

Lic. Enf. Ma. Guadalupe
Perea Ortiz

**AUTOESTIMA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL
ADOLESCENTE ANTE LAS DROGAS**

2012



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

**AUTOESTIMA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL
ADOLESCENTE ANTE LAS DROGAS**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener

el grado de

Maestra en Ciencias en Enfermería

Presenta

Lic. Enf. Ma. Guadalupe Perea Ortiz

Santiago de Querétaro, Marzo 2012.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

TESIS

**AUTOESTIMA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL
ADOLESCENTE ANTE LAS DROGAS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Ma. Guadalupe Perea Ortiz

Dirigido por:

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente



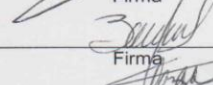
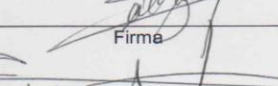
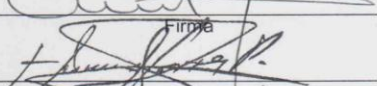
M.en C.E Gabriela Palomé Vega
Secretario

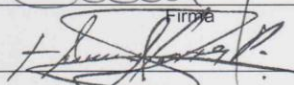
Dra. Aurora Zamora Mendoza
Vocal

M. en Psic. Guadalupe Salazar Pérez
Suplente

Dra. María Antonieta Mendoza Ayala
Suplente


M.en C.E Gabriela Palomé Vega
Director de la Facultad


Firma

Firma

Firma

Firma

Firma


Firma
Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado de la UAQ

Centro Universitario
Querétaro Qro.
Marzo 2012
México

RESUMEN

La adolescencia constituye una etapa particularmente crítica, ya que se experimentan cambios significativos en la personalidad. Estos cambios provocan situaciones generadoras de estrés, aunado a la falta de autoestima y estrategias de afrontamiento positivas para responder a este tipo de situaciones, lo que puede generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad para desarrollar conductas de riesgo, como puede ser el consumo de drogas.

Objetivo: Analizar la relación entre autoestima y estilos de afrontamiento ante el consumo de drogas en adolescentes de nivel secundaria de dos escuelas públicas, en el municipio de Querétaro, Qro. México. **Metodología:** Descriptivo, transversal y correlacional, en una muestra de 291 alumnos de secundaria. Se utilizó la cédula de oportunidad de consumo de drogas elaborada ex profeso para este estudio, el cuestionario de Coopersmith que evalúa autoestima y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenber y R. Lewis. Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva y correlación de Spearman.

Resultados: El 63% de los estudiantes fue del sexo masculino, el rango de edad de 13 a 15 años, el 90% viven con sus padres y un 4.6% con su madre. El 25.4% de los estudiantes refirieron que les han ofrecido sustancia psicoactivas, el 14.2% ha aceptado y el 16.5% ha consumido algún tipo de droga en más de una ocasión. Las principales drogas que les ofrecen y han consumido son alcohol y tabaco con más de un 40% y marihuana con 14.2%. El 64.2% de los estudiantes se ubicó con un nivel de autoestima muy alto y 12.3% como medio. Se observó correlación entre autoestima y las estrategias concentrarse en resolver problemas, preocuparse y fijarse en lo positivo. ($p < 0.05$) **Conclusiones:** Se observa en la población autoestima alta y utilización de estrategias positivas, sin embargo, el consumo de tabaco y alcohol muestran niveles superiores a la media nacional, por lo que es importante resaltar un entorno de riesgo que favorece el consumo de drogas y plantea un área de oportunidad para las instituciones educativas y de salud para establecer programas de intervención en la prevención de sustancias adictivas.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, Sustancias Psicoactivas, Autoestima, Estilos de afrontamiento.

ABSTRACT

Adolescence is a particularly critical stage in which significant changes are experienced in personality. These changes result in stress-generating situations. When coupled with the lack of both self esteem and positive coping strategies to respond to these situations, a less adaptive behavior and increased vulnerability to develop risk behaviors such as drugs may be generated. Objective: To analyze the relationship between self-esteem and coping styles to drug use among adolescents in two secondary level public schools in the municipality of Queretaro; Qro. Mexico. Methodology: Descriptive, transversal correlation in a sample of 291 secondary school students. We used the opportunity card drug expressly developed for this study, the Coopersmith questionnaire that evaluates self-esteem and AFONT Scale for Adolescents (ACS) developed by R. Frydenberg Lewis. The analysis used descriptive statistics and the Spearman correlation. Results: 63% of students were male, an age range of 13 a15 years old, 90% live with their parents and 4.6% with their mother. 25.4% of the students reported that psychoactive substances have been offered to them 14.2% have accepted and 16.5% have consumed some type of drug on more than one occasion. The main drugs that are offer to them and have been consumed are alcohol and snuff at more than 40% and marijuana at 14.2%, 64.2% of the students are rated to have high self-esteem and 12.3% average. A correlation was observed between self-esteem and strategies focusing on solving problems, as well as worry and a positive outlook. Conclusions: High self-esteem in the population and use of positive strategies, were observed; however, snuff and alcohol consumption showed levels above the national average. Therefore it is important to emphasize that there is an environment that encourages drug consumption, and that this poses an area of opportunity for educational institutions to establish health and intervention programs for preventing substance abuse.

KEY WORDS: adolescents, psychoactive substances, self-esteem, coping styles.

DEDICATORIAS

A dios por permitirme vivir y continuar cumpliendo mis ideales.

A mi madre por estar siempre conmigo, a mi padre, que aunque no está físicamente se que siempre me cuida y me acompaña.

A Ricardo, Montse y Richarin, gracias por su cariño infinito, su apoyo y comprensión en mis ideales profesionales.

A mi hermana Pueblito, porque siempre está dispuesta a acompañarme en emprender la aventura de algo nuevo.

A toda mi familia y amigos que de alguna manera contribuyeron en la realización de mi maestría y tesis.

Gracias por sus oraciones y sus buenos deseos.

AGRADECIMIENTOS

A dios por la oportunidad de vivir y disfrutar cada instante, junto a la gente que amo.

A Ricardo, Montse y Richarin, por su paciencia, motivación y por estar siempre conmigo.

A mi asesora de tesis Dra. Alejandra Hernández Castañón y a la MCE. Gabriela Palomé Vega, gracias por su amistad, y su acertada asesoría.

A la Maestra Dora Elia Silva Luna, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos.

A mí jurado por su apoyo y adecuada intervención, gracias por motivarme y animarme para no desfallecer y poder continuar con mi crecimiento profesional.

A mis maestros por todas sus enseñanzas otorgadas.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Querétaro, en especial a la División de Investigación y Posgrado por brindar un programa que favorezca el crecimiento de la Profesión en Enfermería

Gracias y que Dios los bendiga.

