



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Alicia Soraya Ogoño Aguinaca.

DIRECTORA:

Dra. Anabel Eliza Larriva Borrero, Mg. Sc

Loja-Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del proyecto de tesis titulado “**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.**”, de autoría de la Srta. Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca, ya que una vez revisados oportunamente los avances de la investigación y devolviéndolos al aspirante con las observaciones y sugerencias necesarias cumplieron con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 23 de enero de 2017.

Atentamente



Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y al Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional — Biblioteca Virtual

Autora: Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca

Número de cédula: 1105632531

Fecha: 3 de octubre de 2016

Firma:



CARTA DE AUTORIZACIÓN

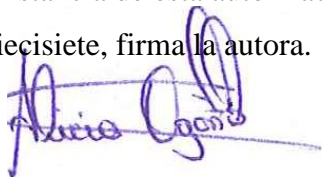
Yo, Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca declaro ser la autora de la tesis titulada “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO”, como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica: autorizó al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintitrés días del mes enero de dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma:



Autora: Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca

Cédula: 1105047060

Dirección: Loja, avenida Gran Colombia y Riobamba

Correo electrónico: aliciasorogono@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

-Presidenta: Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores.

-Vocal: Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva.

-Vocal: Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis seres queridos: familia, profesores, amigos, compañeros y personas que, de una u otra manera, me han dejado grandes enseñanzas a través de estos años de vida universitaria. Pero en especial a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, con mucho cariño les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que pueda concluir mi carrera universitaria, gracias por ser mi fortaleza, mi inspiración y mi mayor orgullo.

AGRADECIMIENTO

Al culminar este esfuerzo por alcanzar el Grado de Psicóloga Clínica dejo constancia de mi agradecimiento a:

Dios, por la vida y la oportunidad que me ha dado al alcanzar este tan anhelado sueño.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, particularmente a los Docentes de la Carrera de Psicología Clínica por haberme formado académicamente, y de manera especial a la Dra. Anabel Larriva Borrero, asesora y Directora de Tesis, por orientación en todas y cada una de las etapas de desarrollo del presente trabajo.

A los directivos y estudiantes del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo por su valiosa contribución en el proceso de investigación.

A mis padres, que realmente son aquella fuente de inspiración que siempre necesité en el trayecto de mi vida, gracias a ustedes por su formación, amor y apoyo incondicional.

A todos quienes de una u otra forma contribuyeron con su aporte moral, intelectual y económico a la consecución del presente trabajo.

A todos, Gracias.

Alicia Soraya Ogoño Aguiñaca

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN _____	ii
AUTORÍA _____	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN _____	iv
DEDICATORIA _____	v
AGRADECIMIENTO _____	vi
1.- Título: _____	1
2.- Resumen _____	2
3. - Introducción _____	5
4.- Revisión de literatura _____	8
4.1. Afrontamiento.....	8
4.1.1 Definición. _____	8
4.1.2 Estrategias de Afrontamiento. _____	9
4.1.3 Clasificación. _____	10
4.1.4 Funcionamiento. _____	13
4.1.5 Afrontamiento y adolescencia. _____	14
4.1.6 Afrontamiento y consumo de alcohol. _____	16
4.2. Adolescencia	19
4.2.1 Definición. _____	19
4.2.2 Predisposición de la adolescencia al consumo de alcohol. _____	20
4. 3. Alcohol	25
4.3.1 Definición. _____	25
4.3.2 Causas de consumo. _____	26
4.3.3 Efectos. _____	27
4.3.4 Consecuencias. _____	28
4.3.5 Niveles de participación. _____	33
5.- Materiales y métodos _____	37
6.- Resultados _____	41
Resultados que corresponde al objetivo: conocer la existencia de consumo de alcohol en los alumnos de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.	41
Tabla 6.1 _____	41

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT _____	41
Gráfico 6.1.....	41
Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT _____	41
Resultados que corresponde al objetivo: identificar las estrategias de afrontamiento en los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.	43
Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes de 16-18 años_____	43
Tabla 6.2 _____	43
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema _____	43
Gráfico 6.2_____	44
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema _____	44
Tabla 6.3 _____	45
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás_____	45
Gráfico 6.3_____	46
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás_____	46
Tabla 6.4 _____	47
Estrategias de afrontamiento improductivo_____	47
Gráfico 6.4_____	48
Estrategias de afrontamiento improductivo_____	48
Resultados que corresponde al objetivo: realizar un análisis de las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, en los estudiantes que no consumen y consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.	49
Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes que no consumen alcohol __	49
Tabla 6.5 _____	49
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que no consumen alcohol_____	49
Gráfico 6.5_____	50
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que no consumen alcohol_____	50
Tabla 6.6 _____	51
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que no consumen alcohol	51
Gráfico 6.6_____	52
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que no consumen alcohol	52
Tabla 6.7 _____	53

Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que no consumen alcohol _____	53
Gráfico 6.7 _____	54
Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que no consumen alcohol _____	54
Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes que consumen alcohol _____	55
Tabla 6.8 _____	55
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que consumen alcohol _____	55
Gráfico 6.8 _____	56
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que consumen alcohol _____	56
Tabla 6.9 _____	57
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que consumen alcohol _	57
Gráfico 6.9 _____	58
Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que consumen alcohol _	58
Tabla 6.10 _____	59
Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que consumen alcohol _____	59
Gráfico 6.10 _____	60
Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que consumen alcohol _____	60
7.- Discusión _____	61
8. – Conclusiones _____	64
9. – Recomendaciones _____	66
10. - Propuesta psicoterapéutica _____	68
11. - Bibliografía _____	93
12.- Anexos _____	101
Anexo 1	101
Acuerdo de consentimiento libre y esclarecido. _____	101
Anexo 2	102
Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) forma general (Fydenberg lewis, 1996) ____	102
Anexo 3	105
Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT _____	105
Anexo 4	108
Oficio solicitando la autorización en el establecimiento educativo _____	108

Anexo 5	109
Fotografías	109
Anexo 6	110
Certificado de la aplicación de reactivos psicológicos	110
Anexo 7	111
Proyecto de tesis	111
Anexo 8	185
Certificado de la traducción del Resumen	185

1.- Título:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN
Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL
MIXTO ADOLFO VALAREZO.

2.- Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo general: conocer las estrategias de afrontamiento en los adolescentes que no consumen y los que consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo; y como objetivos específicos: determinar la existencia de consumo de alcohol, identificar las estrategias de afrontamiento, realizar un análisis de las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, en los estudiantes que no consumen y los que consumen alcohol y diseñar una propuesta psicoterapéutica con la finalidad de evitar la incidencia y disminuir la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes tomando en cuenta las estrategias de afrontamiento posiblemente deterioradas; ya que las conductas de riesgo como el consumo de alcohol son fruto de la incapacidad para afrontar sus preocupaciones especialmente en la adolescencia. Para ello se recopilieron datos de 115 jóvenes estudiantes del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo de 16-18 años. Este trabajo se basó en la investigación de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte transversal; se utilizaron como instrumentos la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ASC) de Fydenberg Lewis y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Una vez aplicados los instrumentos de investigación se ha podido constatar que los estudiantes que no consumen alcohol presentan con más frecuencia las siguientes estrategias de afrontamiento funcionales, concentrarse en resolver el problema (42.19%); distracción física (39.06%), fijarse en lo positivo (37.50), y esforzarse y tener éxito (28.13%). Mientras que las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas en los estudiantes que consumen alcohol son las siguientes: acción social (49.02%), buscar apoyo social (49.02%), invertir en amigos íntimos (29.41%); reducción de la tensión (31.37%), ignorar el problema (45.10%), y falta de afrontamiento (35.29%). Al tomar conocimiento sobre las

estrategias de afrontamiento que son utilizadas con más frecuencia por los jóvenes que consumen alcohol se diseñó un plan de intervención psicoeducativo grupal con finalidad de contrarrestar el consumo de alcohol y mejorar las estrategias de afrontamiento.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento-adolescentes- consumo de alcohol

Abstract

This research had as general objective: to know the coping strategies in adolescents who do not consume and those who consume alcohol of 16-18 years of the Adolfo Valarezo National School; And as specific objectives: to determine the existence of alcohol consumption, to identify coping strategies, to conduct an analysis of the coping strategies most frequently used, in students who do not consume and those who consume alcohol, and to design a psychotherapeutic proposal with the aim of Avoiding incidence and reducing the prevalence of alcohol consumption among adolescents, taking into account possible coping strategies; As risk behaviors such as alcohol consumption are the result of the inability to address their concerns especially in adolescence. To this end, data were collected from 115 young students of the Adolfo Valarezo National School of 16-18 years. This work was based on descriptive, qualitative-quantitative, analytical and cross-sectional research; The Fydenberg Lewis Coping Scale for Adolescents (ASC) and the AUDIT Alcohol Dependence Disorders Identification Questionnaire developed by the World Health Organization were used as instruments. Once the research instruments have been applied, it has been observed that students who do not consume alcohol present the following functional coping strategies more frequently, concentrating on solving the problem (42.19%); Physical distraction (39.06%), focus on the positive (37.50), and strive and succeed (28.13%). While coping strategies mostly used in students who consume alcohol are: social action (49.02%), social support (49.02%), investing in close friends (29.41%); Reduction of tension (31.37%), ignore the problem (45.10%), and lack of coping (35.29%). When they learned about the coping strategies that are most frequently used by young people who consume alcohol, a group psychoeducational intervention plan was designed to counteract alcohol consumption and improve coping strategies.

Keywords: coping strategies-adolescents- alcohol consumption

3. - Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2015), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades o trastornos e incidencia de enfermedades infecciosas. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).

En Latinoamérica, el 25% de la población tiene un consumo nocivo de alcohol, según un estudio publicado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO (2011), presentado en la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza. La muestra incluyó a 1,800 personas de entre 18 y 65 años de edad de nueve países de Latinoamérica. En este contexto tenemos que seis de cada 10 adultos de entre 18 a 65 años consumen bebidas alcohólicas. CCN (2012)

A nivel nacional según la Cuarta Encuesta Nacional de uso de drogas en la población de 12 a 17 años realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP (2012), 85.941 personas precisarían algún tipo de atención debido al uso intenso y uso frecuente alcohol y otras drogas. Aproximadamente, 324.367 consumen alcohol, a pesar de la prohibición de expendio de esta sustancia a menores de edad.

De acuerdo al informe de investigación del estudio “Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora” de la Universidad Técnica Particular de Loja UTPL (2014) la mayor parte de los adolescentes de estas dos provincias, refieren no consumir alcohol,

y quienes lo hacen, reportan un consumo categorizado como prudente o de riesgo bajo, asociado a una frecuencia de consumo aproximado de 2 ó 3 veces al mes.

La adolescencia es una de las etapas del ciclo vital a las que se les otorga mayor vulnerabilidad para adquirir conductas riesgosas como lo son el consumo de alcohol. De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2013) , el deseo de asumir roles de adultos y más independencia en momentos en que se están produciendo cambios significativos en el cerebro, crea un momento potencialmente oportuno para las decisiones y la participación en conductas dañinas.

Frydenbeig, (1997) señala “muchas conductas de riesgo como el consumo de drogas, promiscuidad sexual, violencia y trastornos de alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones”.

Con el afán de diseñar intervenciones tempranas para evitar y disminuir el consumo de sustancias en la actualidad se está llevando a cabo investigaciones acerca de la asociación entre el consumo de alcohol y las estrategias de afrontamiento, siendo esta la meta de este trabajo investigativo, es así como la manera de hacer frente a los estresores diarios puede tener un impacto directo en la salud mental de los individuos.

Tomando en consideración que el consumo de alcohol tiende agravarse con el transcurso del tiempo y la susceptibilidad al atravesar por la etapa de la adolescencia se consideró oportuno investigar el tema: **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.**

Para orientar el proceso de trabajo investigativo se han planteado el siguiente objetivo general Conocer las estrategias de afrontamiento en los adolescentes que no consumen y los que consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo, y como objetivos específicos: Determinar la existencia de consumo de alcohol en los alumnos de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. Identificar las estrategias de afrontamiento en los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. Realizar un análisis de las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, en los estudiantes que no consumen y los que consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. Diseñar una propuesta psicoterapéutica con la finalidad de evitar la incidencia y disminuir la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes tomando en cuenta las estrategias de afrontamiento posiblemente deterioradas.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte transversal ya que la aplicación de reactivos evaluó las variables, utilizó datos numéricos para la respectiva tabulación y describió-analizó las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas en los adolescentes que no consumen y los que consumen alcohol, además se realizó en período de tiempo dado (marzo-junio 2016).

4.- Revisión de literatura

4.1. Afrontamiento

4.1.1 Definición.

Lazarus y Folkman (1984) citado por González, (2007, p. 229) definen el afrontamiento 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 para resistir y superar demandas excesivas que se plantean en su acontecer vital, y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Considerando especialmente que:

- a) Son esfuerzos cognitivos y conductuales (no solo conductuales).
- b) Son conjuntos de actividades adaptativas cambiantes, que implican esfuerzo; no son rasgos o predisposiciones estables.
- c) No se pueden equiparar con éxito adaptativo. No son a priori estrategias buenas o malas, eficaces o ineficaces. Afrontamiento no es dominio del entorno (Éste no siempre se puede dominar), un afrontamiento puede ser eficaz para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones estresoras y no eficaz para otras situaciones, o para otras personas, o para la misma persona en otro periodo de tiempo.

A partir de su trabajo con adolescentes, Frydenberg y Lewis (1993) señalado por Canessa (2002, p. 195) definen el afrontamiento adolescente como:

Conjunto de acciones cognitivas 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.

4.1.2 Estrategias de Afrontamiento.

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus “recursos de afrontamiento” (incluyéndose aquí su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo). Es decir, depende de que la persona disponga de tales conductas, estructuradas o no en una “pauta comportamental” (estrategia), dentro de su repertorio conductual, y además dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente. Los recursos de afrontamiento pueden ser “físicos”, “psicológicos”, “estructurales”, “sociales” y “culturales”. Marín, Pastor, & López (1993)

- a) Los recursos “culturales” tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo.
- b) Los recursos “estructurales” se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social, y a los subsistemas y redes que éste incluye. Tienen que ver igualmente con los compromisos vitales personales, y fundamentalmente consisten en la

forma personal de interpretar un papel social (obligaciones de rol y medida en la que el sujeto se considera comprometido con ellas).

- c) Los recursos “sociales” se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés.
- d) Los recursos “psicológicos” se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción, y a los repertorios comportamentales del individuo.
- e) Finalmente, los recursos “físicos” se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de su organismo. Los recursos físicos pueden incluir los recursos materiales se refieren a cosas tangibles como instrumentos y equipo.

El afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos. Además manifiesta que evidentemente no todos los autores están de acuerdo con este planteamiento, pues hay quien considera que todos los sujetos poseen tendencias a actuar de una determinada manera, no resultando algo totalmente cambiante. (Soriano, Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología, 2002)

4.1.3 Clasificación.

Según Domench LLoreria (2005, p.p 124-125) cuando los adolescentes se enfrentan a una situación de mucho estrés pueden poner en marcha 18 estrategias de afrontamiento las cuales se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento:

Dirigido a la resolución de problemas. Estas estrategias están dirigidas a modificar la situación problemática para hacerla menos estresante, Están orientadas hacia el manejo de la amenaza o estresor mismo, en forma directa y precisa haciendo lo posible por solucionar o implementar nuevas estrategias de solución como:

- Buscar diversiones relajantes; como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.
- Esforzarse y tener éxito; Supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
- Distracciones físicas; Elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
- Fijarse en lo positivo; busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.
- Concentrarse en resolver el problema; son acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

Afrontamiento en relación a los demás. Estas están dirigidas a reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional. La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante; sino funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.

- Buscar apoyo espiritual: 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: Consiste en buscar la opinión de un profesional como maestros, terapeutas o una persona competente.
- Invertir en amigos íntimos: Se refiere a la búsqueda de emociones personales íntimas.
- Buscar apoyo social: Consiste en una estrategia de compartir los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.
- Buscar pertenencia: Implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que otros piensan.
- Acción social: Supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos

Afrontamiento improductivo. Algunos métodos de control son más parecidos a los hábitos que a las habilidades y puede ser perjudicial, en exceso en realidad pueden complicar la situación. Entre las cuales se encuentran:

- Autoculparse: Ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.
- Hacerse ilusiones: Estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- Ignorar el problema: Rechazar inconscientemente la existencia del problema.
- Falta de afrontamiento: Incapacidad personal para tratar el problema, desarrollo de síntomas psicosomáticos.
- Preocuparse: Indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.
- Reservarlo para sí: Expresa que el sujeto huye de los demás y no desean que conozcan sus problemas.

- Reducción de la tensión: Utilización de elementos que reflejan el intento de sentirse mejor y relajar la tensión (fumar, beber, drogarse).

Los dos primeros estilos identificados, esto es *resolver el problema*- que refleja la tendencia a abordar las dificultades de manera directa y *afrontamiento en relación con los demás*-que implica compartir las preocupaciones con otros y buscar su apoyo-son considerados como funcionales. El último estilo identificado, al que denominan *afrontamiento improductivo*, resultaría disfuncional, ya que las estrategias que incluye no permitirán encontrar una solución a los problemas, orientándose más hacia la evitación. Gaeta & Pilar (2009).

4.1.4 Funcionamiento.

Domench Lloreria (2005) manifiesta que el afrontamiento funciona de dos formas:

a) En primer lugar, el denominado desafío, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema; b) la segunda se denomina amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Por lo cual, si el sujeto no dispone de los recursos necesarios o no son suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales están dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que esta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias de afrontamiento empleadas tengan el mismo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la misma.

Por ende debido a la multiplicidad de cambios y desafíos que el adolescente debe afrontar, pone en funcionamiento un determinado número y tipo de estrategias de afrontamiento, de las que dependerá que pueda adaptarse con éxito a las nuevas situaciones, o que lo haga con el menor coste posible.

4.1.5 Afrontamiento y adolescencia.

Patterson y McCubbin (1987) citado por Domench LLoreria (2005) postularon que los adolescentes pueden aprender comportamientos de afrontamiento por, al menos, cuatro medios distintos:

- a) A través de experiencias previas en el afrontamiento de situaciones similares.
- b) A través de la observación de la experiencia ajena, especialmente procedente de modelos familiares.
- c) A través de la observación e inferencia sobre su propia fisiología y vulnerabilidad.
- d) A través de la persuasión social, especialmente la de los padres, compañeros y demás personas relevantes para ellos.

La adolescencia es un período de profundos cambios, marcado por la inestabilidad y la provisionalidad. Esta etapa del desarrollo vital es crucial ya que en ella, en gran medida, se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal adulta. Garaigordobil (2001)

La adolescencia es una etapa que presenta diversas tareas que podrían convertirse en fuentes de estrés como los problemas vinculados al colegio, incertidumbre respecto al futuro, dificultades familiares, presión social, problemas relacionados al uso del tiempo libre, a las relaciones amorosas, y a los problemas en relación a sí mismos.. (Solis & Vidal, 2006)

Fantin, Florentino y Correché (2005) citado por Gaeta & Pilar (2009) encuentran que los adolescentes con estilos de afrontamiento no productivo (que engloban estrategias como por ejemplo falta de afrontamiento, auto inculparse, etc.) suelen desconfiar de sus propias capacidades evidenciando sentimientos de inseguridad y desvalimiento. Por otro lado, los adolescentes que presentan estilos de afrontamiento dirigidos a resolver sus problemas (esforzándose y comprometiéndose en su resolución) manifiestan comportamientos y estados de ánimo equilibrados y pueden ser emocionalmente expresivos, buscando estímulos y experiencias novedosas e interesantes. Por último, los adolescentes con estilos de afrontamiento dirigidos a los demás (Invertir en relaciones íntimas, búsqueda de ayuda profesional, etc.) suelen ser confiados en sus capacidades y seguros de sí mismos.

Existe una gran influencia de los ambientes sociales en las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Así, los jóvenes que mantienen una relación positiva y de apoyo por parte de sus padres, usan más estrategias de afrontamiento activo, tanto en casa como en la escuela. Por el contrario, los ambientes sociales que son hostiles, caóticos y coercitivos estarán asociados con mayor número de estrategias de afrontamiento de evitación. Estando éstas últimas, tal y como ya se ha mencionado, relacionadas con más problemas emocionales y de comportamiento en los adolescentes. Gaeta & Pilar (2009)

Canessa (2002) Señala fuentes de estrés diferentes según grupos etáreos: los adolescentes tempranos (alrededor de los 13 años) consideran que la familia es la fuente de preocupación más intensa, los adolescentes medios (alrededor de los 15) señalan al grupo de pares como principal estresor y, para los adolescentes tardíos (más de 17 años), las preocupaciones académicas y de futuro son las que generan mayor malestar.

De acuerdo a Williams y McGillicuddy-De Lisi (2000) mencionado por Gaeta & Pilar (2009) las estrategias usadas por los jóvenes, durante diferentes fases de la adolescencia, varían de acuerdo a los cambios cognitivos, así como las demandas ambientales particulares y el apoyo social característicos de los períodos temprano, medio y tardío de la adolescencia. De este modo, se ha encontrado que los adolescentes mayores, comparados con los más jóvenes, desarrollan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento y usan métodos que reducen el impacto del estrés de manera directa y que involucran el componente cognitivo, como resolución de problemas planificada, reapreciación positiva y auto-control. Así, las estrategias de afrontamiento son incorporadas unas a otras, en lugar de ser sustituidas, existiendo una mayor amplitud y flexibilidad. A finales de la adolescencia existe además mayor uso del apoyo social como estrategia de afrontamiento, lo cual genera mayor resistencia y puede llevar a resultados adaptativos al enfrentar una variedad de estresores durante este periodo.

No obstante, varios investigadores han encontrado que a medida que los adolescentes avanzan en años, disminuye en ellos la importancia que atribuyen tanto a las metas de reconocimiento social, deportivas y educativas, así como su implicación en las mismas. Los adolescentes se aventuran cada vez más en actividades de ocio, se alejan de los modelos tradicionales, actúan contra lo establecido y, sobre todo, se preocupan por la aceptación de los iguales. Sanz de Acedo, Ugarte, & Lumbreras (2003).

4.1.6 Afrontamiento y consumo de alcohol.

Frydenbeig, (1997) señala “muchas conductas de riesgo como el consumo de drogas, promiscuidad sexual, violencia y trastornos de alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones”. (p. 13)

Las investigaciones en el área han documentado una relación positiva entre el consumo de sustancias, el afrontamiento y el estrés; algunos estudios colocan al consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento evitativa y por lo tanto disfuncional que resulta de la exposición al estrés. Gómez, Luengo, Romero, Villar, & Sobral (2006)

Anderson, Ramo & Brown (2006) citado por Linage & Lucio (2012) ubican al afrontamiento de tipo funcional (p. ej. Activo, orientado al problema, buscar apoyo social etc.) como un factor protector ante el consumo de sustancias y otras situaciones estresante. Por ejemplo, aquellos jóvenes que experimentaron estrés presentaron tres veces más riesgo de consumir sustancias así como de emplear en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativas (p. ej. No enfrentar, la reducción de la tensión, ignorar el problema o mostrarse reservado) que aquellos jóvenes no expuestos.

Kilpatrick (2000) mencionado por Muñoz & Arellanez (2015) señala que el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes puede ser considerado como una forma de respuesta evitativa ante situaciones estresantes. La respuesta evitativa es una de las formas de afrontamiento que lleva precisamente a no enfrentar el problema, lo que limita los recursos de respuesta de la persona.

La alta exposición a situaciones de estrés a la que están expuestos los adolescentes y la manera en cómo estos las afrontan, resulta un aspecto relevante en el estudio del consumo de sustancias. Algunos investigadores han señalado que un ritmo de vida estresante es la antesala para problemas en el comportamiento de los adolescentes, asociándolo al consumo de drogas e incluso al desarrollo de conductas antisociales, vandálicas o delictivas. Muñoz & Arellanez (2015).

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales sobre los procesos adictivos, el Modelo de Afrontamiento al Estrés de Wills y Shiffman (1985) y Wilis y Hirky (1996) asume que el consumo de sustancias podría ser una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida, el consumo de sustancias reduciría los efectos negativos del estrés o aumentaría la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. Siguiendo este modelo se puede deducir que si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés tendrá menos tendencia a desarrollar trastornos adictivos que si carece de estas habilidades. Llorens, Perello, & Palmer (2004).

El modelo de Prevención de Recaídas de Marlaft y Gordon (1985) hace énfasis en la importancia de las estrategias de afrontamiento en el uso de drogas. Este modelo señala que después de un periodo de abstinencia se puede producir la vuelta al consumo cuando el sujeto tiene enfrentarse a situaciones de riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas. Este modelo subraya la importancia del entrenamiento en estrategias de afrontamiento tanto conductuales como cognitivas. Estas estrategias de afrontamiento consisten básicamente en prever las posibles situaciones de alto riesgo futuras, el entrenamiento en resolución de problemas, en dar respuestas asertivas en dichas situaciones y en estrategias de manejo del estrés. (Ibídem)

4.2. Adolescencia

4.2.1 Definición.

De acuerdo al Fondo de la Naciones Unidas para Infancia UNICEF (2011) definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones, primero, la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida; hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. El segundo factor que complica esta definición, son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas.

De acuerdo a Santrock (2003, p.50).

Una definición de adolescencia requiere la consideración de la edad y también de las influencias socio-históricas, teniendo en cuenta estas limitaciones, se puede definir a la adolescencia como el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales; a pesar de que las circunstancias culturales e históricas limitan nuestra capacidad de establecer intervalos de edad con exactitud, en la mayoría de culturas actuales, la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finaliza entre los 18 y 22 en la mayoría de los individuos, y los cambios biológicos,

cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia.

