio del que casi todo el mundo se avergüenza, se relega al olvido y que como dice J. Marías «con facilidad o esfuerzo se confina... a la esfera de los malos sueños, o de lo que no ha existido». Esta labor se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos que resumen las luchas y en ocasiones violentos esfuerzos por resolver los retos que plantea el crecimiento y poder alcanzar el estadio adulto. Es lo que se ha venido en llamar el Síndrome Normal de la Adolescencia o la Crisis de la Adolescencia.

En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Aparecen por primera vez manifestaciones de la capacidad genésica y reproductiva con la menstruación y la primera emisión seminal. Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, con una intensidad que desconocía hasta ese momento y que constituyen uno de los elementos más difíciles de asimilar emocionalmente. Este conjunto de cambios físicos reciben la denominación desde la perspectiva biológica de pubertad. Igualmente cambia la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia como etapa bien determinada del ciclo de la vida a una nueva, aunque poco definida y de límites cada vez menos precisos y variables según el contexto cultural. Esta nueva etapa social es transitoria y no tiene la delimitación tan clara como la

pueden tener otras. Estos cambios dan lugar a la calificación desde la perspectiva social y antropológica del adolescente como joven, adquiriendo así un nuevo status social. Este concepto de juventud hace referencia a un criterio cronológico en el desarrollo vital y remite a la idea de nuevo y a la vez de inexperto e inmaduro, de algo que requiere tiempo para acabar su proceso de maduración. El adolescente que no ha logrado la mayoría de edad legal es calificado judicialmente como menor, con unos derechos específicos así como de unas determinadas responsabilidades penales que han recibido la denominación de Derecho del menor. Este período de la vida se puede y se aborda desde diversas perspectivas dependiendo del vértice desde el que se lo contemple. Sin embargo el concepto de adolescencia es más abarcativo e incluye a todos ellos: el psicológico, el biológico, el sociológico, el antropológico y el judicial, porque se trata de un proceso de cambio que incluye la mente, el cuerpo y todo el complejo entramado de relaciones con su medio social y en su calidad de ciudadano de la comunidad donde vive.(24)

El adolescente deja de ser un niño pero a la vez esos cambios no se concretan, no están estipulados o no están claros. Se le pide que se comporte como un adulto aunque aún no se le reconoce esa cualidad. Se le deja en tierra de nadie, no es un niño y ha de comportarse como un adulto aunque no se le considere como tal aún. Entre nosotros este tránsito se produce de forma borrosa, con una amplia gama de variaciones y a lo largo de un período más prolongado de tiempo en los cuales el adolescente se encuentra atemorizado a quedar descolgado de los procesos de desarrollo y crecimiento. En las sociedades occidentales podemos encontrar diversos criterios que establecen umbrales diferentes para la entrada en la vida adulta. Globalmente podemos considerar que los límites de lo que consideramos como adolescencia se han visto ampliados tanto en la edad de inicio como en su terminación. Las dificultades y trabas sociales que obstaculizan el desarrollo y elaboración de la Crisis de la Adolescencia así como el aprovechamiento

consumista de los jóvenes, entre otros factores, ha tenido como consecuencia la prolongación de la adolescencia, llegando en ocasiones a superar la veintena de años.

(24)

La adolescencia sería la etapa de la vida que por sus características de crisis del desarrollo, presenta un potencial mayor de trastornos en múltiples áreas, que la hacen susceptible de manifestaciones patológicas. Resulta de interés considerar la adolescencia como un período en que el adolescente se encuentra sometido a enormes presiones, tanto internas como externas. El adolescente para alcanzar la etapa adulta tiene que hacer frente a una laboriosa elaboración psíquica de suma trascendencia para su vida futura. Entre los factores comunes a todos los adolescentes, que ejercen un efecto especial sobre su conducta y comportamiento destacaríamos tres:

1. Sus relaciones con sus padres: supone su capacidad de ir cambiando de un estadio de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, no dependiendo totalmente de como pudieran influir, condicionar o reaccionar sus padres. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que busca que sea secreta y propia. Esto es fuente de enriquecimientos lingüísticos ya que es la forma de crear un código de comunicación entre ellos que sea diferente e inteligible para los adultos.

2. Sus relaciones con sus amigos: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, que aumenta, en grupo, sus esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Un grupo donde ensayar a través de las múltiples identificaciones proyectivas en sus miembros, su identidad y sus nuevas capacidades.

3. La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar su visión de su self,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pasando de un self dependiente de los cuidados paternos a un self en el que se siente dueño de un cuerpo masculino o femenino. Su visión de sí mismo como persona le tiene que llevar a la exploración del mundo externo, donde ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones. Es la proyección en el mundo exterior de la transformación que está viviendo, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales. (24)

EL DUELO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. Podemos agrupar la labor de duelo y dolor depresivo del adolescente en tres ámbitos fundamentales:

- a) duelo por el cuerpo infantil perdido. El adolescente no pocas veces ve sus cambios como algo externo, como espectador impotente de lo que sucede en su propio organismo
- b) el duelo por el rol y la identidad infantil que le obliga a una renuncia de la dependencia infantil y a una aceptación de responsabilidades, que en muchas ocasiones desconoce
- c) y el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su mundo interior, buscando el refugio y la protección que ellos significan. Esta situación se ve complicada por la actitud de los propios padres que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí en cambio adultos o como mínimo están en vías de serlo. A estos duelos hay que añadir el duelo por la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

bisexualidad infantil que también se perderá en aras de conseguir una identidad sexual clara y definida.

Este período supone un cambio, en concreto, en la relación con los padres, quienes para el niño lo sabían y lo podían todo, y ahora para el adolescente ya no saben ni pueden tanto, lo que, si bien provoca dolor e inseguridad al perder también la seguridad y contención que proporcionaba, permite al niño liberarse de la sumisión y obediencia a ellos. Este cambio es vivido como una pérdida y se expande a sus creencias, relaciones de objeto y al mundo en general, tal como lo conocía de niño.

En definitiva, afecta a todo el sistema de valores infantiles. Las modificaciones corporales incontrolables e irreversibles, junto a la presión del medio que exige del Adolescente nuevas pautas de comportamiento y convivencia, pueden hacer el proceso de duelo persecutorio. El niño necesita tomarse tiempo para terminar de asumir y conformarse a esos cambios, en definitiva para aceptarse a sí mismo. Pero sólo llega a esta conformidad mediante un largo proceso de duelo a través del cual puede tolerar renunciar a su cuerpo de niño y abandonar la fantasía omnipotente de la bisexualidad. El niño pide tiempo para crecer y dejar de ser niño. (24)

El adolescente se puede sentir amenazado si se ve forzado a asumir precozmente su identidad genital. Esto supondría la pérdida de su dependencia infantil en un momento de confusión, de duelo, en el que esa dependencia se hace aún más necesaria si cabe por lo que necesita tomarse su tiempo. Lo característico de la adolescencia es la ansiedad del Yo ante la amenaza del desarrollo instintivo, un Yo que quedó formado en la infancia y que tiene que desplegar las más variadas defensas para sobrevivir ante la presión instintivo-pulsional. La emergencia pulsional es una amenaza en la medida en que pone en peligro el equilibrio obtenido y configurado en la latencia. El adolescente se ve sometido a los impulsos sexuales que emergen en la pubertad, resignificando sus

fantasías edípicas y preedípicas. El adolescente se ve con deseos incestuosos y con el temor de actuarlos. Sus defensas irán encaminadas a atajar los deseos pulsionales, rechazando la sexualidad o deformando los deseos inconscientes.

El impulso hacia adelante del crecimiento busca integrar a las antiguas modalidades de funcionamiento psíquico para mantener el equilibrio. Esa integración preserva la continuidad psíquica a expensas del Yo que facilita la sensación de estabilidad o un mínimo sentido de la identidad. Esta continuidad en la cesura adolescente también se denomina «Segundo proceso de individuación» según P. Blos, a diferencia de la primera que permitió al niño pequeño la existencia como una entidad internalización de la madre. Se separa así de su pasado, para resucitar a una nueva forma de vida, a una nueva experiencia como adulto. Es un segundo nacimiento que le hace accesible a un nuevo universo social y cultural. Este segundo proceso de individuación supondría para el adolescente la tarea de lograr su independencia de los objetos paternos y sustraerse a su influencia. (24)

LA ILUSIÓN ANTE LA MADUREZ

El adolescente lo estrena todo: cuerpo, relaciones, capacidades, sexualidad, ideas, relaciones con los demás y con el mundo que le rodea etc. revelando denodados esfuerzos progresivos por conseguir su identidad adulta. Se esfuerza por adquirir su madurez y el temor de verse dominado por ansiedades y conflictos infantiles. El modo de comprobación de estas nuevas facultades es mediante la actuación. La actuación es una expresión de sustentativas de ponerse a prueba y verificar en el mundo externo sus habilidades y capacidades recién adquiridas. El adolescente actúa también para lograr deshacer la ligazón, el vínculo con los padres de la infancia. Esta actuación conviene diferenciarla de la psicopatía donde nos encontraríamos acciones repetidas e impulsivas,

que no proporcionan experiencia y en las que predomina la insinceridad y la amoralidad. El adolescente se pone a prueba para experimentar la idoneidad de las nuevas capacidades adquiridas y acomodarse a las nuevas posibilidades que se le ofrecen. Podemos resaltar las similitudes con los niños pero las actividades imaginativas del adolescente se adaptan más a la realidad y a sus intereses propios. El adolescente necesita dar pruebas de coraje en el mundo real. Sobresalen más sus deseos de competir con otros y la necesidad de lograr la admiración por brillantes proezas. Una de las dificultades en el desarrollo de los adolescentes es la ansiedad y culpa producidos por el hecho de que sus impulsos sádicos hubieran podido destruir su interior, sus capacidades. Esta destructividad y el daño efectuado con llevaría el temor a no poder seguir adelante en su desarrollo. Sus ataques a las figuras de los padres y de los adultos, expresión de sus sentimientos envidiosos pueden generar la convicción de haberlo estropeado todo, tanto a sí mismo como los objetivos que anhela alcanzar. (24)

ADOLESCENCIA Y CUERPO

Veamos ahora la relación entre la adolescencia y el desarrollo corporal.

Estos cambios se pueden concretar en dos ámbitos:

1. Los cambios anatómico-estructurales consistentes en los desarrollos de los caracteres sexuales secundarios: tamaño, masa muscular, ósea...
2. Los cambios funcionales: se desarrolla la capacidad de procrear, de reproducción, iniciándose con la aparición del período menstrual y la primera emisión seminal. Estos cambios tienen dos consecuencias de amplia resonancia emocional:
 - la pérdida del cuerpo infantil, que conlleva la necesidad de elaboración del duelo consiguiente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- y la renovación y el estreno que supone la adquisición de un cuerpo nuevo, con posibilidades y funciones también nuevas.

Como ante cualquier cambio, frente a lo nuevo y desconocido, el adolescente puede reaccionar aferrándose al cuerpo infantil y los logros obtenidos porque es algo que ya conoce y domina, negando el desarrollo y su crecimiento. Pero también puede reaccionar ante lo nuevo y que estrena: verificando, probando y comprobando su idoneidad a fin de poderse acomodar a las experiencias y posibilidades que el cuerpo proporciona. Por eso en muchas ocasiones busca los medios que le faciliten un control sobre su cuerpo, principalmente a través de la gimnasia, actividades deportivas, etc...

El adolescente siente el cuerpo como algo extraño a él, que le viene impuesto, ajeno a su voluntad y control. El cuerpo proporciona unas referencias espaciales nuevas que hacen sentir al adolescente como un ciego en medio de unas dimensiones espaciales que han cambiado, le han cambiado las medidas. Por eso puede aparecer una torpeza psicomotórica en su respuesta a estímulos súbitos porque carece de las pautas aprendidas al no estar familiarizado con las nuevas medidas de su cuerpo.