INDICE

	Pág.
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Importancia del estudio	6
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo General	7
1.3.2 Objetivo Especifico	
1.4 Hipótesis	8
II. Revisión de la literatura	9
2.1 Adolescencia	9
2.2 Sustancias Psicoactivas	11
2.3. Autoestima	17
2.4. Teorías del afrontamiento	19
2.4.1 teoría del estrés	19
2.4.2 teoría del afrontamiento	20
2.5. Estudios relacionados	24
III. Metodología	28
3.1 Diseño de estudio	28
3.2 Universo	28
3.3 Muestreo y muestra	28
3.4 Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	29
3.5 Instrumentos de recolección de datos	29
3.6 Plan de recolección de datos	33
3.7 Plan de análisis estadístico	34
3.8 Ética del estudio	34
IV. Resultados y discusión	37
V. Conclusiones y recomendaciones	61
VI. Bibliografía	64
Apéndices	71

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
2.1	Clasificación de Sustancias Psicoactivas Depresores del sistema nervioso.	14
2.2	Clasificación de Sustancias Psicoactivas Estimulantes.	15
2.3	Clasificación de Sustancias Psicoactivas Opioides.	16
2.4	Clasificación de Sustancias Psicoactivas Alucinógenos.	16
4.1	Características socio demográficas y escolares de alumnos participantes en el estudio.	38
4.2	Características de ofrecimiento de drogas.	39
4.3	Sustancias Psicotrópicas que se ofrecen a los estudiantes.	39
4.4	Sustancias psicotrópicas que han consumido.	40
4.5	Nivel de Autoestima en estudiantes de nivel secundaria en dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	41

4.6	Estrategia de Afrontamiento Buscar Apoyo Social (As). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	42
4.7	Estrategia de Afrontamiento Concentrarse en Resolver el Problema (Rp).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	42
4.8	Estrategia de Afrontamiento Esforzarse y Tener Éxito (Es). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	43
4.9	Estrategia de Afrontamiento Preocuparse (Pr). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	44
4.10	Estrategia de Afrontamiento Invertir en Amigos Íntimos (Ai). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	44
4.11	Estrategia de Afrontamiento Buscar Pertenencia (Pe). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	45

4.12	Estrategia de Afrontamiento Hacerse Ilusiones (Hi). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	46
4.13	Estrategia de Afrontamiento No Afrontamiento (Na). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	46
4.14	Estrategia de Afrontamiento Reducción de la tensión (Rt). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	47
4.15	Estrategia de Afrontamiento Acción Social (So).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	48
4.16	Estrategia de Afrontamiento Ignorar el problema (Ip).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	49
4.17	Estrategia de Afrontamiento Auto inculparse (Cu). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	49
4.18	Estrategia de Afrontamiento Reservarlo para Si (Re).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	50

4.19	Estrategia de Afrontamiento Buscar Apoyo Espiritual (Ae).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	51
4.20	Estrategia de Afrontamiento Fijarse en lo Positivo (Po).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	51
4.21	Estrategia de Afrontamiento Buscar Ayuda Profesional (Ap). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	52
4.22	Estrategia de Afrontamiento Buscar Diversiones Relajantes (Dr).En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	53
4.23	Estrategia de Afrontamiento Distracción Física (Fi). En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	53
4.24	Estrategia sugerida por los adolescentes En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.	54

4.25	Estilo Dirigido a solucionar el problema.	56
4.26	Estilo de Afrontamiento en relación con los demás.	58
4.27	Estilo Improductivo	60

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período de vida que va de la niñez a la etapa adulta, se caracteriza por la maduración de funciones y el enriquecimiento de la vida emocional y afectiva de la persona en un tiempo relativamente corto, además de que comprende una serie de cambios biológicos, psicológicos, sociales y familiares. Es precisamente en este periodo cuando los jóvenes tienen cambios importantes en su crecimiento físico, en su sexualidad, en su capacidad cognoscitiva, en sus responsabilidades sociales y en sus vínculos afectivos.¹ Es una etapa en la cual deben hacer muchos intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos, además de tomar decisiones importantes para su vida futura.²

La adolescencia constituye una etapa particularmente crítica en la vida de un individuo, pues tiene que enfrentar muchos retos, bajo condiciones poco ventajosas, ya que a su falta de experiencia, se agrega la novedad de sus nuevas capacidades y la búsqueda de su identidad, por lo que experimenta cambios significativos en su personalidad.³ Esta situación no es fácil de superar, sobre todo cuando las circunstancias que lo rodean (familiares, escolares, afectivas, sociales y económicas), ejercen presión o representan influencia negativa para lograr una buena adaptación y aceptación en el medio en el que se desarrolla. Sin embargo y a pesar de toda esa vitalidad que tienen los adolescentes o su aparente seguridad, necesitan el apoyo y la autoridad del adulto para que le ayude a estructurar su personalidad y a superar el miedo al cambio.⁴

En este sentido, la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad en donde los estímulos del medio externo tienen un gran impacto en la conformación de la personalidad y ante esto es cuando surgen problemas dentro de su familia tales como incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intra-familiar, rechazo, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor; por lo que, los adolescentes suelen pensar o sentir que no son queridos, no ser escuchados o tomados en cuenta.⁵

El adolescente suele reaccionar de maneras diversas con: angustia, tensión, inquietud o insomnio, en ocasiones con síntomas depresivos menores y con expresiones fisiológicas de los estados afectivos; también puede presentar conductas como: agresividad, actividades delictivas, drogadicción o fracaso escolar, entre otras. Estas reacciones pueden desarrollar conductas de riesgo (como el uso de sustancias adictivas), cuando las estrategias de resistencia no están bien definidas, ocasionando que los problemas familiares aumenten.⁶

Estas conductas de riesgo como el consumo de drogas, pueden ser utilizadas por los adolescente para ser aceptados por grupos de amigos, en este caso, se hace creer al adolescente que "los viajes" (efecto de la droga) son lo máximo.⁷ La pertenencia a estos grupos llamados de "los mejores amigos", presentan patrones de alto consumo de drogas lícitas e ilícitas, constituyéndose en uno de mayor riesgo para el adolescente.⁸

En este sentido, las situaciones generadoras de estrés en la adolescencia le permiten desarrollar competencias psicosociales importantes para su posterior posicionamiento en el mundo adulto, por lo que si el adolescente no cuenta con estrategias de afrontamiento positivas para responder a este tipo de situaciones, se pueden generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad, afectando su desarrollo psicológico e incluso su vida.^{9, 10, 11, 12}

En este contexto, en su desarrollo psicológico, Coopersmith¹³ define la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos y que se expresa a través de actitudes de aprobación y desaprobación ante situaciones particulares que son consideradas como estresantes. Papalia⁵ refiere que la autoestima es uno de los factores más relevantes para el bienestar personal y una clave para relacionarse con el entorno de forma satisfactoria, por lo tanto, influye sobre el adolescente y la forma en cómo siente, piensa, aprende, valora, se relaciona y comporta con los demás.