Para Zuloaga & Franco (2014) hablar de adolescencia implica referirse a una época de cambios, por lo general bruscos y profundos; la adolescencia es el proceso de transformación del niño en adulto, cuyos cambios (físicos, psicológicos emocionales, sociales) se dan en tantos aspectos y con tal celeridad que nos provocan la sensación de que hay urgencia porque sucedan todos al mismo tiempo.

La Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud (s.f.) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

4.2.2 Predisposición de la adolescencia al consumo de alcohol.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital especialmente vulnerable a la iniciación al consumo de alcohol puesto que muchos jóvenes no se muestran preocupados por la prevención de enfermedades en el futuro, sino que se plantean sobre todo vivir el presente. Magaña (2003).

Según Jessor, Costa, Kreuger, & Turbin (2006), el contexto evolutivo y social de la adolescencia va a cristalizar unas expectativas hacia el alcohol, que actuarán como predisponentes próximos del consumo; la percepción de una asociación causal entre un comportamiento dado y ciertos resultados conduce a una predisposición.

Como señalan Goldman & Darkes (2004), las expectativas positivas hacia el alcohol incluyen expectativas "de activación" y "de sedación"; las primeras se refieren a la dimensión desinhibidora y facilitadora social de las bebidas alcohólicas, mientras que las segundas hacen referencia a la capacidad ansiolítica de éstas.

La motivación a consumir alcohol estará guiada, pues, por la creencia sobre las gratificaciones que se derivarán de sus efectos psicoactivos y de su significado social, es decir, sobre las consecuencias gratificantes que se derivan de ingerir alcohol Mackintosh, Earleywine, & Dunn (2006).

En este mismo sentido, Cortés, Espejo, Martín, & Gómez-Íñiguez (2010) comprueban que las expectativas que caracterizan el beber abusivo adolescente son experimentar euforia, asumir comportamientos relacionales más arriesgados y sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo.

Pons & Buelga (2011) en su estudio citan a Dunn y Goldman (2000); Hipwell (2005), quienes en diversos trabajos de investigación han comprobado que las expectativas positivas están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia.

Pons & Buelga (2011) también cita a Pons y Berjano (1999); Randolph, Gerend y Miller (2006); Zamboaga, (2005), los cuales afirman que una vez en el periodo adolescente, las expectativas positivas hacia el alcohol predicen el consumo, en el sentido de que los adolescentes con mayor probabilidad de consumo abusivo son, claramente, los que atribuyen más efectos positivos al alcohol, sin olvidar que según (Allen, 2003) las expectativas de gratificación en los adolescentes ya consumidores están fortalecidas por su propia experiencia de consumo, considerando, obviamente, las gratificaciones psicológicas y relacionales que de él se han derivado.

En la investigación de (Giró, 2007) se recogen las razones que dan los adolescentes abstemios o bebedores muy esporádicos para no consumir, siendo muy poco relevante el miedo a un accidente o a una futura adicción o enfermedad, mientras que el rechazo a la experiencia fisiológica negativa de una borrachera destaca sobremanera sobre cualquier otra razón.

Además, no habrá que olvidar que en la adolescencia lo peligroso supone un reto, de manera tal que aquella conducta que se presenta como arriesgada o peligrosa puede percibirse como más atractiva (Desrichard & Denarie, 2005)

Pons & Buelga (2011) citan a Carroll, Green, Houghton y Wood (2003) y Emler y Reicher, (2005), quienes dicen que, si el adolescente pondera inadecuadamente el riesgo asociado al consumo de alcohol, lo que está haciendo es minusvalorar sus efectos negativos a medio y largo plazo, y enfatizar la atracción y la gratificación inmediata que posee un comportamiento calificado socialmente como "peligroso"; este proceso no está exento de significados sociales, va oscilando a lo largo del ciclo vital entre la transgresión, la iniciación al mundo adulto y la

manifestación de cierto tipo de atractivo personal; de hecho, la reputación ocupa una posición central en la vida de los adolescentes.

Así, para algunos adolescentes, la reputación se relacionará con la realización de ciertas conductas de riesgo, que implican atreverse a hacer algo calificado de peligroso, como el consumo de sustancias así definidas (Buelga & Musitu, 2006)

De acuerdo con Pons & Buelga (2011) quienes en su estudio citan a autores como Pons, Pinazo y Carreras (2002); Zullig, Valois, Huebner, Oeltman y Drane (2001), los mismos que afirman que se ha comprobado que la probabilidad de consumo de alcohol y de cannabinoides se incrementa en aquellos adolescentes con una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones familiares, así como en los que poseen peores recursos de afrontamiento del estrés y dificultades para obtener apoyo afectivo en sus familias

El joven con dificultades en la formación positiva de su autoestima necesitará afirmarse ante el grupo y en el grupo, realizando aquellas conductas que fortalezcan su imagen y des confirmen la inseguridad sentida, un adolescente con baja autoestima y alta necesidad de aprobación estará fuertemente motivado a seguir aquellas conductas que manifiestan sus iguales, con la finalidad de afianzar su integración entre ellos; de este modo, y para este adolescente, el riesgo que para la salud entraña el consumo de tóxicos es menos importante que el riesgo que para la reputación supondría una conducta abstinerente o moderada, si él pensara que el grupo la atribuyera a falta de decisión.

Son numerosos y graves los efectos del consumo de alcohol en la vida de los jóvenes pudiendo afectar su salud física o psicológica. Asimismo, puede interferir en otros aspectos cruciales como el rendimiento académico, o la propensión a realizar conductas de riesgo tales

como mantener relaciones sexuales desprotegidas, la conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas Cortés, Espejo, & Giménez (2008)

No debemos obviar que el tabaco y el alcohol pueden actuar como facilitadores para una posterior experimentación con marihuana y una posible progresión hacia al consumo de otras drogas ilegales, De acuerdo con este modelo el uso de una droga legal es condición necesaria pero no suficiente para el avance a una etapa posterior (consumo de otras drogas ilegales). No obstante, sugiere que la influencia social de la familia y los iguales tienen mayor relevancia en el consumo en las primeras etapas, mientras que los factores individuales pesan más en las últimas. Kandel (1975)

4. 3. Alcohol

4.3.1 Definición.

Según el Grupo Cultural, S.A. (2004, p.124):

Etanol es el nombre químico que recibe el alcohol, el nombre alcohol se designa genéricamente a toda clase de bebidas espirituosas; después de la cafeína es la droga más popular del mundo, esta sustancia se la considera una droga que debe ser fabricada ya que no se la puede extraer directamente de la naturaleza, surge de la fermentación de productos vegetales.

De acuerdo a Papalia, Duskin, & Martorell (2012, p.34)

“Es una potente droga psicotrópica con efectos importantes en el bienestar físico, emocional y social y su consumo constituye un problema grave en muchos países”.

Según Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, (2009, p. 385) El alcohol etílico o simplemente alcohol, es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales, proceso que puede ser espontáneo, pero que se ve acelerado por la acción, catalítica de una levadura, *Saccharomyces cerevisiae*, presente de forma espontánea o añadida por el hombre con el fin de obtener bebidas alcohólicas, el efecto de la levadura cesa cuando se rebasa una concentración del 10% de etanol, que resulta letal para ella.

La entrada en el organismo humano de cantidades elevadas de etanol produce un desequilibrio metabólico, puesto que el organismo debe destinar recursos para procesar y eliminarlo. El etanol

es una sustancia con unas cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano: (ibídem)

- a. Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo, puesto que el medio interno es fundamentalmente acuoso. Su liposolubilidad, aunque 30 veces menor que su hidrosolubilidad es suficiente para permitirle rebasar las barreras lipídica que se oponen a su penetración en las estructuras celulares.
- b. Por encima de determinadas concentraciones, que se alcanzan consumiendo cantidades consideradas normales, es directamente tóxico. Su principal metabolito, el aldehído acético o acetaldehído, que se origina, sobre todo, en el hígado, pero también en otros órganos y tejidos, es mucho más tóxico debido a su elevada reactividad química. En su metabolismo el etanol, genera también otros productos muy reactivos e igualmente dañinos.
- c. Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera a través de su metabolismo oxidativo, 7,2 kcal y, aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos clave en la cadena metabólica y altera notablemente el equilibrio bioquímico del organismo.

4.3.2 Causas de consumo.

González (2006) señala:

La etiología es desconocida, pero las principales causas que propician el alcoholismo son; las costumbres familiares, las presiones personales y sociales, y la publicidad exagerada e insinuante, pero en los jóvenes principalmente lo que causa el tomar, son los amigos; pues existe mucha tensión cuando deseas que tus amigos te acepten. Las hipótesis psicológicas han señalado la frecuente incidencia

de ciertos rasgos de personalidad, que incluyen: (1) cualidades esquizoides (aislamiento, soledad, timidez), (2) depresión, (3) dependencia, (4) impulsividad hostil y autodestructiva e (5) inmadurez sexual.

4.3.3 Efectos.

Coba & Quintanilla, (2003) manifiestan que al ingresar al organismo mediante la sangre, el alcohol recorre todo el cuerpo. Este proceso tiene 4 etapas:

Absorción. El alcohol no requiere ser digerido, ya que es absorbido rápida y directamente por la mucosa del estómago y del intestino delgado, la velocidad de absorción, depende, por ejemplo, de la cantidad de alimento que se encuentra en el estómago. La ingestión en ayunas, produce un rápido paso al torrente sanguíneo; mientras que beber inmediatamente después de una comida abundante (sobre todo si es rica en grasa) permite que el alcohol llegue a la sangre lentamente, alcanzando un nivel menor de alcoholemia.

Distribución. El alcohol se distribuye en el organismo mediante la sangre y es absorbido por las células y tejidos de los distintos órganos. Uno de los sistemas más afectados es el sistema nervioso central, que deprime sus funciones.

Metabolización. El hígado metaboliza (desintegra y transforma) alrededor del 90% del alcohol que es absorbido, gracias a la acción de enzimas que lo transforman en anhídrido carbónico y agua; la velocidad de eliminación del alcohol depende, en gran medida, de la función hepática.

Eliminación. El 10% de alcohol restante es eliminado (expulsado) directamente, mediante la exhalación, la orina y en cantidades pequeñas, por la transpiración (piel), las lágrimas y la leche materna.

El informe ejecutivo de la Comisión Nacional contra Adicciones (2010) cita a Lorenzo (2003) para mencionar la siguiente tabla a cerca de los efectos del alcohol a diferentes concentraciones

CONCENTRACIÓN GR/L	ESTADO CLÍNICO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
0.5 a 1	Euforia	Sociable, desinhibido, disminución de la atención
1 a 2	Excitación	Inestabilidad emocional, aumento del tiempo de reacción
2 a 3	Confusión	Desorientación, mareo, diplopía, hipostesia, incoordinación, ataxia
3 a 4	Estupor	Apatía, incapaz de levantarse, vómitos, incontinencia de esfínteres, adormecimiento.
4 a 5	Coma	Inconsciencia completa, anestesia, abolición de reflejos, hipotensión, hipoventilación, hipotermia
+ 5	Muerte	Paro respiratorio

Lorenzo (2003)

4.3.4 Consecuencias.

Físicas. Jiménez, Pascual, & Flores, (2008) afirman que las alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol y con diferentes riesgos en función del sexo, vulnerabilidades individuales, el riesgo cardiovascular y la edad son las siguientes:

- Alteraciones Digestivas. Hepáticas (esteatosis hepática –hepatitis alcohólica – cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y úlceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory – Weiss.
- Alteraciones Musculoesqueléticas. Gota, osteoporosis, miopatía.
- Alteraciones Endocrinas. Hipogonadismo masculino y alteraciones en el ciclo hormonal reproductivo femenino produciendo infertilidad, pseudoCushing y síndrome metabólico

- Alteraciones Cardiovasculares. Arritmias, muerte súbita, fibrilación atrial, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular (ACV), cardiomiopatía.
- Alteraciones Respiratorias. Neumonía y tuberculosis. La comorbilidad entre el consumo de alcohol y el tabaco, se relaciona con alteraciones respiratorias y, en especial, con el cáncer de pulmón.
- Alteraciones Metabólicas. Hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipidemia.
- Alteraciones Hematológicas. Anemia con macrocitosis, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.
- Alteraciones Neurológicas. Crisis convulsivas, neuropatía periférica (que afecta principalmente a las piernas), alteraciones cerebelosas, ambliopía y encefalopatía alcohólica.
- Alteraciones Cutáneas. Psoriasis, eczema
- Traumatismos. Incrementa de una forma dosis dependiente el riesgo de acudir a urgencias. Las alteraciones en el nivel de conciencia provocadas por el consumo de alcohol pueden crear complicaciones en las intervenciones quirúrgicas de urgencia incrementando el riesgo de muerte.
- Cánceres. Incrementa el riesgo de padecer cánceres en la boca, esófago, laringe, hígado y mama (en mujeres; sobre todo si tienen antecedentes familiares de neoplasia de mama y/o tratamientos hormonales sustitutorios) y, en menor medida, aumenta también el riesgo de padecer cánceres de estómago, colon y recto.

Neuropsiquiátricas. Jiménez et al. (2008) mencionan a las siguientes alteraciones neuropsiquiátricas:

- Trastornos Psicóticos. Alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.
- Trastornos del Comportamiento. Intoxicación patológica.
- Trastornos del nivel de Conciencia. Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.
- Trastornos Cognitivos. Amnesia (episódica o persistente como en el Síndrome de Korsakoff), deterioro cognitivo y demencia (tóxica alcohólica o por déficit vitamínico). Atrofia cerebral, más intensa en los lóbulos frontales, detectable a través de pruebas de neuroimagen, se asocia a las alteraciones cognitivas y es parcial o totalmente reversible si la persona mantiene la abstinencia de alcohol durante un periodo prolongado de tiempo. El consumo de alcohol durante la adolescencia puede alterar el desarrollo cerebral y en especial afectar al hipocampo, estructura fundamental en los procesos de memorización y aprendizaje.
- Suicidio. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida
- Comorbilidad psiquiátrica. Trastornos psiquiátricos, sobre todo con los trastornos afectivos, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad.

Sociales. Durante los estados de intoxicación aguda se produce una desinhibición de respuestas sexuales y agresivas, con más probabilidades de tener relaciones sexuales no planificadas, un mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (SIDA, hepatitis víricas), mayores tasas de violencia (violación, agresión, homicidios, robo con lesiones, violencia doméstica, abuso sexual de niños etc.) y comportamientos más desadaptados; la agresividad, debido a la intoxicación alcohólica aguda puede dirigirse también contra uno mismo, llegando a producir autolesiones e incluso suicidio. Jiménez et al. (2008)

Familiares. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la aparición del maltrato familiar, incesto y aumenta el riesgo de separación y divorcio. Existe una relación directa entre los niveles de consumo de alcohol y la gravedad del acto violento cometido. Jiménez et al. (2008)

Laborales. El consumo abusivo de alcohol aumenta las tasas de absentismo, bajo rendimiento y accidentes laborales, existe una clara relación entre el consumo de alcohol y un mayor riesgo de accidente laboral. Jiménez et al. (2008)

En los adolescentes. De acuerdo a psicología y ciencia (2015) las consecuencias para la población adolescente debido a los diferentes niveles de participación de alcohol son las siguientes.

- Cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta cinco veces la probabilidad de que se genere una adicción
- Tienen un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.
- Están más expuestos a iniciar una actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados; de igual modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.
- Son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema con el alcohol
- El consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado a muertes por suicidio y accidentes de tránsito.

- El alcohol al ser un depresor del sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).
- El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.
- El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de otras sustancias adictivas.
- Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia, como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad, pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas.
- El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años.

Según Espada, Mendez, Griffin, & Botvin (2003), es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo (...) no obstante considera que las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, la intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.

- Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar.
- Sexo no planificado
- Accidentes de tráfico: el riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.
- Alcohol y consumo de otras drogas: Espada, Mendez, Griffin, & Botvin (2003) en su investigación denominado “Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas” cita a Arévalo et al. (1997) y Comas (1990), quienes consideran al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias, generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales, siendo una cadena habitual: alcohol → tabaco → cánnabis → otras drogas ilegales.

4.3.5 Niveles de participación.

Lorenzo, Ladero, & Leza, (2009, p. 3)

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida. Desde una perspectiva cultural, no cabe ninguna duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera como abuso; mientras que fumar hachís se acepta, por ello, analizar el consumo de las drogas desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil.

Consumo. De acuerdo a Lorenzo et.al (2009, p.4)

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social: es decir, el término uso indica, sencillamente, consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares. etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

Barlow & Durand (2003, p. 360) afirma:

“El consumo de sustancias es la ingestión en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo u ocupacional”.

Consumo en riesgo: Dado que el daño producido es, en general, directamente proporcional al nivel de consumo, no existe un nivel exento de riesgo. Se considera consumo de riesgo aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero si riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Rosón (2008)

Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo, aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume. (Ibídem)

Se debe destacar que estos límites no se aplican a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, personas que desarrollan

actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej., conducción) o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes mellitus, hepatitis C, etc.). Rosón (2008)

Hábito. Sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos, existe un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa, no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue, la búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Lorenzo et.al (2009, p.4)

Consumo problemático. Aquellas personas que a causa de su consumo de alcohol presentan algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Incluye a todos los individuos que presentan síndrome de abstinencia al no consumir. Grupo Cultural, S.A. (2004).

Según el Real Colegio de Psiquiatras británico mencionado por Lorenzo et.al (2009, pág.5) el abuso se define como

“Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”

Lorenzo et.al (2009, pág.5) establece cuatro criterios diferentes:

1. Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado. Por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etcétera.

2. Uso peligroso: indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
3. Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas: por ejemplo, en ancianos, niños, mujeres embarazadas (para el feto), mujeres en período de lactancia (para el lactante), etcétera.
4. Uso que provoca una disfunción: describe un “patrón desadaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social.

Dependencia. Se destaca, desde la OMS y la APA, que la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra superditada, controlada, en definitiva, esclavizada por la sustancia psicoactiva; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto. Clásicamente, se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social. Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente: “obtener y consumir la droga” y no pueden considerarse como parcelas separadas, sino complementarias e interactuantes en una misma persona. Lorenzo et.al (2009).

5.- Materiales y métodos

Tipo de estudio

Este trabajo se basó en la investigación de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte transversal ya que la aplicación de reactivos evalúa las variables, utilizó datos numéricos para la respectiva tabulación y describió-analizó las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas en los adolescentes que no consumen y los que consumen alcohol, además se realizó en un período de tiempo dado (marzo-junio 2016).

Área de estudio

Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. N° de estudiantes: 708

Población

Universo. Para la presente investigación se tomó en cuenta a los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. N° de estudiantes: 399

Muestra. Se utilizaron características de muestreo no probabilístico, se sesgó la muestra porque existía un número considerable de alumnos en la institución educativa, y debido a que el rector de dicho plantel no permitió aplicar a todos los paralelos; por ello tomando en cuenta el criterio de la investigadora, ya que se considera a la adolescencia donde mayormente se dan conductas de riesgo como el consumo alcohol que podrían responder a la incapacidad para afrontar sus preocupaciones cotidianas, la muestra estuvo conformada por estudiantes de 16 y 18 años del primer año de bachillerato paralelos “A”, “B” y “C” y del segundo año de bachillerato paralelos “B”, “C” y “D”, siendo un total de 115 estudiantes.

Criterios de inclusión

- Estudiantes de 16-18 años que se encontraban matriculados, asistiendo a clases y estuvieron presentes en la aplicación de reactivos.
- Alumnos que presentaron el consentimiento informado debidamente firmado por sus representantes o tutores legales para participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Jóvenes estudiantes que no ofrezcan su consentimiento informado
- Estudiantes que tengan menos de 16 años o mayores a 18 años

Criterios de salida

- Reactivos psicológicos mal llenados o incompletos
- Estudiantes que no deseaban continuar en la investigación

Procedimiento y técnicas

- Se consideraron procedimientos éticos para la investigación, para lo cual se solicitó a las autoridades del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo la respectiva autorización para realizar la investigación de campo.
- Se procedió a explicar a los estudiantes acerca del objetivo de la investigación y los reactivos a ser aplicados, presentándose el consentimiento informado a los estudiantes y a sus representantes con la capacidad de libre elección de participar o no en la investigación.
- Para identificar las estrategias de afrontamiento se utilizó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ASC) de Fydenberg Lewis, 1996 (anexo 2) que cuenta con 79 preguntas, de tipo cerrado que se evalúan en una escala Likert de 5 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; 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia). La puntuación total se ajustó a un coeficiente de corrección en función del número de elementos de cada una de las sub-escalas. Por ejemplo en la escala Buscar apoyo social (As) se procedió a multiplicar por 4 (número de elementos de la sub-escalas).

1 Buscar apoyo social (As)	*4
2 Concentrarse en resolver el problema (Rp)	*4
3 Esforzarse y tener éxito (Es)	*4
4 Preocuparse (Pr)	*4
5 Invertir en amigos íntimos (Ai)	*4
6 Buscar pertenencia (Pe)	*4
7 Hacerse ilusiones (Hi)	*4
8 Falta de afrontamiento (Na)	*4
9 Reducción de tensión (Rt)	*4
10 Acción social (So)	*4
11 Ignorar el problema (Ip)	*5
12 Autoinculparse (Cu)	*5
13 Reservarlo para sí (Re)	*5
14 Buscar apoyo espiritual (Ae)	*5
15 Fijarse en lo positivo (Po)	*5
16 Buscar apoyo profesional (Ap)	*5
17 Buscar diversiones relajantes (Dr)	*7
18 Distracción física (Fi)	*7

Los resultados pueden interpretarse de la siguiente manera: 20-29: Estrategia no utilizada. 30-49: Se utiliza raras veces. 50-69: Se utiliza algunas veces. 70-89: Se utiliza a menudo. 90-105: Se utiliza con mucha frecuencia.

- Para conocer la existencia de consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT (Anexo 2). Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. El cuestionario posee 10 preguntas, cada interrogante tiene de tres a cinco posibles

respuestas, cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos. La sumatoria de los puntos de cada respuesta da un puntaje total con un máximo posible de 40 puntos. Los resultados que se pueden obtener son los siguientes: 0: no consume; 1 a 7: indica un consumo de alcohol sin riesgos apreciables; 8 a 15: indica un Consumo en Riesgo; 16 a 19: indica “Beber Problema” o Consumo perjudicial, 20 o más: Orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia, se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad. De acuerdo al criterio de la investigadora la puntuación de 0 indica como no consumo y a partir de 1 de consumo de alcohol.

- El análisis de datos se presentó en porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel, para la elaboración de gráficas, y Power Point para la sustentación de la investigación.

6.- Resultados

Resultados que corresponde al objetivo: conocer la existencia de consumo de alcohol en los alumnos de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Tabla 6.1

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT

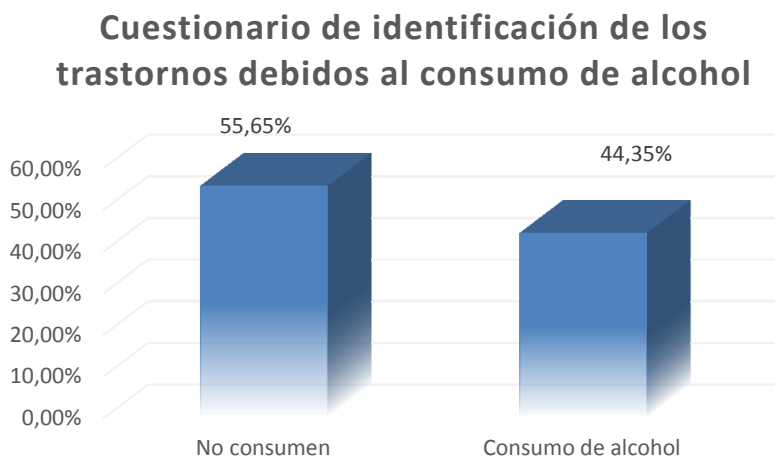
	FRECUENCIA	
	F	%
No consumen	64	55.65%
Consumo de alcohol	51	44.35%
TOTAL	115	100

Fuente: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.1

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT



Fuente: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Según el Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT en la población investigada se encuentra lo siguiente: 55.65% (64 estudiantes) no consumen alcohol y 44.35% (51 estudiantes) consumen alcohol.