El adolescente necesita y pide tiempo para aceptar su nuevo cuerpo. Todo ello le hace temer su inadecuación, tanto en su evolución y capacidades psicomotoras, como en su función sexual. Así se compara con los demás. Necesita saber si es normal o no, qué piensan los demás de él. Necesita diferenciarse de los demás en las pirámides de edad, busca su reaseguramiento con los de su edad, se burla de las discapacidades de los demás en la medida en que suponen una amenaza para la propia integridad y normalidad. Vigila, observa y sigue atentamente cada uno de los cambios que se producen en su cuerpo. Como consecuencia de su estudio minucioso pueden aparecer ansiedades hipocondríacas, dismorfofóbicas; como los cambios son nuevos y extraños proporcionan la base de los sentimientos de extrañeza y de despersonalización. Los intentos de

dominar los cambios corporales pueden estimular su interés por los regímenes dietéticos, tatuajes, perforaciones de orejas, adornos... Presentan una enorme sensibilidad a los comentarios que hacen los demás, que pueden ser vividos como confirmación de sus temores de inadecuación.

ETAPAS DE ADOLESCENCIA

Aunque se trata de una difícil línea de división, es necesario encontrar las diferencias entre la etapa de la adolescencia y el periodo de juventud. No hay un acuerdo rígido y definido sobre dónde se sitúa la línea de división entre ambos periodos, porque el desarrollo es un proceso continuo, de permanente cambio. Pero a pesar de ello, la mayor parte de los autores han encontrado un patrón común de división de la adolescencia, estableciendo tres etapas. No todos los adolescentes viven de igual manera estas etapas, ni en intensidad ni en duración. Dependiendo de sus vivencias y experiencia, y del contexto social y familiar en el que se desarrolle cada uno de los períodos tendrá una presencia diferente en su vida. La única manera de conocer dónde se encuentra el adolescente es mediante una entrevista con él. Se suele dividir las etapas de la adolescencia en tres. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. El desarrollo de los niños entre 8 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan en su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. (25)

Pre-adolescencia: de los 8 a los 11 años

En lo que se refiere a los cambios físicos presenta un crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad

para la mayoría. En la fase cognitiva se presentan pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar). En cuanto al desarrollo moral se presenta egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. En el concepto de sí mismo en gran medida está influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad. En sus características psicológicas tienen mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados. En las relaciones con los padres presenta relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos, y en la relación con los compañeros presentan relación de afecto y dependencia de ambos padres.

Segunda etapa: de los 11 a los 15 años

En lo que se refiere a los cambios físicos la llegada de la pubertad se presenta con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal. En la fase cognitiva se presenta desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. El sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Es la época de mayor conflicto con padres. En cuanto al desarrollo moral se tiene tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los

conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. En el concepto de sí mismo dependerá de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tiene tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Se presenta la preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. En sus características psicológicas se presenta la atención centrado en sí mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo. En las relaciones con los padres suele ser la etapa de mayor conflicto mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando. En cuanto a la relación con compañeros y cómo reaccionan ante ellos pueden condicionar las amistades. Hay mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

Tercera etapa: de los 15 a los 18 años

Existe una mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto. En la fase cognitiva tiene mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social. En cuanto al desarrollo moral hay menos egocentrismo y mayor énfasis

sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez, en este sentido es una etapa algo contradictoria. En el concepto de sí mismo es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones si se tiene problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.. En sus características psicológicas hay cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia. Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, en la relación con los padres suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo. En cuanto a la relación con compañeros Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos antisociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.(25)

CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

ALCOHOL

La especie humana obtiene bebidas alcohólicas por fermentación de productos vegetales al menos desde tiempos prehistóricos. La palabra alcohol es de origen árabe(alcohol) y significa polvillo, ya que se pensaba que desprendían un polvo impalpable que ejercía sus efectos por inhalación.

Un químico persa, Ramsés descubrió en el siglo VIII el proceso de destilación que permite obtener bebidas alcohólicas, el islamismo emergente redujo drásticamente el consumo de bebidas alcohólicas en su zona de influencia. En occidente se mantuvo el consumo de vino y cerveza pero la irrupción de los destilados no tuvo lugar hasta finales de la edad media. En Inglaterra en el S .XVIII se dieron los primeros problemas sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol por la popularización de la ginebra. Los efectos dañinos de las bebidas alcohólicas se deben al etanol. (33).

La absorción del etanol, tras un consumo oral se produce fundamentalmente en el tracto digestivo. En este sentido, y ya que el etanol es una molécula que no puede ser ionizada, el pH de ninguno de los compartimentos del tracto digestivo parece presentar influencia alguna en este proceso. La duración media del proceso gástrico de absorción del etanol ha sido cifrada en 1,7 minutos. En cualquier caso, este tiempo depende también de la dosis, ya que incrementando ésta se aumenta el tiempo de absorción. La mayor solubilidad del etanol en el agua respecto a la que presenta en medios lipídicos propicia que se observen diferencias en la distribución del etanol entre dos individuos con diferente proporción de grasa corporal, aún cuando la cantidad ingerida de esta sustancia y su peso corporal sean idénticos.

Por otra parte, el etanol cruza sin dificultad la barrera placentaria y la barrera hematoencefálica. Con idéntica facilidad, el etanol accede a los pulmones desde el torrente sanguíneo y se vaporiza en el aire a una velocidad constante, siendo por ello posible determinar la concentración sérica de este alcohol desde los niveles contenidos en el aire exhalado.

La mayor parte de la eliminación del etanol se produce por metabolismo, pero existe un escaso porcentaje de etanol que es eliminado, sin sufrir transformación alguna, mediante su incorporación a la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado. El uso de

contraceptivos orales reduce la eliminación del etanol hasta en un 20% (Jones y Jones, 1984). Otros fármacos (paracetamol, ácido acetilsalicílico), productos industriales (PVC, acetona y otros solventes orgánicos) y drogas (opiáceos, cocaína) de abuso parecen ser capaces de interferir con el metabolismo del etanol, fundamentalmente porque actúan como competidores de los sistemas enzimáticos responsables de su degradación. (26)

Fisiología y alcohol

El alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren. El paradigma de las lesiones orgánicas producidas por el consumo crónico de etanol es la cirrosis hepática. En la práctica, el primer órgano en que entra en contacto el alcohol es el tubo digestivo, por lo que no debe extrañarnos que afecte directa e indirectamente a un órgano que debe atravesar hasta llegar al torrente circulatorio. Al igual que en los otros tejidos del organismo, los efectos del alcohol sobre el tubo digestivo dependen en gran medida de la dosis administrada, de tal manera que dosis bajas suelen tener muy pocos efectos, mientras que dosis más elevadas dan lugar a una gran variedad de trastornos. (17)

La cirrosis alcohólica se caracteriza por la presencia de nódulos de regeneración rodeados de tejido fibroso que reemplazan a la estructura lobulillar normal. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado la existencia de una estrecha relación entre el consumo excesivo de alcohol y la pancreatitis crónica. El alcohol generalmente da lugar a una pancreatitis crónica, recurrente y calcificante, pero se requiere un periodo de abuso de alcohol entre 6 y 12 años para que aparezcan los primeros síntomas de pancreatitis. Actualmente nadie duda del efecto deletéreo del consumo excesivo de alcohol sobre el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sistema cardiovascular, ya que su consumo excesivo da lugar a patologías graves como la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias y accidente vasculares cerebrales. La asociación entre consumo de alcohol y arritmias cardíacas se ha popularizado bajo el término de “corazón del fin de semana” (holidayheart). (27,30)

Intoxicación alcohólica

Los síntomas de la intoxicación alcohólica reflejan una depresión de las funciones de las neuronas del sistema nervioso central. De acuerdo con el grado de intoxicación los síntomas más comunes son excitación, desinhibición, verborrea, alteraciones de la conducta, incoordinación de movimientos y de la marcha, irritabilidad, estupor y coma. La cantidad de alcohol necesaria para producir intoxicación varía mucho de una persona a otra y depende, entre otros factores, del hábito alcohólico, del sexo y de la edad. Una intoxicación leve o moderada no requiere un tratamiento especial, mientras que el coma etílico constituye una urgencia médica grave, especialmente por la posible depresión de la función respiratoria.

Síndrome de abstinencia alcohólica

El síndrome de abstinencia alcohólica es la consecuencia de la dependencia física al alcohol. Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son temblores, alucinaciones, convulsiones y delirio. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas, que posteriormente suelen desaparecer en pocos días. El delirium tremens es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado

por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre. Los pacientes se recuperan al cabo de unos días, aunque en los pacientes que presentan una patología asociada como una enfermedad hepática o pancreática, traumatismos o neumonía por aspiración pueden tener mal pronóstico.

Síndrome alcohólico-fetal

El consumo crónico de alcohol durante el embarazo produce una serie de alteraciones en el desarrollo fetal que se manifiestan por un retraso en el crecimiento intrauterino que da lugar a recién nacidos de bajo peso, anomalías congénitas especialmente en boca y tracto genitourinario, irritabilidad, retraso intelectual y, en los casos más graves, el síndrome alcohólico fetal. Las anomalías craneo faciales incluyen alteraciones oculares como cavidades oculares pequeñas, ptosis palpebral y estrabismo, nariz pequeña con puente nasal ancho, y labio superior grande. Las alteraciones del sistema nervioso central incluyen numerosos defectos estructurales y funcionales cuyas consecuencias son microcefalia, hipoplasia del nervio óptico, disminución de la agudeza auditiva, dificultad de aprendizaje y retraso mental. (27,30)

Patología familiar y violencia doméstica

Se abordan las relaciones disfuncionales y psicopatológicas nacidas como consecuencia de un consumo excesivo de alcohol por alguno de los miembros de la unidad familiar, su incidencia en los malos tratos, incluidos los aspectos referentes a los hijos de alcohólicos, a través de la literatura científica nacional o internacional y de investigaciones empíricas de carácter descriptivo. En este sentido, los datos publicados ratifican la relevancia otorgada a la estrecha relación entre el consumo de alcohol y los desajustes familiares independientemente de quien sea el enfermo alcohólico. (28,30)

Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva.

Las lesiones suponen una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad a nivel mundial, y se prevé que se sitúen entre las causas que experimentarán un mayor incremento en los próximos 20 años. La implicación del alcohol en el riesgo de padecer una lesión ha sido demostrada en numerosos estudios, especialmente para el caso de las lesiones de tráfico, aunque también se ve con frecuencia implicado en las lesiones por caída, por fuego y por ahogamiento. La presencia de alcohol en los lesionados de tráfico atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios muestra unos valores superiores a los límites legales en el 30 al 51% de los casos. Las lesiones -los mal llamados accidentes*- suponen una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Las lesiones causan el 15% de la carga global de enfermedad, medida a través de los años de vida libres de discapacidad. Su especial impacto en las edades jóvenes las sitúa entre las 10 principales causas específicas de DALYS. Además, el hecho de que los lesionados jóvenes sobrevivan cada vez más a lesiones que anteriormente causaban la muerte no hace sino incrementar el peso de las lesiones como causa de discapacidad permanente. Las predicciones con respecto a las tendencias de dicho impacto no son menos negativas, estimándose que en el año 2020 las muertes por lesión afectarán a 8,4 millones de personas; las lesiones de tráfico pasarán a ser la segunda causa de mortalidad prematura, la tercera causa de discapacidad y la sexta causa de muerte general, siendo, con la infección por el VIH, la causa que experimentará un mayor incremento relativo. (29,30)

- Consumo diario: Consumir diariamente al menos una copa de una bebida con contenido de alcohol. (7)

- Consumo de riesgo: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. (7)
- Consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. (7)
- Bebida alcohólica: es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. (7)
- Bebedores altos: Aquellas personas que por lo menos alguna vez en su vida han consumido cinco copas o más en una sola ocasión, para los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión, para las mujeres. (9)
- Consuetudinario: Toma diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma cinco copas o más copas en una sola ocasión. (4)
- Dependencia/ abuso de alcohol: es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (4)

Alcoholismo y adolescencia

El consumo de alcohol, acompañado de otras sustancias, es un fenómeno que se encuentra profundamente enraizado en muchas sociedades, y se ha convertido en una

preocupación social que amerita ser investigada. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez (10) causas de discapacidad; desórdenes como la depresión y la esquizofrenia llaman la atención; siendo siete veces mayor la discapacidad en hombres que en mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones de esas leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. Se atribuyen al alcohol efectos primordialmente traumatismos no intencionales y trastornos neuropsiquiátricos. (34)