Frydember y Levis¹⁴ mencionan que las situaciones de estrés se relacionan con la pérdida de la autoestima y que las estrategias de

afrontamiento **(EA)**, son un esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas específicas externas y/o internas de los recursos del individuo, tales estrategias se van desarrollando por medio de las experiencias vividas durante la niñez y se modifican de acuerdo a los resultados obtenidos en relación a las situaciones estresantes que se presenten.¹³

Las EA van a estar en función de los recursos y habilidades sociales del individuo para resolver sus problemas, así como de las creencias, valores, limitaciones personales, ambientales y del grado de amenaza percibido, pudiendo utilizar varias estrategias como respuesta a determinadas situaciones¹⁵ las que van a estar fuertemente condicionadas por la percepción que se tenga de una situación estresante.¹⁶

Por lo anterior, el presente estudio tiene la finalidad de analizar la autoestima y su relación con los estilos de afrontamiento ante situaciones propicias para el consumo de sustancias adictivas, en adolescentes de nivel secundaria de dos escuelas públicas del municipio de Santiago de Querétaro, México.

1.1 Planteamiento del problema

En el año 2007, en el informe mundial sobre las drogas y el delito presentado por las Naciones Unidas en personas de 15 a 64 años, se estimó a nivel mundial entre 172 millones y 250 millones de personas que han consumido drogas ilícitas por lo menos una vez en la vida, así como entre 18 y 38 millones de personas que son consumidores problemáticos de más de una ocasión. El número de personas que consumieron opiáceos por lo menos una vez se estimó entre 15 millones y 21 millones, y para cocaína la población consumidora estimada fue de entre 16 y 21 millones. El mayor mercado de consumo sigue siendo América del Norte, seguido de Europa occidental y central y América del Sur.¹⁷

España es el país donde más cocaína se consume, con una prevalencia anual del 3,1% entre la población de 15 a 64 años, seguido de

países como Reino Unido (2,4%), Italia (2,2%) e Irlanda (1,7%) y va en aumento en países como Albania, Chipre, Dinamarca, Noruega y la República Checa.¹⁸

A nivel mundial, el consumo de cannabis por lo menos una vez en la vida, se estimó entre 143 millones y 190 millones de personas, los niveles más altos de consumo siguen correspondiendo a los mercados establecidos de América del Norte y Europa occidental. Para los estimulantes de tipo anfetamínico, según informes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estiman que entre 16 millones y 51 millones de personas consumieron igualmente por lo menos una vez en la vida; mientras que el número de personas que consumieron drogas del grupo “éxtasis” por lo menos una vez, fue entre 12 millones y 24 millones.¹⁷

En México como en otros países, la mayoría de las investigaciones sobre farmacodependencia en adolescentes, refieren sus resultados a factores asociados tales como género, no estudiar, no ver mal el uso de drogas por parte de los amigos, que sean usadas en la familia, estar deprimido, disponibilidad de sustancias en el entorno social del adolescente, el riesgo percibido, así como el ambiente escolar.^{19 20}

También se han realizado estudios epidemiológicos que han mostrado un incremento constante del uso y abuso de drogas en la población, así como una disminución en la edad de inicio de consumo. Algunos de los estudios más representativos en México se encuentran: la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008,²¹ Encuesta de Consumo de Drogas en estudiantes del Distrito Federal 2003,²² Encuesta de Estudiantes del Nivel Medio Superior de la Ciudad de México 2005,²³ Uso de Drogas en Adolescentes de Educación Media Superior de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León 2004,²⁴ Perfil de Personalidad y Consumo de Drogas en Adolescentes Escolarizados 2006,²⁵ Susceptibilidad al Consumo de Tabaco en Estudiantes no fumadores de diez ciudades mexicanas 2007,²⁶ Conocimientos, actitudes y prácticas del tabaquismo en adolescentes y jóvenes fumadores y no fumadores 2009²⁷ y el Estudio sobre Alcoholismo en México, 2009.²⁸

Para el estado de Querétaro, algunos de los estudios que se ubicaron, fueron la Encuesta de tendencias del consumo en estudiantes de nivel medio y medio superior 2003, realizada con el apoyo de la LIII legislatura-COBAQ y la unidad de servicios de educación básica en el estado²⁹ y la Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y drogas, 2005.³⁰

Es importante mencionar que en la ENA 2008, los resultados que se refieren para población urbana entre los 12 y los 65 años de edad destacan el consumo de tabaco en fumadores activos (20.4%) y en la rural (11.3%), para el caso Querétaro, la prevalencia de fumadores activos fue del 27.5% la cual es mayor al promedio nacional. Por otra parte, la mayor prevalencia de consumo de alcohol se presentó en los estados de Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Puebla y Querétaro (zona centro-occidente).

Se refiere en la ENA 2008 que la media nacional para consumo de otras sustancias ilegales fue del 12%, en tanto que para Querétaro el dato fue de 15%, nuevamente mayor al promedio nacional.²¹ Mientras que los resultados de la Encuesta Nacional de estudiantes de enseñanza media³¹ y de Nivel medio superior³² indicaron que el 10% de su población de estudio había consumido al menos una droga alguna vez en su vida, sin incluir al tabaco o al alcohol, por arriba del promedio nacional 8.2%. La proporción de varones que había experimentado con drogas al menos una vez fue superior al de mujeres 12% y 7% respectivamente. Entre las drogas ilegales, las inhalables fueron las drogas preferidas con un 5.8%, seguidos de las anfetaminas, la marihuana y los tranquilizantes.

Los resultados tanto en el ámbito nacional como local, muestran que las acciones realizadas no han alcanzado el impacto deseado, convirtiéndose el consumo de sustancias adictivas en un problema de salud pública.³³

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿La autoestima en estudiantes de nivel secundaria está relacionada con los estilos de afrontamiento ante situaciones propicias para el consumo de drogas?

1.2 Importancia del estudio

Diferentes estudios sustentan el hecho de un aumento en el consumo de drogas lícitas e ilícitas a edades cada vez más tempranas. De la misma forma también se mencionan factores externos que pueden colocar en riesgo de consumo a los adolescentes, considerados como uno de los principales grupos vulnerables debido a los cambios físicos y psicológicos que están experimentando en el proceso de definición de su identidad.