Resultados que corresponde al objetivo: identificar las estrategias de afrontamiento en los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes de 16-18 años

Tabla 6.2

	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	15	13,04%	32	27,83%	38	33,04%	18	15,65%	12	10,43%
Esforzarse y tener éxito	12	10,43%	30	26,09%	31	26,96%	27	23,48%	15	13,04%
Distracción física	8	6,96%	21	18,26%	35	30,43%	40	34,78%	11	9,57%
Fijarse en lo positivo	9	7,83%	22	19,13%	30	26,09%	39	33,91%	15	13,04%
Concentrarse en resolver el problema	6	5,22%	27	23,48%	24	20,87%	30	26,09%	28	24,35%

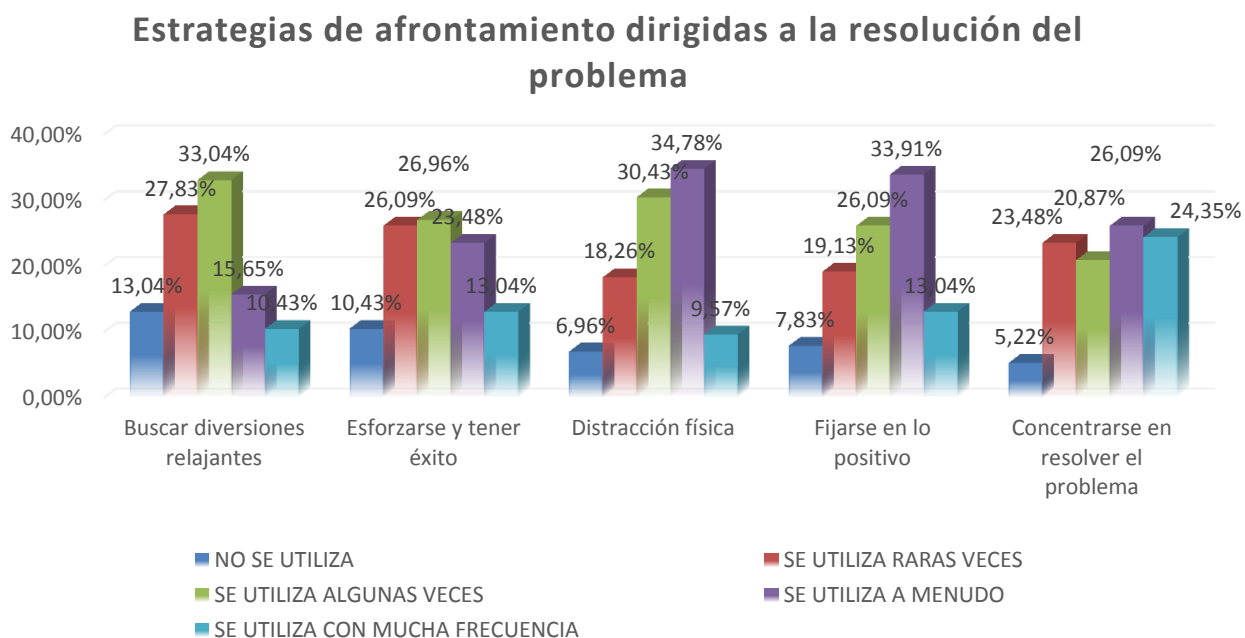
Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.2

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

De acuerdo a la población investigada, utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema: 34.78% (40 estudiantes) usan la distracción física a menudo; 33.91% (39 estudiantes) se fijan en lo positivo a menudo; 33.04% (38 estudiantes) buscan diversiones relajantes algunas veces; 26.96% (31 estudiantes) utilizan esforzarse y tener éxito algunas veces y 26.09% (30 estudiantes) se concentran en resolver el problema algunas veces.

Tabla 6.3*Estrategias de afrontamiento en relación a los demás*

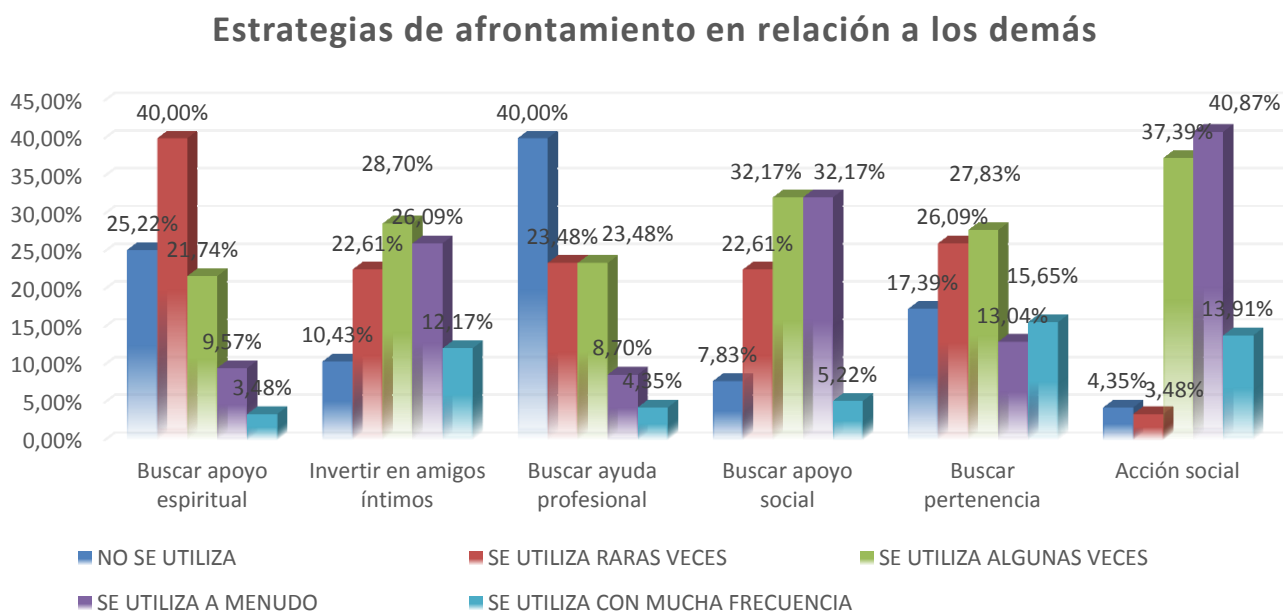
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	29	25,22%	46	40,00%	25	21,74%	11	9,57%	4	3,48%
Invertir en amigos íntimos	12	10,43%	26	22,61%	33	28,70%	30	26,09%	14	12,17%
Buscar ayuda profesional	46	40,00%	27	23,48%	27	23,48%	10	8,70%	5	4,35%
Buscar apoyo social	9	7,83%	26	22,61%	37	32,17%	37	32,17%	6	5,22%
Buscar pertenencia	20	17,39%	30	26,09%	32	27,83%	15	13,04%	18	15,65%
Acción social	5	4,35%	4	3,48%	43	37,39%	47	40,87%	16	13,91%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.3

Estrategias de afrontamiento en relación a los demás



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguiñaca

Interpretación:

De acuerdo a la población investigada, utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento en relación a los demás: 40.87% (47 estudiantes) utilizan acción social a menudo; 40.00% (46 estudiantes) no utilizan la estrategia buscar ayuda profesional, y 40.00% (46 estudiantes) utilizan buscar apoyo espiritual raras veces; 32.17% (37 estudiantes) buscan apoyo social algunas veces y a menudo; 28.70% (33 estudiantes) invierten en amigos íntimos algunas veces; y 27.83% (32 estudiantes) buscar pertenencia algunas veces.

Tabla 6.4*Estrategias de afrontamiento improductivo*

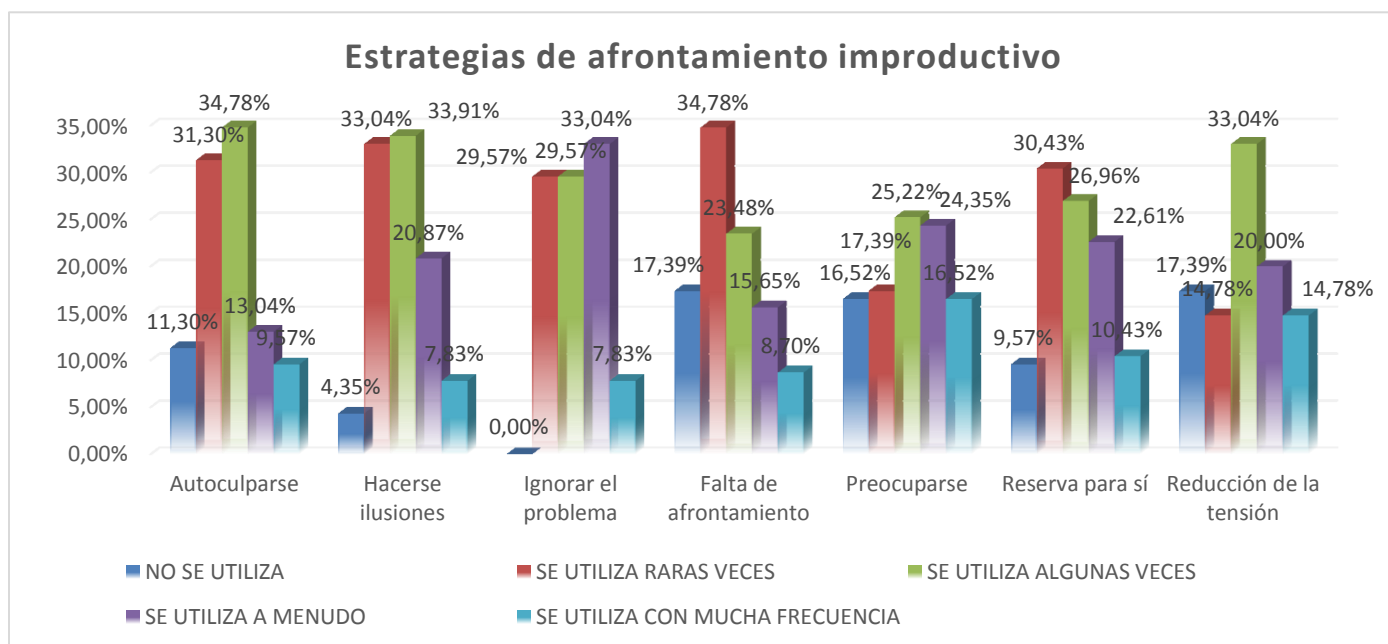
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoculparse	13	11,30%	36	31,30%	40	34,78%	15	13,04%	11	9,57%
Hacerse ilusiones	5	4,35%	38	33,04%	39	33,91%	24	20,87%	9	7,83%
Ignorar el problema	0	0,00%	34	29,57%	34	29,57%	38	33,04%	9	7,83%
Falta de afrontamiento	20	17,39%	40	34,78%	27	23,48%	18	15,65%	10	8,70%
Preocuparse	19	16,52%	20	17,39%	29	25,22%	28	24,35%	19	16,52%
Reserva para sí	11	9,57%	35	30,43%	31	26,96%	26	22,61%	12	10,43%
Reducción de la tensión	20	17,39%	17	14,78%	38	33,04%	23	20,00%	17	14,78%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.4

Estrategias de afrontamiento improductivo



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes del 16 – 18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

De acuerdo a la población investigada, utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento improductivo: 34.78% (40 estudiantes) usan autoculparse algunas veces; 34.78% (40 estudiantes) usan falta de afrontamiento raras veces; 33.91% (39 estudiantes) se hacen ilusiones algunas veces; 33.04% (38 estudiantes) ignoran el problema a menudo; 33.04% (38 estudiantes) utilizan la reducción de la tensión algunas veces; 30.43% (35 estudiantes) se reservan para sí raras veces; y 25.22% (29 estudiantes) se preocupan algunas veces

Resultados que corresponde al objetivo: realizar un análisis de las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, en los estudiantes que no consumen y consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes que no consumen alcohol

Tabla 6.5

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que no consumen alcohol

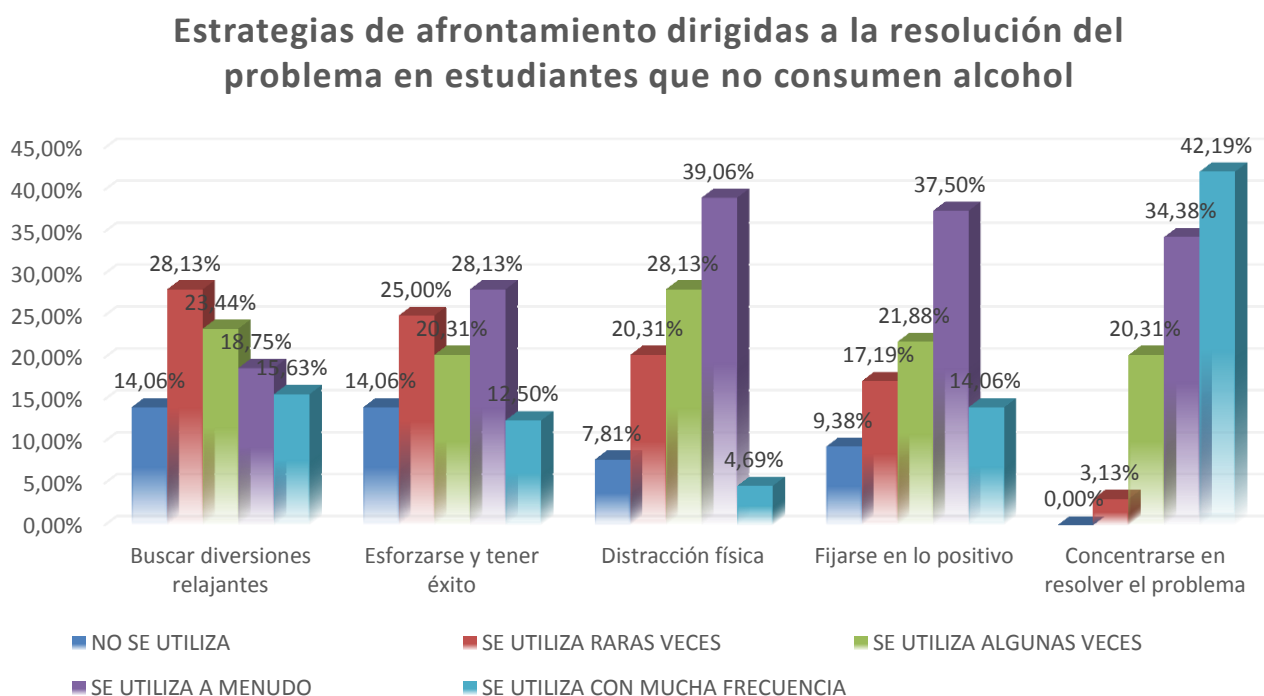
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	9	14,06%	18	28,13%	15	23,44%	12	18,75%	10	15,63%
Esforzarse y tener éxito	9	14,06%	16	25,00%	13	20,31%	18	28,13%	8	12,50%
Distracción física	5	7,81%	13	20,31%	18	28,13%	25	39,06%	3	4,69%
Fijarse en lo positivo	6	9,38%	11	17,19%	14	21,88%	24	37,50%	9	14,06%
Concentrarse en resolver el problema	0	0,00%	2	3,13%	13	20,31%	22	34,38%	27	42,19%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que no consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.5

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que no consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en los estudiantes que no consumen alcohol son las siguientes: 42,19% (27 estudiantes) usan concentrarse en resolver el problema con mucha frecuencia; 39,06% (25 estudiantes) utilizan la distracción física a menudo; 37,50% (24 estudiantes) se fijan en lo positivo a menudo; 28,13% (18 estudiantes) buscan diversiones relajantes raras veces; 28,13% (18 estudiantes) usan esforzarse y tener éxito a menudo.

Tabla 6.6*Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que no consumen alcohol*

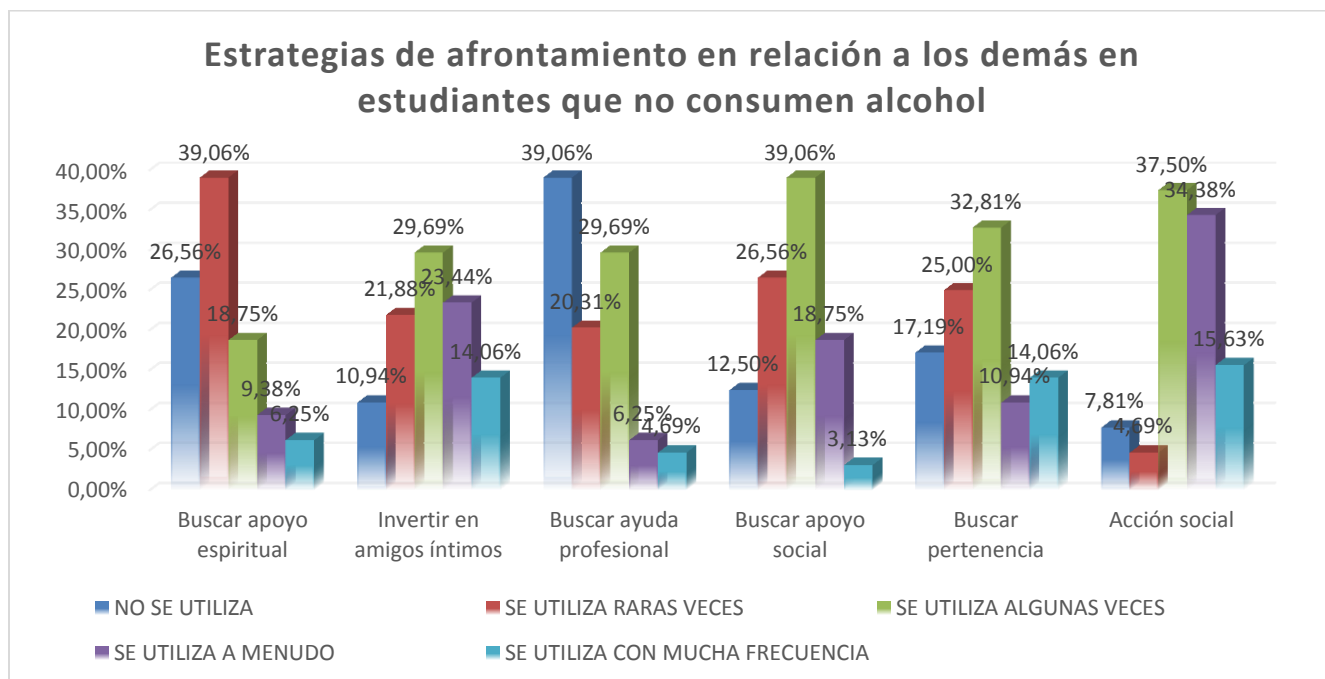
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	17	26,56%	25	39,06%	12	18,75%	6	9,38%	4	6,25%
Invertir en amigos íntimos	7	10,94%	14	21,88%	19	29,69%	15	23,44%	9	14,06%
Buscar ayuda profesional	25	39,06%	13	20,31%	19	29,69%	4	6,25%	3	4,69%
Buscar apoyo social	8	12,50%	17	26,56%	25	39,06%	12	18,75%	2	3,13%
Buscar pertenencia	11	17,19%	16	25,00%	21	32,81%	7	10,94%	9	14,06%
Acción social	5	7,81%	3	4,69%	24	37,50%	22	34,38%	10	15,63%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que no consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.6

Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que no consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que no consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Los estudiantes que no consumen alcohol presentan las siguientes estrategias de afrontamiento en relación a los demás: 39.06% (25 estudiantes) usan buscar apoyo social algunas veces; 39.06% (25 estudiantes) buscan apoyo espiritual raras veces; 39.06% (25 estudiantes) no utilizan la estrategia buscar ayuda profesional; 37.50% (24 estudiantes) usan acción social algunas veces; 32.81% (21 estudiantes) buscan pertenencia algunas veces; 29.69% (19 estudiantes) invierten en amigos íntimos algunas veces

Tabla 6.7*Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que no consumen alcohol*

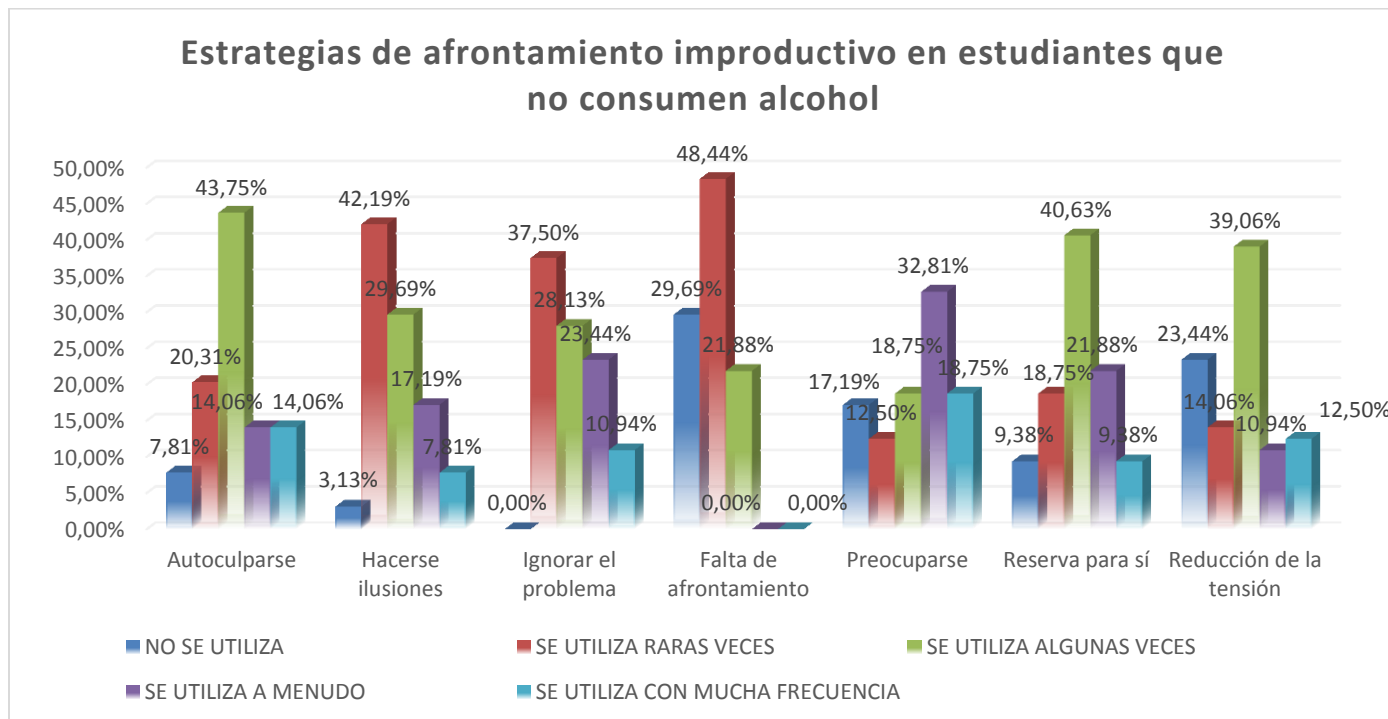
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoculparse	5	7,81%	13	20,31%	28	43,75%	9	14,06%	9	14,06%
Hacerse ilusiones	2	3,13%	27	42,19%	19	29,69%	11	17,19%	5	7,81%
Ignorar el problema	0	0,00%	24	37,50%	18	28,13%	15	23,44%	7	10,94%
Falta de afrontamiento	19	29,69%	31	48,44%	14	21,88%	0	0,00%	0	0,00%
Preocuparse	11	17,19%	8	12,50%	12	18,75%	21	32,81%	12	18,75%
Reserva para sí	6	9,38%	12	18,75%	26	40,63%	14	21,88%	6	9,38%
Reducción de la tensión	15	23,44%	9	14,06%	25	39,06%	7	10,94%	8	12,50%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que no consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.7

Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que no consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que no consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Los estudiantes que no consumen alcohol presentan las siguientes estrategias de afrontamiento improductivo: 48.44% (31 estudiantes) usan falta de afrontamiento raras veces; 43.75% (28 estudiantes) usan autoculparse algunas veces; 42.19% (27 estudiantes) se hacen ilusiones raras veces; 40.63% (26 estudiantes) se reservan para sí algunas veces; 39.06% (25 estudiantes) utilizan la reducción de la tensión algunas veces; 37.50% (24 estudiantes) ignoran el problema raras veces; 32.81% (21 estudiantes) se preocupan a menudo.

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) en estudiantes que consumen alcohol

Tabla 6.8

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que consumen alcohol

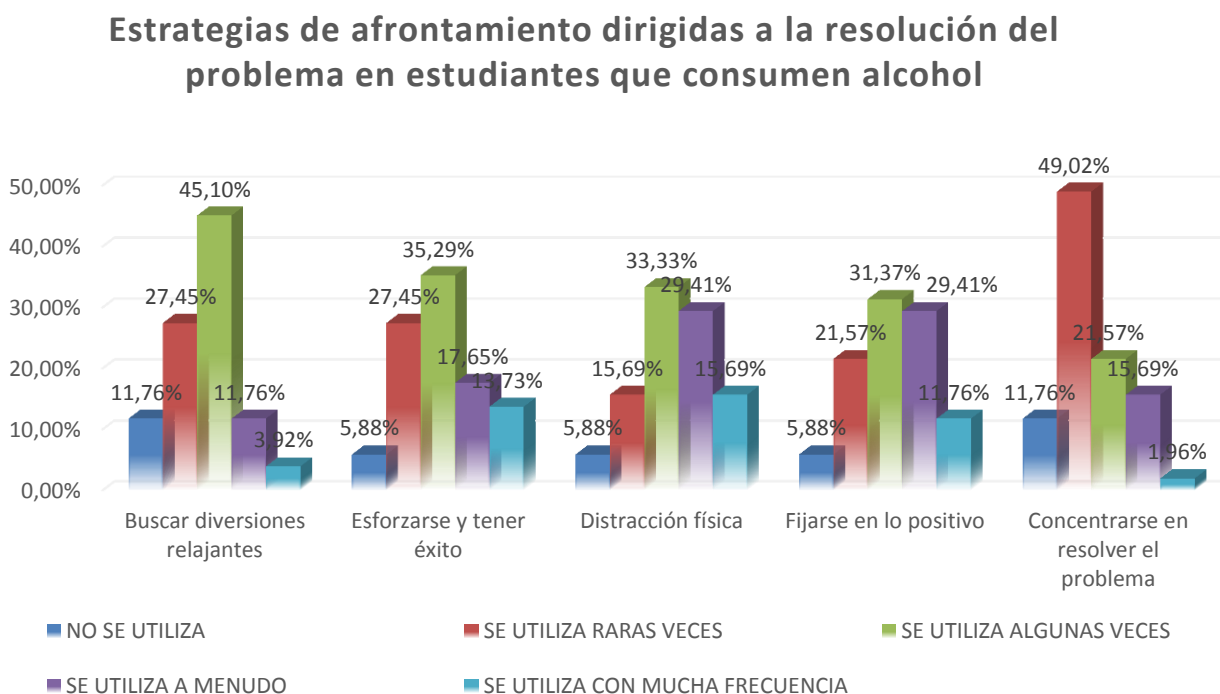
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar diversiones relajantes	6	11.76%	14	27.45%	23	45.10%	6	11.76%	2	3.92%
Esforzarse y tener éxito	3	5.88%	14	27.45%	18	35.29%	9	17.65%	7	13.73%
Distracción física	3	5.88%	8	15.69%	17	33.33%	15	29.41%	8	15.69%
Fijarse en lo positivo	3	5.88%	11	21.57%	16	31.37%	15	29.41%	6	11.76%
Concentrarse en resolver el problema	6	11.76%	25	49.02%	11	21.57%	8	15.69%	1	1.96%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.8

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en estudiantes que consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema en los estudiantes que consumen alcohol son las siguientes: 49,02% (25 estudiantes) usan concentrarse en resolver el problema raras veces; 45,10% (23 estudiantes) buscan diversiones relajantes algunas veces; 35,29% (18 estudiantes) utilizan esforzarse y tener éxito algunas veces; 33,33% (17 estudiantes) usa la distracción física algunas veces; 31,37% (16 estudiantes) se fijan en lo positivo algunas veces.