De acuerdo con los datos más recientes de la Escala Nacional en Estados Unidos (2001), el alcohol es uno de los riesgos de salud más comunes entre los adolescentes, el 51% de adolescentes que cursan octavo grado, el 70% de los que de décimo y el 80% de los de doce grado han tenido al menos alguna experiencia con el alcohol (Donovan, 2004). En la actualidad, el consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume. Los problemas referentes a la salud pública, asociados al alcohol, han tomado proporciones alarmantes, hasta llegar al punto en que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios más sobresalientes en el mundo. Según el informe sobre la salud en el mundo, citado por la Organización Mundial de la Salud (2008), el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (Gruber, Diclemente, Anderson y Lodico, 1996; OMS, 2008). Johnson et al. (2006), en sus estudios han demostrado que los adolescentes que consumen sustancias presentan una salud

mental y física deteriorada, baja atención, incremento de los actos delictivos y menor productividad económica a futuro. (34)

Equivalencias de bebidas alcohólicas: Para efectos de establecer el patrón de consumo y el consumo per cápita, se consideran las siguientes equivalencias: (17)

Un trago o copa es igual a:

1 lata o botella mediana de cerveza (330 ml)

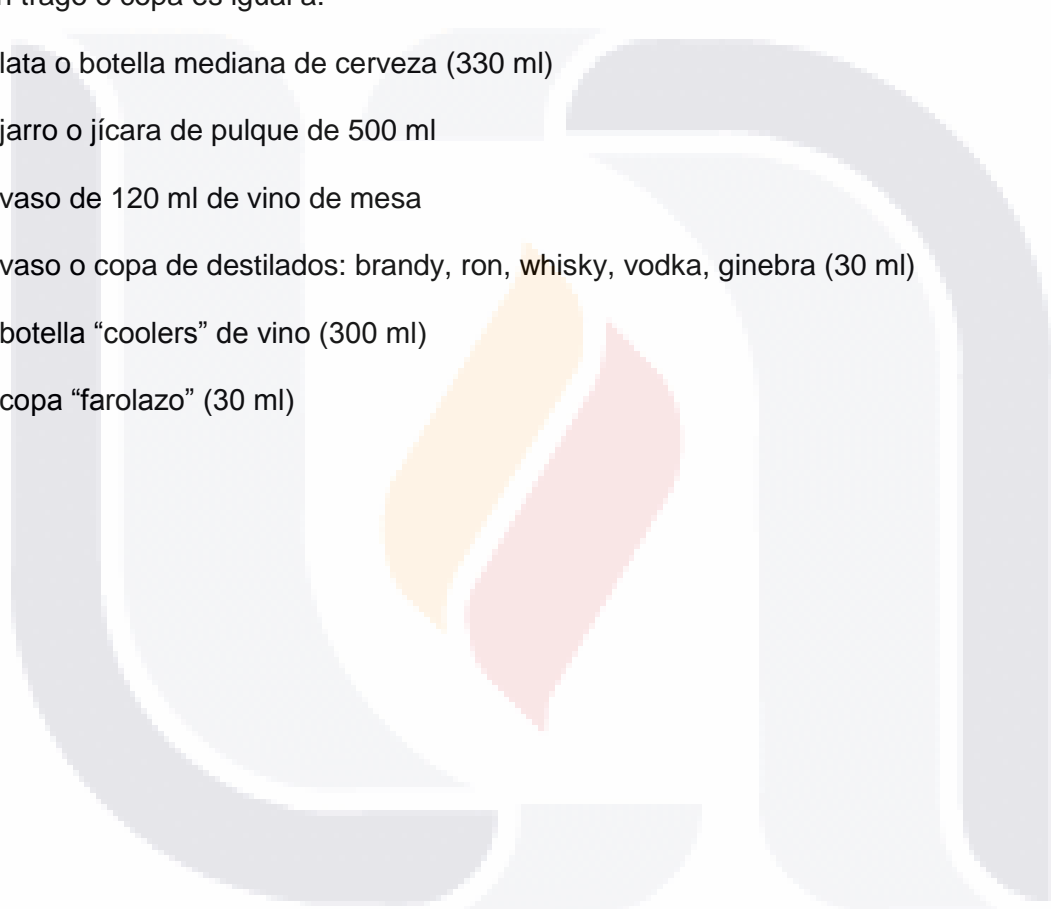
1 jarro o jícara de pulque de 500 ml

1 vaso de 120 ml de vino de mesa

1 vaso o copa de destilados: brandy, ron, whisky, vodka, ginebra (30 ml)

1 botella "coolers" de vino (300 ml)

1 copa "farolazo" (30 ml)



2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ADOLESCENTE DE 15 A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN EL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”

Objeto de estudio: afrontamiento ante el consumo de alcohol

Sujeto de estudio: adolescentes de 15 a 18 años con consumo de alcohol

Contexto: plantel 1 de CONALEP de Aguascalientes

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El estado de Aguascalientes cuenta con una población total para el 2010 de 1 184 996 habitantes de los cuales 707,010 personas viven en la ciudad de Aguascalientes, de estos el 27% se encuentran en el rango de edad de 15 a 29 años, 27.2% son hombres y 27% son mujeres (1)

En el estado de Aguascalientes el IMSS otorga sus servicios a un total de 530 445 derechohabientes, en la ciudad de Aguascalientes se atiende a un total de 415,917 personas de las cuales 40,695 corresponden al grupo de edad 15 a 19 años , de estos 20 255 son hombres y 20 440 son mujeres. (1)

El CONALEP ubicado en el municipio de Aguascalientes cuenta con 4 918 alumnos que oscilan entre los 15 y 19 años, el plantel 1 “Prof. J. Refugio Esparza Reyes cuenta con un total de 1459 alumnos de los cuales 605 son mujeres y 854 son hombres. (2)

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

En Europa una de cada cuatro muertes entre los varones de 15 a 29 años se relaciona con el alcohol. En Rusia, se observa una actitud positiva hacia el alcohol por parte de los jóvenes y los medios de comunicación de masas no hacen más que ofrecer modelos positivos de conducta relacionados con el consumo de alcohol, sobre todo en relación con el consumo regular de pequeñas cantidades de alcohol, mostrándolo como un símbolo de bienestar y de libertad entre las personas jóvenes de hoy. Mientras que en Europa occidental se puede observar un descenso en el consumo global de alcohol, en Europa oriental el consumo se va incrementando, observándose un grave deterioro sobre todo entre las personas jóvenes de estas regiones de Europa. Los datos mundiales sugieren un incremento en la cultura de la borrachera esporádica entre los jóvenes, incluso en los países en desarrollo. Las personas jóvenes están bebiendo cantidades excesivas de alcohol hasta llegar a episodios a veces graves de intoxicación (3). Los datos de la ENA 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días bebidas alcohólicas, en una proporción de 7.5 hombre por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad. La bebida más consumida es la cerveza.

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002. (4)

En relación al consumo diario de alcohol de los hombres (1.7%), los porcentajes en Aguascalientes están por arriba del promedio, mientras que en las mujeres son casi nulos los casos de consumo diario. Por lo que se refiere al consumo alto, también se encuentra que tanto los hombres (48.9%) como las mujeres (19.1%) está arriba del promedio nacional. Para el consumo consuetudinario, en los hombres (9.0%) se observa un consumo dentro del promedio nacional, mientras que en las mujeres (2.3%) está por arriba. Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado, se encuentra que tanto para los hombres (13.8%) como para las mujeres (2.5%) el promedio está por arriba de la media nacional (5)

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Aguascalientes en 314 Adolescentes del CONALEP 1 de la Ciudad de Aguascalientes denominado "Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la Ciudad de Aguascalientes" se concluyó que entre los mismo existe una percepción positiva ante que el consumo de alcohol ayuda para tener amigos y sensaciones nuevas. Así mismo, de forma contrastante se observó una alta percepción de riesgo ante el consumo de alcohol. En cuanto el consumo de alcohol se determinó que 57% de los estudiados presentaban consumo de alcohol en cualquiera de sus riesgos y 43% reporto nunca haberlo consumido. Dentro de los indicadores de consumo de riesgo se obtuvo un consumo bajo en un 39%, 17% presento un consumo medio y 1% un consumo de riesgo alto. Sin embargo la relación entre percepción de riesgo y consumo de alcohol de los adolescentes de 15-18 años de edad no fue estadísticamente significativa con una Chi-cuadrada de Pearson de 0.167. (30)

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) tiene una larga experiencia en la lucha contra las drogas. Además de ser el referente básico en materia de legislación internacional (Convenciones internacionales de 1961, 1971 y 1988), dispone de organismos específicamente dedicados al fenómeno de las drogas tal es el caso de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) engloba el tratamiento multilateral de los fenómenos complejos como son las drogas y la prevención del delito. El primero de estos se aborda desde una perspectiva global e integrada, por lo que incluye acciones en materia de reducción de la demanda de drogas y de control de su oferta, sin olvidar otras áreas como el desarrollo sostenible o el blanqueo de capitales. Para alcanzar estos cometidos, cuenta con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Cuenta también con la Comisión de Estupefacientes es una comisión orgánica del Comité Económico y Social (ECOSOC). Funciona como el principal órgano decisor del sistema de las Naciones Unidas que trata todas las cuestiones relacionadas con las drogas. En lo referente al consumo de alcohol en el año 2010 publica posterior a su 63ª Asamblea Mundial de la Salud la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de Alcohol la cual tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; ofreciendo una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades (7,30)

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (8)

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. Los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, actividades:

- A) Preventivas
- B) De urgencias
- C) De tratamiento
- D) De rehabilitación y reinserción social
- E) Reducción de daños y riesgos
- F) De enseñanza y capacitación, y
- G) De investigación científica

Guía clínica de adicciones, prevención detección e intervención de las Adicciones en atención primaria de salud

La finalidad de este catálogo realizado por la SSA, es establecer un referente Nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía se pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basada en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acción es sobre. Prevención, detección e intervención de las adicciones en la atención primaria de salud. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. (19,30)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El **Instituto Mexicano del Seguro Social** en Aguascalientes cuenta con dos hospitales generales de zona de segundo nivel de atención, 11 unidades de medicina familiar. En otras delegaciones, el IMSS cuenta con guías de familias con hijos adolescentes llamada consultorio familiar, en dicha guía se encuentra una recopilación de preguntas más frecuentes que los padres se hacen sobre el comportamiento de sus hijos.

Existe la guía de la salud del adolescente de 10 a 19 años que incluye temas como: a) educación para la salud b) salud reproductiva c) esquema básico de vacunación.

También en el IMSS se encuentra un programa para adolescentes llamado JUVENIMSS, actualmente en función en la UMF 7, cuya finalidad es generar promotores de adolescentes lo que son capacitados para realizar actividades y pláticas en las escuelas y así promover la salud del adolescente, en dicha capacitación son de 16 sesiones en las que hablan de valores, autoestima, consejería, programas integrados de salud, salud sexual con enfoque de género, salud reproductiva, prevención de enfermedades, prevención de la violencia familiar, prevención de adicciones, identificación oportuna de enfermedades, salud bucal alimentación saludable actividad física y plan de vida.