En este sentido, el presente estudio tiene el propósito de analizar el nivel de autoestima y estilos de afrontamiento que tienen los alumnos de nivel secundaria con edades entre 12 y 15 años, ante situaciones de riesgo para el consumo de drogas, lo que permitirá contar con información científica que sustente el diseño e implementación de programas de intervención con énfasis en la prevención de adicciones, sin dejar de lado los aspectos curativos y de rehabilitación.

Por lo anterior, los resultados de la presente investigación serán de utilidad para las instituciones educativas que aceptaron participar en el estudio, ya que contarán con un diagnóstico de los niveles de autoestima y las estrategias de afrontamiento utilizadas por sus estudiantes ante situaciones propicias para el consumo de drogas, lo que sustentará propuestas de intervención que se dirijan a las áreas de oportunidad detectadas entre los alumnos de dichas instituciones.

Esto favorecerá la colaboración entre la Facultad de Enfermería, instituciones educativas y padres/tutores, para hacer frente común ante los factores de riesgo, detección y atención de alumnos que presenten problemas de adicciones y en su caso derivación a especialistas en aquellos casos que así lo requiera.

Los resultados de esta investigación también se constituirán en una base importante para implementar acciones preventivas o bien, diseñar programas de vinculación entre los sectores educativos y de salud, para coadyuvar en la atención de una población tan vulnerable ante adicciones, como son los adolescentes, considerando que la Facultad de Enfermería cuenta con personal especializado en la investigación y atención del fenómeno de las drogas, y coadyuvar en la salud individual de una población vulnerable como es la que conforman los adolescentes.

1.3 Objetivos

General

- Analizar la relación entre autoestima y estilos de afrontamiento ante el consumo de drogas en adolescentes de nivel secundaria de dos escuelas públicas, en el municipio de Querétaro, Qro. México.

Específicos

- Identificar características socio demográficas y escolares de los alumnos participantes en el estudio.
- Identificar el nivel de autoestima de los adolescentes participantes del estudio.
- Determinar la prevalencia de consumo de drogas en estudiantes de nivel secundaria de las escuelas participantes.
- Determinar los estilos de afrontamiento frente a situaciones de riesgo para consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los adolescentes participantes en el estudio.

- Establecer la relación entre autoestima, estilos de afrontamiento y género.

1.4 Hipótesis

HO. El nivel de autoestima no se relaciona con los estilos de afrontamiento y consumo de drogas en los adolescentes participantes en el estudio.

HA: Un nivel de autoestima bajo se relaciona con un estilo de afrontamiento improductivo y con el consumo de drogas en los adolescentes participantes en el estudio.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Este apartado está organizado de la siguiente forma; primero trata brevemente algunos aspectos relevantes sobre la etapa de la adolescencia, posteriormente el uso y abuso de sustancias adictivas, seguida de los conceptos de autoestima y teorías de afrontamiento y finalmente algunos estudios relacionados con la temática de la presente investigación.

2.1 Adolescencia

La adolescencia ha sido definida como una edad de cambio,³⁴ un período de crisis y de máxima dificultad por la gran cantidad de modificaciones que ocurren en las diferentes esferas del ser humano³⁵ y aunque han sido muy discutidas las fronteras de su inicio y término, la categoría etárea que ha sido propuesta por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS)³⁶ va de los 10 a los 19 años de edad.

Teniendo en cuenta las teorías psicológicas sobre la adolescencia, esta se ha clasificado como *inicial o temprana* en un rango muy amplio de edad debido a que el comienzo es muy variable en cada persona, pero aproximadamente entre los 11 y los 14 años, la etapa de la *adolescencia media* entre los 14-15 a 17 años y por último la *adolescencia final* de los 17 años en adelante. Generalmente hacia la adolescencia final se considera que el adolescente está en camino de completar las tareas esperadas por los padres y la sociedad: el logro de una identidad madura, una identidad sexual adecuada, un comportamiento socialmente responsable, la independencia de los padres y la capacidad de establecer relaciones nuevas y más maduras con los demás.³⁷

Obiols y Obiols³⁸ consideran que la adolescencia es una etapa delimitada entre la pubertad y la madurez, en donde suceden cambios y transiciones que concluyen en un individuo adulto, preparado para enfrentar un trabajo, una familia y nuevas responsabilidades, por lo que mencionan que un

adolescente es un ser humano que pasó la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual.

En cuanto a cambios físicos, cada adolescente inicia la pubertad en un momento distinto, si bien las chicas se desarrollan aproximadamente dos años antes que los hombres, las transformaciones propias de esta etapa se inician por la activación o incremento de la actividad de las hormonas gonadotrópicas y corticotrópicas de la glándula pituitaria, y como consecuencia de esto se inicia la producción de óvulos y espermatozoides, así como el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias.³⁹

Estos cambios físicos suelen traer consigo preocupaciones sobre su imagen, especialmente por el hecho de que el cuerpo no se desarrolla al mismo tiempo ni con la misma rapidez en todos los adolescentes. Las diferencias de tiempo entre unos y otros pueden dar lugar a preocupaciones: los que tardan más (especialmente los varones) pueden sentirse inferiores ante algunos compañeros y dejar de participar en actividades físicas o deportivas, en cambio, las chicas que se desarrollan primero pueden sentirse presionadas emocionalmente ante situaciones de riesgo. En este contexto, el esquema corporal es la imagen interna que el adolescente maneja de su propio cuerpo, por lo que este esquema se constituye en un elemento importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, lo que sustenta o expresa su autoestima.^{39,40}

Sea cual sea la velocidad de su desarrollo, muchos adolescentes tienen una visión distorsionada sobre sí, lo que en ocasiones llega a generar angustia, malestar, intentos de evasión, desinhibición, búsqueda de afectos positivos, curiosidad, desafío, incluso sentirse presionados por los pares, ocasionando que intenten buscar lo que ellos consideran “estímulos externos placenteros”, como el consumo de drogas.⁴¹

2.2 Sustancias Psicoactivas

El término droga en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o para aumentar la salud física o mental, mientras que en farmacología: es toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. O bien se refiere concretamente al consumo de sustancias psicoactivas.⁴²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2006,⁴³ el uso nocivo de cualquier sustancia psicoactiva puede generar un patrón de consumo que provoca daños a la salud, el perjuicio puede ser físico o mental, teniendo en ocasiones consecuencias sociales adversas. En este sentido y de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS a la salud, para generar un patrón de consumo se deberán cumplir por lo menos uno de los siguientes criterios:

- 1.- Uso continuo a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente de tipo social, ocupacional o físico causado o exacerbado por el uso de una sustancia psicoactiva.
- 2.- Uso recurrente en el uso de drogas en situaciones en las que es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir vehículos en estado de intoxicación).
- 3.- Algunos síntomas de perturbación que hayan persistido por lo menos durante un mes u ocurrido repetidamente por un periodo mayor a este tiempo.
- 4.- Atiende uno de los criterios de Patrón de consumo y nunca atendió los criterios de dependencia a sustancia psicoactiva para esta sustancia.