Tabla 6.9*Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que consumen alcohol*

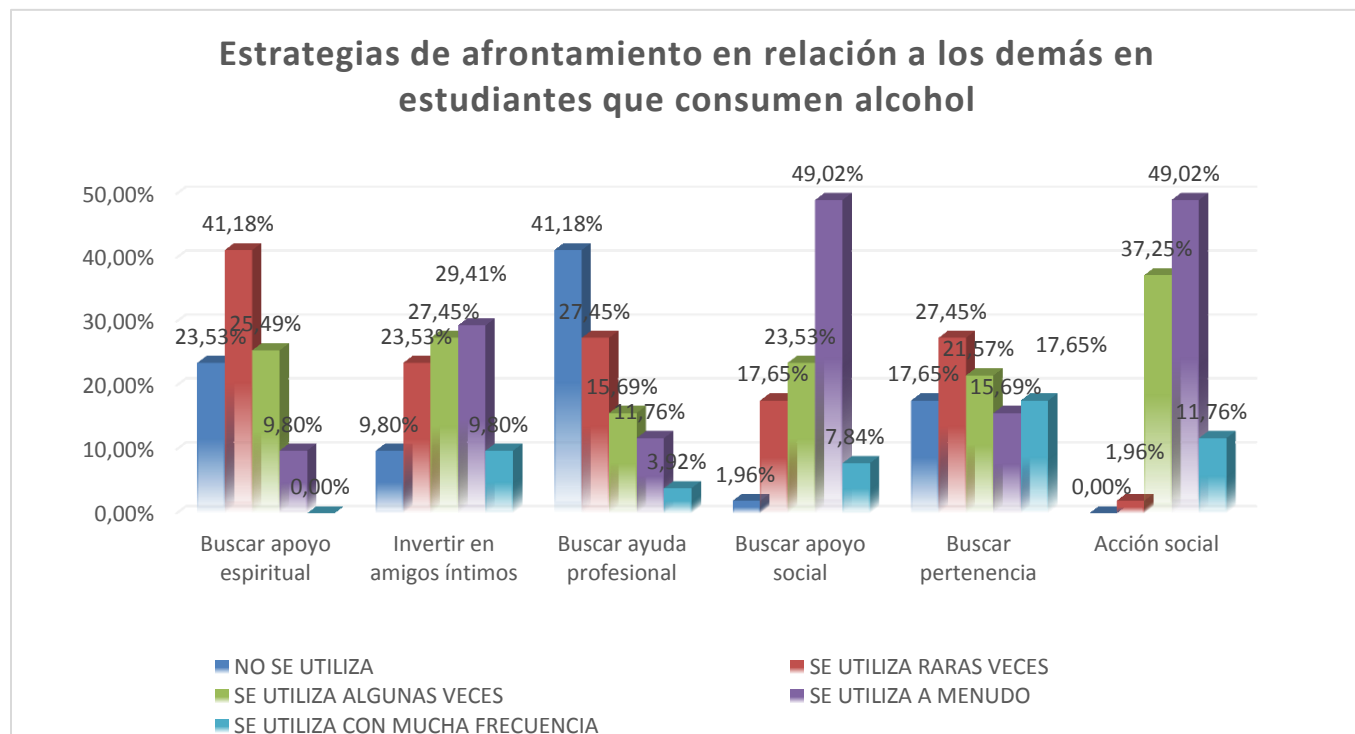
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buscar apoyo espiritual	12	23.53%	21	41.18%	13	25.49%	5	9.80%	0	0.00%
Invertir en amigos íntimos	5	9.80%	12	23.53%	14	27.45%	15	29.41%	5	9.80%
Buscar ayuda profesional	21	41.18%	14	27.45%	8	15.69%	6	11.76%	2	3.92%
Buscar apoyo social	1	1.96%	9	17.65%	12	23.53%	25	49.02%	4	7.84%
Buscar pertenencia	9	17.65%	14	27.45%	11	21.57%	8	15.69%	9	17.65%
Acción social	0	0.00%	1	1.96%	19	37.25%	25	49.02%	6	11.76%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.9

Estrategias de afrontamiento en relación a los demás en estudiantes que consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Interpretación:

Los estudiantes que consumen alcohol presentan las siguientes estrategias de afrontamiento en relación a los demás: 49.02% (25 estudiantes) usan acción social a menudo; 49.02% (25 estudiantes) buscar apoyo social a menudo; 41.18% (21 estudiantes) buscan apoyo espiritual raras veces; 41.18% (21 estudiantes) no utilizan la estrategia buscar ayuda profesional; 29.41% (15 estudiantes) invierten en amigos íntimos a menudo; 27.45% (14 estudiantes) buscan pertenencia raras veces.

Tabla 6.10*Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que consumen alcohol*

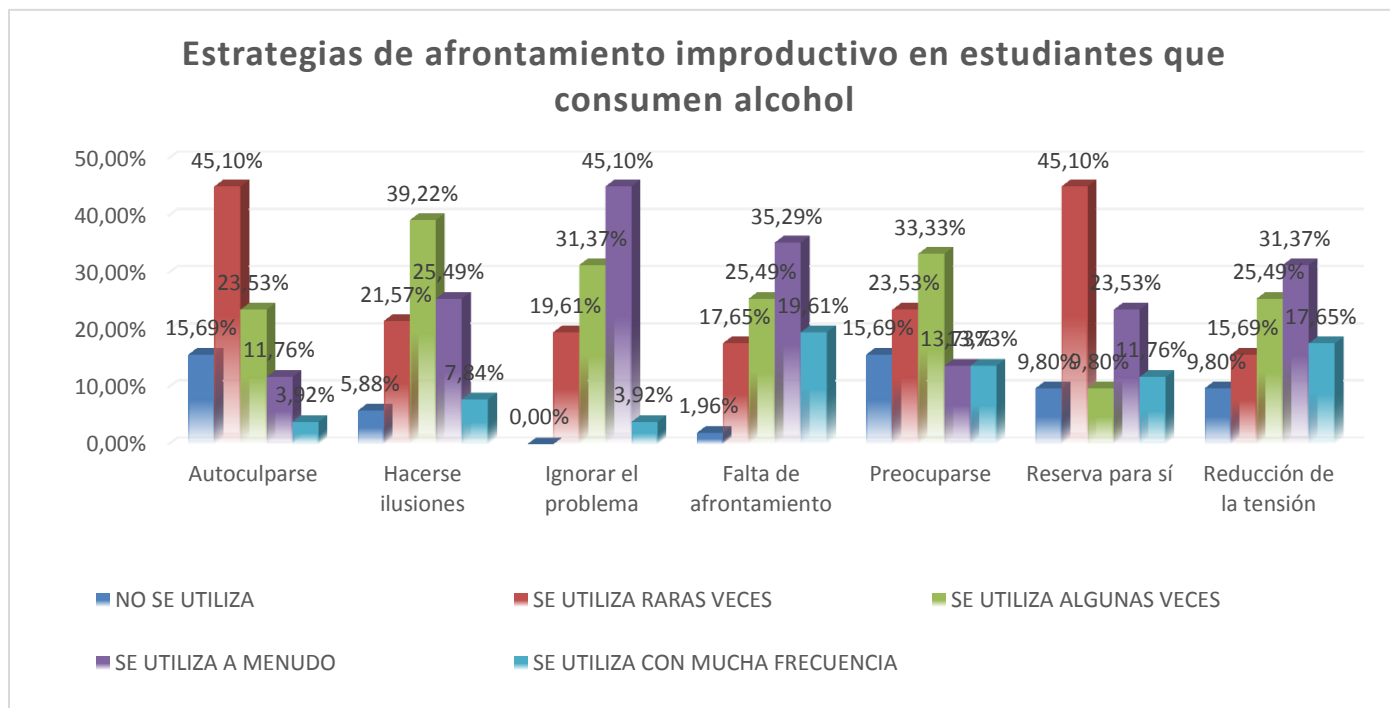
	FRECUENCIA									
	NO SE UTILIZA		SE UTILIZA RARAS VECES		SE UTILIZA ALGUNAS VECES		SE UTILIZA A MENUDO		SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoculparse	8	15.69%	23	45.10%	12	23.53%	6	11.76%	2	3.92%
Hacerse ilusiones	3	5.88%	11	21.57%	20	39.22%	13	25.49%	4	7.84%
Ignorar el problema	0	0.00%	10	19.61%	16	31.37%	23	45.10%	2	3.92%
Falta de afrontamiento	1	1.96%	9	17.65%	13	25.49%	18	35.29%	10	19.61%
Preocuparse	8	15.69%	12	23.53%	17	33.33%	7	13.73%	7	13.73%
Reserva para sí	5	9.80%	23	45.10%	5	9.80%	12	23.53%	6	11.76%
Reducción de la tensión	5	9.80%	8	15.69%	13	25.49%	16	31.37%	9	17.65%

Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguinsaca

Gráfico 6.10

Estrategias de afrontamiento improductivo en estudiantes que consumen alcohol



Fuente: Escala de afrontamiento (ACS) aplicada a los estudiantes que consumen alcohol del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.

Elaboración: Alicia Ogoño Aguiñaca

Interpretación

Los estudiantes que consumen alcohol presentan las siguientes estrategias de afrontamiento improductivo: 45.10% (23 estudiantes) usan autoculparse raras veces; 45.10% (23 estudiantes) se reservan para sí raras veces; 45.10% (23 estudiantes) ignoran el problema a menudo, 39.22% (20 estudiantes) se hacen ilusiones algunas veces; 35.29% (18 estudiantes) usan falta de afrontamiento a menudo; 33.33% (17 estudiantes) se preocupan algunas veces; 31.37% (16 estudiantes) utilizan la reducción de la tensión a menudo.

7.- Discusión

El consumo de bebidas alcohólicas tiende agravarse con el tiempo y es un problema que aqueja a la sociedad contemporánea, la influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, del individuo y por ende de la sociedad además de provocar grave deterioro de la salud física y mental; en la actualidad existe una problemática real a la que nos enfrentamos en la mayoría de los países, el alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Mora (2009).

En este trabajo investigativo, la mayor parte de la población estudiada es decir el 55.65% no consume alcohol, situación similar a la que se evidencia en la investigación denominada “Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora,” de la UTPL en el 2014, en donde el 55.14% de adolescentes de Loja no consumen alcohol.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, donde el 55.65% de los adolescentes no consumen alcohol se determina un uso inferior al 66.76% de la Cuarta Encuesta Nacional de uso de drogas en población de 12 a 17 años realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP y el Observatorio Nacional de Drogas OND en 2012.

Los adolescentes que presentan consumo de alcohol en este trabajo investigativo representa el 44.35%, situación parecida al 44.86%, e inferior al 50.89% de adolescentes de las provincias de Loja y Zamora respectivamente de la investigación de la UTPL en 2014 en donde además categorizan este consumo como uso, consumo en riesgo, consumo perjudicial y dependencia.

El 44.35% de estudiantes que consumen alcohol de esta investigación es superior al 33.24% de la población de 12 a 17 años que presenta algunas de las siguientes categorías de uso de alcohol como ocasional, regular, frecuente e intenso de acuerdo a los hallazgos investigativos del CONSEP & OND (2012).

Al referirnos a las estrategias de afrontamiento que son aquellas acciones cognitivas y afectivas que surgen frente a una preocupación en particular. En este trabajo investigativo las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los adolescentes investigados son 1.-la distracción física, 2.-fijarse en lo positivo, 3.-acción social, e 4.-ignoran el problema. Gómez, Luengo, Romero, & Villar (2006) en su investigación “Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática” afirman que las estrategias más empleadas son 1.-distracción física, 2.-búsqueda de diversiones relajantes, 3.-invertir en amigos íntimos, 4.-preocuparse, 5.-buscar pertenencia y 6.- el esforzarse y tener éxito. Únicamente la estrategia de distracción física coincide con el presente estudio.

Según Veloso, Caqueo A, Caqueo U, Muñoz, & Villegas en 2010 en su publicación llamada “Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 18 años”, las estrategias que se utilizan principalmente son: 1.-buscar diversión relajante, 2.-preocuparse, 3.-distracción física, 4.-esforzarse y tener éxito, 5.-fijarse en lo positivo. Tomando en cuenta las estrategias que usan los jóvenes investigados, las que concuerdan con esta investigación son 1.- la distracción física y 2.- fijarse en lo positivo.

En este trabajo investigativo los estudiantes que no consumen alcohol presentan las siguientes estrategias de afrontamiento funcionales: 1.- concentrarse en resolver el problema, 2.-la distracción física, 3.- se fijan en lo positivo, y 3.- esforzarse y tener éxito. Gómez, Luengo,

Romero, & Villar (2006) aseveran que algunas estrategias como el 1.-esforzarse y tener éxito, 2.- el concentrarse en resolver los problemas y 3.-fijarse en lo positivo, parece tener ciertos efectos protectores para el consumo de sustancias. Las tres primeras estrategias de afrontamiento se repiten en estos trabajos investigativos.

Las estrategias de afrontamiento en los estudiantes que consumen alcohol en esta investigación son las siguientes a menudo usan: 1.- acción social, 2.-buscar apoyo social, 3.- invierten en amigos íntimos, 4.-reducción de la tensión, 5.-ignoran el problema, 6.-falta de afrontamiento. Gaspar & Martínez (2008) en su trabajo denominado “Situaciones de consumo y afrontamiento en adolescentes consumidores de alcohol” reportaron presencia de las estrategias como 1.- evitación, 2.- búsqueda de apoyo social y 3.- modificación del ambiente. Las estrategias como 1.-la búsqueda de apoyo social y 2.-evitación o ignorar el problema son semejantes a las de este estudio.

8. – Conclusiones

- En este trabajo investigativo el 55.65% de estudiantes no consumen alcohol y 44.35% indican consumo de bebidas alcohólicas.
- En las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas y en relación a los demás, consideradas como funcionales, porque indican la tendencia a abordar las dificultades de manera directa y a buscar apoyo social; los jóvenes investigados utilizan a menudo la distracción física (34.78%), fijarse en lo positivo (33.91%), y acción social (40.87%). En las estrategias de afrontamiento improductivo, conocido como disfuncional, ya que este repertorio de estrategias no permiten encontrar una solución a los problemas sino más bien lo orientan hacia la evitación; los estudiantes investigados usan a menudo ignoran el problema (33.04%).
- En las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas y en relación a los demás, denominadas funcionales, los estudiantes que no consumen alcohol utilizan las siguientes: con mucha frecuencia concentrarse en resolver el problema (42.19%); y a menudo la distracción física (39.06%), fijarse en lo positivo (37.50%), y esforzarse y tener éxito (28.13%). En las estrategias de afrontamiento improductivo es decir las que orientan hacia la evitación de las dificultades, los alumnos que no consumen alcohol a menudo usan preocuparse (32.81%).
- En los estudiantes que consumen alcohol, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas y en relación a los demás son las siguientes: a menudo utilizan acción social (49.02%), buscar apoyo social (49.02%), e invertir en amigos íntimos (29.41%), estas estrategias de afrontamiento son consideradas funcionales, debido a que abordan los problemas en forma directa y promueven a compartir las preocupaciones con

otros. En cuanto a las estrategias de afrontamiento improductivo, los alumnos que presentan algún tipo de consumo de alcohol, usan a menudo reducción de la tensión (31.37%), ignorar el problema (45.10%), y falta de afrontamiento (35.29%), estos afrontamientos no permiten encontrar una solución a los problemas llegando a complicar aún más la situación, por lo que se conoce afrontamiento disfuncional.

9. – Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones se puede recomendar:

- Empezar acciones dirigidas a la prevención del consumo de alcohol, como talleres psicoeducativos a estudiantes, representantes, docentes y autoridades del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo, con el objetivo de contrarrestar el uso de bebidas alcohólicas debido a que este tiende agravarse con el tiempo y puede representar el acceso al consumo de otras drogas.
- Diseñar programas preventivos que permitan ayudar a la población adolescente a aprender mecanismos de adaptación y estrategias de afrontamiento que les vayan a ayudar a vivir, a relacionarse de forma satisfactoria y a desarrollar todas sus potencialidades.
- Elaborar un plan de intervención individual con un enfoque cognitivo conductual, con el propósito de proporcionar herramientas eficaces en la mejora de estrategias de afrontamiento en los estudiantes que usan alcohol.
- A través de la Carrera de Psicología Clínica crear un centro de intervenciones como prácticas de la misma, estableciendo un convenio con el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo, con el fin de que los estudiantes tengan posibilidad de recibir tratamiento psicológico a los diferentes problemas/ trastornos que padezcan.
- Sugerir que en los diferentes planes de estudios de las carreras y programas del campo de la Salud, se incluyan contenidos referidos a la promoción de la Salud Mental en los adolescentes.

- Profundizar el estudio acerca de las estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol, para que esta manera se pueda generar conocimiento de carácter profiláctico y mejorar la Salud Mental de grupos vulnerables.

10. - Propuesta psicoterapéutica

TEMA: PROPUESTA PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

1.- Antecedentes

La psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Bulacio (2006)

Es también un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno, busca hacer hincapié al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema, se intenta que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal, y de su núcleo familiar. Caballo (2007)

La psicoeducación nace a partir de una necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su padecimiento, aspira modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad mediante: cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes, en la detección precoz de recaídas. Ocio (2012)

Los talleres psicoeducativos puede ser de forma individual, grupal, familiar, incluir solo a los pacientes, realizarse en un entorno clínico o en el hogar; así como también tener una duración de días o hasta años. (Ibídem)

De acuerdo a Treto (2009) la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de las personas con trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. Además para este autor, algunos elementos importantes en la psicoeducación son:

- ψ Transferencia de la información (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento).
- ψ Descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos).
- ψ Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente)”

Caballo (2007) manifiesta que algunos objetivos de la intervención psicoeducativa, se caracterizan por:

- ψ Proporcionar a los participantes una información actualizada y comprensible.
- ψ Enseñar a los participantes a discriminar los síntomas de la enfermedad.
- ψ Incrementar en los participantes la comprensión y habilidad de afrontamiento, del estrés ambiental, considerándolo como un factor de riesgo.
- ψ Crear una alianza entre usuarios, familiares y profesional orientada a disminuir los resentimientos y culpas.
- ψ Identificar y potenciar recursos en los afectados y sus familias para el desarrollo de actividades de la vida diaria.
- ψ Proporcionar a los participantes un ambiente de enseñanza y apoyo afectivo continuado

2.- Justificación

El consumo de sustancias adictivas como el alcohol se produce cada vez en edades más tempranas, provocando deterioro en la integridad física y mental así también en los distintos ámbitos de la vida del ser humano lo que ha subrayado aún más el papel de la prevención en poblaciones jóvenes; a través de la prevención se busca un desarrollo sano y seguro donde puedan desarrollar sus talentos y potenciales y así se conviertan en miembros que contribuyen a su comunidad y a la sociedad.

La meta de la prevención es que los adolescentes nunca lleguen a consumir, aquellos que han probado no lo vuelvan a hacer, aquellos que consumen ocasionalmente en lo posible que no consuman y que quienes tengan consumo abusivo reciban el apoyo adecuado para que lo dejen, al igual que quienes son dependientes.

Los integrantes de la familia y la comunidad educativa juegan un rol preponderante al momento de intervenir cuando el problema ya existe o evitar que se desarrolle dificultades mayores.

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento poco funcionales en los estudiantes que consumen alcohol, se opta por realizar un plan de intervención psicoeducativo de modalidad grupal, como alternativa de mayor viabilidad.

Para ello es necesaria la formulación de objetivos psicoterapéuticos, la estructuración de las sesiones grupales y el establecimiento de las técnicas, las mismas que apoyarán la intervención psicoterapéutica.

OBJETIVOS

General:

Evitar la incidencia y disminuir la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes tomando en cuenta las estrategias de afrontamiento posiblemente deterioradas.

Específicos:

- ψ Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol.
- ψ Reflexionar acerca de testimonios de personas dependientes del alcohol.
- ψ Reconocer las propias capacidades y éxitos- cualidades.
- ψ Buscar que los participantes identifiquen las cosas que les afectan y que cosas les fortalece.
- ψ Diferenciar los estilos de comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.
- ψ Integrar los conceptos de comportamiento agresivo, pasivo y asertivo mediante la representación de roles.
- ψ Identificar los pasos de un modelo de toma de decisiones.
- ψ Desarrollar la capacidad de identificar la presión de grupo.
- ψ Lograr que los participantes aprendan a diseñar su proyecto de vida.
- ψ Aprender a formular metas a corto, mediano y a largo plazo.

4.- Sesiones del programa psicoeducativo grupal

TEMA	Nº DE SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
El alcoholismo en la adolescencia	1	Psicoeducación	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación: Teléfono roto 4. Se dará a conocer la siguiente temática. <ul style="list-style-type: none"> • Generalidades <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptualización de drogas y de alcohol ○ Procedencia ○ Cifras de consumo de alcohol • Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia física y psicológica • El contexto cultural del alcohol • Metabolismo del alcohol • Efectos a corto y a largo plazo a nivel físico y psicológico • Vulnerabilidad a nivel cerebral en la adolescencia • Mitos y realidades del consumo de alcohol y adolescencia. • Consecuencias a nivel personal, familiar, social y académico 5. Debate 6. Conclusiones 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus</p>	1 sesión- 60 minutos.