El programa PREVENIMSS incorpora en las unidades de medicina familiar el modelo que se ha desarrollado en los centros de Atención Rural al Adolescentes (CARA), programa participativo y educativo en el que se les da orientación sobre prevención de adicciones tratamiento y consecuencias entre otra serie de orientaciones, este programa tiene sus orígenes en lo que hoy se conoce como programa de desarrollo humano oportunidades con la finalidad de tener en seguimiento a los adolescentes que se encuentran con el beneficio de dicho programa (20,30)

DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa de la vida compleja y difícil, puede ser considerada como un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta, entre la dependencia/tutelar familiar y la incorporación a la sociedad con plenos derechos, es un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un esfuerzo permanente de adaptación e integración. Además, a esta nueva experiencia vital a la que todos los adolescentes tienen que adaptarse, se añade la inevitable aparición de conflictos con el exterior. Son los conflictos derivados del continuo proceso de autoafirmación y búsqueda de la propia identidad en la que se ven envueltos los adolescentes. Los conflictos son el resultado de la etapa de cambio. De manera inesperada, los adultos que están alrededor observan como la conducta de los jóvenes cambia, se muestran diferentes, reivindican y solicitan nuevas demandas; en definitiva, se inicia un proceso de necesaria adaptación para poder mantener los patrones de convivencia. (11)

La adolescencia actual aparece como una categoría estirada cronológicamente hacia ambos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica hormonal tiende a adelantarse; y hacia la juventud como consecuencia del estiramiento del período de preparación formación, y por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse socialmente en el mundo adulto. Esta demora en el proceso de emancipación puede provocar, en algunos adolescentes, una prolongación de las crisis por las que atraviesan, sobre todo en el proceso de establecimiento de una identidad adulta (que requiere capacidad de autonomía y proyectos personales), y en sus relaciones con el mundo adulto, representado fundamentalmente por la familia y la escuela. (6)

En las últimas décadas, la morbilidad y mortalidad adolescente ha experimentado cambios sustanciales. Las enfermedades físicas no son ya su principal causa de mortalidad e incapacidad. Por el contrario, sus principales problemas de salud (los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, los trastornos del comportamiento alimentario, o conductas sexuales que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH) son consecuencia de los comportamientos y estilos de vida que siguen. Por tanto podríamos concluir, y así lo hace la OMS (1999), que la mayoría de los problemas de salud de nuestros adolescentes pueden ser evitables. (6)

La evolución del consumo de drogas a lo largo de los últimos años se ha caracterizado por la creciente penetración social del uso de las mismas (Madrid y Antona, 2000). Este fenómeno se ha visto favorecido por la aparición de nuevas sustancias y por la incorporación de los adolescentes, los jóvenes y las mujeres a unas prácticas que, hasta hace pocos años, eran habituales tan sólo entre la población adulta masculina. El consumo juvenil de drogas presenta unas características propias que han generado lo que podríamos definir como una “cultura de consumo de drogas” que marca pautas de consumo diferentes a otras épocas, apareciendo nuevas sustancias como las drogas de diseño o patrones de consumo diferenciados. Esta cultura se caracterizaría por: el inicio cada vez más precoz, el policonsumo, la incorporación en igualdad de las mujeres, el consumo en el fin de semana, la asociación con el ocio nocturno, y la utilización de espacios públicos, principalmente la calle. (6)

Su uso se produce mayoritariamente en contextos de “normalidad social”. Los datos confirman que el uso de drogas no responde a conductas marginales, sino que se registra mayoritariamente entre personas que mantienen aceptables niveles de integración social. La mayor presencia de las drogas y su utilización en contextos normalizados son

fenómenos que se refuerzan mutuamente y que dan lugar a una reducción de la alarma social asociada al uso de las mismas (12)(13)

La adolescencia es una etapa en que se experimentan cambios significativos en la personalidad; definición de identidad; elaboración de un proyecto de vida; dificultades en la toma de decisiones en relación con los estudios y relaciones de pareja o actividad laboral. Estos cambios pueden generar estrés en el adolescente, por lo que este se ve en la necesidad de desarrollar competencias psicosociales importantes para su posterior posicionamiento en el mundo adulto. De no contar con estrategias de afrontamiento positivas para responder a este tipo de situaciones, se pueden generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad en el adolescente, afectando su desarrollo psicológico e incluso su vida. (11)

El constructo afrontamiento ha sido ampliamente estudiado, encontrándose en la literatura científica diferentes propuestas explicativas y clasificatorias, además de variados métodos de medición. Dentro de este cuerpo, el modelo tradicional de Lazarus y Folkman (1984) es una de las que más aceptación ha tenido entre los científicos. Desde el modelo de Lazarus y Folkman no son las situaciones en si las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que realiza el sujeto de tales emociones. Desde esta perspectiva, afrontamiento es entendido 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. (11)

Lazarus y Folkman también plantean que existen al menos dos amplios estilos diferentes de afrontamiento: “afrontamiento focalizado en el problema” que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes o eventos ambientales causantes del estrés, intentado solucionar el problema o al menos disminuir su impacto; y el “afrontamiento

focalizado en las emociones”, que implica realizar esfuerzos para aminorar o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes. Mientras que Frydenberg e Lewis incorporan una tercera categoría a tales estilos, denominada “enfrentamiento de evitación”, que involucra evadir el problema, no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas. (11)

DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

Existen algunos autores que pretendían dar una definición de adolescencia tal es el caso de Palacios y oliva en 1999 donde menciona que desde la filosofía griega se definía como una etapa de indisciplina, de cuestionamiento a lo externo y de búsqueda de su lugar en la sociedad. Algunas otras provenientes desde la antigüedad la han delimitado como una etapa de excitabilidad excesiva según Platón, o bien alguien que gusta del lujo y es mal educada descrita por Sócrates. (14,30)

De todos los posibles análisis que el conflicto del mundo de la droga ofrece, el más alarmante es sin lugar a dudas el referido al consumo de tales sustancias en la niñez y la adolescencia. Los principales problemas ocasionados por las drogas se agravan considerablemente en estas edades, etapas claves del desarrollo integral del individuo que pueden verse alteradas e incluso interrumpida por el uso sistemático de las mismas. (17). Durante la adolescencia, se consolida la personalidad y es la etapa en que aparecen las conductas de riesgo. Se entiende por conducta de riesgo aquella que al ser ejecutada con intencionalidad consciente o no, tiene la probabilidad de producir un daño, enfermedad o lesión a uno mismo o a los demás.

Una de estas conductas de riesgo es el consumo de alcohol y drogas. Dentro de los factores que favorecen el consumo de drogas en la adolescencia tenemos aspectos culturales, interpersonales, psicológicos y biológicos, incluyendo la disponibilidad de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sustancias, privaciones económicas extremas, comportamiento problemático, bajo rendimiento escolar, inicio precoz de consumo, entre otros.

El consumo de alcohol y drogas es una conducta cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente a nivel mundial. La dependencia de sustancias incluye dos conceptos: dependencia psicológica y dependencia física. La dependencia psicológica enfatiza en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia de patrones de uso patológico, y la dependencia física enfatiza en los efectos físicos de los múltiples episodios de uso de la sustancia. Abuso de sustancias, en cambio, está caracterizado por la presencia de al menos un síntoma que indica que el uso de la sustancia interfiere con la vida de la persona. No obstante, Hogan manifiesta en una revisión que no es posible hacer la diferenciación entre uso, abuso y dependencia en los adolescentes, a diferencia de los adultos. Más bien, considera los siguientes síntomas como los más predictivos de un problema de abuso de sustancias en adolescentes: Dejar de hacer otras actividades por usar la droga escogida, continuar usando la droga a pesar de que ocasiona problemas sociales, y conductas de riesgo después del consumo de las sustancias (ej. Manejar después de haber ingerido alcohol u otras drogas, etc). (13)

El adolescente busca en el alcohol un medio de evitación, de escape, de refugio o de aceptación social principalmente ante sus amigos y grupo de pares. En esta etapa crítica, el individuo se encuentra en la búsqueda de su propia identidad y tiende a rebelarse ante las figuras de autoridad. Todo esto lo lleva a realizar conductas sin evaluar las consecuencias que se pueden presentar en él mismo y en su entorno inmediato. Un ejemplo de estas conductas es el consumo de alcohol. Se entiende como sólo un ejemplo, porque el área de experimentación, a veces sin medir los riesgos que se corren, abarca un gran espectro de conductas, como drogarse, involucrarse en conductas sexuales sin protección y desafiar a las figuras de autoridad. (15)

El interés por el estudio del afrontamiento reside en el hecho de que las diferentes problemáticas que presenta la adolescencia como son el pandillaje, el consumo de drogas o los suicidios, podrían ser mejor comprendidas e intervenidas si se conocer que estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes frente a sus dificultades. (21)

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Las drogas legales se consideran sistemáticamente menos peligrosas que las ilegales. Los estragos que han causado las sustancias menos aceptadas, como la heroína o algunos derivados de la cocaína, ha podido tener como consecuencia el incremento de la percepción de riesgo de esta sustancia, pero también la disminución de la percepción de riesgo que conlleva el consumo de las drogas aceptadas dentro de la sociedad. Además, la polarización entre las drogas aceptadas y no aceptadas tiende a generar la estigmatización de un perfil concreto de consumidor de drogas. (16)

La literatura sobre el inicio del consumo de drogas destaca que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento y depende la combinación de múltiples factores. (17)

En la ENA 2008 refiere que el consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). (4)

Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las

peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aún menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%). Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema. (17) De todos modos, las enfermedades producidas por el consumo crónico de alcohol afectan a casi todos los tejidos y sistemas de organismo. No deben, pues, olvidarse sus efectos sobre el sistema cardiovascular (miocardiopatía alcohólica), páncreas (pancreatitis aguda y crónica), sistema nervioso central (atrofia cerebral y cerebelosa, encefalopatías), nervios periféricos (Polineuropatía alcohólica), sistema músculo-esquelético (osteoporosis, miopatía alcohólica) y sobre el feto (síndrome alcohólico fetal), ni tampoco las enfermedades psicoorgánicas (amnesia lacunar, demencia alcohólica), los trastornos psicóticos (alucinosis, celotipia alcohólica) u otras enfermedades psiquiátricas como ansiedad y depresión, a que puede dar lugar. El desarrollo de estas enfermedades depende en gran medida de la cantidad de alcohol consumido por los pacientes (dosis total acumulada de alcohol durante toda la vida del sujeto), aunque también influye una cierta predisposición personal (vulnerabilidad genética) y/o del concurso de determinadas circunstancias ambientales como malnutrición o infecciones concomitantes, como, por ejemplo, los virus de las hepatitis B y C. (18,30)

ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

La literatura sobre el inicio del consumo de drogas destaca que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento y depende la combinación de múltiples factores. (17) Actualmente el consumo de alcohol se encuentra en las primeras causas de mortalidad en los jóvenes, estando nuestro estado por arriba de la media Nacional en cuanto a su consumo. (30). El consumo de alcohol es considerada una conducta de riesgo a pesar de ello la conducta en vez de ir en descenso aun con los diversos programas establecidos con este fin continúa en aumento.

El interés por el estudio del afrontamiento reside en el hecho de que las diferentes problemáticas que presenta la adolescencia como son el pandillaje, el consumo de drogas o los suicidios, podrían ser mejor comprendidas e intervenidas si se conocer que estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes frente a sus dificultades. (21) Ante esta situación es necesario establecer qué tipo de afrontamiento realizan los jóvenes ante el consumo de alcohol como antecedente para establecer programas de intervención eficaces con el fin de disminuir esta conducta en nuestro estado.

BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

Es reconocido científicamente que no existen estrategias de afrontamiento mejor ni peor en sí mismas. Su eficacia debe evaluarse en función de las posibilidades de resultados en esa circunstancia y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar psicológico o el ajuste emocional. Así, se evaluará su éxito o su fracaso en función de múltiples factores: el contexto (características de la situación generadora de estrés), el momento vital del

joven, los objetivos que se persiguen con determinado comportamiento, entre otros. Es por ello, que consideramos esencial analizar todas estas variables al momento de señalar si una estrategia de afrontamiento resulta constructiva o destructiva para el joven, funcional o disfuncional a su estructuración psíquica, beneficiosa o perjudicial.

Por su parte, los resultados de investigaciones sobre qué estrategias utilizan los adolescentes en función de las variables género y edad resultan a veces, contradictorios (Mullis y Chapman, 2000). En cuanto a la edad, algunos investigadores señalan que los más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores suelen emplear el estilo centrado en el problema (González Barrón, Montoya Castilla, Casullo y Verdú, 2002). Otros estudios señalan lo opuesto, en tanto afirman que los adolescentes más grandes focalizan sus estrategias en la emoción (Compas, Orosan y Grant, 1993), así como en el estilo improductivo (Frydenberg y Lewis, 1993).

Con respecto a la variable género, los resultados son más homogéneos. En relación al estilo centrado en el problema, al comienzo los autores no hallaban diferencias significativas, y posteriormente observaron que los varones utilizaban con mayor frecuencia que las mujeres las estrategias diversiones relajantes y distracción física. En cuanto al estilo centrado en la emoción parece haber acuerdo, asociándose más a las mujeres con la búsqueda de apoyo social (Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995; Frydenberg y Lewis, 1999).

Finalmente, numerosos estudios buscaron la relación existente entre afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Parson, Frydenberg y Poole (1996) señalan que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir en el bienestar psicológico. Investigaciones sobre el tema señalan que el nivel de bienestar psicológico se correlaciona con las estrategias de afrontamiento, de donde se infiere que los adolescentes utilizan distintas estrategias según su nivel de bienestar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se encontró que la relación entre ambos constructos es positiva y significativa, en ambos géneros, con el estilo dirigido a la resolución del problema y sus estrategias. Asimismo se halló una relación significativa y negativa entre el estilo improductivo y el bienestar psicológico (González Barrón et al., 2002).