Mientras que la dependencia es considerada como el estado de necesidad o dependencia a alguna cosa o a alguien para sentirse apoyado, para funcionar o sobrevivir. Pero cuando este término se aplica al alcohol y otras drogas, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos,

de comportamiento y psicológicos, que indican que una persona está usando sustancias psicoactivas, ocasionándose daños y aun así continúa usándola a pesar de las consecuencias adversas, teniendo la necesidad de repetidas dosis de la droga para sentirse bien o para evitar sensaciones desagradables. El diagnóstico de dependencia requiere al menos de tres de los siguientes criterios de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, y en cualquier momento durante el año anterior.⁴⁴

- 1) Evidencia de tolerancia, según la cual existe necesidad de dosis mayores de la sustancia psicoactiva para tener los efectos producidos anteriormente, con dosis inferiores.
- 2) Un deseo fuerte o compulsivo de consumir la sustancia.
- 3) Abandono progresivo de otros placeres o intereses debido al consumo de sustancias psicoactivas, y aumento del tiempo para conseguir o consumir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- 4) Estado de abstinencia fisiológica cuando el consumo se suspende o se reduce, demostrado por: síndrome de abstinencia; consumo de la misma sustancia (u otra muy semejante) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 5) Dificultad para controlar el consumo de la sustancia en términos de inicio, fin o niveles de consumo.
- 6) Persistencia del consumo de sustancias a pesar de la presencia de pruebas evidentes de consecuencias claramente perjudiciales, tales como lesiones hepáticas causadas por el consumo excesivo de alcohol, humor deprimido como consecuencia de un gran consumo de sustancias o perturbación de las funciones cognitivas relacionadas a la sustancia.

Es fundamental realizar esfuerzos para determinar si el consumidor estaba realmente, o podría estar, consciente de la naturaleza y gravedad del daño, así como evaluar la cantidad, frecuencia y modo de uso de las sustancias consumidas (licitas e ilícitas) para determinar si el consumo es de riesgo, si ya está causando problemas o si es dependiente a una o más sustancias.

Por lo anterior expuesto, es de suma importancia determinar la clasificación de las sustancias psicoactivas más comunes⁴⁵ como son: *depresores del sistema nervioso* (alcohol, sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles), *estimulantes* (nicotina, cocaína, anfetaminas y el éxtasis), *opioides* (morfina y heroína) y *alucinógenos* (fenciclidina ---PCP---, la dietilamida del ácido lisérgico ---LSD--- y el cannabis). En los cuadros 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 se resumen los principales mecanismos de acción y efectos de estas sustancias.

Todas las sustancias psicoactivas pueden ser nocivas para la salud, pero específicamente va a depender de la sustancia, cantidad, modo y frecuencia de su consumo. El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno inesperado, debido a los efectos que se presentan, a la presión de los compañeros y al contexto social de su consumo. El hecho de probar estas sustancias no conduce necesariamente a la dependencia, pero cuanto mayor sea la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente. Los perjuicios para la sociedad no son causados únicamente por las personas dependientes. También hay perjuicios importantes relacionados con las personas no dependientes, por la intoxicación aguda y las sobredosis, y por la forma de administración. La dependencia de sustancias es un trastorno complejo, con mecanismos biológicos que afectan al cerebro y a su capacidad para controlar el consumo de sustancias. Sus determinantes no son únicamente biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y ambientales.⁴⁵

**Cuadro 2.1 Clasificación de Sustancias Psicoactivas
Depresores del sistema nervioso**

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado	Efectos sobre la conducta
Etanol	<p>Aumenta los efectos inhibidores del GABA y reduce los efectos excitadores del glutamato.</p> <p>Los efectos reforzantes probablemente estén relacionados con el aumento de la actividad de la dopaminérgica meso límbica.</p>	<p>Aparece tolerancia debido al aumento del metabolismo hepático y a los cambios de los receptores cerebrales.</p> <p>El síndrome de abstinencia del consumo crónico puede incluir temblores, sudoración, debilidad, agitación, cefaleas, náuseas, vómitos, convulsiones y delirium tremens.</p>	<p>Alteraciones funcionales y estructurales cerebrales, especialmente en la corteza pre frontal.</p> <p>Deterioro cognitivo.</p> <p>Disminución del volumen cerebral.</p>	<p>Sedación</p> <p>disminución de la memoria</p> <p>Descoordinación motora</p> <p>ansiedad</p>
Hipnóticos y sedantes	<p>Facilitan las acciones de los neurotransmisores inhibidores endógenos</p>	<p>Aparecerá rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos (excepto al efecto anti convulsionante) debido a cambios de los receptores cerebrales.</p> <p>El síndrome de abstinencia se caracteriza por ansiedad, excitabilidad, inquietud, insomnio, irritabilidad y convulsiones.</p>	<p>Deterioro de la memoria</p>	<p>Sedación</p> <p>Anestesia</p> <p>Descoordinación motora</p> <p>Disminución Cognitiva</p> <p>Disminución de la memoria</p>
Inhalantes	<p>Afectan a los neurotransmisores inhibidores, al igual que otros sedantes e hipnóticos.</p> <p>Activan la vía dopaminérgica Mesolímbica.</p>	<p>Aparece una cierta tolerancia, pero es difícil estimarla.</p> <p>Durante la abstinencia hay un aumento de la susceptibilidad a las convulsiones.</p>	<p>Cambios de la unión a los receptores dopaminérgicos y de su función.</p> <p>Deterioro de la función cognitiva</p> <p>Problemas psiquiátricos y neurológicos.</p>	<p>Mareo</p> <p>Desorientación</p> <p>Euforia</p> <p>Ligereza</p> <p>Aumenta el estado de ánimo</p> <p>Alucinaciones</p> <p>Delirios</p> <p>Descoordinación</p> <p>Perturbaciones visuales</p> <p>Ansiedad</p> <p>Sedación</p>