Cine-Foro	2	Psicoeducación	Reflexionar acerca de testimonios de personas dependientes del alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Proyección de la película “Alcohol en la adolescencia” 4. Análisis de la película. 5. Conclusiones 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus Parlantes Película “Alcohol en la adolescencia”</p>	1 sesión - 120 minutos
Autoestima	3	Psicoeducación	<p>Reconocer las propias capacidades y éxitos-cualidades.</p> <p>Buscar que los participantes identifiquen las cosas que les afectan y que cosas les fortalece</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de autoconcepto y autoconocimiento • Inicio de la autoestima • Características de la autoestima • Conductas que determinan el nivel de autoestima <ul style="list-style-type: none"> ○ Conducta disminuida ○ Autoestima alta 4. Cómo remendar un corazón herido <ul style="list-style-type: none"> • Se pregunta a los participantes acerca del significado que tiene una actitud de cariño o una actitud de rechazo; se recogen las ideas al respecto en un cartel • Se explica que cada día nos enfrentamos a situaciones que 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus Corazones de papel Cinta masking Marcadores Cartel</p>	1 sesión - 120 minutos

				<p>influyen en forma positiva o negativa en la forma como nos sentimos con respecto a nosotros mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entrega a cada participante, un corazón de papel, la facilitadora va a leer una lista de situaciones que pueden dañar la autoestima. (Anexo 1) • Indicarles que no se preocupen, que ahora se va recuperar la autoestima con otras frases (Anexo 2). • Terminar la actividad con el pedido de que los y las participantes agreguen situaciones que puedan atentar contra la autoestima y otras que puedan reforzarla, anotar todas las ideas en los carteles y sumarlas a las presentada <p>5. Conclusiones</p>		
Habilidades sociales	4	Psicoeducación ¿Soy asertivo, asertiva?	<p>Diferenciar los estilos de comportamiento pasivo, agresivo y asertivo</p> <p>Integrar los conceptos de comportamiento o agresivo,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática <ul style="list-style-type: none"> • Definición de comunicación eficaz • Elementos de la comunicación • Interferencias que se presentan en los diferentes niveles del proceso comunicativo. 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus Copias: “Estilos de Comportamiento</p>	1 sesión - 120 minutos

			<p>pasivo y asertivo mediante la representación de roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ En el emisor ○ En el receptor ○ En el canal ○ En los mensajes <ul style="list-style-type: none"> • Definición de asertividad • Diferenciar la comunicación asertiva de la comunicación pasiva y agresiva <p>4. ¿Soy asertivo, asertiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La facilitadora repartirá la Guía de “Estilos de Comportamientos” (Anexo 3). • Se distribuye la Guía “Discriminación de Respuestas” (Anexo 4) para que responda cada participante. • Se formaran parejas y representarán una situación expresada en la Guía “Discriminación de Respuestas” • Preguntar a los participantes como se sintieron durante la representación de roles, que esperan lograr en tales situaciones y pedir que expresan cualquier ansiedad que les pueda provocar el ser asertivo. • Repartir la Guía “Clave Discriminación de Respuestas” (Anexo 5) y pedir que respondan cada uno utilizando frases asertivas. • Preguntar cómo se han sentido durante la sesión. 	<p>, “Discriminación de respuestas” y “Clave de discriminación de respuestas”</p>	
--	--	--	--	---	---	--

Toma de decisiones y resolución de problemas	5	Psicoeducación ¿Cómo tomo una decisión?	Identificar los pasos de un modelo de toma de decisiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática <ul style="list-style-type: none"> • Conceptualización de toma de decisiones • ¿Qué implica la toma de decisiones? • Pasos para la resolución de problemas <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativas ○ Información ○ Lista de ventajas y desventajas ○ Razones • Conceptualización de resolución de problemas • Pautas para la resolución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar el problema ○ Pensar en las posibles soluciones ○ Buscar información ○ Decidir por la mejor solución ○ Poner en acción la decisión ○ Evaluar los resultados • ¿Cómo tomo una decisión? <ul style="list-style-type: none"> ○ Se divide a los participantes en dos grupos 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus Copias: Posibles propuestas</p>	1 sesión - 120 minutos
--	---	--	--	--	--	------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> ○ A cada grupo se le entregará una tarjeta (Anexo 6). ○ Independientemente de la decisión tomada la facilitadora deberá resaltar el procedimiento de cómo se llegó a elegir una de las situaciones propuestas averiguando si: ¿Todos estuvieron de acuerdo?, si no fue así: ¿Cómo llegaron a una respuesta común? 		
Enfrentando la presión del grupo	6	Psicoeducación ¿Cómo decir no!	Desarrollar la capacidad de identificar la presión de grupo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es presión de grupo? • Formas de presión de grupo • ¿Cómo opera la presión de grupo? • ¿Cómo manejar la presión de grupo? • ¿Cómo enfrentar la presión de grupo? • Identificación de la presión de grupo • ¿Cómo decir no! <ul style="list-style-type: none"> ○ Se divide a los participantes en tres grupos de trabajo ○ Se le entregará a cada 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus Papelotes Tarjetas</p>	1 sesión - 120 minutos

				<p>grupo una tarjeta (Anexo 7) que contenga una situación de presión de grupo para que la dramaticen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Luego de la dramatización se invita a los grupos a identificar cuál de las formas de decir “NO” fue más efectiva, así como que cada uno de ellos ensaye las maneras para resistir a la presión. ○ Las respuestas deben ser escritas en un papelote. 		
Proyecto de vida	7	Psicoeducación Visión de futuro	<p>Lograr que los participantes aprendan a diseñar su proyecto de vida.</p> <p>Aprender a formular metas a corto, mediano y a largo plazo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática <ul style="list-style-type: none"> ● Formulación de los objetivos de vida ● Medios para el logro de objetivos ● Desarrollo de un proyecto de vida ● Metas 4. Visión de futuro <ul style="list-style-type: none"> ● Se indica a los participantes que imaginen como se ven dentro de cinco años y que contesten 	<p>HUMANOS Adolescentes Psicóloga Profesores guías MATERIALES Computadora Infocus Papelote con preguntas guías</p>	1 sesión - 120 minutos

				<p>las preguntas planteadas en el papelote. (Anexo 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que todos los participantes concluyan de responder a las interrogantes planteadas se pedirá algunos voluntarios para que lean sus respuestas. • Posteriormente con ayuda de la clave SMART, se les solicita que definan sus metas a corto, mediano y largo plazo para cumplir su objetivo de vida al que desean llegar dentro de cinco años. 		
El papel de la familia en la prevención del alcoholismo adolescente	8-9	Psicoeducación familiar	Dotar de estrategias de intervención que permitan al ámbito familiar actuar como agentes preventivos para el consumo de alcohol.	<p>1ra sesión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Se dará a conocer la siguiente temática. <ul style="list-style-type: none"> • Generalidades <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptualización de drogas y de alcohol ○ Procedencia ○ Cifras de consumo de alcohol • Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia física y psicológica • El contexto cultural del alcohol • Metabolismo del alcohol 	<p>HUMANOS de familia- Representantes Psicóloga Profesores guías</p> <p>MATERIALES Computadora Infocus</p>	2 sesión - 120 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> • Efectos a corto y a largo plazo a nivel físico y psicológico • Vulnerabilidad a nivel cerebral en la adolescencia • Mitos y realidades del consumo de alcohol y adolescencia. • Consecuencias a nivel personal, familiar, social y académico <p>4. Debate</p> <p>5. Conclusiones</p> <p>2 da sesión</p> <p>1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.</p> <p>2. Presentación de la dinámica de trabajo</p> <p>3. Se dará a conocer la siguiente temática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicodinámica familiar • Canales de comunicación en la familia • Expresión de afectos • Roles en la familia • Importancia de compartir tiempo libre en familia <p>7. Debate</p> <p>8. Conclusiones</p>		
--	--	--	--	---	--	--

5.- Anexos

Anexo 1

FRASES O SITUACIONES QUE PUEDAN DAÑAR EL AMOR PROPIO DEL TALLER “AUTOESTIMA”



1. Una pelea con algún amigo o amiga.
2. El jefe critica su trabajo.
3. Un grupo de amigos cercanos no le incluyo en el paseo.
4. Algún rumor que surgió sobre su reputación.
5. Un grupo de amigos o amigas se burló de Ud. por la ropa que tenía puesta.
6. Fracaso en su trabajo.
7. Su equipo favorito de fútbol perdió un partido importante.
8. Nadie se acordó de su cumpleaños.
9. Hizo un trabajo excelente y nadie le dijo nada.
10. Estaba muy triste y nadie se fijó.

Explicación: Cada vez que se lea una frase, los participantes arrancarán un pedazo del corazón, el tamaño que quiten dependerá de cuánto afectaría el suceso a su autoestima; al terminar de leer la lista, preguntar cómo quedó la autoestima de todos y todas.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 2

FRASES O SITUACIONES QUE PUEDEN REFORZAR EL AMOR PROPIO DEL TALLER “AUTOESTIMA”



1. Un compañero/a pidió nuestra opinión sobre un asunto delicado.
2. Una persona que nos cae nos invitó a su casa.
3. Su enamorado/a o nos dijo de repente que nos quiere mucho
4. Recibió una carta de un antiguo amigo/a.
5. Se obtuvo éxito en el trabajo.
6. Nos elogiaron sinceramente algo que bebíamos hecho.
7. Nos nombraron representante de los compañeros/as del aula.
8. Se gana una beca para estudiar un curso de especialización.
9. Los amigos/as nos buscan para ir al cine.
10. Nos felicitan por algo que se hizo con mucho esfuerzo.

Explicación: Cada vez que los participantes escuchen una frase que fortalezca su autoestima, deben agregar un pedazo del tamaño que considere que corresponda. Señalar que, quizá es más fácil destruir la autoestima que recuperarla y que siempre quedan algunas huellas luego de la recuperación; tratar de concientizar que con nuestra actitud y conducta podemos influir en el fortalecimiento o destrucción de la autoestima de las personas que están a nuestro alrededor.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 3

ESTILOS DE COMPORTAMIENTO DEL TALLER “HABILIDADES SOCIALES”



1.- SER PASIVO

Significa evitar expresar lo que piensas, quieres u opinas.

Porque tienes miedo a las consecuencias Porque no crees en tus derechos personales

Porque no sabes cómo expresar tus derechos

Porque crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos

2.- SER AGRESIVO

Significa evitar decir lo que piensas, quieres u opinas sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto

3.- SER AGRESIVO

Significa evitar decir lo que piensas, quieres u opinas sin perjudicar el derecho de los demás a ser tratados con respeto de manera franca, honesta y no amenazadora respetando tus derechos personales

Explicación: Indicar los estilos de comportamiento, dando ejemplos para cada uno propiciando la participación de los asistentes.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 4

DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS DEL TALLER “HABILIDADES SOCIALES”



Instrucciones:

Para cada una de las situaciones que se presentan decide si la respuesta es PASIVA (PAS), AGRESIVA (AGR) O ASERTIVA (ASE).

Situación 1.

Profesor a un estudiante: “Tus trabajos son un desastre. Hazlos de nuevo”

Estudiante: “De acuerdo. La verdad es que soy un inútil”

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Situación 2

Joven varón a una amiga: “Podrías ir a recoger el fólder a mi casa, ¿después de clases?”

Amiga: “Lo siento, pero hoy no puedo”

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Situación 3

Alumna a su profesor: “Profesor, he cometido muchas faltas de ortografía en el último dictado”

Profesor. “Qué tontería de tu parte”

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Situación 4

Señorita a un vendedor: “Me gustaría devolver esta falda. Tiene el cierre malogrado”

Vendedor: “Quieres que te la cambie por otra o que te devuelva el dinero?”

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Situación 5

Amiga a un amigo: “Por qué has llegado tarde a las clases?”

Amigo: ¿A ti qué te importa?”?

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Situación 6

Director a un docente: “Señor profesor, su clase está haciendo demasiado ruido

Profesor: “Lo siento, señor director. Lo siento terriblemente”

PAS ()

AGR ()

ASER ()

Explicación: La facilitadora ayudara a los participantes a convertir las frases pasivas y agresivas en frases asertivas.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 5

CLAVE - DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS DEL TALLER “HABILIDADES SOCIALES”



1. PASIVA (PAS)

La respuesta va contra el propio derecho a la dignidad y respeto por uno mismo.

Agresiva: “De ninguna manera” “Todos los profesores son unos abusivos”.

Asertiva: “De acuerdo profesor. Si usted cree eso los repetiré”.

2. ASERTIVA (ASE)

La amiga utiliza su derecho a decir no y no sentirse culpable.

Pasiva: “No quiero llegar tarde a mi casa, pero si tú quieres lo haré”.

Agresiva: “Qué pasa contigo? ¿Miedoso eres?”.

3. AGRESIVA (AGR)

La respuesta va contra el derecho de no hacer más de lo que eres capaz humanamente.

Pasiva: “¡Oh! Lo siento. Es culpa mía porque no soy un buen profesor”.

Asertiva: “Bueno. Esto es un mal resultado”.

4. ASERTIVA (ASE)

El vendedor responde directa, franca y honestamente.

Pasiva: “Es culpa mía. Nunca debí haber vendido esta falda”.

Agresiva: “Lo has roto tú. Me quieres engañar”.

5. AGRESIVA (AGR)

El Amigo no tiene en cuenta el derecho de su amiga a ser tratada con respeto.

Pasiva: “No volverá a pasar más. Perdóname, por favor, no lo haré más.

Lo siento”.

Asertiva: “Lo siento, pero es que me retrasé en salir de mi casa”.

6. PASIVA (PAS)

El docente no tiene en cuenta su derecho a la dignidad y respeto por sí mismo.

Agresiva: “Con qué derecho me dice lo que tengo o no tengo que hacer.

Asertiva: “Le aseguro que pronto habrá silencio, señor director”.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 6

POSIBLES PROPUESTAS DEL TALLER “TOMA DE DECISIONES Y RESOLUCION DE PROBLEMAS”



- Una pareja con seis meses de casadas en la que ambos trabajan quieren decidir si es el momento de tener un bebé
- Una adolescente es invitada a salir por un joven que le gusta, pero sabe que a sus padres éste no les agrada.
- Tu pareja te pide tener relaciones sexuales, para conocerse mejor.
- Tienes que decidir acerca de dejar el estudio y tener que trabajar en una especialidad que no es la tuya.
- Deseas poner un pequeño negocio de panadería y no decides si solicitar un microcrédito a una entidad financiera o dejar la idea.

Explicación: A cada grupo se le entrega una hoja que contenga dos situaciones, para la toma de una decisión que debe ser discutida y analizada, Sólo deben elegir una de las cuestiones que se propone para ser desarrolladas, luego cada representante de grupo expondrá que alternativa eligieron y cuál es la decisión tomada al respecto.

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 7**TARJETAS DEL TALLER “ENFRENTANDO A LA PRESION DEL GRUPO”**

Una joven es invitada por tres amigas y su enamorado para no asistir a clase diciéndole: lo bien que lo vas a pasar.

“Un grupo de amigas te invitan a consumir drogas contándole sobre los supuestos BENEFICIOS de la sustancia”.

Dos amigas te invitan a una fiesta, tus padres te niegan el permiso.
Tus amigas te incitan a mentir “(Diles que vamos a estudiar para un examen, para que puedas ir.....)”

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Anexo 8**PREGUNTAS ORIENTADORAS DEL TALLER “PROYECTO DE VIDA”**

1.- ¿Cómo te ves desde acá a cinco años?

- ✚ A nivel personal
- ✚ A nivel Familiar
- ✚ A nivel de Pareja
- ✚ A nivel Laboral y/o Educativo.

2. ¿Qué estás haciendo en la actualidad para lograrlo?

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014)

Bibliografía del plan de intervención

Buelga, S., & Musitu, G. (s/f de s/f de 2006). *Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sofia/preventionconduitesRennes.pdf>

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid : España Ediciones .

Ocio, S. (2012, Marzo 30). Retrieved from Psicoeducación:
www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf

Treto, A. (2009). Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico. (Tesis de maestría). Santa Clara : Universidad Central de las Villas

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Retrieved from Prevención del Consumo de Drogas :
<http://www.devida.gob.pe/2014/12/manual-para-la-prevencion-del-consumo-de-drogas>

11. - Bibliografía

- Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: Vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use,, 8*, 42-46.
- APA, American Psychological Association. (2001). *Manual de Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Washinton: Elsevier Masson.
- Barlow, D., & Durand, M. (2003). *Psicopatología*. Mexico: Thomson.
- Berger, S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamerica.
- Bernard, I., & Risle, M. (1998). *Manual de Orientación*. Chile: S.E.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2006, s/f s/f). *Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque*. Retrieved from <https://www.uv.es/lisis/sofia/preventionconduitesRennes.pdf>
- Bulacio, J. M. (2006). *Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica*. Retrieved from Fundacion Iccap. Ciencias Cognitivas aplicadas: www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid : España Ediciones .
- Cadena Agroindustrial. (2004). El producto y el entorno internacional. In c. Agroindustrial, *Etanol* (p. 5). Nicaragua: IICA.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Universidad de Lima*, 195, 233.
- Casas, J., & Ceñal, M. (2005). *Desarrollo adolescente: aspectos físicos, psicologicos y sociales*. Retrieved from [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- CCN. (2012, mayo 25). *CNN México*. Retrieved from <http://cnnespanol.cnn.com/2012/05/25/una-decada-10-personas-en-latinoamerica-tiene-dependencia-al-alcohol/>
- Coba, J. N., & Quintanilla, R. (2003). *Prevención del alcoholismo y la drogadicción*. Bogotá: San Pablo.Salare.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comisión Nacional contra Adicciones. (2010). *Informe Ejecutivo*. Mexico .

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Retrieved from Prevención del Consumo de Drogas :
<http://www.devida.gob.pe/2014/12/manual-para-la-prevencion-del-consumo-de-drogas/>
- CONSEP. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12-17 años*. Retrieved 12 07, 2015, from <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B., & Gómez-Íñiguez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22, 363-368.
- Cortés, M., Espejo, B., & Giménez, J. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con el botellón. *Psicothema*, pp. 396-402.
- Desrichard, O., & Denarie, V. (2005, s/f s/f). *Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking*. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.529.3001&rep=rep1&type=pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (n.d.). *Dirección Corporativa de Administración. Subdirección de Servicios de Salud*. Retrieved febrero 22, 2016, from Adolescencia. PEMEX.:
<http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (s.f., s.f. s.f.). *PEMEX*. Retrieved febrero 22, 2016, from <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Domench Lloreria, E. (2005). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Bella Terra, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Dulanto, E. (1989). *El Adolescente*. México: MCGRAW-HILL Interamericana.
- Escobar, R. (1992). *El crimen de la droga*. Buenos aires: Universidad.
- Espada, J., Mendez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Fernández, V. (n.d.). *Web. Consultas. Tu centro médico online*. Retrieved febrero 23, 2016, from Alcoholismo: <http://www.webconsultas.com/alcoholismo/prevencion-del-alcoholismo-3053>
- Fondo de la Naciones Unidas para Infancia UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades*. UNICEF.

- Frydenbeig, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres.
- Gaeta, M., & Pilar, M. (2009). Estrés y adolescencia: Estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Humanidades*, ISSN:1137-8417, pp. 327-344.
- Gambers, H., & Gonzalez, E. (2005). *¿Sobre que deciden los adolscentes? Infancia y aprendizaje*. S.E.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervencion con adolescentes: Impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales . *Psicología Conductual*, 222.
- Garaigordobil, M. (n.d.). *Evaluación psicológica, concepto, historia y modelos* . Retrieved Agosto 20, 2016, from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwja4sGNttfOAhVHKx4KHWK3B0oQFghHMAc&url=http%3A%2F%2Fwww.sc.ehu.es%2Fptwgalam%2Fmateriales_docentes_evaluacion%2Ftransparencias%2FT.1.%2520Concepto.PPT&usg=AFQjCNEgWrWn
- Garibaldi Alvarado, S. (1994). *Jovenes y drogas*. Distrito federal mexico.: Procuraduria general de la república.
- Gaspar, C., & Martínez, K. (2008). Situaciones de consumo y afrontamiento en adolescentes consumidores de alcohol. *Investigación y ciencia. Redalyc.*, Número 41, (47-52). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67404108>.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Goldman, M. S., & Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.
- Gómez, J., Luengo, Á., Romero, E., & Villar, P. y. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>.
- González, C. (2006.). *Alcoholismo*. Tesis de médico cirujano. Universidad Veracruzana. Xalapa. México.
- González, M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicologica*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Grupo Cultural, S.A. (2004). *Las Drogas, Educación y Prevención*. Madrid: Cultural.
- Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia. (2012, Diciembre 19). *Prevencion del consumo de alcohol en adolescentes*. Retrieved from Revista. Pediatría. Atención Primaria : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3i rEC

- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la adolescencia*. MEXICO: Trillas.
- Hawkins, D., Catalano, R., & Janet, M. (1992). *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention*. Copyright 1992 the American Psychological Association. Retrieved from <https://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Hoffman, J., & Johnson, R. (1998). A national portrait a family structure and adolescent drug use . *Revistas indexadas integral* , 60, 633-645.
- Horton, P. B., & Hunt, C. L. (1968). *Sociología*. Madrid: Castilla.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. ESPAÑA: Paidós.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (2004, Septiembre). *Como prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Jessor, R., Costa, F. M., Kreuger, P. M., & Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67.
- Jiménez, M. Á., Pascual, F., & Flores, G. y. (2008). Alcoholismo. *Guías Clínicas soci drog alcohol L basadas en la evidencia científica*.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, pp. 912-91.
- Krimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: Una transición al desarrollo*. Barcelona : Ariel. Psicología.
- Krzemien, D. (2005, febrero 09). Estilo de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento.
- Linage, M., & Lucio, M. (2012). Asociación entre Consumo de Sustancias y Estrategias de Afrontamiento en jóvenes. *Redalyc. vol. 4 num. 1. DOI: 10.5460/jbhsi.v4.1.32971. Pp. 55-66*, https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjW_tSOrsLOAhXK4CYKHARXCFkQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.una.mx%2Findex.php%2Fjbhsi%2Farticle%2Fdownload%2F32971%2Fpdf&usg=AFQjCNFhfYp_C7NzPtpQzbkqadlPrYA.
- Llanesa González, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicologica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Llorens, N., Perello, M., & Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones* , Vol. 16. Núm. 4. Págs. 261-266. Retrieved enero 20, 2016, from <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>

- Llorens, N., Perello, M., & Palmer, A. (2004). *Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis*. Retrieved enero 20, 2016, from <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>
- Llull, D. M., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Scielo*, 175-176.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Panamericana.
- Macías, M., Madariaga, C., Marcela, V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, vol. 30, núm. 1.
- Mackintosh, A. M., Earleywine, M., & Dunn, M. E. (2006, Septiembre s/f). *Alcohol expectancies for social facilitation: A short form with decreased bias*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/7410592_Alcohol_expectancies_for_social_facilitation_A_short_form_with_decreased_bias
- Magaña, M. (2003). La adolescencia hoy. *Anales de pediatría*.
- Marín, R., Pastor, M. A., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicoterma*, vol 5. ISSN 0214- 9915.
- Medina, M., Galvan, F., & Tapia, R. (2001, ABRIL 11). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta nacional de adicciones de 1998. *Salud Publica de Mexico*, 45. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Moysén, A., Garay, J., Esteban, De la luz, J., & Peña, G. (2011). Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Disponible en www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1173/.
- Muñoz, A., & Arellanez, J. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, ISSN: 2007-1833, pp. 1-20.
- Naciones Unidas, O. c. (2002). *Boletín de estupefacientes. La ciencia de la epidemiología del uso indebido de drogas*. Viena.
- Ocio, S. (2012, Marzo 30). Retrieved from Psicoeducación: www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf
- OMS. (2015). *Alcohol*. Retrieved 12 07, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

- OMS Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud*. Ginebra: Recuperado de:
http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=226.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1992). *Decima Revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill Education.
- Paz Navarro, L. d., Rodríguez Roldán, P. G., & Martínez González, M. G. (2009, abril-junio 10). *Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la Universidad de Guadalajara*. Retrieved from
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%
- Pons, J., & Buelga, S. (2011, Abril s/f). *factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica*. Retrieved from
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008
- Psicología y ciencia. (2015, MAYO 17). *¿Que es alcoholismo?* Retrieved Febrero 21, 2016, from
<http://psicodesarrollo.blogspot.com/2015/05/que-es-el-alcoholismo-tipos-consecuencias-del-alcohol.html?spref=fb>
- Quiroz, N., Villatoro, V., Juárez, G., Gutiérrez, L., Amador, B., & Medina, I. (2007). LA FAMILIA Y EL MALTRATO COMO FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA ANTISOCIAL. *MEDIGRAPHIC*, 47-54.
- Rocha, M. (n.d.). *Psicología e Intervención psicológica*. Retrieved Agosto 19, 2016, from Fases de la terapia: <https://miriamrochadiaz.wordpress.com/la-terapia/fases-de-la-terapia/>
- Rosón, B. (2008). *Sociedad Galena de Medicina Interna*. Retrieved Julio 15, 2016, from Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica.:
<http://galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: MC graw-hill.
- Sanz de Acedo, M., Ugarte, M., & Lumberras, D. (2003). Desarrollo y validación de un cuestionario de metas para adolescentes. *Psicoterma*, 15 (3), 493, 499.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Piramide.

- Shaffer R, D. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. Universidad de Georgia: International Thomson Editores.
- Siise-Siniñez, v. 2. (1998). *Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos*. Retrieved from Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/ecuador/iinfa/adoles.pdf>
- Solis, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 37.
- Soriano, J. (2002, Julio). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología*. Retrieved from Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento.
- Soriano, J. (2002, Julio). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología . Retrieved from REFLEXIONES SOBRE EL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO .
- Torres, J. (n.d.). *Help Adicciones*. Retrieved agosto 2016, 15, from Centros especializados en trastornos adictivos : <http://www.helpadicciones.com/la-importancia-de-la-prevencion-del-consumo-de-drogas-en-la-adolescencia>
- Torres, M., & Forn, M. (2004). *Evaluación psicológica. Modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.
- Treto, A. (2009). Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico. (tesis de maestría). Santa Clara: Universidad Central de las Villas .
- UNODC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Estandares Internacionales en la Prevención de Drogas*.
- Usieto, E. G. (2003). *Manual set de alcoholismo*. Madrid: Panamericana.
- UTPL, U. T. (2014, noviembre). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Retrieved 12 30, 2015, from http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf
- UTPL, Universidad Técnica Particular de Loja. (2014, noviembre). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Retrieved 12 30, 2015, from http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf
- Veloso, C., Caqueo A, W., Caqueo U, A., Muñoz, Z., & Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Scielo*, Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100003.

Vidal, M. (2011). *Reeduca.com*. Retrieved Agosto 20 , 2016, from El portal de recursos de Psicología, educación y disciplinas afines: <http://reeduca.com/definicion-entrevista.aspx>

Zuloaga, J., & Franco, N. (2014). *Adolescencia: una guía ara padres*. Palibrio.

Zurita, F., & Alvaro, J. (2014). *Salud y drogas*. Retrieved 2 11, 2016, from file:///C:/Users/Usuario/Downloads/214-337-1-PB.pdf

12.- Anexos

Anexo 1

Acuerdo de consentimiento libre y esclarecido.

Fecha: _____
 Nosotros, REPRESENTANTE DEL ESTUDIANTE _____ Y
 ALUMNO/A _____

autorizamos a la Srta. Alicia Soraya Ogoño Aguiñaca, estudiante de 5to año en la carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja; la aplicación de los siguientes instrumentos: Escala de afrontamiento para adolescentes (ASC) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) para realizar el trabajo de investigación denominado

Además otorgamos dar el uso pertinente de la información adquirida con la finalidad de recoger y analizar datos para la elaboración de su Tesis de grado denominada “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO”.

Asumo la responsabilidad de la información brindada, y confío en que el respetará mi privacidad y protegerá hasta donde fuese posible mi anonimato. Así como también la garantía de conocer el análisis e informes que la practicante realizará durante el proceso de investigación, sustentación y publicación del presente estudio.

Manifiesto haber leído, entendido y estar de acuerdo con lo expuesto en el presente documento.

Firmas:

ESTUDIANTE

REPESENTE

Anexo 2

Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) forma general (Fydenberg lewis, 1996)

Edad: _____ Curso: _____ Sexo: _____

Instrucciones:

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como el colegio, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc.