Esto significa que los adolescentes con alto bienestar utilizan los estilos dirigidos a la resolución del problema, y sus estrategias (a excepción de la búsqueda de diversiones relajantes en las mujeres), y de relación con los demás (excepto búsqueda de pertenencia y acción social); mientras que el bajo bienestar muestra un estilo improductivo, salvo la estrategia preocuparse. Esta última no se considera improductiva, ya que también es utilizada en los adolescentes que presentan un alto nivel de bienestar, en el estudio que realizan estos autores. (36)

En la Habana Cuba se realizó un estudio denominado “AFRONTAMIENTO FAMILIAR A LA DROGODEPENDENCIA EN ADOLESCENTES” con el objetivo de describir el afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes en La Habana, 2009. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, en el Centro de Deshabitación de Adolescentes de La Habana, en el período comprendido entre enero-noviembre de 2009. La exploración del afrontamiento familiar a la drogodependencia tuvo un enfoque cualitativo, se Realizó mediante la técnica de entrevistas en profundidad. Conclusiones Se identificó un estilo de Afrontamiento Familiar Evasivo a la drogodependencia, comportamiento grupal predominante, manifiesto ante las situaciones relacionadas con la historia del consumo de sustancias en los adolescentes, en el tránsito de la salud a la enfermedad. (22)

En el año 2006 se publica en España un estudio denominado “Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la

conducta problemática” En este estudio ex post facto se analizan las estrategias de afrontamiento de una muestra gallega de estudiantes de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (media de edad = 12,5) utilizando para ello la forma general de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) elaboradas por Frydenberg y Lewis. Los datos se comparan con los obtenidos en el estudio normativo de la adaptación española en el que se empleó una muestra de mayor edad; se comparan las estrategias de afrontamiento en chicos y chicas, y se analizan las relaciones de esos estilos con el inicio de la conducta antisocial y el consumo de drogas. 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. También se comprueba que ciertas estrategias de afrontamiento parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales mientras otras parecen favorecer la aparición de estas conductas. (23)

En el 2008 en la ciudad de Aguascalientes se publica el artículo denominado “Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol” cuyo objetivo fue describir la aplicación del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon en cuatro adolescentes consumidores de alcohol que asistieron a tratamiento para la disminución de su consumo. El modelo antes mencionado explica el proceso de las recaídas a partir del análisis de situaciones de riesgo del consumo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia, variables que se retomaron para esta investigación. Los resultados muestran que durante la evaluación, las principales situaciones de consumo involucraban emociones agradables y autocontrol. Durante los tres seguimientos dos de los sujetos no presentaron recaídas y utilizaron el autocontrol como principal estrategia de afrontamiento. Además, los cuatro sujetos

mostraron un aumento en su autoeficacia seis meses después del tratamiento. Los resultados son coherentes con estudios previos y reafirman la importancia del estudio de estas variables para la planeación de programas de intervención para los adolescentes que abusan de las bebidas alcohólicas. (31)

En el 2004 se realiza un estudio en Valencia España denominado “Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis” El objetivo del presente estudio fue analizar el valor explicativo de las estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y habilidades propias, en el consumo de diferentes sustancias adictivas legales e ilegales. Se administró un cuestionario anónimo, a una muestra de 314 jóvenes adultos, entre 18 y 30 años, desarrollado para medir la cantidad de sustancia consumida en una semana, las estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y habilidades propias. Las variables de respuesta analizadas fueron el número de bebidas destiladas (whisky, vodka, etc.), número de bebidas fermentadas (cerveza, vino, etc...) y número de cigarrillos de cannabis y de tabaco. Resultados: Déficit en estrategias de afrontamiento como “Pensar en las consecuencias negativas” disminuye el consumo de bebidas fermentadas y de cannabis en un 24% y en un 40% respectivamente. La habilidad propia “Ser disciplinado” disminuye el consumo de bebidas destiladas, fermentadas y cannabis, en un 38%, 31% y 33% respectivamente. Déficit en habilidades sociales, como la dificultad para relacionarse con personas del sexo opuesto, influyen disminuyendo el consumo de bebidas destiladas (45%), de cannabis (70%) y aumentando el consumo de tabaco por cuatro. (32)

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Uno de los grupos etarios de riesgo más propenso al consumo de alcohol son los adolescentes debido a sus características biopsicosociales. Los adolescentes tienen el mismo tipo de motivación: la curiosidad y el deseo de experimentar sensaciones fuertes, de explorar el propio organismo físico y mental y en muchos casos afirmar la condición de adulto y la independencia. Actualmente el consumo de alcohol continúa incrementándose en este grupo de edad y para ambos sexos de forma alarmante. Las diferentes estrategias utilizadas a nivel nacional con el fin de disminuir este consumo no han logrado la disminución del mismo. Un aspecto relevante es el conocer cuando un adolescente es consumidor de alcohol que estrategias de afrontamiento utiliza ante el mismo consumo. El conocimiento de las mismas nos brindara un panorama donde se podrán explorar diferentes acciones entorno a la implementación de programas dirigidos a mejorar el afrontamiento y como consecuencia del mismo a brindar más canales de ayuda a los jóvenes con el fin de disminuir el consumo de alcohol. De no lograr realizar que el consumo disminuya las repercusiones sociales y orgánicas se verán cada vez más frecuente en un mayor número de población lo que podría llevar a que los costos dentro de las instituciones de salud se elevaran, se tendría que contemplar atención para fallas orgánicas futuras de los consumidores de alcohol además de las consecuencias sociales que llegaran a presentar secuela de los actos realizados por el mismo.

3.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el año 2002 Beatriz Canessa en la Universidad de Lima, en Lima Perú realizo la adaptación psicométrica de la prueba de Escalas de Afrontamiento para Adolescentes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(ACS) de Frydenberg y Lewis, trabajando con 1,236 escolares de ambos sexos en edades entre los 14 y los 17 años , de niveles socioeconómicos alto, medio y bajo, obteniendo como resultado que todos los puntajes de dicha prueba eran confiables, llegando a la conclusión de que dicha prueba pose validez de constructo ya que la correlaciones ítem test en cada una de las escalas obtuvieron valores significativos y los análisis factoriales realizados revelaron que las 18 escalas que conforman el ACS se mantienen en la versión adaptada para su medio, con la inclusión, en algunos casos de ítems específicos. (21).

El instrumento AdolescentCopingScale (ACS), fue elaborado por Frydenberg y Lewi en 1993 se constituyó como una alternativa de estudio del afrontamiento en el adolescente. Consta de 79 ítems cerrados más una abierto, los cuales identifican las estrategias de afrontamiento más comunes utilizadas por los adolescentes. Los ítems se distribuyen en 18 escalas cada una de las cuales reflejan una respuesta de afrontamiento diferente y contiene entre 3 y 5 ítems. Las descripciones sobre las conductas de afrontamiento dadas por un grupo de 2,041 adolescentes australianos dieron las bases para el desarrollo de este instrumento. A través de dos estudios uno en 1990 y otro en 1992, Frydenberg y Lewis (1996^a,1997^b) verificaron la validez y confiabilidad del mismo. En ambos estudios se utilizaron las respuestas de afrontamiento dadas por los estudiantes frente a una preocupación particular autodenominada, ya que si están asociadas con un problema específico. En el primer estudio se les pidió a los estudiantes nombrar a sus mayores preocupaciones mientras que en el segundo se les pido se restringieran a temas relacionados con la familia. Para analizar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial a través del método de los componentes principales con rotación oblicua oblímín; la rotación oblicua fue usada debido a la idea de que las subescalas podrían no ser enteramente ortogonales o independientes. Para realizar este análisis se agruparon, en primer lugar, los ítems o elementos en función de las escalas para las que se habían

elaborado. Luego los 18 grupos se asignaron aleatoriamente a tres categorías cada una de las cuales incluía todos los elementos correspondientes a seis estrategias diferentes. Por último se hicieron tres análisis factoriales en cada grupo de ítems de las categorías respectivas, usando las respuestas dadas por los sujetos de la muestra. El ACS alcanzó coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0.62 y .87 ($M = .73$) en la forma específica y entre .54 y .84 ($M = .71$) en la forma general. Las confiabilidades test-retest para las subescalas variaron de 0.49 a .82 ($M = .68$) en la forma específica y de .44 a .84 ($M = .69$) en la forma general. (21). Dentro de la búsqueda bibliográfica se encontró que el test ha sido utilizado en Europa principalmente España y América latina no ha sido en adolescentes mexicanos, por lo que se solicitó apoyo a expertos para valoración del test para ver que este no presentara conflictos a la hora de su aplicación en cuanto a su entendimiento.

4.- JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que le provoca al consumidor, a sus familiares y a la sociedad en general.

Las tendencias indican que la edad de inicio de consumo es cada vez más temprana. Esto refleja que la edad en la que un sujeto tiene su primer contacto con el alcohol, coincide con el inicio de la adolescencia, edad conflictiva por sí misma donde se percibe como alguien inmune y realiza actos que ponen en riesgo su salud o su vida. Resulta contradictorio como el consumo de alcohol por parte de los adultos que rodean cotidianamente a los jóvenes crean en ellos la percepción de que el consumo de alcohol es algo inocuo e inclusive “normal” presentándolo como menos riesgoso con respecto a otras drogas no legalizadas. (30)

Existen pocos estudios que buscan la relación entre las estrategias de afrontamiento y el consumo de alcohol, la mayoría enfocados a la prevención del mismo, sin embargo no se ha estudiado que estrategias de afrontamiento buscan los adolescentes ante el consumo de alcohol como total. El consumo de alcohol es un factor de estrés en la vida de los adolescentes ya que les acarrea problemas familiares, con la autoridad y en algunas ocasiones hasta físicas, por lo tanto es importante evaluar estas con el fin de crear formas de apoyo para disminuir el consumo de alcohol, especialmente en Aguascalientes donde el consumo de alcohol se encuentra por arriba de la media nacional.

5.- HIPOTESIS

HA Los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento funcionales ante el consumo de alcohol.

H0 Los adolescentes no utilizan estrategias de afrontamiento funcionales ante el consumo de alcohol

6. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de alcohol de 15-18 años de edad del plantel 1 del CONALEP Aguascalientes ante el consumo del mismo.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente la población en estudio.
2. Medir el consumo de alcohol en adolescentes del CONALEP 1 de la Ciudad de Aguascalientes

3. Determinar que estrategias de afrontamiento utiliza el adolescente consumidor de alcohol ante dicho consumo
4. Valorar si las estrategias de afrontamiento utilizadas son adecuadas o no para el fin que es la disminución del consumo de alcohol.

7.- METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO

Tipo de estudio.- observacional transversal descriptivo

Universo.- adolescentes estudiantes de 15 a 18 años inscritos en CONALEP plantel 1 Aguascalientes durante el ciclo escolar 2012 -2013.

Unidad de análisis.- adolescentes estudiantes de 15 a 18 años que consuman alcohol inscritos en CONALEP plantel 1 Aguascalientes en el ciclo escolar 2012-2013.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSION

Se incluyó a todo alumno que esté inscrito en plantel I CONALEP Aguascalientes que reunió las siguientes características:

- Adolescentes entre 15 y 18 años de edad
- Estudiantes que estén cursando cualquier grado en CONALEP plantel I en el ciclo escolar 2012-2013.
- Que acepten participar en el estudio
- Que cuenten con consentimiento informado adecuadamente llenado y requisitado por padres y/o tutores de acuerdo a edad de participante

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Que sean consumidores de alcohol en cualquiera de las categorías establecidas por el cuestionario AUDIT

Exclusión

- Adolescentes menores de 15 años y mayores de 18 años
- Que no acepten participar en el estudio
- Que no cuente con consentimiento informado adecuadamente llenado y /o firmado por su tutor.
- Adolescentes que no consuman alcohol
- Adolescentes de entre 15 y 18 años que no estudien en el CONALEP 1 de la Ciudad de Aguascalientes

Eliminación

- Llenado inadecuado de los instrumentos
- Que el participante decida retirarse del estudio

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó una selección probabilística con un muestreo aleatorio simple.

Tamaño de muestra

Para el cálculo de la muestra, se presenta la población de estudiantes matriculados en el plantel 1 de CONALEP de la ciudad de Aguascalientes, que consta con una población de 1 459 Alumnos a los cuales se les asignó un número progresivo.