Fuente: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

**Cuadro 2.2 Clasificación de Sustancias Psicoactivas
Estimulantes**

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado	Efectos sobre la conducta
Nicotina	Activa los receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta la síntesis y liberación de dopamina	Aparece tolerancia, mediada por factores metabólicos y cambios de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito.	Se puede presentar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de boca, laringe, faringe, esófago, vejiga urinaria, páncreas, riñón y posiblemente estomago y cuello uterino. Aumento en la incidencia de infecciones del tracto respiratorio y oído. Incrementan el riesgo de enfermedad vascular periférica, neumotórax espontaneo, ulcera péptica, enfermedad del periodonto, estomatitis crónica y laringitis crónica.	Excitación Mayor atención Concentración Disminución de la ansiedad y el apetito Efectos similares a los estimulantes
Cocaína	Bloquea la captación de neurotransmisores como la dopamina, prolongando así sus efectos.	Quizás se produzca tolerancia a corto plazo. No hay muchas pruebas de que se produzca síndrome de abstinencia, depresión.	Déficit cognitivos, alteraciones de regiones corticales específicas; se ha observado deterioro de la función motora y disminución de los tiempos de reacción.	Mayor lucidez Energía Actividad motora Euforia Ansiedad Inquietud Paranoia
Anfetamina	Aumentan la liberación de dopamina por las terminaciones nerviosas e inhiben la recaptación de dopamina y de otros neurotransmisores relacionados con ella.	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos conductuales y fisiológicos. El síndrome de abstinencia se caracteriza por fatiga, depresión, ansiedad y un deseo compulsivo de consumir la droga	Trastornos del sueño, ansiedad, disminución del apetito; alteraciones de los receptores dopaminérgicos cerebrales, cambios metabólicos regionales y deterioro motor y cognitivo	Lucidez incrementada Excitación Energía Actividad motora Habla excesiva Confianza en sí mismo Concentración Sentimientos de bienestar Disminución en el apetito Incremento del ritmo cardíaco Respiración aumentada
Éxtasis	Aumento de la liberación de serotonina y bloqueo de su recaptación.	Puede aparecer tolerancia en algunos individuos. Síntomas de abstinencia más frecuentes son la depresión y el insomnio.	Lesiona los sistemas serotoninérgicos cerebrales y tiene consecuencias conductuales y fisiológicas. Problemas psiquiátricos y físicos a largo plazo, tales como deterioro de la memoria, de la toma de decisiones y del autocontrol, paranoia, depresión y ataques de pánico.	Mayor confianza en sí mismo Empatía Comprensión Mayor comunicación euforia Incremento en la energía

Fuente: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

**Cuadro 2.3 Clasificación de Sustancias Psicoactivas
Opioides**

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado	Efectos sobre la conducta
Morfina y heroína	Activan los receptores de opioides μ (m) y δ (d), que son abundantes en las regiones cerebrales implicadas en las respuestas a las sustancias psicoactivas, como la vía dopaminérgica meso límbica.	Aparece tolerancia debido a cambios de los receptores a corto y a largo plazo, y a adaptaciones de los mecanismos de transducción de señales intracelulares. El síndrome de abstinencia puede ser grave y se caracteriza por lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración, inquietud, escalofríos, calambres y Mialgias.	Cambios a largo plazo de los receptores y péptidos opioides; adaptaciones de las respuestas de recompensa, aprendizaje y estrés.	Euforia Analgesia Sedación Depresión respiratoria

Fuente: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

**Cuadro 2.4 Clasificación de Sustancias Psicoactivas
Alucinógenos**

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado	Efectos sobre la conducta
Cannabinoides	Activan los receptores de cannabinoides. Aumentan la actividad dopaminérgica en la vía meso límbica.	Aparece rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos. El síndrome de abstinencia es raro, probablemente debido a la prolongada vida media de los cannabinoides.	La exposición prolongada al cannabis puede producir deterioro cognitivo persistente. También hay riesgo de exacerbación de enfermedades mentales.	Relajación Mayor conciencia sensorial Disminución en la memoria a corto plazo Descoordinación motora Analgesia Efectos antieméticos y antiepilépticos Mayor apetito
Alucinógenos	Diferentes sustancias de esta clase actúan sobre diferentes receptores cerebrales, como los de serotonina, glutamato y acetilcolina.	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos Físicos y psicológicos. No hay pruebas de que exista un síndrome de abstinencia.	Episodios psicóticos agudos o crónicos. Repeticiones de la experiencia de los efectos de la sustancia mucho tiempo después de su consumo.	Incremento en el ritmo cardiaco Aumento de la temperatura corporal Menor apetito Nausea Vomito Descoordinación motora Dilatación de las pupilas Alucinaciones

Fuente: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

2.3 Autoestima

La autoestima es un factor que en diversos estudios, se considera como un elemento importante para el desarrollo del adolescente, no obstante, son muchas las definiciones que se han presentado, por lo que es de suma importancia precisar el concepto a partir del cual se desarrolló el trabajo de investigación que ahora se presenta.

Coopersmith en 1969, definió la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo,⁴⁶ en 1981 corrobora sus definiciones afirmando que la autoestima es una evaluación que realiza una persona y la cual mantiene comúnmente sobre sí mismo, se expresa a través de sus actitudes de aprobación y desaprobación, indicando el grado en que cada persona se considere capaz, significativa, competente y exitosa.⁴⁷

En cuanto a la clasificación de la autoestima, Coopersmith⁴⁸ señala la siguiente:

- Autoestima general: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas.
- Autoestima Social: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima, Hogar y Padres: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus familiares directos.
- Autoestima Escolar Académica: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.

La autoestima es estable y acepta que en determinados momentos se den cambios, expresados en las actitudes que toma sobre sí mismo, plantea que las personas con autoestima alta presentan una mayor capacidad para

anticipar situaciones, para reaccionar de acuerdo con las circunstancias y sobre todo para tomar en cuenta su propio juicio al determinar la mejor acción al enfrentar problemas. Las personas con autoestima baja tienen un sentimiento de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo, presentan un cuadro de desánimo, depresión y aislamiento, incapacidad de expresión y debilidad para hacer frente y vencer las deficiencias. En situaciones grupales el individuo se siente temeroso a provocar el enfado de los demás, mostrándose pasivo y sensible a la crítica, por lo que se observan sentimientos de inferioridad, inseguridad y vulnerabilidad.⁴⁹

Rosenberg⁵⁰ por su parte, refiere que la autoestima es un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables, sin embargo, si la autoestima es baja, se presenta auto rechazo, auto insatisfacción, auto desprecio y en este sentido el individuo carece de estima hacia sí mismo, que coloca al sujeto en vulnerabilidad ante conductas de riesgo. En este sentido, Branden⁵¹ afirma que aparte de los problemas biológicos, no existe una sola dificultad psicológica que no esté ligada a una autoestima deficiente, teniendo problemas como depresión, angustia, miedo a la intimidad, miedo al éxito, abuso de alcohol, drogadicción, bajo rendimiento escolar, inmadurez emocional, suicidio, entre otros.