En este cuestionario encontrara una lista de formas diferentes con las que la gente de su edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberá indicar marcando la casilla correspondiente, las cosas que suele hacer para enfrentarse a esos problemas difíciles: en cada afirmación debe marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D, o E; según crea que es su manera de reaccionar o de actuar. Marque su elección en la hoja la respuesta a cada pregunta. No hay respuestas correctas o erróneas; no dedique mucho tiempo a cada frase; simplemente responda lo que crea que se ajusta a su forma de actuar.

A: No me preocupa o nunca lo hago (Se califica con 1 punto)

B: me ocurre o lo hago raras veces (Se califica con 2 puntos)

C: Me ocurre o lo hago algunas veces (Se califica con 3 puntos)

D: Me ocurre o lo hago a menudo (Se califica con 4 puntos)

E: Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (Se califica con 5 puntos)

Nº		A	B	C	D	E
1.	Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen 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/as					
6.	Producir una buena impresión en las personas					
7.	Esperar que ocurra lo mejor					
8.	No puedo hacer nada por 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/a					
13.	Guardarme mis sentimientos para mí solo/a					
14.	Dejar que Dios se ocupe de mis problemas					
15.	Acordarme de los que tiene 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					
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 clases con regularidad					
22.	Preocuparme por mi felicidad					
23.	Llamar a un/a amigo/a íntimo/a					
24.	Preocuparme por mi relación con los demás					
25.	Desear que suceda un milagro					
26.	Simplemente me doy por vencido					
27.	Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos)					
28.	Organizar un grupo que se ocupe del problema					
29.	Ignorar conscientemente el problema					
30.	Darme cuenta que yo mismo/a 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 de un profesional					
35.	Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					
36.	Mantenerme en forma y con buena salud					
37.	Buscar ánimo en otros					
38.	Considerar otros puntos de vista tratar de tenerlos en cuenta					
39.	Trabajar intensamente					
40.	Preocuparme por lo que está pasando					
41.	Empezar una relación personal estable					
42.	Tratar de adaptarme a mis amigos/as					
43.	Esperar que el problema se resuelva					
44.	Me pongo malo/a					
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 ejercicios					
55.	Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él					

56.	Pensar en lo que estoy haciendo y por qué					
57.	Triunfar en lo que estoy haciendo					
58.	Inquietarme por lo que puede ocurrir					
59.	Tratar de hacerme amigo/a íntimo/a 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 mí					
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/as					
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/a con quien suelo salir					
76.	Hacer lo que quieren mis amigos/as					
77.	Imaginar que las cosas van mejor					
78.	Sufro dolores de cabeza o de estómago					
79.	Encontrar una forma de aliviar la tensión por ejemplo: llorar, gritar, beber, consumir drogas, agredir					

Anexo 3**Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT**

Encierre en un círculo lo que cree conveniente o usted se identifica:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 o 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o más

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

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

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 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 pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

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

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

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

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 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 ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) Nunca

(1) Menos de 1 vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

Anexo 4**Oficio solicitando la autorización en el establecimiento educativo**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 25 de mayo de 2016.

Mgs.

Marco Vinicio Gutiérrez Novillo

RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL ADOLFO VALAREZO

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca, con C.I 1105047060, estudiante del quinto año de la carrera Psicología Clínica, solicitó a usted por medio de la presente que se me autorice aplicar los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de afrontamiento para adolescentes (ASC) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Dirigidos hacia los estudiantes de 16-18 años del Colegio que Ud. muy acertadamente dirige, con el fin de efectuar el desarrollo de mi tesis de investigación.

Por la favorable atención que se digne a la presente desde ya le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Alicia S. Ogoño Aguinsaca

Estudiante del 5to año de Psc. CI





Anexo 5

Fotografías



Anexo 6

Certificado de la aplicación de reactivos psicológicos

	UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"	
	AÑO LECTIVO 2015-2016	

Loja, 27 de julio de 2016.


A petición verbal de la parte interesada.

CERTIFICA

Que la señorita **Alicia Soraya Ogoño Aguinosa** de Nacionalidad Ecuatoriana, con cédula de ciudadanía N° 1105047060, estudiante de X módulo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado la aplicación de reactivos psicológicos a estudiantes de 16-18 años en el mes de junio del presente año.

Hágase uso del presente para los fines necesarios.

Atentos saludos


 Mgs. Marco Gutiérrez
 Rector de la Institución



Anexo 7

Proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.

Proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Alicia Soraya Ogoño Aguiñaca.

LOJA- ECUADOR
2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

a.- TEMA

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.

b.- PROBLEMATIZACIÓN

Las Drogas son sustancias que producen alteración en el sistema nervioso central, el consumo de las mismas afecta a toda la sociedad en conjunto, es decir el fenómeno de la drogadicción no es exclusivo de un grupo o estrato social, económico o cultural determinado, la mayoría de las personas no utilizan únicamente drogas ilícitas si no más recurren en el consumo de sustancias legalizadas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades o trastornos e incidencia de enfermedades infecciosas. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).

En Latinoamérica, el 25% de la población tiene un consumo nocivo de alcohol, según un estudio publicado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), presentado en la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza. La muestra incluyó a 1,800 personas de entre 18 y 65 años de edad de nueve países de Latinoamérica. En este contexto tenemos que seis de cada 10 adultos de entre 18 a 65 años consumen bebidas alcohólicas. CCN(2012)

A nivel nacional según la Cuarta Encuesta Nacional de uso de drogas en población de 12 a 17 años realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2012), 85.941 personas precisarían algún tipo de atención (uso intenso y uso frecuente alcohol y otras drogas). Aproximadamente, 324.367 consumen alcohol y 157.800 consumen tabaco, a pesar de la prohibición de expendio de ambas sustancias a menores de edad.

De acuerdo al informe de investigación del estudio “Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora” de la (UTPL, 2014) la mayor parte de los adolescentes de estas dos provincias, refieren no consumir alcohol, y quienes lo hacen, reportan un consumo categorizado como prudente o de riesgo bajo según la OMS, y asociado a una frecuencia de consumo aproximado de 2 ó 3 veces al mes. Sin embargo, existe un porcentaje de adolescentes que sí consumen. Debe tenerse en consideración estos datos, según Zurita & Alvaro (2014) “el consumo de alcohol es una de las variables asociadas al deterioro del clima familiar y académico, con tendencia a agravarse en el tiempo”.

La adolescencia es un período de desarrollo en que los y las jóvenes están expuestos a nuevas ideas y comportamientos que incluyen el acercamiento con personas y organizaciones más allá de las experiencias de la infancia. El deseo de asumir roles de adultos y más independencia en momentos en que se están produciendo cambios significativos en el cerebro, también crea un momento potencialmente oportuno para las decisiones y la participación en conductas dañinas. (UNODC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013)

Se considera a la adolescencia como una de las etapas del ciclo vital con mayor vulnerabilidad o susceptibilidad para adquirir conductas riesgosas como lo son el consumo de alcohol y tabaco.

Las estrategias de afrontamiento, dentro de las ciencias psicológicas es un tema ampliamente estudiado, pero sin embargo limitado al relacionarlo con las drogodependencias.

El tema de las estrategias de afrontamiento en drogadicciones ha sido investigado a nivel internacional bajo el título de “Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Se llegó a la conclusión que los déficits en habilidades

sociales explicarían el consumo principalmente de tabaco y de bebidas destiladas. (Llorens, Perello, & Palmer, 2004)

Además, existen artículos de revistas científicas en donde constan estas variables. Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol; los resultados obtenidos muestran que los no consumidores de alcohol afrontan el estrés a través de la religión, y los consumidores de alcohol lo realizan a través de consumo de alcohol y drogas y humor. Moysén, Garay, Esteban, De la luz, & Peña (2011). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática; 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. Gómez, Luengo, Romero, & Villar (2006)

A nivel nacional únicamente se dispone del siguiente tema de tesis denominado Estrategias de afrontamiento en situaciones de estrés en Drogodependientes en tratamiento ambulatorio en Centro de Docencia e Investigación para el Desarrollo Humano y el Buen Vivir.

En el contexto local no existen trabajos investigativos en donde se tome en consideración los modos de afrontamiento y el consumo de alcohol.

Con estos antecedentes existe interés particular por realizar un estudio investigativo que contribuya a contrastar los conocimientos empíricos con los científicos de tal manera que fortalezca la formación profesional en este aspecto, por lo que se ha creído conveniente plantear

el siguiente problema de investigación: ¿Qué estrategias de afrontamiento se mantienen y/o se deterioran con el consumo de alcohol?

c.- JUSTIFICACIÓN

La Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, como ente académico desarrolla procesos científicos, técnicos y humanos de calidad, sobre todo profesionales que velen por los valores éticos y de esta manera propiciar la convivencia armónica y contribuir a la solución de la problemática de la salud mental de la Región Sur del Ecuador.

Por tal motivo, como estudiante de Psicología Clínica tomando en cuenta las diversas afectaciones de la Salud Mental y siguiendo las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) considero necesario y de especial relevancia generar acciones profilácticas que protejan de cualquier tipo de relación que se pueda mantener con el alcohol.

El consumo de alcohol afecta de forma importante en la vida de relación de la persona con su entorno y con la sociedad, provocando variadas y graves alteraciones en las relaciones interpersonales; en los ámbitos físico, psicológico, laboral, legal, financiero y familiar.

El alcoholismo constituye un creciente problema de origen multifactorial que excede al ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerables y unas connotaciones legales, educativas y políticas que exigen un análisis minucioso desde diferente perspectiva. Dificulta el desenvolvimiento integral como seres humanos, miembros de una sociedad activa; especialmente en la adolescencia, por encontrarse en etapa de desarrollo, siendo una de las poblaciones más vulnerable.

La evidencia muestra que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidad de cumplir con el criterio de dependencia en algún

momento de sus vidas. Dado el proceso de desarrollo del cerebro, el consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterarlo, afectando tanto las estructuras, como sus funciones; esto puede ocasionar problemas cognitivos o de aprendizaje haciéndolo más propenso a la dependencia.

El interés por continuar en la búsqueda del conocimiento de las estrategias y estilos de afrontamiento se basa en el hecho que la problemática psicosocial que presenta la adolescencia de nuestro país, podría ser mejor comprendida e intervenida si se conociera qué estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes frente a sus problemas.

Además, considero importante porque la comprensión del tema permitirá dar mayores alcances a los profesionales clínicos en el campo de la prevención de la salud mental de los adolescentes

Es por ello que debido a la falta de trabajos investigativos acerca de modos afrontamiento y consumo de alcohol estimó necesario llevar a cabo el presente tema investigativo **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.**

d.- OBJETIVOS

Objetivo General

CONOCER LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO.

Objetivos Específicos

1. Determinar la existencia de consumo de alcohol en los alumnos de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento en los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.
3. Realizar un análisis de las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, en los estudiantes que no consumen y los que consumen alcohol de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo.
4. Diseñar una propuesta psicoterapéutica con la finalidad de evitar la incidencia y disminuir la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes tomando en cuenta las estrategias de afrontamiento posiblemente deterioradas.

e.- ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. AFRONTAMIENTO

- 1.1. Definición
- 1.2. Estrategias de afrontamiento
- 1.3. Clasificación
- 1.4. Funcionamiento
- 1.5. Afrontamiento y adolescencia

2. ADOLESCENCIA

- 2.1. Definición
- 2.2. Desarrollo
 - 2.2.1. Físico
 - 2.2.2. Sexual
 - 2.2.3. Cognitivo
- 2.3. Etapas
 - 2.3.1. Adolescencia temprana (11-13 años)
 - 2.3.2. Adolescencia media (14-17 años)
 - 2.3.3. Adolescencia tardía (17-21 años)
- 2.4. Predisposición de la adolescencia al consumo de alcohol

3. ALCOHOL

- 3.1. Definición
- 3.2. Causas de consumo
- 3.3. Efectos

3.4. Consecuencias

3.4.1. Físicas

3.4.2. Neuropsiquiátricas

3.4.3. Sociales

3.4.4. Familiares

3.4.5. Laborales

3.4.6. En la juventud

3.5. Niveles de consumo

3.5.1. Consumo

3.5.2. Hábito

3.5.3. Consumo en riesgo

3.5.4. Consumo problemático

3.5.5. Dependencia

3.6. Prevención del alcoholismo

f.- MARCO TEÓRICO

1. Afrontamiento

1.1 Definición

Lazarus y Folkman (1984) citado por González, (2007, p. 229) definen el afrontamiento 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 para resistir y superar demandas excesivas que se plantean en su acontecer vital, y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación. Considerando especialmente que:

- a) Son esfuerzos cognitivos y conductuales (no solo conductuales).
- b) Son conjuntos de actividades adaptativas cambiantes, que implican esfuerzo; no son rasgos o predisposiciones estables.
- c) No se pueden equiparar con éxito adaptativo. No son a priori estrategias buenas o malas, eficaces o ineficaces. Afrontamiento no es dominio del entorno (Éste no siempre se puede dominar), un afrontamiento puede ser eficaz para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones estresoras y no eficaz para otras situaciones, o para otras personas, o para la misma persona en otro periodo de tiempo.

De manera similar Macías, Madariaga, Marcela, & Zambrano (2013, p. 128) al tratar de conceptualizar al afrontamiento mencionan a Burgos, Carretero, Elkington, Pascual & Lobaccaro 2000:

Como la forma de manejar situaciones que puedan generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. Por tal motivo el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, y en la cual ejerce un efecto de mediación los rasgos de personalidad. (pág.128)

A partir de su trabajo con adolescentes, Frydenberg y Lewis (1993) señalado por Canessa (2002) definen el afrontamiento adolescente como:

Conjunto de acciones cognitivas 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 (p. 255).

1.2 Estrategias de Afrontamiento.

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus “recursos de afrontamiento” (incluyéndose aquí su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo). Es decir, depende de que la persona disponga de tal o tales conductas, estructuradas o no en una “pauta comportamental” (estrategia), dentro de su

repertorio conductual, y además dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente. Los recursos de afrontamiento pueden ser “físicos”, “psicológicos”, “estructurales”, “sociales” y “culturales”. Marín, Pastor, & López (1993, p.p. 352-353)

- f) Los recursos “culturales” tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo.
- g) Los recursos “estructurales” se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social, y a los subsistemas y redes que éste incluye. Tienen que ver igualmente con los compromisos vitales personales, y fundamentalmente consisten en la forma personal de interpretar un papel social (obligaciones de rol y medida en la que el sujeto se considera comprometido con ellas).
- h) Los recursos “sociales” se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés.
- i) Los recursos “psicológicos” se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción, y a los repertorios comportamentales del individuo.
- j) Finalmente, los recursos “físicos” se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de su organismo. Los recursos físicos pueden incluir los recursos materiales se refieren a cosas tangibles como instrumentos y equipo.

El afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos.

Además manifiesta que evidentemente no todos los autores están de acuerdo con este planteamiento, pues hay quien considera que todos los sujetos poseen tendencias a actuar de una determinada manera, no resultando algo totalmente cambiante. (Soriano, Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología , 2002)

1.3 Clasificación

Krzemien, (2005) menciona tres clasificaciones:

1. La mayoría de los teóricos del afrontamiento concuerdan en clasificar tres modalidades del afrontamiento, según esté dirigido a:
 - La valoración -afrontamiento cognitivo-: es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
 - El problema -afrontamiento conductual-: es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
 - La emoción -afrontamiento emocional-: es la regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.
2. Discrimina entre estilo de afrontamiento activo versus pasivo y estilo de afrontamiento adaptativo versus desadaptativo. Existe acuerdo en que las formas activas de afrontamiento se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación. En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas o desadaptativas.
3. Cita a Carver (1997) para afirmar que la clasificación de las estrategias de afrontamiento según nivel de adaptabilidad y dominios conductual, cognitivo y emocional. El uso de estrategias de afrontamiento varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico,

es decir, la percepción del nivel de exigencia o amenaza y del grado de control de la situación por parte del sujeto. Si el evento es apreciado como susceptible de control, se tiende a usar estrategias activas o confrontativas del problema, mientras que si es percibido como no controlable, se tiende a usar estrategias consideradas pasivas y centradas en la emoción.

Según Domench LLoreria (2005, p.p 124-125) cuando los adolescentes se enfrentan a una situación de mucho estrés pueden poner en marcha 18 estrategias de afrontamiento las cuales se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento:

Dirigido a la resolución de problemas. Estas estrategias están dirigidas a modificar la situación problemática para hacerla menos estresante, Están orientadas hacia el manejo de la amenaza o estresor mismo, en forma directa y precisa haciendo lo posible por solucionar o implementar nuevas estrategias de solución como:

- Buscar diversiones relajantes; como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc.
- Esforzarse y tener éxito; Supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor.
- Distracciones físicas; Elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.
- Fijarse en lo positivo; busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado.
- Concentrarse en resolver el problema; son acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación.

Afrontamiento en relación a los demás. Estas están dirigidas a reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional. La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante; sino funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.

- **Buscar apoyo espiritual:** 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:** Consiste en buscar la opinión de un profesional como maestros, terapeutas o una persona competente, invertir en amigos íntimos: Se refiere a la búsqueda de emociones personales íntimas.
- **Buscar apoyo social:** Consiste en una estrategia de compartir los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución.
- **Buscar pertenencia:** Implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que otros piensan.
- **Acción social:** Supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos

Afrontamiento improductivo. Algunos métodos de control son más parecidos a los hábitos que a las habilidades y puede ser perjudicial, en exceso en realidad pueden complicar la situación. Entre las cuales se encuentran:

- **Autoculparse:** Ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.

- Hacerse ilusiones: Estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- Ignorar el problema: Rechazar inconscientemente la existencia del problema.
- Falta de afrontamiento: Incapacidad personal para tratar el problema, desarrollo de síntomas psicósomáticos.
- Preocuparse: Indica preocupación por el futuro y la felicidad futura.
- Reservarlo para sí: Expresa que el sujeto huye de los demás y no desean que conozcan sus problemas.
- Reducción de la tensión: Utilización de elementos que reflejan el intento de sentirse mejor y relajar la tensión (fumar, beber, drogarse).

1.4 Funcionamiento

Domench Lloreria (2005, p. 123) manifiesta que el afrontamiento funciona de dos formas:

En primer lugar, el denominado desafío, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema; la segunda se denomina amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Por lo cual, si el sujeto no dispone de los recursos necesarios o no son suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales están dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que esta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias de afrontamiento empleadas tengan el mismo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la misma.

Por ende, debido a la multiplicidad de cambios y desafíos que el adolescente debe afrontar, pone en funcionamiento un determinado número y tipo de estrategias de afrontamiento, de las que dependerá que pueda adaptarse con éxito a las nuevas situaciones, o que lo haga con el menor coste posible.

1.5 Afrontamiento y adolescencia

Patterson y McCubbin (1987) citado por Domench LLoreria (2005, p. 130) postularon que los adolescentes pueden aprender comportamientos de afrontamiento por, al menos, cuatro medios distintos:

- e) A través de experiencias previas en el afrontamiento de situaciones similares.
- f) A través de la observación de la experiencia ajena, especialmente procedente de modelos familiares.
- g) A través de la observación e inferencia sobre su propia fisiología y vulnerabilidad.
- h) A través de la persuasión social, especialmente la de los padres, compañeros y demás personas relevantes para ellos.

La adolescencia es un período de profundos cambios, marcado por la inestabilidad y la provisionalidad. Esta etapa del desarrollo vital es crucial ya que en ella, en gran medida, se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal adulta. (Garaigordobil, Intervencion con adolescentes: Impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales , 2001)

La adolescencia es una etapa que presenta diversas tareas que podrían convertirse en fuentes de estrés como los problemas vinculados al colegio, incertidumbre respecto al futuro,

dificultades familiares, presión social, problemas relacionados al uso del tiempo libre, a las relaciones amorosas, y a los problemas en relación a sí mismos.. (Solis & Vidal, 2006)

Canessa (2002) Señala fuentes de estrés diferentes según grupos etáreos: los adolescentes tempranos (alrededor de los 13 años) consideran que la familia es la fuente de preocupación más intensa, los adolescentes medios (alrededor de los 15) señalan al grupo de pares como principal estresor y, para los adolescentes tardíos (más de 17 años), las preocupaciones académicas y de futuro son las que generan mayor malestar.

Frydenbeig, (1997) Señala “muchas conductas de riesgo como el consumo de drogas, promiscuidad sexual, violencia y trastornos de alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones”. (p. 13)

2. Adolescencia

2.1 Definición

De acuerdo al Fondo de la Naciones Unidas para Infancia (UNICEF , 2011) definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones, primero, la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida; hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. El segundo factor que complica esta definición, son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas.

Una definición de adolescencia requiere la consideración de la edad y también de las influencias socio-históricas, teniendo en cuenta estas limitaciones, se puede definir a la adolescencia como el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales; a pesar de que las circunstancias culturales e históricas limitan nuestra capacidad de establecer intervalos de edad con exactitud, en la mayoría de culturas actuales, la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finaliza entre los 18 y 22 en la mayoría de los individuos, y los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia Santrock (2003).

Para Zuloaga & Franco (2014) hablar de adolescencia implica referirse a una época de cambios, por lo general bruscos y profundos; la adolescencia es el proceso de transformación del niño en adulto, cuyos cambios (físicos, psicológicos emocionales, sociales) se dan en tantos aspectos y con tal celeridad que nos provocan la sensación de que hay urgencia porque sucedan todos al mismo tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionado por (Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud, s.f.) Define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

2.2 Desarrollo

2.2.1 Físico.

Al final de la infancia y en los primeros años de adolescencia, las hormonas producen un estirón puberal: aumento repentino, irregular y algo impredecible en el tamaño de casi todas las partes del cuerpo, el crecimiento sigue un ordenamiento centrípeto; los dedos de las manos y los pies se alargan antes que las manos y los pies, las manos y los pies antes que los brazos y las

piernas y éstos antes que el tronco; a medida que los huesos se alargan y se calcifican, los niños comen más y aumentan de peso, para proveer de energía para su estirón puberal. El estirón puberal tanto en hombres como en mujeres hace que los órganos internos no sólo crezcan en tamaño sino también en eficiencia, los pulmones se triplican en peso, estos cambios en los pulmones y el corazón aumentan la resistencia física. Berger (2007, p. 439)

El sistema linfático (que incluye las amígdalas y los adenoides)-disminuye su tamaño, lo que hace que los adolescentes sean menos susceptibles a los problemas respiratorios; el asma leve, por ejemplo, a menudo desaparece en la pubertad y los adolescentes tienen menos resfríos que los niños más pequeños. Otro sistema orgánico, la piel acusa caminos pronunciados, y se torna más grasosa, más sudorosa y más propensa al acné. (Ibídem)

Durante la pubertad, niñas y varones notan que el cabello de sus cabezas y el vello de sus miembros se vuelven más gruesos y más oscuros, y que crece vello nuevo en sus axilas, sus rostros y sobre todo sus órganos sexuales. El desarrollo evidente de vello facial y torácico a veces considera un signo de masculinidad, aunque la cantidad de vello depende de los genes y no de la virilidad. Del mismo modo, el vello facial y corporal de una niña refleja los genes, no la feminidad. Berger (2007).

2.2.2 Sexual.

Se denominan caracteres sexuales primarios a aquellas partes del cuerpo que participan directamente en la concepción y el embarazo, durante la pubertad todos los órganos sexuales primarios (vagina, útero, pene, testículos) se agrandan. En las niñas, los ovarios y el útero crecen y el revestimiento de la vagina se hace más grueso incluso antes de que se hagan visibles los signos de la pubertad, estos órganos internos continúan madurando durante toda la pubertad. En

los varones, los testículos comienzan a crecer y, alrededor de un año después, el pene se alarga y el escroto se agranda y se hace colgante; la paternidad es posible una vez que empiezan a funcionar los órganos sexuales primarios. Berger (2007 p. 443)

Además, se producen los cambios en los caracteres sexuales secundarios, que son las características corporales que no afectan directamente la fecundidad pero que indican el desarrollo sexual. Son los siguientes:

- La forma corporal, en la pubertad los varones crecen más en estatura que las mujeres (alrededor de 13 cm en promedio) y se ensanchan sus hombros, las niñas se ensanchan por debajo de la cintura, sobre todo en la pelvis, para prepararse para el embarazo y desarrollan las mamas, para prepararse para la lactancia.
- En ambos sexos el diámetro de la areola (el área oscura que rodea al pezón) aumentan durante la pubertad y los pezones se vuelvan más sensibles.
- La voz, que adopta un tono más grave a medida que crecen los pulmones y la laringe. Este cambio es más notable en los varones, las niñas también adquieren un tono de voz más bajo.
- La “nuez de Adán”, protuberancia visible en el cuello, se hace prominente en los varones.
- El patrón de crecimiento de la línea del cuero cabelludo difiere en los dos sexos pero pocas personas lo notan. (Ibídem)

2.2.3 Cognitivo.

En los primeros años de la adolescencia (10-13 años), la mayoría de los adolescentes piensan mucho acerca de sí mismos; se preguntan cómo los perciben los demás; tratan de reconciliar sus sentimientos conflictivos hacia sus padres, la escuela y los amigos íntimos; piensan en

profundidad (pero no siempre de forma realista) sobre su futuro; reflexionan, en detalle, sobre las experiencias cotidianas; se preocupan acerca de las relaciones con sus pares, sus familias, las escuelas y el mundo. Como ellos se han convertido en ávidos pensadores, están preparados para aprender, aunque ese aprendizaje puede no siempre ocurrir en la escuela. Berger (2007).