El tamaño de nuestra muestra fue de 314 alumnos

$N =$ tamaño de población 1 459

y = valor promedio de una variable = 1

se = error estándar = .015

V^2 = varianza de la población. Su definición (se): cuadrado del error estándar

S^2 = varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia

d_{eyn} = tamaño de la muestra

s^2

$$n' = V^2$$

$$s^2 = p(1-p) = .9(1-.9) = .09$$

$$V = (.015)^2 = .000225$$

$$n' = 0.9 = 400$$

$$.000225$$

$$n = n' = 400 = 313.97 = 314$$

$$1 + (n'/N) = 1 + (400 / 1459)$$

$$n = 314$$

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TÉCNICA.-se aplicó el Test prueba de Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis posterior a la detección de los alumnos consumidores de alcohol por medio del cuestionario AUDIT en todos los alumnos de 15 a 18 años del plantel 1 de CONALEP Aguascalientes, seleccionados probabilísticamente con un muestreo aleatorio simple. El cuestionario se aplicó por el propio investigador.

INSTRUMENTOS

El instrumento de recolección de información para identificar el consumo de alcohol fue el Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) La sensibilidad del AUDIT para detectar a bebedores de riesgo fue del 89%; la especificidad, del 93%, y el área bajo la curva ROC, de 0,98 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,96-0,99). Su sensibilidad fue menor en las mujeres (el 60 frente al 78%) y en los pacientes menores de 60 años (el 86 frente al 100%). El cual consta de 10 preguntas de opción múltiple, donde la valoración del test es distinta para hombres y mujeres

HOMBRES:

- Puntuación total de 0 a 7 puntos: no tiene problemas con el alcohol.
- Puntuación total de 8-12 puntos: está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol.
- Puntuación total de 13-40 puntos: indica que tiene un problema serio con el alcohol.

MUJERES:

- Puntuación total de 0 a 5 puntos: no tiene problemas con el alcohol.
- Puntuación total de 6-12 puntos: está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol.
- Puntuación total de 13-40 puntos: indica que tiene un problema serio con el alcohol.

Para valorar las estrategias de afrontamiento se utilizo el Test prueba de Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis; El ACS alcanzo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0.62 y .87 ($M = .73$) en la forma específica y entre .54 y .84 ($M = .71$) en la forma general. Las confiabilidades test-retest para las subescalas variaron de 0.49 a .82 ($M = .68$) en la forma específica y de .44 a .84 ($M = .69$) en la forma general. (21)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Ver anexo A adjunto.

LOGÍSTICA

Después que el Comité Local de Investigación acepto la realización de este proyecto, se acudió al CEPTEA (coordinación estatal de CONALEP) con el oficio proporcionado por la Coordinación Delegacional de Investigación, a fin de solicitar al director estatal la autorización para la elaboración del proyecto, informando previamente el objetivo y las características del mismo.

Asimismo una vez aprobado por el director estatal, se acudió con las autoridades correspondientes del plantel 1 del CONALEP Aguascalientes, con el fin de exponerles la investigación para la autorización del estudio. Ya con la autorización previamente otorgada, se convocó a los padres de familia de la muestra seleccionada a una reunión informativa en dicho plantel, en la cual se les dará a conocer lo que se pretende con el proyecto de investigación, así como, indicar que la información recabada se maneja de forma confidencial y anónima además de solicitar la autorización para la participación de sus hijos en el estudio y que contarán con la libertad para abandonar el estudio en el momento que así lo consideren.

En cuanto sean recolectados los consentimientos debidamente requisitado, se comenzó con la realización de los cuestionarios por parte del propio investigador con una duración

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aproximada de 20 a 40 minutos, en un horario de lunes a viernes de 7 a 8 AM y de 2 a 4 PM, los cuales se realizaron en las aulas de la institución educativa en presencia del profesor en turno. Se les explico a los alumnos participantes la finalidad de la investigación así como las instrucciones para contestar el cuestionario, además de resolver las dudas que fueron surgiendo durante la aplicación.

Al finalizar todos los cuestionarios, se llevo a cabo el vaciado de información manualmente para realizar la base de datos la cual, se hizo mediante códigos numerales y así se realizaron los cálculos necesarios para este proyecto.

PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó el programa SPSS17 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos. En el análisis descriptivo, se realizan para todas las variables tablas de distribución y frecuencia. Y se realizaron medidas de tendencia central y de dispersión para la edad.

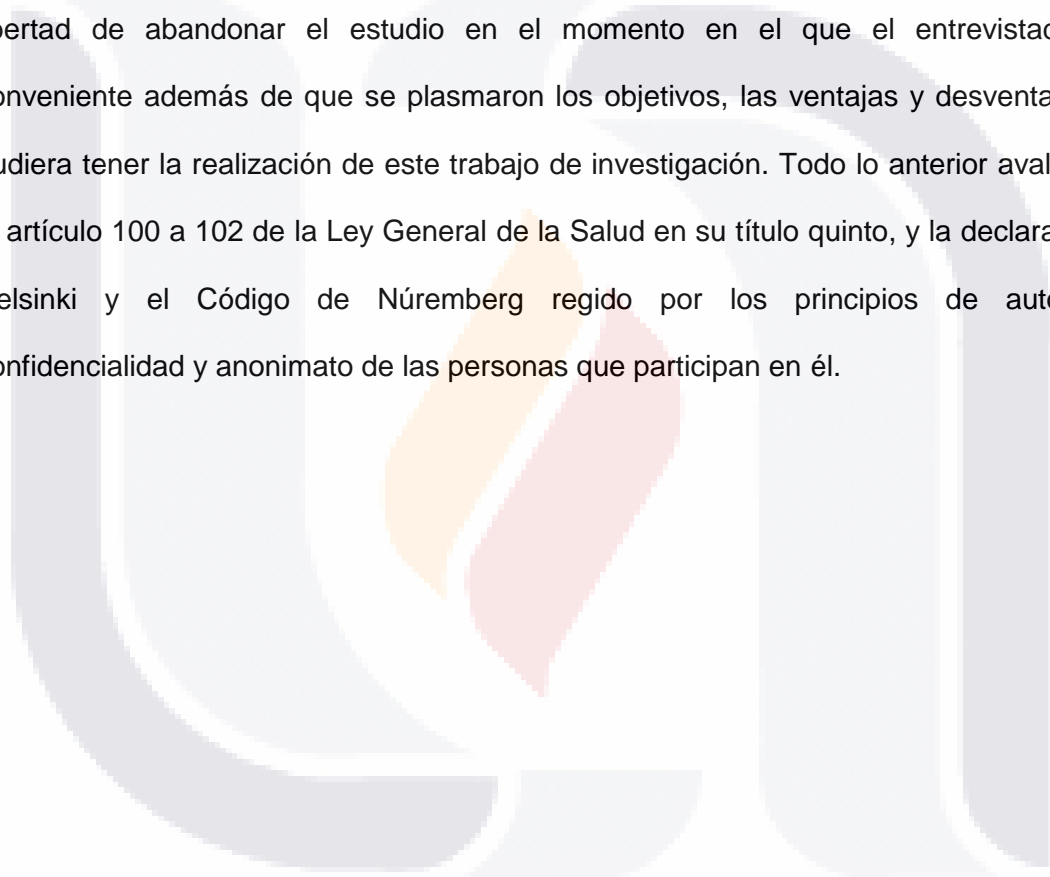
RECURSOS

Los recursos que se utilizaron para la recolección de datos fue un encuestador; el propio investigador, papel para la impresión de los cuestionarios, lápices, gomas, clips, calculadora y computadora para la recolección de datos los cuales corrieron a cargo del presupuesto del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de este protocolo de estudio se realizó la investigación sin riesgo alguno para la integridad de la persona a la que se le aplicó la entrevista, ya que no se intervino en su personalidad ni en su entorno sociocultural.

Todos los datos recolectados en este estudio se mantendrán en confidencialidad y anonimato, y con la debida firma de consentimiento bajo Información así como en la libertad de abandonar el estudio en el momento en el que el entrevistado crea conveniente además de que se plasmaron los objetivos, las ventajas y desventajas que pudiera tener la realización de este trabajo de investigación. Todo lo anterior avalado por el artículo 100 a 102 de la Ley General de la Salud en su título quinto, y la declaración de Helsinki y el Código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas que participan en él.



8.- RESULTADOS

Dentro del periodo de estudio se aplicaron un total de 357 encuestas a adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. 50.70% corresponde al género masculino y el resto al género femenino. La media de edad es de 16.58 con una desviación estándar de ± 0.043 (Tabla 1).

Se registró también el semestre en el que se encontraban los adolescentes al momento de aplicarles la encuesta encontrando que el 40.06% estaban en 5to semestre (Tabla 1).

En cuanto al consumo de alcohol los resultados reportan que el 85.71% de los adolescentes encuestados consumen alcohol y sólo el 14.29% no lo consumen.

El AUDIT clasifica el consumo de alcohol en tres categorías tanto para hombres como para mujeres. En nuestro análisis encontramos que para el grupo de los hombres que consumen alcohol solo un 7% tiene problemas serios con el consumo de este. Para el grupo de mujeres corresponde un 10% con problemas serios en el consumo de alcohol (Tabla 2).

Los tipos de afrontamiento utilizados por los adolescentes se muestran en la Tabla 3. Observamos que buscar diversiones relajantes es el afrontamiento más utilizado por los adolescentes seguido de ignorar el problema y preocuparse.

Se realizó una comparación entre el consumo de alcohol de ambos géneros y el tipo de afrontamiento. Los resultados muestran que los adolescentes que presentan serios problemas con el consumo de alcohol ignoran el problema en un 4.76%, un 1.96% reserva el problema para sí mismos y sólo 1.68% busca realizar actividades relajantes. Los adolescentes que inician con señales de problemas con el consumo de alcohol utilizan como afrontamiento el ignorar el problema en un 7%, 2.8% se preocupa, 2.5% busca distracciones físicas y solo 1.4% busca apoyo espiritual. Aquellos adolescentes que no tienen problemas con el consumo del alcohol utilizaron en su mayoría el buscar diversiones relajantes (14.2%) como

tipo de afrontamiento, seguido de preocuparse (10.6%), distracción física (10.3%), fijarse en lo positivo (9.2%) e ignorar el problema 2.24% (Tabla 4)

Tabla 1. Características socio-demográficas de los adolescentes

Variable	N	IC 95%
Género		
Masculino	181(50.7)	
Femenino	176(49.3)	
Edad	16.58(0.043)	16.50-16.67
Semestre		
1ero	74(20.73)	
3ero	140(39.22)	
5to	143(40.06)	
Consumo de alcohol		
SI	306(85.71)	
NO	51(14.29)	

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes del CONALEP No.1 de Aguascalientes

Tabla 2. Proporciones de consumo de alcohol por género

Variable	N	%
Hombres		
No consumen alcohol	22	6.16
No tienen problemas con el consumo de alcohol	101	28.29
Señales de que está empezando a abusar del alcohol	35	9.8
Tienen problemas serios con el consumo de alcohol	25	7
Mujeres		
No consumen alcohol	29	8.1
No tienen problemas con el consumo de alcohol	116	32.4
Señales de que está empezando a abusar del alcohol	21	5.88
Tienen problemas serios con el consumo de alcohol	10	2.8

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes del CONALEP No.1 de Aguascalientes

Tabla 3. Tipos de afrontamiento utilizados con mayor frecuencia por los adolescentes

Tipo de afrontamiento	N	%
Buscar diversiones relajantes	57	16.1
Ninguno	51	14.41
Ignorar el problema	50	14.12
Preocuparse	48	13.56
Distracción física	46	12.99
Fijarse en lo positivo	33	9.32
Buscar apoyo espiritual	23	6.5
Hacerse ilusiones	20	5.65
Reservarlo para si	20	5.65
Buscar ayuda profesional	6	1.69

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes del CONALEP No.1 de Aguascalientes

Tabla 4. Comparación entre el consumo de alcohol y el tipo de afrontamiento utilizado por los adolescentes