Otros autores, como Mitsch D. y Simmons⁵² afirman que una alta autoestima puede ser un recurso para luchar contra el estrés, por su parte Gallar⁵³ considera que la autoestima positiva es la base para el afrontamiento de retos y dificultades en la vida, para contar con mejor disposición al enfrentar problemas de salud y adoptar hábitos de vida saludables. Mientras que Branden⁵¹ considera a la autoestima como la confianza en nuestra capacidad de pensar, y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La autoestima también se ha definido como un sentimiento de seguridad de la persona y evita por tanto, conductas de evasión, y regula la conducta mediante un proceso de autoevaluación, de modo que el comportamiento de una persona está determinado en gran medida por la autoestima que posea en ese momento.⁵⁴

Con estos antecedentes, es fácil reconocer el papel que desempeña la autoestima en el inicio del consumo de drogas, pues sólo a través de las

capacidades que el adolescente puede tener para resistir la presión del medio ambiente social para consumir, y por ende para tomar decisiones saludables y enfrentar el estrés.⁵⁵

La autoestima es un factor esencial para la promoción de la salud del adolescente, pues quien posee una alta autoestima tiene potencial para resistir la presión y las situaciones de estrés que se presenten por parte del medio ambiente social ante el consumo de sustancias psicotrópicas,⁵⁶ en comparación con los que tienen baja autoestima, ya que se les puede considerar en riesgo para el consumo de drogas,⁵⁷ por lo tanto, es importante reconocer en los adolescentes los estilos de afrontamiento que poseen.

2.4 Teorías del Afrontamiento

2.4.1 Teoría del estrés

Lazarus y Launier⁵⁸ en 1978, al estudiar el estrés afirmaban que posee tres componentes principales: la situación inicial (acontecimiento estresante o estresor), la interpretación del propio acontecimiento y la activación del organismo (respuesta). Sin embargo, Lazarus y Folkman⁵⁹ en 1986, conceptualizan el estrés como la relación entre el individuo y el entorno, que es evaluada por el sujeto como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar, en este proceso transaccional, la incidencia de la situación se ve modulada por la actividad que el organismo desarrolla en una doble vertiente: con los procesos cognitivos, a través de los cuales el sujeto valora y da significado a la situación misma y con las estrategias que pone en marcha para enfrentarla.

La evaluación cognitiva es el proceso mental en el que se consideran dos evaluaciones:⁶⁰

Evaluación Primaria: patrón de respuesta inicial en el cual la persona analiza y evalúa la situación con respecto a su bienestar:

- a. Situación irrelevante, el evento posee escasa o ninguna implicación para su vida personal. No le da importancia al suceso.

- b. Situación positiva, no se generan reacciones de estrés. El sujeto percibe la situación como positiva, que favorece la obtención de sus objetivos.
- c. Situación estresante, exige la movilización de recursos para hacerle frente, requiere un esfuerzo adaptativo, de no ser así, la situación puede implicar una amenaza para el sujeto al considerar el daño a la estima, la salud, la familia y las relaciones sociales.

Evaluación Secundaria: en ella, el sujeto evalúa sus recursos y opciones de afrontamiento (coping) frente al estresor, por lo tanto, la valoración secundaria es la que modula la valoración primaria y es la que busca determinar las acciones a realizar para enfrentar el estresor presente.

La valoración primaria y secundaria son interdependientes, dando lugar a tres tipos de respuesta frente a ellas: respuesta fisiológica (reacción neuroendocrina y/o asociada al sistema nervioso autónomo); emocional (sensación de malestar, temor, depresión, entre otros) y cognitiva (preocupación, pérdida de control, negación, etc.),⁶¹ de ahí que cada sujeto tiende a utilizar las estrategias de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje previo o por hallazgo fortuito,⁶² por lo tanto, estas estrategias estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos personales con que se cuente para hacerle frente (evaluación secundaria).⁶³

2.4.2 Teoría del afrontamiento

Lazarus y Folkman, definen el afrontamiento como un conjunto de esfuerzos cognitivos y de comportamiento que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto) generadoras de estrés, que se auto perciben superando los recursos, con base a esta propuesta, Frydemberg y Lewis en 1991,⁶⁴ identificaron 18 estrategias que la persona puede usar para afrontar eventos estresantes, las cuales son:

1.- Centrarse en Resolver el Problema (RP): Se dirige a abordar el problema sistemáticamente, teniendo en cuenta distintos puntos de vista para alcanzar la solución.

2.- Esforzarse y Tener Éxito (ES): Son las conductas de trabajo e implicación personal.

3.- Fijarse en lo Positivo (PO): Visión optimista de la situación presente, tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.

4.- Distracciones relajantes (DR): Situaciones de ocio relajantes como la lectura o la televisión.

5.- Distracciones Físicas (FI): Dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

6.- Buscar Apoyo Social (AS): Consiste en compartir el problema con los demás y conseguir ayuda.

7.- Invertir en Amigos Íntimos (AI): Esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal íntima.

8.- Buscar Pertenencia (PE): Preocupación o interés en las relaciones con los demás, y específicamente por lo que los otros piensan de uno.

9.- Acción Social (SO): Consiste en dar a conocer a otros la preocupación que se tiene y buscar apoyo organizando actividades como reuniones, peticiones, entre otros.

10.- Apoyo Espiritual (AE): Tendencia a rezar y creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual frente a los problemas.

11.- Buscar Ayuda Profesional (AP): Uso de consejeros profesionales como maestros o psicólogos.

12.- Preocuparse (PR): Se refiere al temor por el futuro o a la preocupación por la felicidad posterior.

13.- Hacerse Ilusiones (HI): Se refiere a las expectativas de que todo tendrá un final feliz.

14.- Falta de Afrontamiento (NA): Es la incapacidad para enfrentar el problema y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.

15.- Reducción de la Tensión (RT): Intento de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión.

16.- Ignorar el Problema (IP): Esfuerzo consiente por negar o desentenderse del problema.

17.- Auto inculparse (CU): El sujeto se ve a sí mismo como el culpable de su dificultad.

18.- Reservarlo Para Sí (RE): El sujeto tiende a aislarse y a impedir que otros conozcan su preocupación.