Los adolescentes más jóvenes tienden a imaginar lo que los otros pueden estar pensando sobre ellos y luego asumen que esas hipótesis son hechos, aun cuando estas conclusiones estén distorsionadas por la compenetración en ellos mismos, esto se denomina egocentrismo adolescente, los adolescentes se consideran singularmente especiales y muchos más importantes en el plano social de lo que son en realidad, por eso es difícil para ellos imaginar la perspectiva de otro individuo; además hace que el comportamiento de otra persona fácilmente se tome como algo personal, por ejemplo, el ceño fruncido de un extraño o una crítica displicente de uno de sus docentes podría llevar a un adolescente a la conclusión de que “no le agrado a nadie”, y luego deducir “nadie puede quererme” o incluso “no me atrevería a aparecer en público”; las reacciones casuales más positivas-una sonrisa de un vendedor o el fuerte abrazo de un hermano menor- podrían conducir al pensamiento “soy un grande” o “todos me quieren”, son percepciones personales del mismo modo distorsionadas. (Ibídem)

Berger (2007) menciona a Elkind para nombrar a varios aspectos del egocentrismo adolescente:

- Mito de la invencibilidad, la idea de la propia inmunidad de una persona al daño o la derrota; algunos adolescentes están convencidos de que, al contrario de otros mortales, no sufrirán las consecuencias de conducir a altas velocidades, las relaciones sexuales sin protección, el consumo de drogas o la inanición autoinducida, cuando realizan

cualquiera de estas cosas y escapan al daño inmediato, el alivio temporal no los hace sentir afortunados y agradecidos, sino especiales y orgullosos.

- Mito personal, los adolescentes imaginan que sus propias vidas son únicas heroicas o incluso legendarias, el joven individuo se perciba como un ser excepcional, distinguido por experiencias, talentos, perspectivas, y valores inusuales.
- Público imaginario, los adolescentes suelen pensar que sus personas ocupan el centro de la escena, que todos los ojos están puestos en ellos, llevándolos a concluir que las otras personas están intensamente interesadas en ellos como ellos mismos, en consecuencia tienden a fantasear acerca de cómo podrían reaccionar los otros ante su apariencia y conducta.
- Audiencia imaginaria, puede hacer que un adolescente entre en una sala atestada de gente creyendo que es el ser humano más atractivo, podría teñirse el pelo de color fucsia o tocar música a todo volumen para centrar la atención en ellos. También puede ocurrir lo contrario, los adolescentes podrían intentar evitar a todos para que no se noten una imperfección en su mentón o una mancha en su manga.

2.3 Etapas

2.3.1 Adolescencia temprana (11-13 años)

Para Santrock (2003), esta etapa corresponde a grosso modo con los años de enseñanza secundaria obligatoria e incluye la mayoría de los cambios asociados a la pubertad.

Casas & Ceñal, (2005), señalan que la característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por

los cambios físicos; el grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo.

Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”, también, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad, pero sin crear grandes conflictos familiares. (Ibídem)

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito), se vuelven narcisistas y egoístas. Casas & Ceñal, (2005),

2.3.2 Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. Casas & Ceñal (2005)

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque se vuelva a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés, esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas; son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque su aplicación sea variable. Además, tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás

les ocurrirá ningún percance; facilitando comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. (Ibídem)

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación., es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge. Casas & Ceñal (2005)

2.3.3 Adolescencia tardía (17-21 años)

Se refiere aproximadamente a la segunda mitad de la segunda década de la vida, los intereses profesionales, las citas románticas y la exploración de la identidad suele predominar más en la adolescencia tardía que en la temprana. (Santrock, 2003).

Según (Casas & Ceñal, 2005) en la adolescencia tardía el crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue (crisis de los 21), están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño; se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro.

2.4 Predisposición de la adolescencia al consumo de alcohol

La adolescencia es una etapa del ciclo vital especialmente vulnerable a la iniciación al consumo de alcohol puesto que muchos jóvenes no se muestran preocupados por la prevención de enfermedades en el futuro, sino que se plantean sobre todo vivir el presente. Magaña (2003).

Según Jessor, Costa, Kreuger, & Turbin (2006), el contexto evolutivo y social de la adolescencia va a cristalizar unas expectativas hacia el alcohol, que actuarán como predisponentes próximos del consumo; la percepción de una asociación causal entre un comportamiento dado y ciertos resultados conduce a una predisposición.

Como señalan Goldman & Darkes (2004), las expectativas positivas hacia el alcohol incluyen expectativas "de activación" y "de sedación"; las primeras se refieren a la dimensión desinhibidora y facilitadora social de las bebidas alcohólicas, mientras que las segundas hacen referencia a la capacidad ansiolítica de éstas.

La motivación a consumir alcohol estará guiada, pues, por la creencia sobre las gratificaciones que se derivarán de sus efectos psicoactivos y de su significado social, es decir, sobre las consecuencias gratificantes que se derivan de ingerir alcohol Mackintosh, Earleywine, & Dunn (2006).

En este mismo sentido, Cortés, Espejo, Martín, & Gómez-Íñiguez (2010) comprueban que las expectativas que caracterizan el beber abusivo adolescente son experimentar euforia, asumir comportamientos relacionales más arriesgados y sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo.

(Pons & Buelga, 2011) en su estudio citan a Dunn y Goldman (2000); Hipwell (2005), quienes en diversos trabajos de investigación han comprobado que las expectativas positivas están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia.

Pons & Buelga (2011) también mencionan a Pons y Berjano (1999); Randolph, Gerend y Miller (2006); Zamboaga, (2005), los cuales afirman que una vez en el periodo adolescente, las expectativas positivas hacia el alcohol predicen el consumo, en el sentido de que los adolescentes con mayor probabilidad de consumo abusivo son, claramente, los que atribuyen más efectos positivos al alcohol, sin olvidar que según (Allen, 2003) las expectativas de gratificación en los adolescentes ya consumidores están fortalecidas por su propia experiencia de consumo, considerando, obviamente, las gratificaciones psicológicas y relacionales que de él se han derivado.

En la investigación de (Giró, 2007) se recogen las razones que dan los adolescentes abstemios o bebedores muy esporádicos para no consumir, siendo muy poco relevante el miedo a un accidente o a una futura adicción o enfermedad, mientras que el rechazo a la experiencia fisiológica negativa de una borrachera destaca sobremanera sobre cualquier otra razón.

Además, no habrá que olvidar que en la adolescencia lo peligroso supone un reto, de manera tal que aquella conducta que se presenta como arriesgada o peligrosa puede percibirse como más atractiva (Desrichard & Denarie, 2005)

Pons & Buelga (2011) citan a Carroll, Green, Houghton y Wood (2003) y Emler y Reicher, (2005), quienes dicen que, si el adolescente pondera inadecuadamente el riesgo asociado al

consumo de alcohol, lo que está haciendo es minusvalorar sus efectos negativos a medio y largo plazo, y enfatizar la atracción y la gratificación inmediata que posee un comportamiento calificado socialmente como "peligroso"; este proceso no está exento de significados sociales, va oscilando a lo largo del ciclo vital entre la transgresión, la iniciación al mundo adulto y la manifestación de cierto tipo de atractivo personal; de hecho, la reputación ocupa una posición central en la vida de los adolescentes.

Así, para algunos adolescentes, la reputación se relacionará con la realización de ciertas conductas de riesgo, que implican atreverse a hacer algo calificado de peligroso, como el consumo de sustancias así definidas (Buelga & Musitu, 2006)

De acuerdo con Pons & Buelga (2011) quienes en su estudio citan a autores como Pons, Pinazo y Carreras (2002); Zullig, Valois, Huebner, Oeltman y Drane (2001), los mismos que afirman que se ha comprobado que la probabilidad de consumo de alcohol y de cannabinoides se incrementa en aquellos adolescentes con una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones familiares, así como en los que poseen peores recursos de afrontamiento del estrés y dificultades para obtener apoyo afectivo en sus familias

El joven con dificultades en la formación positiva de su autoestima necesitará afirmarse ante el grupo y en el grupo, realizando aquellas conductas que fortalezcan su imagen y des confirmen la inseguridad sentida, un adolescente con baja autoestima y alta necesidad de aprobación estará fuertemente motivado a seguir aquellas conductas que manifiestan sus iguales, con la finalidad de afianzar su integración entre ellos; de este modo, y para este adolescente, el riesgo que para la salud entraña el consumo de tóxicos es menos importante que el riesgo que para la reputación

supondría una conducta abstinentes o moderada, si él pensara que el grupo la atribuyera a falta de decisión.

Son numerosos y graves los efectos del consumo de alcohol en la vida de los jóvenes pudiendo afectar su salud física o psicológica. Asimismo, puede interferir en otros aspectos cruciales como el rendimiento académico, o la propensión a realizar conductas de riesgo tales como mantener relaciones sexuales desprotegidas, la conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas. Cortés, Espejo, & Giménez (2008)

No debemos obviar que el tabaco y el alcohol pueden actuar como facilitadores para una posterior experimentación con marihuana y una posible progresión hacia al consumo de otras drogas ilegales, De acuerdo con este modelo el uso de una droga legal es condición necesaria pero no suficiente para el avance a una etapa posterior (consumo de otras drogas ilegales). No obstante, sugiere que la influencia social de la familia y los iguales tienen mayor relevancia en el consumo en las primeras etapas, mientras que los factores individuales pesan más en las últimas. Kandel (1975)

3. Alcohol

3.1 Definición

Para (Grupo Cultural, S.A., 2004), etanol es el nombre químico que recibe el alcohol, el nombre alcohol se designa genéricamente a toda clase de bebidas espirituosas; después de la cafeína es la droga más popular del mundo, esta sustancia se la considera una droga que debe ser fabricada ya que no se la puede extraer directamente de la naturaleza, surge de la fermentación de productos vegetales.

De acuerdo a Papalia, Duskin, & Martorell (2012) el alcohol es una potente droga psicotrópica con efectos importantes en el bienestar físico, emocional y social y su consumo constituye un problema grave en muchos países.

Según Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, (2009, p. 385) El alcohol etílico o simplemente alcohol, es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales, proceso que puede ser espontáneo, pero que se ve acelerado por la acción, catalítica de una levadura, *Saccharomyces cerevisiae*, presente de forma espontánea o añadida por el hombre con el fin de obtener bebidas alcohólicas, el efecto de la levadura cesa cuando se rebasa una concentración del 10% de etanol, que resulta letal para ella.

La entrada en el organismo humano de cantidades elevadas de etanol produce un desequilibrio metabólico, puesto que el organismo debe destinar recursos para procesar y eliminarlo. El etanol

es una sustancia con unas cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano: (ibídem)

- d. Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo, puesto que el medio interno es fundamentalmente acuoso. Su liposolubilidad, aunque 30 veces menor que su hidrosolubilidad es suficiente para permitirle rebasar las barreras lipídicas que se oponen a su penetración en las estructuras celulares.
- e. Por encima de determinadas concentraciones, que se alcanzan consumiendo cantidades consideradas normales, es directamente tóxico. Su principal metabolito, el aldehído acético o acetaldehído, que se origina, sobre todo, en el hígado, pero también en otros órganos y tejidos, es mucho más tóxico debido a su elevada reactividad química. En su metabolismo el etanol, genera también otros productos muy reactivos e igualmente dañinos.
- f. Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera a través de su metabolismo oxidativo, 7,2 kcal y, aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos clave en la cadena metabólica y altera notablemente el equilibrio bioquímico del organismo.

3.2 Causas de consumo

La etiología es desconocida, las principales causas que propician el alcoholismo son; las costumbres familiares, las presiones personales y sociales, y la publicidad exagerada e insinuante, pero en los jóvenes principalmente lo que causa el tomar, son los amigos; pues existe mucha tensión cuando deseas que tus amigos te acepten. Las hipótesis psicológicas han señalado la frecuente incidencia de ciertos rasgos de personalidad, que incluyen: (1)

cualidades esquizoides (aislamiento, soledad, timidez), (2) depresión, (3) dependencia, (4) impulsividad hostil y autodestructiva y (5) inmadurez sexual. (González C. , 2006.)

3.3 Efectos

Coba & Quintanilla, (2003, p. 13-15) manifiestan que al ingresar al organismo mediante la sangre, el alcohol recorre todo el cuerpo. Este proceso tiene 4 etapas:

Absorción. El alcohol no requiere ser digerido, ya que es absorbido rápida y directamente por la mucosa del estómago y del intestino delgado, la velocidad de absorción, depende, por ejemplo, de la cantidad de alimento que se encuentra en el estómago. La ingestión en ayunas, produce un rápido paso al torrente sanguíneo; mientras que beber inmediatamente después de una comida abundante (sobre todo si es rica en grasa) permite que el alcohol llegue a la sangre lentamente, alcanzando un nivel menor de alcoholemia.

Distribución. El alcohol se distribuye en el organismo mediante la sangre y es absorbido por las células y tejidos de los distintos órganos. Uno de los sistemas más afectados es el sistema nervioso central, que deprime sus funciones.

Metabolización. El hígado metaboliza (desintegra y transforma) alrededor del 90% del alcohol que es absorbido, gracias a la acción de enzimas que lo transforman en anhídrido carbónico y agua; la velocidad de eliminación del alcohol depende, en gran medida, de la función hepática.

Eliminación. El 10% de alcohol restante es eliminado (expulsado) directamente, mediante la exhalación, la orina y en cantidades pequeñas, por la transpiración (piel), las lágrimas y la leche materna.

Para Bernard & Risle (1998) se puede apreciar los efectos que produce el alcoholismo según el tipo:

Esporádico (ocasional): No existen mayores complicaciones que una notoria alegría, chispeante risa y gestos inusuales, otros aspectos destacados son la pérdida de coordinación, perturbaciones en los dominios del intelecto (juicio, memoria), dificultades visuales, irritaciones en el sistema digestivo y mucha sed; por la casi nula costumbre de ingerir alcohol, los efectos pueden ser de duración más prolongada y existir cambios de conducta por encontrarse frente a situaciones no experimentadas con anterioridad.

Desmedido (desmesurado): Pone al individuo en la posibilidad de quedar dependiendo físicamente y es causal de trastornos psíquicos, sociales y físicos importantes como graves consecuencias; por lo general, actúa como elemento disociador al producir acciones de ruptura de relaciones, a nivel familiar y del medio; agudiza los problemas económicos y laborales, además hace perder “estatus” y confianza en sus capacidades

Habitual (crónico): Provoca descuido de presentación (dentadura, vestimenta, aseo), se torna más irritable cuando no encuentra los recursos para satisfacer sus necesidades, provocando problemas de carácter judicial con llegada a delinquir con extremos de causar la muerte a terceros, aparecen perturbaciones médicas (alucinaciones, hemorragias, lesiones múltiples, digestivas, respiratorias, perturbaciones cardíacas) asociado a un cuadro nutricional deficiente. Hay pérdida de vigor para asumir roles que se desempeñan habitualmente (conducir vehículos, practicar deporte, trabajo), entorpecimiento, alteración de la sensibilidad y de las habilidades técnicas, depresión y cese de funciones automáticas.

En un avanzado estado, el alcoholismo puede transportar al individuo a un estado de “delirium tremens”, en el cual se pierde todo sentido del espacio, tiempo y el medio para continuar con el tormento de alucinaciones visuales de terror y espanto, no son pocos los

alcohólicos que se han visto afectados por serias lesiones en su intento de escapar de estas percepciones, ya que su prolongación es por periodos que van de dos días a una semana; lo importante es recurrir a la asistencia especializada con prontitud para evitar consecuencias fatales como la muerte.(ibídem)

El informe ejecutivo de la Comisión Nacional contra Adicciones (2010) cita a Lorenzo (2003) para mencionar la siguiente tabla a cerca de los efectos del alcohol a diferentes concentraciones

CONCENTRACIÓN GR/L	ESTADO CLÍNICO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
0.5 a 1	Euforia	Sociable, desinhibido, disminución de la atención
1 a 2	Excitación	Inestabilidad emocional, aumento del tiempo de reacción
2 a 3	Confusión	Desorientación, mareo, diplopía, hipostesia, incoordinación, ataxia
3 a 4	Estupor	Apatía, incapaz de levantarse, vómitos, incontinencia de esfínteres, adormecimiento.
4 a 5	Coma	Inconsciencia completa, anestesia, abolición de reflejos, hipotensión, hipoventilación, hipotermia
+ 5	Muerte	Paro respiratorio

Lorenzo (2003)

3.4 Consecuencias

3.4.1 Físicos. Jiménez, Pascual, & Flores, (2008) Afirman que las alteraciones físicas relacionadas con un consumo perjudicial de alcohol y con diferentes riesgos en función del sexo, vulnerabilidades individuales, el riesgo cardiovascular y la edad son las siguientes:

- Alteraciones Digestivas. Hepáticas (esteatosis hepática –hepatitis alcohólica – cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y úlceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory – Weiss.

- Alteraciones Musculoesqueléticas. Gota, osteoporosis, miopatía.
- Alteraciones Endocrinas. Hipogonadismo masculino y alteraciones en el ciclo hormonal reproductivo femenino produciendo infertilidad, pseudoCushing y síndrome metabólico
- Alteraciones Cardiovasculares. Arritmias, muerte súbita, fibrilación atrial, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular (ACV), cardiomiopatía.
- Alteraciones Respiratorias. Neumonía y tuberculosis. La comorbilidad entre el consumo de alcohol y el tabaco, se relaciona con alteraciones respiratorias y, en especial, con el cáncer de pulmón.
- Alteraciones Metabólicas. Hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipidemia.
- Alteraciones Hematológicas. Anemia con macrocitosis, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.
- Alteraciones Neurológicas. Crisis convulsivas, neuropatía periférica (que afecta principalmente a las piernas), alteraciones cerebelosas, ambliopía y encefalopatía alcohólica.
- Alteraciones Cutáneas. Psoriasis, eczema
- Traumatismos. Incrementa de una forma dosis dependiente el riesgo de acudir a urgencias. Las alteraciones en el nivel de conciencia provocadas por el consumo de alcohol pueden crear complicaciones en las intervenciones quirúrgicas de urgencia incrementando el riesgo de muerte.
- Cánceres. Incrementa el riesgo de padecer cánceres en la boca, esófago, laringe, hígado y mama (en mujeres; sobre todo si tienen antecedentes familiares de neoplasia de mama y/o tratamientos hormonales sustitutorios) y, en menor medida, aumenta también el riesgo de padecer cánceres de estómago, colon y recto.

3.4.2 Neuropsiquiátricas. Jiménez et al. (2008) mencionan a las siguientes alteraciones neuropsiquiátricas:

- Trastornos Psicóticos. Alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia.
- Trastornos del Comportamiento. Intoxicación patológica.
- Trastornos del nivel de Conciencia. Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.
- Trastornos Cognitivos. Amnesia (episódica o persistente como en el Síndrome de Korsakoff), deterioro cognitivo y demencia (tóxica alcohólica o por déficit vitamínico). Atrofia cerebral, más intensa en los lóbulos frontales, detectable a través de pruebas de neuroimagen, se asocia a las alteraciones cognitivas y es parcial o totalmente reversible si la persona mantiene la abstinencia de alcohol durante un periodo prolongado de tiempo. El consumo de alcohol durante la adolescencia puede alterar el desarrollo cerebral y en especial afectar al hipocampo, estructura fundamental en los procesos de memorización y aprendizaje.
- Suicidio. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida
- Comorbilidad psiquiátrica. Trastornos psiquiátricos, sobre todo con los trastornos afectivos, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad.

3.4.3 Sociales. Durante los estados de intoxicación aguda se produce una desinhibición de respuestas sexuales y agresivas, con más probabilidades de tener relaciones sexuales no planificadas, un mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (SIDA, hepatitis víricas), mayores tasas de violencia (violación, agresión, homicidios, robo con lesiones, violencia doméstica, abuso sexual de niños etc.) y comportamientos más desadaptados; la

agresividad, debido a la intoxicación alcohólica aguda puede dirigirse también contra uno mismo, llegando a producir autolesiones e incluso suicidio. Jiménez et al. (2008)

3.4.4 Familiar. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la aparición del maltrato familiar, incesto y aumenta el riesgo de separación y divorcio. Existe una relación directa entre los niveles de consumo de alcohol y la gravedad del acto violento cometido. Jiménez et al. (2008)

3.4.5 Laboral. El consumo abusivo de alcohol aumenta las tasas de absentismo, bajo rendimiento y accidentes laborales, existe una clara relación entre el consumo de alcohol y un mayor riesgo de accidente laboral. Jiménez et al. (2008)

3.4.6 En los adolescentes.

Las consecuencias para la población adolescente debido a los diferentes niveles de participación de alcohol son las siguientes: (Psicología y ciencia, 2015)

- Cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta cinco veces la probabilidad de que se genere una adicción
- Tienen un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.
- Están más expuestos a iniciar una actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados; de igual modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.
- Son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema con el alcohol

- El consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado a muertes por suicidio y accidentes de tránsito.
- El alcohol al ser un depresor del sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).
- El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.
- El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de otras sustancias adictivas.
- Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia, como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad, pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas.
- El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años.

Según (Espada, Mendez, Griffin, & Botvin, 2003), es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo (...) no obstante considera que las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, la

intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.

- Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar.
- Sexo no planificado
- Accidentes de tráfico: el riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.
- Alcohol y consumo de otras drogas: Espada, Mendez, Griffin, & Botvin (2003) en su investigación denominado “Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas” cita a Arévalo et al. (1997) y Comas (1990), quienes consideran al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias, generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales, siendo una cadena habitual: alcohol → tabaco → cánnabis → otras drogas ilegales.

3.5 Niveles de participación.

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida. Desde una perspectiva cultural, no cabe ninguna duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera como abuso; mientras que fumar hachís se acepta, por ello, analizar el consumo de las drogas desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil. Lorenzo, Ladero, & Leza, (2009, p. 3)

3.5.1 Consumo. Para Lorenzo et.al (2009, p.4) el uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social: es decir, el término uso indica, sencillamente, consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares. etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

Barlow & Durand (2003, p. 360) afirma que “el consumo de sustancias es la ingestión en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo u ocupacional”.

(Naciones Unidas, 2002) el uso de drogas parece ser más bien el resultado de factores sociales, de relación y ambientales, mientras que el uso indebido de drogas parece ser una función de factores biológicos, psicológicos y psiquiátricos, los factores de riesgo del uso de drogas no predicen necesariamente la transición al uso indebido de drogas, la adicción o los trastornos. Entre los factores de riesgo del uso y el uso indebido de drogas figuran los siguientes:

Factores de riesgo en los niveles de iniciación y participación baja

1. Algunos problemas de comportamiento”, “mala” conducta.
2. Amigos con problemas de comportamiento.
3. Amigos que utilizan drogas, en particular amigos con problemas de comportamiento; influencia de pares que alientan y facilitan el uso de drogas.
4. Disponibilidad de drogas.
5. Actitudes no convencionales; rebeldía.
6. Escasa participación en instituciones orientadas hacia los valores tradicionales (por ejemplo, la familia, las instituciones religiosas, la escuela).

7. Bajo nivel de logros académicos.
8. Falta de buenas relaciones (y de amistad) con los padres, o padres con problemas; ejercicio deficiente de la paternidad.

Factores de riesgo del uso indebido y la adicción

1. Múltiples factores de riesgo.
2. Problemas de comportamiento múltiple y/o grave.
3. Comienzo o iniciación en el uso de drogas a edad temprana.
4. Alta frecuencia de uso de drogas.
5. Uso indebido de sustancias o comportamiento antisocial de los padres; uso indebido de drogas por los hermanos.
6. Historial de psicopatología en la familia.
7. Familias severamente desorganizadas y/o disfuncionales, incluidos los divorcios sumamente problemáticos.
8. Factores relacionados con la disfunción neurobiológica.
9. Algunas psicopatologías: trastornos de personalidad antisocial, trastornos de la conducta y comportamiento criminal; trastornos afectivos, incluida la depresión, los trastornos bipolares, los trastornos de la ansiedad (en particular, los trastornos producidos por tensiones postraumáticas).
10. Problemas graves de comportamiento o de conducta en la infancia que comprenden la agresividad, la simulación de actitudes y un alto nivel de actividad en la infancia
11. Psicopatologías múltiples, es decir, más de un trastorno psiquiátrico infantil, en particular una combinación de internalización y externalización de trastorno.

12. Dificultades para autorregular la excitación emocional o del comportamiento (incluida posiblemente la búsqueda de sensaciones), actitudes impulsivas y trastorno de la concentración si van unidas a un trastorno de la conducta o a la agresividad; déficit de las funciones ejecutiva y cognitiva regulación de los afectos que también pueden ser condiciones para la predisposición.
13. Experiencias traumáticas, incluidos el abuso físico y sexual en la infancia, particularmente si la experiencia tiene como consecuencia un trastorno de tensión postraumática.
14. Otros factores: en general, funcionamiento deficiente y dificultades para hacer frente a situaciones, aislamiento social, dificultades interpersonales.

3.5.2 Hábito. Sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos, existe un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa, no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue, la búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Lorenzo et.al (2009, p.4)

3.5.3 Consumo en riesgo: Dado que el daño producido es, en general, directamente proporcional al nivel de consumo, no existe un nivel exento de riesgo. Se considera consumo de riesgo aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero si riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Rosón (2008)

Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo, aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones un consumo

diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume. (Ibídem)

La recomendación de la OMS y los niveles considerados de riesgo son para mujeres y personas mayores de 65 años >17 UBEs por semana o más de 3 UBEs por ocasión de consumo; para hombres >28 UBEs por semana o más de 5 UBEs por ocasión de consumo. Este último patrón se denomina binge drinking en la literatura anglosajona y se ha propuesto el término de consumo concentrado episódico. Rosón (2008)

Se debe destacar que estos límites no se aplican a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej., conducción) o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes mellitus, hepatitis C, etc.). (Ibídem)

3.5.3 Hábito. Sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos, existe un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa, no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue, la búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Lorenzo et.al (2009, p.4)

3.5.4 Consumo problemático. Aquellas personas que a causa de su consumo de alcohol presentan algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Incluye a todos los individuos que presentan síndrome de abstinencia al no consumir (Grupo Cultural, S.A., 2004).