TIPO DE AFRONTAMIENTO	CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO AL AUDIT			
	Ninguno	No tienen problemas con el consumo de alcohol	Señales de problemas con el consumo de alcohol	Serios problemas con el consumo de alcohol
Buscar diversiones relajantes	0	51	0	6
Ninguno	51	0	0	0
Ignorar el problema	0	8	25	17
Preocuparse	0	38	10	0
Distracción física	0	37	9	0
Fijarse en lo positivo	0	33	0	0
Buscar apoyo espiritual	0	18	5	0
Hacerse ilusiones	0	15	2	3
Reservarlo para si	0	10	3	7
Buscar ayuda profesional	0	4	2	0

9.- DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes consumidores de alcohol de 15-18 años de edad del plantel 1 del CONALEP Aguascalientes. En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol encontrada en los adolescentes encuestados se obtuvo un mayor porcentaje 85.71% en relación a la encuesta nacional de adicciones que reporta 43.9%.(31, 32, 36)

En estos jóvenes la forma de afrontamiento más utilizada por los adolescentes fue el buscar diversiones relajantes, seguido de ignorar el problema y preocuparse. A partir de esto y tomando en cuenta la clasificación de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) que divide las 18 estrategias evaluadas en tres estilos básicos tenemos que el buscar diversiones relajantes engloba actividades como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc. se encuentra dentro de la categoría dirigida a la Resolución de problemas. Por otro lado las estrategias ignorar el problema y preocuparse se encuentran categorizadas como afrontamiento improductivo. (31, 32, 36)

Respecto a lo anterior Lazarus y Folkman mencionan que el estilo focalizado en la resolución del problema hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes o eventos ambientales causantes del estrés, intentando solucionar el problema o al menos disminuir su impacto. (31, 32, 36)

En cuanto a los tipos de afrontamiento utilizados por los adolescentes que se clasificaron como dependientes de alcohol se obtuvo que predominantemente afrontan el problema ignorándolo y en segundo lugar reservándolo para sí mismos formas de afrontamiento focalizado en la evitación; este tipo de afrontamiento involucra evadir el problema, no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas fue incorporado por los autores Frydenberg e Lewis (1997). Este estilo es utilizado especialmente cuando las personas no quieren abocarse al problema, utilizando la evitación cognitiva (PINHEIRO; TROCCOLI; TAMAYO, 2003). (31, 32, 36)

Los adolescentes catalogados con un consumo perjudicial utilizan como forma de afrontamiento predominantemente el ignorar el problema, seguido de preocuparse y buscar distracciones físicas. Las dos primeras catalogadas dentro del estilo focalizado en la evitación nuevamente. Y buscar distracciones físicas se encuentra catalogado en estilo focalizado en la solución de problemas. (31, 32, 36)

En estudios previos algunos investigadores señalan que los adolescentes más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores suelen emplear el estilo centrado en el problema (González Barrón, Montoya Castilla, Casullo y Verdú, 2002). Otros estudios señalan lo opuesto, en tanto afirman que los adolescentes más grandes focalizan sus estrategias en la emoción (Compas, Orosan y Grant, 1993), así como en el estilo improductivo (, 1993). En este estudio se observa un predominio en el estilo improductivo coincidiendo con los estudios de Frydenberg y Lewis. (31, 32, 36)

CORRECHÉ; FANTIN; FLORENTINO, 2005 comentan que cada sujeto tiende a utilizar las estrategias de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje previo o por hallazgo fortuito. Estas estrategias estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos personales con que se cuenta para hacerle frente (evaluación secundaria) (GÁ“MEZ et al., 2006). Como personal de salud se debe intervenir en la percepción que se tiene ante el consumo de alcohol en los adolescentes así como en la forma en cómo se realiza y la evaluación secundaria, agrandando el panorama de recursos que se tienen para afrontar de forma más eficiente este problema.

CONCLUSIONES

Es importante destacar que se encontró un gran porcentaje de adolescentes consumidores de alcohol en este plantel, por otra parte es preocupante el observar que la mayoría de los adolescentes que consumen alcohol realizan un afrontamiento al problema de forma improductiva situación peligrosa que nos lleva a plantearnos la gran necesidad que hay de intervenir en mejorar la comunicación y la búsqueda de apoyo productivo con el fin de disminuir el consumo de alcohol en estas edades.

Se recomienda realizar nuevos estudios para encontrar la mejor forma de incidir con el fin de que los adolescentes busquen nuevas formas de afrontamiento las cuales sean más benéficas en relación a disminuir el consumo de alcohol. Es importante plantearnos como sector salud que podemos hacer para ser una de las opciones para que estos jóvenes consumidores se acerquen a nosotros a buscar ayuda.

Se sabe que cada sujeto busca el afrontamiento en relación a el conocimiento que tiene por educación o por experiencia por tal motivo se puede cambiar de un afrontamiento improductivo a uno productivo tan solo encontrando la mejor forma en que los jóvenes amplíen sus conocimientos en cuanto a los diferentes tipos de afrontamiento que existen ante diversos problemas incluyendo en este caso en específico hacia el consumo de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística Geografía (página de internet) disponible en WWW.INEGI.ORG.MX
2. www.ceptea.edu.mx boulevard Adolfo López Mateos núm. 402 Aguascalientes, Ags. coordinación estatal de CEPTEA.
3. Pascual F., Percepción del alcohol entre los jóvenes. Adicciones. 2002;14 supl 1: 123-131
4. Aláez M, Antona A, Madrid J. Adolescencia y salud. Papeles del Psicólogo 2003; 2345-53.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
6. Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud.
7. Organización de las Naciones Unidas, UNADC: WorldDrugReport 2012 <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.htm>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
9. NAVA-QUIROZ C, VEGA-VALERO CZ, SORIA TRUJANO R. Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. UniversitasPsychologica 2010; 9139-147.
10. Gómez-Fraguela JA, Romero-Triñanes E, Luengo-Martín Á, Villar-Torres P, Sobral-Fernández J. 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 HealthPsychology 2006; 6581-597.

11. Salazar E, Ugarte M, Vázquez L, Loaiza J, Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583 Págs. 179 - 187
12. Solano O, Sáenz R, Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. Adicciones. 2002; 14(supl 1): 127- 136
13. Kumate J., percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. Programas preventivos centrados en factores de riesgo CIJ. 2010; 6-11
14. JJ López-Ibor Aliño, M Valdés Miyar., (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV 1ra edición. Barcelona: Masson.
15. Risk Perceptions and Alcohol Consumption among Young People Journal of Risk and Uncertainty; 25,(2) 2002:165-183,
16. Valdez J. El consumo de alcohol en estudiantes del distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Tesis grado licenciatura. México, D.F. 2005
17. González Calleja F, García Señorán MM, González González SG. Consumo de drogas en la adolescencia. Psicothema 1996; 8257-267.
18. García A, Portella E, Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España Adicciones. 2002; 14(supl 1): 141-153
19. Guía clínica de adicciones, prevención detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud 2009
20. Instituto Mexicano del seguro social (página en internet) disponible en www.imss.com.mx

21. Canessa B. Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona* 2002; 191-233.
22. Serrano Patten AC, Rodríguez Cárdenas N, Louro Bernal I. Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública* 2011; 37130-136.
23. Gómez-Fraguela JA, Romero-Triñanes E, Luengo-Martín Á, Villar-Torres P, Sobral-Fernández J. 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* 2006;
24. Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; 57-71.
25. Psicología del desarrollo , infancia y adolescencia, David R. Shaffer 5ta ed. año 2000 editorial Thomson Learning
26. Pastor P., Imagen social de las bebidas alcohólica. *Adicciones*. 2002;14(supl 1): 115-122
27. Pares A, Caballería J. Patología orgánica. *Adicciones*. 2002; 14(supl1): 155-193
28. García M, Patología familiar y violencia doméstica. *Adicciones*. 2002; 14(supl 1): 221-238
29. Plascencia, A. Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. *Adicciones*. 2002; 14(supl 1): 279-290
30. Campos S. Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en los adolescentes de 15 a 18 años del plantel 1 del CONALEP de la ciudad de Aguascalientes (tesis de especialidad) UAA: Aguascalientes: 2013.

31. Gaspar C. Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes 2008 Número 41, (47-52)
32. Llorens N. Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. ADICCIONES, 2004 •VOL .16 NÚM. 4
33. Camacho Solano Y. Repercusiones Del Consumo de alcohol en la adolescencia. Primer Congreso Interdisciplinario de investigación aplicada, Universidad del Valle de México.
34. Margaret Méndez D. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°11, 2008, pp. 115-134
35. Quintanilla Montoya R. Valadez Figueroa S., Valencia Bundiz J. Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida, Medigraphic Vol. VII Número 2 Agosto 2005
36. Figueroa M. Imach S. ESTRATEGIAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN ADOLESCENTES Capítulo II, se puede encontrar en la siguiente página de internet www.psicologia.unt.edu.ar

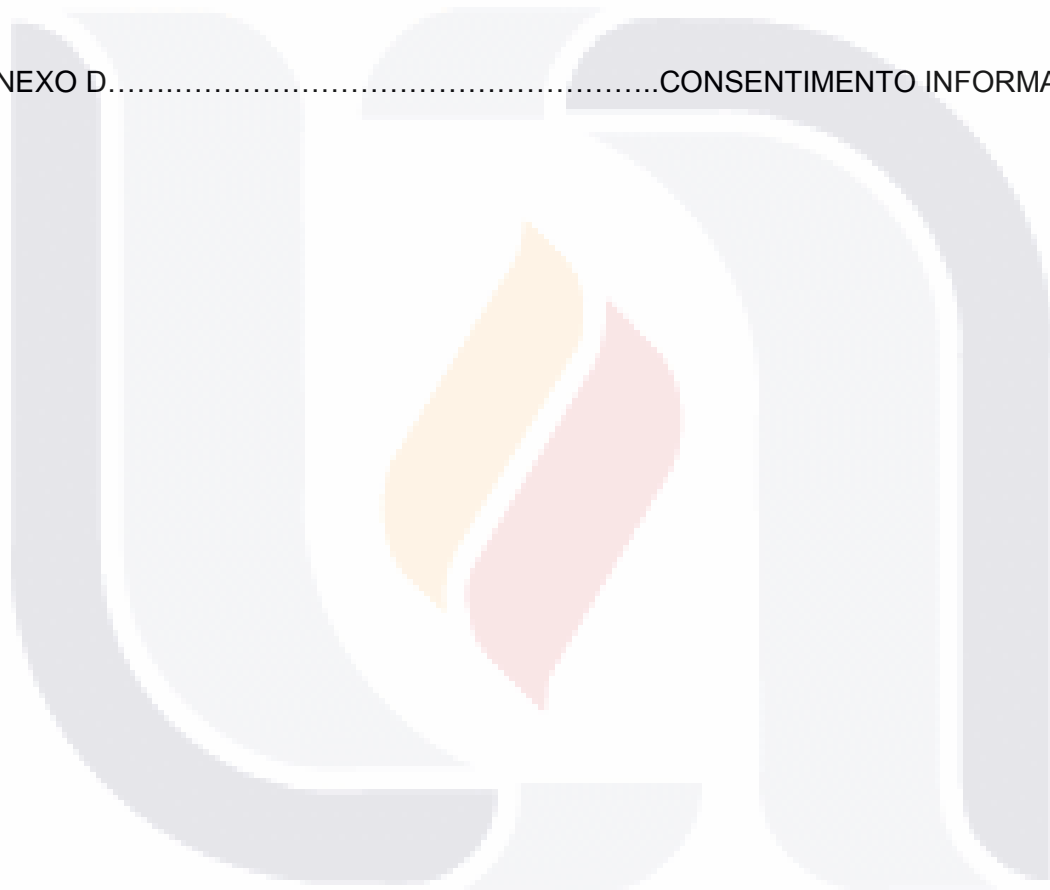
ANEXOS

ANEXO A..... CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO B..... OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

ANEXO C INSTRUMENTOS

ANEXO D.....CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEP	OCT	NOV	DIC
Elección del tema	X	X										
Acopio de bibliografía	X	X										
Revisión de literatura		X	X									
Diseño del protocolo			X	X								
Planteamiento del problema			X	X								
Antecedentes			X	X								
Justificación			X	X								
Introducción			X	X								
Revisión del protocolo				X	x							
Registro del protocolo						x						
Aprobación de protocolo						x	x					
Acopio de información								x	x	x		
Captura y tabulación de datos										x	x	
Análisis de resultados											x	
Autorización												x
Elaboración de tesis												X