Según el Real Colegio de Psiquiatras británico mencionado por Lorenzo et.al (2009, pág.5) el abuso se define como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”.

Además, este mismo autor cita a la OMS para encerrar cuatro criterios diferentes:

5. Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado. Por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etcétera.
6. Uso peligroso: indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
7. Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas: por ejemplo, en ancianos, niños, mujeres embarazadas (para el feto), mujeres en período de lactancia (para el lactante), etcétera.
8. Uso que provoca una disfunción: describe un “patrón desadaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social.

Esta acepción de abuso es equiparable con el de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (APA, American Psychological Association, 2001), criterios para diagnosticar un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas:

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los apartados siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o bajo rendimiento relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con el cónyuge acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

El abuso, que de por sí tiene implicaciones médicas y sociales por sus consecuencias adversas recurrentes y significativas, es una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente paso que es la dependencia. No obstante, bastantes consumidores pueden mantener un patrón de “simple”

abuso durante largo plazo que parece tener relación con características de las personas (psicológicas y psicopatológicas).

El sistema Clasificación internacional de enfermedades CIE 10, (OMS, Organización Mundial de la Salud, 1992), no recoge esta terminología como tal y define, en su lugar, consumo perjudicial como aquella “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud) “. Los criterios que se señalan para su diagnóstico son:

- a) Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento laboral, etcétera).
- b) Lo anterior o la reprobación por terceros no es, por sí solo, suficiente para este diagnóstico.
- c) Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerarlas “daño de salud”.
- d) No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.

3.5.5 Dependencia. Se destaca, desde la OMS y la APA, que la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra superditada, controlada, en definitiva, esclavizada por la sustancia psicoactiva; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto. Clásicamente, se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social. Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente:

“obtener y consumir la droga” y no pueden considerarse como parcelas separadas, sino complementarias e interactuantes en una misma persona. Lorenzo et.al (2009, pág. 6)

El sistema CIE-10 define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
- b) Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- c) Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
- d) Las recaídas, después de un periodo de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y da las siguientes pautas diagnósticas:

“Si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo o compulsión de consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.
3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

6. Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia”.

Por su parte, el sistema DSM-IV-TR hace la siguiente descripción de la dependencia de sustancias psicoactivas. Se trata de “un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los apartados siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia

b) Se toma la sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. e., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. el., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)".

3.6 Prevención del alcoholismo.

La prevención del alcoholismo debe iniciarse en la adolescencia o incluso antes; para fomentar la abstinencia alcohólica es fundamental la actitud de la familia del menor; así, hay padres que no quieren que sus hijos beban pero consumen bebidas alcohólicas con frecuencia en presencia de sus hijos, o hacen comentarios sobre "cuánto bebían de jóvenes". Esta conducta pro-alcohol puede hacer que el joven considere que el consumo de alcohol es algo normal y deseable en algunas ocasiones (por ejemplo cuando se está con amigos). (Fernández, pág. s.f)

En segundo lugar, es preciso informar al adolescente sobre las consecuencias reales del alcohol. Afortunadamente cada vez son más los jóvenes que conocen los efectos del alcohol y las graves consecuencias que puede tener sobre su salud y su calidad de vida, pero si no se acompaña de medidas efectivas de prevención, la información no es suficiente. (Ibídem)

Un tercer pilar fundamental para evitar la adicción, será dotar al adolescente de las estrategias necesarias para eliminar los factores de riesgo que le pueden inducir a consumir alcohol, como mejorar su autoestima y sus habilidades sociales; será fundamental también ayudar al joven a soportar la presión del grupo y mostrarle formas alternativas de diversión. (Fernández, pág. s.f)

En esta línea, la FAD (Prevención de Ayuda Contra la Drogadicción) ha desarrollado un programa de prevención del alcoholismo desde el ámbito familiar. Sus objetivos son desarrollar una visión adecuada del uso y abuso del alcohol, y proporcionar estrategias de intervención que ayuden a los padres a prevenir el consumo de alcohol en el ámbito familiar. (Ibídem)

El conocimiento de las variables y de los mecanismos que conducen al consumo de alcohol y otras drogas es una información útil para elaborar programas de prevención. Así, una intervención dirigida a aumentar la competencia personal mediante entrenamiento asertivo puede tener efectos beneficiosos sobre varios factores psicológicos, por ejemplo, adquirir habilidad para rechazar ofrecimientos de bebida y mejorar la autoestima, son factores que protegen del abuso de sustancias Espada, Mendez, Griffin, & Botvin (2003).

El Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia (2012) menciona las siguientes reglas para la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia dirigidas a los padres

- Dialogar con los hijos aprovechando los momentos en que estos estén predispuestos.
- Tener ocios y aficiones comunes.
- Tener un proyecto y unos objetivos educativos individuales para cada hijo.
- Transmitir valores.
- Transmitir las tradiciones y valores propios de la cultura de los padres.
- Promover la sobriedad en el uso del dinero.

- Ofrecer un modelo adecuado mediante las propias conductas de los padres.
- Conocer a sus amigos ofreciendo en la medida de lo posible la propia casa para que se reúnan allí.
- Mantener unos límites razonables pero firmes en los horarios de salida.
- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y reprobar las que no lo merezcan, pero siempre señalando los hechos concretos y sin descalificaciones personales.
- Promover la autonomía y la responsabilidad de una forma prudente y progresiva.
- Dedicar tiempo de calidad y específico para cada hijo.

g.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estrategias de afrontamiento	Son 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 (Lazarus y Folkman, 1984).	Psicosocial	Clasificación de la estrategias de afrontamiento	Dirigido a la resolución de problemas Afrontamiento en relación a los demás Afrontamiento improductivo
Adolescencia	la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años (OMS).	Biopsicosocial	Desarrollo de la adolescencia	Físico Sexual Cognitivo
Alcohol	Sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales, con unas cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano (Lorenzo, 2009)	Biopsicosocial	Existencia de consumo	No consumo Consumo

h- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte transversal ya que la aplicación de reactivos evaluara las variables, utilizará datos numéricos para la respectiva tabulación y describirá-analizara las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas en los adolescentes que no consumen y los que consumen alcohol, además se realizará en período de tiempo dado (marzo-junio 2016).

ÁREA DE ESTUDIO

Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. N° de estudiantes: 708

POBLACIÓN

Universo. Para la presente investigación se tomará en cuenta a los estudiantes de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo. N° de estudiantes: 399

Muestra. Se realizará un tipo de estudio no probabilístico ya que sesgaré la muestra debido a que existe un número considerable de estudiantes en la institución educativa, por tal razón el rector de dicho plantel no permite aplicar a todos los paralelos, por ello tomando en cuenta el criterio de la investigadora, el estudio se realizara en estudiantes de 16 y 18 años de paralelos

tomados al azar ya que considero a la adolescencia donde mayormente se dan conductas de riesgo como el consumo alcohol que podrían responder a la incapacidad para afrontar sus preocupaciones cotidianas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes que se encuentren matriculados, asistiendo al Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo y están presentes en la aplicación de reactivos.
- Alumnos que presenten el consentimiento informado firmado por sus representantes o tutores legales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que presenten cualquier tipo de trastorno mental (neurótico y psicótico).
- Criterios de salida (encuestas mal llenadas o incompletas)

PROCEDIMIENTO

- Se considerarán procedimientos éticos para la investigación, para lo cual se solicitará a las autoridades del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo la autorización para realizar la investigación de campo.
- Se explicará a los estudiantes acerca del objetivo de la investigación y los reactivos a ser aplicados.
- Se presentará el consentimiento informado a los estudiantes y a sus representantes con la capacidad de libre elección de participar o no en la investigación.

- Se aplicará la Escala de afrontamiento para adolescentes (ASC) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT a los y las estudiantes que hayan sido autorizados por sus padres o representantes legales.
- El análisis de datos se presentará en porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel, para la elaboración de gráficas, y Power Point para la sustentación de la investigación.
- Los resultados serán devueltos a las autoridades de la institución para que realicen acciones de prevención con el fin de establecer el bienestar de la comunidad educativa.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para alcanzar los objetivos planteados se utilizarán los siguientes instrumentos:

Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ASC).

Descripción.

Realizada Fydenberg Lewis, 1996, versión española editada por TEA (1997); estos autores afirman que es posible hacer una distinción general entre el afrontamiento general y el específico, es decir, el modo con que la persona encarna cualquier situación (general) y afronta una problemática particular (específica). En sus investigaciones identificaron 18 estrategias de afrontamiento utilizadas frente a los problemas las cuales están agrupadas en tres estilos básicos.

Dirigido a la resolución del problema

Calificación de ítems

Dr: Buscar diversiones relajantes

17-53

Es: Esforzarse y tener éxito

3-21-39-73

Fi: Distracción física

18-36-54

Po: Fijarse en lo positivo

15-33-51-57-69

Rp: Concentrarse en resolver el problema

2-20-30-38-56-72

Afrontamiento en relación a los demás

Ae: Buscar apoyo espiritual	14-50-68
Ai: Invertir en amigos íntimos	41-42-59
Ap: Buscar apoyo profesional	16-34-52-70
As: Buscar apoyo social	1-19-32-46-55
Pe: Buscar pertenencia	6-24-60
So: Acción social	10-23-28-64-67-71
Afrontamiento improductivo	
Cu: Autoinculparse	9-12-27-48-66
Hi: Hacerse ilusiones	7-25-43-61-77
Ip: Ignorar el problema	8-11-29-47-65
Na: Falta de afrontamiento	26-44-45-62-63-76-78-79
Pr: Preocuparse	4-22-40-58-74
Re: Reservarlo para sí	13-31-49
Rt: Reducción de tensión	5-35-37-75

Estructura Conceptual de las Sub-Escalas de Afrontamiento

- Acción social (So): Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
- Autoculparse (Cu): Incluyen conductas que indican que el sujeto se ve como culpable o responsable de su problema o dificultad
- Buscar apoyo espiritual (Ae): Compuesto por elementos que reflejan una tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.
- Buscar apoyo social (As): Incluye elementos que indican una inclinación a compartir el problema con los demás y conseguir ayuda para afrontarlo.
- Buscar ayuda profesional (Ap): Denota el uso de consejeros profesionales como un maestro o un psicólogo.

- Buscar diversiones relajantes (Dr): Incluye elementos que describen situaciones de ocio y relajantes tales como la lectura o la pintura.
- Buscar pertenencia (Pe): Indica un interés por las relaciones con los demás en general y más específicamente por lo que los otros piensan de uno.
- Concentrarse en resolver el problema (Rp): Es la estrategia que se dirige a abordar el problema sistemáticamente y que tiene en cuenta diferentes puntos de vista u opiniones de solución.
- Distracción física (Fi): Consta de elementos que describen la dedicación al deporte, el esfuerzo físico y mantenerse en forma.
- Esforzarse y tener éxito (Es): Se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.
- Falta de afrontamiento (Na): Se compone de elementos que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema.
- Fijarse en lo positivo (Po): Se caracteriza por elementos que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.
- Hacerse ilusiones (Hi): Consta de elementos que están basados en la esperanza y la expectativa de que todo tendrá un final feliz.
- Ignorar el problema (Ip): Agrupa los elementos que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.

- Invertir en amigos íntimos (Ai): Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo íntimo.
- Preocuparse (Pr): Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o más en concreto preocupación por la felicidad futura.
- Reducción de la tensión (Rt): Se caracteriza por elementos que reflejan el intento por sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión.
- Reserva para sí (Re): Está representada por elementos que indican que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.

Corrección e interpretación.

La Escala ASC forma general consta de 79 de tipo cerrado que se evalúan en una escala Likert de 5 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; 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia). Los elementos en blanco se puntuaran como 3 para una menor distorsión de los resultados. La puntuación total se ajustará a un coeficiente de corrección en función del número de elementos de cada una de las sub-escalas.

1 (As)	*4
2 (Rp)	*4
3 (Es)	*4
4 (Pr)	*4
5 (Ai)	*4
6 (Pe)	*4

7 (Hi)	*4
8 (Na)	*4
9 (Rt)	*4
10 (So)	*4
11 (Ip)	*5
12 (Cu)	*5
13 (Re)	*5
14 (Ae)	*5
15 (Po)	*5
16 (Ap)	*5
17 (Dr)	*7
18 (Fi)	*7

Una vez ajustadas las mismas, los resultados pueden interpretarse de la siguiente manera:

Puntaje 20-29: Estrategia no utilizada.

Puntaje 30-49: Se utiliza raras veces.

Puntaje 50-69: Se utiliza algunas veces.

Puntaje 70-89: Se utiliza a menudo.

Puntaje 90-105: Se utiliza con mucha frecuencia.

Para identificar las estrategias de afrontamiento en los adolescentes en esta investigación se utilizará los parámetros indicados por el autor.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT.

Descripción.

Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Su validez y confiabilidad se ha establecido en poblaciones diversas, incluyendo a los estudiantes universitarios de diversas partes del mundo. El cuestionario posee 10 preguntas, cada interrogante tiene de tres a cinco posibles respuestas, cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos.

Corrección e interpretación.

La sumatoria de los puntos de cada respuesta da un puntaje total con un máximo posible de 40 puntos. Los resultados que se pueden obtener son los siguientes:

De 0: no consume

De 1 a 7: indica un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

De 8 a 15: indica un Consumo en Riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva.

De 16 a 19: indica “Beber Problema” o Consumo perjudicial, corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica

20 o más: Orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia, se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad.

De acuerdo al criterio de la investigadora para conocer la existencia del consumo de alcohol en los adolescentes se utilizará la puntuación de 0 para determinar el no consumo de alcohol y a partir de 1 como consumo.

j- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**RECURSOS HUMANOS**

Tesista

Director/a de tesis

Alumnos de 16-18 años del Colegio Nacional Mixto Adolfo Valarezo

RECURSOS MATERIALES

Materiales de oficina	100
Reproducción de instrumentos	100
Reproducción y compra de material bibliográfico	200
Trasporte	100
Internet	130
Digitación e impresión de textos	120
Anillados y empastes	80
Imprevistos	60
TOTAL	890

k.- BIBLIOGRAFIA

- Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: Vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use*, 8, 42-46.
- APA, American Psychological Association. (2001). *Manual de Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Washinton: Elsevier Masson.
- Barlow, D., & Durand, M. (2003). *Psicopatología*. Mexico: Thomson.
- Berger, S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamerica.
- Bernard, I., & Risle, M. (1998). *Manual de Orientación*. Chile: S.E.
- Buelga, S., & Musitu, G. (s/f de s/f de 2006). *Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sofia/preventionconduitesRennes.pdf>
- Bulacio, J. M. (2006). *Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica*. Obtenido de Fundacion Iccap. Ciencias Cognitivas aplicadas: www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid : España Ediciones .
- Cadena Agroindustrial. (2004). El producto y el entorno internacional. En c. Agroindustrial, *Etanol* (pág. 5). Nicaragua: IICA.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Universidad de Lima*, 195, 233.
- Casas, J., & Ceñal, M. (2005). *Desarrollo adolescente: aspectos físicos, psicologicos y sociales*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- CCN. (25 de mayo de 2012). *CNN México*. Obtenido de <http://cnnespanol.cnn.com/2012/05/25/una-de-cada-10-personas-en-latinoamerica-tiene-dependencia-al-alcohol/>
- Coba, J. N., & Quintanilla, R. (2003). *Prevención del alcoholismo y la drogadicción*. Bogotá: San Pablo.Salare.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comisión Nacional contra Adicciones. (2010). *Informe Ejecutivo*. Mexico .

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Obtenido de Prevención del Consumo de Drogas :
<http://www.devida.gob.pe/2014/12/manual-para-la-prevencion-del-consumo-de-drogas/>
- CONSEP. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12-17 años*. Recuperado el 07 de 12 de 2015, de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-a%C3%B1os.pdf>
- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B., & Gómez-Íñiguez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22, 363-368.
- Cortés, M., Espejo, B., & Giménez, J. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con el botellón. *Psicothema*, págs. 396-402.
- Desrichard, O., & Denarie, V. (s/f de s/f de 2005). *Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking*. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.529.3001&rep=rep1&type=pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (s.f.). *Dirección Corporativa de Administración. Subdirección de Servicios de Salud*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de Adolescencia. PEMEX.:
<http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (s.f. de s.f. de s.f.). *PEMEX*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Domench Lloreria, E. (2005). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Bella Terra, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Dulanto, E. (1989). *El Adolescente*. México: MCGRAW-HILL Interamericana.
- Escobar, R. (1992). *El crimen de la droga*. Buenos aires: Universidad.
- Espada, J., Mendez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Fernández, V. (s.f.). *Web. Consultas. Tu centro médico online*. Recuperado el 23 de febrero de 2016, de Alcoholismo: <http://www.webconsultas.com/alcoholismo/prevencion-del-alcoholismo-3053>
- Fondo de la Naciones Unidas para Infancia UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades*. UNICEF.

- Frydenbeig, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres.
- Gaeta, M., & Pilar, M. (2009). Estrés y adolescencia: Estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Humanidades*, ISSN:1137-8417, pp. 327-344.
- Gambers, H., & Gonzalez, E. (2005). *¿Sobre que deciden los adolscentes? Infancia y aprendizaje*. S.E.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervencion con adolescentes: Impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales . *Psicología Conductual*, 222.
- Garaigordobil, M. (s.f.). *Evaluación psicológica, concepto, historia y modelos* . Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwja4sGNttfOAhVHKx4KHWK3B0oQFghHMAc&url=http%3A%2F%2Fwww.sc.ehu.es%2Fptwgalam%2Fmateriales_docentes_evaluacion%2Ftransparencias%2FT.1.%2520Concepto.PPT&usg=AFQjCNEgWrWn
- Garibaldi Alvarado, S. (1994). *Jovenes y drogas*. Distrito federal mexico.: Procuraduria general de la república.
- Gaspar, C., & Martínez, K. (2008). Situaciones de consumo y afrontamiento en adolescentes consumidores de alcohol. *Investigación y ciencia. Redalyc.*, Número 41, (47-52). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67404108>.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Goldman, M. S., & Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.
- Gómez, J., Luengo, Á., Romero, E., & Villar, P. y. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>.
- González, C. (2006.). *Alcoholismo*. Tesis de médico cirujano. Universidad Veracruzana. Xalapa. México.
- González, M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicologica*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Grupo Cultural, S.A. (2004). *Las Drogas, Educación y Prevención*. Madrid: Cultural.
- Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia. (19 de Diciembre de 2012). *Prevencion del consumo de alcohol en adolescentes*. Obtenido de Revista. Pediatría. Atención Primaria : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3i rEC

- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la adolescencia*. MEXICO: Trillas.
- Hawkins, D., Catalano, R., & Janet, M. (1992). *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention*. Cop\right 1992 the American Psychological Association. Obtenido de <https://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Hoffman, J., & Johnson, R. (1998). A national portrait a family structure and adolescent drug use . *Revistas indexadas integral* , 60, 633-645.
- Horton, P. B., & Hunt, C. L. (1968). *Sociología*. Madrid: Castilla.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. ESPAÑA: Paidós.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (Septiembre de 2004). *Como prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Jessor, R., Costa, F. M., Kreuger, P. M., & Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67.
- Jiménez, M. Á., Pascual, F., & Flores, G. y. (2008). Alcoholismo. *Guías Clínicas socidrogalcoholL basadas en la evidencia científica*.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, págs. 912-91.
- Krimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: Una transición al desarrollo*. Barcelona : Ariel. Psicología.
- Krzemien, D. (09 de febrero de 2005). Estilo de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento.
- Linage, M., & Lucio, M. (2012). Asociación entre Consumo de Sustancias y Estrategias de Afrontamiento en jóvenes. *Redalyc. vol. 4 num. 1. DOI: 10.5460/jbhsi.v4.1.32971. Pp. 55-66*, https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjW_tSOrsLOAhXK4CYKHARXCFkQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.una.mx%2Findex.php%2Fjbhsi%2Farticle%2Fdownload%2F32971%2Fpdf&usg=AFQjCNFhfYp_C7NzPtpQzbkqadlPrYA.
- Llanesa González, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicologica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Llorens, N., Perello, M., & Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones* , Vol. 16. Núm. 4. Págs. 261-266. Recuperado el 20 de enero de 2016, de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>

- Llorens, N., Perello, M., & Palmer, A. (2004). *Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis*. Recuperado el 20 de enero de 2016, de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>
- Llull, D. M., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Scielo*, 175-176.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Panamericana.
- Macías, M., Madariaga, C., Marcela, V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, vol. 30, núm. 1.
- Mackintosh, A. M., Earleywine, M., & Dunn, M. E. (s/f de Septiembre de 2006). *Alcohol expectancies for social facilitation: A short form with decreased bias*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/7410592_Alcohol_expectancies_for_social_facilitation_A_short_form_with_decreased_bias
- Magaña, M. (2003). La adolescencia hoy. *Anales de pediatría*.
- Marín, R., Pastor, M. A., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicoterma*, vol 5. ISSN 0214- 9915.
- Medina, M., Galvan, F., & Tapia, R. (11 de ABRIL de 2001). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta nacional de adicciones de 1998. *Salud Publica de Mexico*, 45. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Moysén, A., Garay, J., Esteban, De la luz, J., & Peña, G. (2011). Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Disponible en www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1173/.
- Muñoz, A., & Arellanez, J. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, ISSN: 2007-1833, pp. 1-20.
- Naciones Unidas, O. c. (2002). *Boletín de estupefacientes. La ciencia de la epidemiología del uso indebido de drogas*. Viena.
- Ocio, S. (30 de Marzo de 2012). Obtenido de Psicoeducación: www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf
- OMS. (2015). *Alcohol*. Recuperado el 07 de 12 de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

- OMS Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud*. Ginebra: Recuperado de:
http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=226.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1992). *Decima Revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill Education.
- Paz Navarro, L. d., Rodríguez Roldán, P. G., & Martínez González, M. G. (10 de abril-junio de 2009). *Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la Universidad de Guadalajara*. Obtenido de
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%
- Pons, J., & Buelga, S. (s/f de Abril de 2011). *factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica*. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008
- Psicología y ciencia. (17 de MAYO de 2015). *¿Que es alcoholismo?* Recuperado el 21 de Febrero de 2016, de <http://psicodesarrollo.blogspot.com/2015/05/que-es-el-alcoholismo-tipos-consecuencias-del-alcohol.html?sref=fb>
- Quiroz, N., Villatoro, V., Juárez, G., Gutiérrez, L., Amador, B., & Medina, I. (2007). LA FAMILIA Y EL MALTRATO COMO FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA ANTISOCIAL. *MEDIGRAPHIC*, 47-54.
- Rocha, M. (s.f.). *Psicología e Intervención psicológica*. Recuperado el 19 de Agosto de 2016, de Fases de la terapia: <https://miriamrochadiaz.wordpress.com/la-terapia/fases-de-la-terapia/>
- Rosón, B. (2008). *Sociedad Galena de Medicina Interna*. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica.: <http://galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: MC graw-hill.
- Sanz de Acedo, M., Ugarte, M., & Lumberras, D. (2003). Desarrollo y validación de un cuestionario de metas para adolescentes. *Psicoterma*, 15 (3), 493, 499.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Piramide.

- Shaffer R, D. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. Universidad de Georgia: International Thomson Editores.
- Siise-Siniñez, v. 2. (1998). *Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos*. Obtenido de Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/ecuador/iinfa/adoles.pdf>
- Solis, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 37.
- Soriano, J. (Julio de 2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología*. Obtenido de Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento.
- Soriano, J. (Julio de 2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología . Obtenido de REFLEXIONES SOBRE EL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO .
- Torres, J. (s.f.). *Help Adicciones*. Recuperado el 2016 de agosto de 15, de Centros especializados en trastornos adictivos : <http://www.helpadicciones.com/la-importancia-de-la-prevencion-del-consumo-de-drogas-en-la-adolescencia>
- Torres, M., & Fornis, M. (2004). *Evaluación psicológica. Modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.
- Treto, A. (2009). Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico. (tesis de maestría). Santa Clara: Universidad Central de las Villas .
- UNODC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Estandares Internacionales en la Prevención de Drogas*.
- Usieto, E. G. (2003). *Manual set de alcoholismo*. Madrid: Panamericana.
- UTPL, U. T. (noviembre de 2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Recuperado el 30 de 12 de 2015, de http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf
- UTPL, Universidad Técnica Particular de Loja. (noviembre de 2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Recuperado el 30 de 12 de 2015, de http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf
- Veloso, C., Caqueo A, W., Caqueo U, A., Muñoz, Z., & Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Scielo*, Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100003.

Vidal, M. (2011). *Reeduca.com*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de El portal de recursos de Psicología, educación y disciplinas afines: <http://reeduca.com/definicion-entrevista.aspx>

Zuloaga, J., & Franco, N. (2014). *Adolescencia: una guía ara padres*. Palibrio.

Zurita, F., & Alvaro, J. (2014). *Salud y drogas*. Recuperado el 11 de 2 de 2016, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/214-337-1-PB.pdf>

Anexo 8

Certificado de la traducción del Resumen



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES QUE NO COSUMEN Y LOS QUE CONSUMEN ALCOHOL DE 16-18 AÑOS DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO ADOLFO VALAREZO"*, autoría de la alumna Alicia Soraya Ogoño Aguinsaca, egresada en la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 20 de enero de 2017


Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