ANEXO B OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVO GENERAL	CONCEPTO	DIMENSION	VARIABLES	INDICADORES	ITEM	VARIABILIDAD	ESCALA
<p>Determinar que estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante el consumo de alcohol en alumnos del CONALEP PLANTEL 1 de la Ciudad de Aguascalientes</p>	<p>AFRONTAMIENTO : conjunto de 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. <i>Lazarus y Folkman (1991)</i></p>	<p>COMPONENTE COGNITIVO: es el conjunto de datos e información que el adolescente posee y que le ayudan para desarrollar estrategias de afrontamiento ante cualquier evento</p>	<p>ESTILO RESOLVER EL PROBLEMA: esfuerzos que se dirigen a resolver el problema manteniendo una actitud positiva y socialmente conectada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concentrarse en resolver el problema (Rp): estrategia dirigida a resolver el problema, estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones • Esforzarse y tener éxito (Es): es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación. • Invertir en amigos íntimos (Ai): se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntima implica la búsqueda de relaciones personales íntimas • Buscar pertenencia (Pe): indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y más concretamente por lo que otros piensan. • Fijarse en lo positivo (Po).- se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y 	<p>2,20, 21,56, 72</p> <p>3,20, 21,39, 57,73</p> <p>37,41 42,59,60,75 76</p> <p>5,19 23,32, 37,55</p> <p>5,33 51,69</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p>	<p>ORDINAL ALTO:20 MEDIA:10 BAJA: 0</p>

				<p>considerarse afortunado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • buscar diversiones relajantes (Dr): se caracteriza por ítems que describen actividades de ocio y relajantes como leer o pintar • Distracción física (Fi): consta de ítems que se refieren a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. (21) 	<p>17,35, 53</p> <p>18,36, 54</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p>	
		<p>COMPONENTE CONDUCTUAL: implica la práctica de una acción ante cierto estímulo</p>	<p>ESTILO REFERENCIA A OTROS: implica un intento para enfrentar el problema acudiendo al apoyo y a los recursos de las demás personas como pares, profesionales o deidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoyo social (As): estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. • Acción social (So): consiste en dejar que otros conozcan cual es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. • Buscar apoyo espiritual (Ae): está compuesta por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. • Buscar ayuda profesional (Ap).- 	<p>1,19, 38,46, 55,64</p> <p>10,28, 70,71</p> <p>14,68</p> <p>16,34</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p>	<p>ORDINAL ALTO:20 MEDIA:10 BAJA: 0</p>

				es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros.	50,52		
		<p>COMPONENTE CONDUCTUAL: implica la práctica de una acción ante cierto estímulo</p>	<p>ESTILO AFRONTAMIENTO O NO PRODUCTIVO: está asociado a una incapacidad para afrontar los problemas e incluye estrategias de evitación. Tal estilo no lleva a la solución del problema, pero al menos lo alivia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Preocuparse (Pr): se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Buscar pertenencia (Pe): indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y más concretamente por lo que otros piensan. Hacerse ilusiones (Hi): es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz. Falta de afrontamiento o No afrontamiento (Na): consiste en ítems que reflejan la incapacidad del 	<p>4,9,22,44,40 48,58, 63,66, 74,78</p> <p>5,24, 30</p> <p>7,25, 43,61, 77</p> <p>6,8,26,29,45, 62</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA</p>	<p>ORDINAL ALTO:20 MEDIA:10 BAJA: 0</p>

				<p>sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorar el problema (Ip): agrupa ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. 11,47 • Reducción de la tensión (Rt).- se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión. En este se incluye el uso de drogas. 27,79 • Reservarlo para sí (Re).- es la estrategia expresada por ítems que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. 9,12, 13,31, 49,65, 67 • Autoinculparse (Cu): incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. 66,43 		<p>ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p> <p>CUALITATIVA ORDINAL</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

OBJETIVO GENERAL	CONCEPTO	DIMENSION	VARIABLES	INDICADORES	ITEM	VARIABILIDAD	ESCALA
Determinar que estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante el consumo de alcohol en alumnos del CONALEP PLANTEL 1 de la Ciudad de Aguascalientes	Consumo de alcohol: se define como la utilización que se hace de una sustancia (en este caso de alcohol) en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan efectos determinados	ESTANDARES DE CONSUMO: diferenciación entre los patrones de consumo y por ende, de bebedores se basa en la relación del tipo y la cantidad de alcohol ingerido, la frecuencia del consumo y los efectos o consecuencias que se manifiestan en los diversos ámbitos	Frecuencia y cantidad del consumo de alcohol se usa para determinar si la persona está bebiendo más del límite sensato y explora el área de lo que podría considerarse consumo excesivo	<p>a) Ingestas habituales sobre el nivel de intoxicación: se considera cuando se bebe en una misma oportunidad dos o más litros de cerveza, $\frac{3}{4}$ litro vino o 4 medidas más de bebidas destiladas</p> <p>b) Ingestas puntuales sobre el nivel de intoxicación: con referencia a un periodo de tiempo comprendido de 30 días en el cual se mide el consumo sobre los niveles considerados</p>	Ítem 1,2,3	NOMINAL	<p>0: nunca</p> <p>1: 1 o menos veces al mes</p> <p>2: 2-4 veces al mes</p> <p>3: 2-3 veces al mes</p> <p>4: 4 o más veces al mes</p>
			DEPENDENCIA: es el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol		ITEM 4,5,6	NOMINAL	<p>0: nunca</p> <p>1: menos de una vez al mes</p> <p>2: mensualmente</p> <p>3: semanalmente</p> <p>4: a diario o casi a diario</p>
			CONSUMO PERJUDICIAL: se refiere al que		Ítem: 7,8,9, 10.	NOMINAL	<p>0: nunca</p> <p>1: menos de una vez al</p>

			con lleva consecuencias para la salud física y mental aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. Es peligroso cuando es mayor a 40gr diarios de etanol en varones y 20gr en mujeres.				mes 2: mensual 3: semanal 4: a diario o casi a diario
--	--	--	---	--	--	--	--

ANEXO C INSTRUMENTOS



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Universidad Autónoma de Aguascalientes
 Especialidad en Medicina familiar



INSTRUCCIONES: Lee con cuidado las siguientes instrucciones y responde sinceramente. No hay respuestas buenas o malas. El cuestionario es confidencial.

Hombre ____ Mujer ____ Semestre _____ Edad _____

¿Has consumido o consumes bebidas alcohólicas?

SI -----→Pasa a la pregunta 1

NO -----→**HAS TERMINADO ESTE CUESTIONARIO (GRACIAS)**

A continuación marca la respuesta que mas coincida con tu realidad en cuanto al consumo de alcohol:

AUDIT.

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. De 2 a 4 veces al mes
- 3. De 2 a 3 veces a la semana
- 4. Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas sueles tomar en un día de consumo normal?

- 0. 1 o 2
- 1. 3 o 4
- 2. 5 o 6
- 3. De 7 a 9
- 4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

9. ¿Tu o alguna otra persona han resultado heridos porque habías bebido?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

ACS

**(TEST Prueba de escalas de afrontamiento para adolescentes)
Frydenberg y Lewis**

A continuación se te presentaran una serie de afirmaciones, mientras las contestas piensa en los momentos en los que has bebido y esto te ha ocasionado algún tipo de conflicto o problema ya sea con tu familia, en la escuela, con tus amigos, contigo mismo o con la autoridad y responde sinceramente. Recuerda que es confidencial y que no hay respuestas correctas o incorrectas. En cada afirmación debes marcar la letra A,B,C,D o E según creas que coincide con tu manera de actuar o reaccionar, no pienses mucho la respuesta:

- A. NO ME OCURRE NUNCA O NO LO HAGO**
- B. ME OCURRE O LO HAGO RARAS VECES**
- C. ME OCURRE O LO HAGO ALGUNAS VECES**
- D. ME OCURRE O LO HAGO A MENUDO**
- E. ME OCURRE O LO HAGO CON MUCHA FRECUENCIA**

	A	B	C	D	E
1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuvieran el mismo problema					
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema					
3. Seguir con mis tareas como es debido					
4. Preocuparme por mi futuro					
5. Reunirme con amigos					
6. Producir una buena impresión en personas que me importan					
7. Esperar que ocurra lo mejor					
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada					
9. Llorar o gritar					
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema					
11. Ignorar el problema					
12. Criticarme a mí mismo					
13. Guardar mis sentimientos para mí solo					
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas					
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves					
16. Pedir consejos a una persona competente					
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión					
18. Hacer deporte					
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente					
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades					
21. Asistir a la clase con regularidad					
22. Preocuparme por mi felicidad					
23. Llamar a un amigo íntimo					
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás					
25. Desear que suceda un milagro					
26. Simplemente, me doy por vencido					
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos)					
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema					
29. Ignorar conscientemente el problema					
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas					

31. Evitar estar con la gente					
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva					
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas, y pensar en las cosas buenas					
34. Conseguir ayuda o consejo profesional					
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					
36. mantenerme en forma y con buena salud					
37. buscar animo en otros					
38. considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta					
39. trabajar constantemente					
40. preocuparme por lo que está pasando					
41. empezar una relación personal estable					
42. tratar de adaptarme a mis amigos					
43. esperar que el problema se resuelva por si solo					
44. me pongo malo					
45. trasladar mis frustraciones a otros					
46. ir a reuniones en las que se estudia el problema					
47. borrar el problema de mi mente					
48. sentirme culpable					
49. evitar que otros se enteren de lo que me preocupa					
50. leer un libro sagrado o de religión					
51. tratar de tener una visión alegre de la vida					
52. pedir ayuda a un profesional					
53. buscar tiempo para actividades de ocio					
54. ir al gimnasio o hacer ejercicio					
55. hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de el					
56. pensar en lo que estoy haciendo y porque					
57. triunfar en lo que estoy haciendo					
58. inquietarme por lo que puede ocurrir					
59. tratar de hacerme amigo intimo de un chico o chica					
60. mejorar mi relación personal con los demás					
61. soñar despierto que las cosas irán mejorando					
62. no tengo forma de afrontar la situación					
63. cambiar las cantidades de lo que como bebo o duermo					
64. unirme a gente que tiene el mismo problema					
65. aislarme del problema para poder evitarlo					
66. considerarme culpable					
67. no dejar que otros sepan cómo me siento					
68. pedir a Dios que cuide de mi					
69. estar contento de cómo van las cosas					
70. hablar del tema con personas competentes					

71.conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos					
72.pensar en distintas formas de afrontar el problema					
73.dedicarme a mis tareas en vez de salir					
74.inquietarme por el futuro del mundo					
75.pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir					
76.hacer lo que quieren mis amigos					
77.imaginar que las cosas van mejor					
78.sufro dolores de cabeza o del estomago					
79.encontrar una forma de aliviar la tensión por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas					
80.anota en la hoja de respuesta cualquier cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas					

HAZ TERMINADO, MUCHAS GRACIAS!!

Si deseas información sobre este estudio contáctanos a través del siguiente correo electrónico gerika27@hotmail.com

ANEXO D.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS)

Nombre del estudio: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ADOLESCENTE DE 15A 18 AÑOS QUE CONSUME ALCOHOL EN EL PLANTEL 1 DEL CONALEP DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES”**

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. A.....de Del 2013

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo del estudio: el objetivo de la investigación es identificar las estrategias de afrontamiento ante el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 18 años del CONALEP plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de respuesta múltiple guardado confidencialidad y anonimato, No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener información acerca de las estrategias de afrontamiento ante el consumo de alcohol en los adolescentes de 15 a 18 años del CONALEP plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Beneficios al término del estudio: conocer, identificar y describir la percepción de riesgo de los adolescentes de 15a 18 años relacionada a consumo de alcohol del CONALEP plantel 1 de la ciudad de Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez coordinadora de la especialidad de Medicina Familiar con LUGAR DE TRABAJO: Hospital General de Zona 1 DOMICILIO: José Ma. Chávez # 1202, colonia Lindavista. Aguascalientes CP 20270 TELÉFONO: 9139050 CORREO: draanahortensia@hotmail.com y con la Dra. ERIKA ROSALES MC DONELD LUGAR DE TRABAJO: Hospital General Zona 1ADSCRIPCIÓN: UMF 1 IMSS Aguascalientes DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270 TELÉFONO DEL TRABAJO: 4491291600 CORREO: gerika27@hotmail.com. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal

Testigo 1

Dra. Erika Rosales Mc Doneld Tesista

Testigo 2