Posteriormente, Compas⁶⁵ y Frydemberg⁶⁶ agrupan estas estrategias en tres estilos, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales, siendo los siguientes:

- Estilo dirigido a solucionar el problema: Consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso, en este estilo se consideran las siguientes estrategias Centrarse en resolver el problema (RP), esforzarse y tener Éxito, fijarse en lo positivo (PO), buscar diversiones relajantes (DR), y distracción física (FI).
- Estilo de afrontamiento en relación con los demás: Consiste en acercarse a otros para obtener apoyo, siendo Invertir en Amigos Íntimos (AI), Buscar Pertenencia (PE), Acción Social (SO), Buscar apoyo espiritual (AE), Buscar ayuda profesional (AP).
- Estilo improductivo: Se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas, en este estilo se incluye

Preocuparse (PR), Hacerse Ilusiones (HI), Falta de Afrontamiento (NA), Reducción de la Tensión (RT), Ignorar el problema (IP) Auto inculparse (CU) Reservarlo para sí (RE).

Con la revisión documental antes expuesta, se retoma el hecho de que la adolescencia es una etapa en la cual existe un importante riesgo de estrés, debido a los muchos cambios que “desequilibran” la interacción habitual del sujeto con su medio, debido a que las acciones que realiza el adolescente para enfrentar un problema, afectan la valoración del mismo y su subsecuente afrontamiento, actuando éste como un regulador del estresor de manera que si es efectivo actúa como un protector de la salud.⁶⁷

En este sentido, el adolescente ve la necesidad de desarrollar competencias psicosociales importantes para su posterior posicionamiento en el mundo adulto.⁶⁸ Dentro del área psicosocial se encuentra la autoestima, la cual es una parte importante del desarrollo de la personalidad de un individuo, y en el caso del adolescente, es un factor determinante en la conducta y forma de comportarse ante la sociedad.⁶⁹

De acuerdo con la información antes vertida, cabe señalar que en el presente estudio se retomará la propuesta de Frydenberg, E. en relación con los estilos y estrategias de afrontamiento y a Coopersmith para autoestima.

2.5 Estudios relacionados

Medina y Barra⁷⁰, en su estudio en la ciudad de Talca, Chile, con 247 adolescentes para conocer la influencia de la auto eficacia y la autoestima en la conducta de fumar, usaron el cuestionario de autoestima de Coopersmith, y un cuestionario sobre conducta de fumar. En el grupo total de fumadores no se encontraron correlaciones significativas entre consumo de cigarrillos en la última semana y autoestima total ($p= 0.06$) y por sub escalas del inventario de Coopersmith: general $p=0.07$, social $p=0.13$, escolar $p= -0.09$ y hogar $p= -0.03$, sin embargo, el análisis por sexo reveló que en las mujeres que fuman existe una correlación negativa significativa en autoestima en el hogar. Al comparar fumadores y no fumadores respecto a la autoestima total y por subescalas, se encontró que los no fumadores presentan mayor nivel de autoestima en el hogar.

Figueroa y cols⁷¹ estudiaron las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico en 150 adolescentes de 13 a 18 años de nivel socioeconómico bajo, usando la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), versión castellana y la Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes adaptación Casullo (BIEPS-J). Las estrategias y su relación con el género que caracterizaron a las mujeres para enfrentar sus problemas son: hacerse ilusiones $M=67.7$, buscar apoyo social $M=67.4$, buscar apoyo espiritual $M=61.5$, auto inculparse $M=60.6$, falta de afrontamiento 53.2 , reducción de la tensión $M=43.7$; para los varones, el resultado fue distracción física $M=77.7$ e ignorar el problema $M=47.5$; de ahí que el nivel de bienestar psicológico entre varones fue mayor $M=34.52$ que en el de mujeres $M=32.67$.

En el mismo estudio se menciona que el nivel de bienestar psicológico, 23% presentó un alto bienestar y el 45% obtuvo un bajo nivel de bienestar psicológico. El nivel bajo de bienestar fue en los que presentan insatisfacción en la mayoría de sus áreas vitales: familia, estudio, amigos, aceptación de sí y proyectos personales. La correlación entre el bienestar psicológico y los estilos de afrontamiento evaluadas fue: concentrarse en resolver el problema y esforzarse y tener éxito 0.25 ($p<.01$), preocuparse 0.25 ($p <.01$), invertir en

amigos íntimos 0.19 ($p < .05$) y distracción física 0.21 ($p < .01$), por lo que se puede afirmar que estos adolescentes tienen una percepción de control y de auto competencia que les permite actuar sobre el entorno en función de sus necesidades.

Verdusco, Lucio y Durán⁷², al estudiar la influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en 339 escolares del Distrito Federal y Zona metropolitana de la Cd de México, usaron el cuestionario de autoestima de Coopersmith, y encontraron que el estrés que perciben aumenta a medida en que bajan los niveles de autoestima, y que a la inversa disminuye con niveles altos ($R = .410$). Por otro lado, al analizar la variable autoestima en relación con la forma en que el niño enfrenta situaciones difíciles (afrontamiento) se encontró que esta relación es muy baja ($R = .229$), la autoestima explica solo el .05% de la varianza ($R^2 = .052$), aunque con un buen nivel de significancia ($p < .001$), para el afrontamiento con intentos propositivos para cambiar la situación estresante; pero la relación de esta con afrontamiento al hacer intentos de encajar en el mundo y dejarse llevar, y el hecho de percibir la situación como incontrolable, mostraron una correlación negativa ($R = -.215$ y $R = -.213$) donde la autoestima equivale solo al .04% de la varianza ($R^2 = .44$ y $R^2 = .45$, con $p < .001$). Es decir que tanto el afrontamiento directo como el indirecto, aumentan con niveles bajos de autoestima.

Llorens, Perelló y Palmer⁷³, al realizar el estudio de estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, en 314 individuos de 18 a 30 años, les administraron un cuestionario para medir la frecuencia de uso de esas sustancias adictivas, así como las habilidades propias, sociales y estrategias de afrontamiento. Los resultados, registraron que para alcohol, la estrategia “no llevar dinero” a la semana, multiplica por 6 el consumo, más que los que no la utilizan ($b = 1.81$, $p = .01$), mientras que sí parece funcionar la estrategia “evitar personas y lugares relacionados con las drogas” pues consumen un 46% menos respecto a los que no utilizan esta estrategia ($b = 0.617$, $p = .003$). La estrategia “Pensar en las consecuencias negativas” es menor en un 24% respecto a los que no la utilizan ($b = 0.271$, $p = 0.016$), y los que señalan facilidad para solucionar problemas

consumen un 31% más de bebidas ($b=0.270$, $p=.005$) que los que dicen que no lo hacen.

En el mismo estudio se destaca que los disciplinados consumen un 38% menos que los que no ($b=-0.474$, $p=.004$), y los que dicen tener dificultades para conocer gente nueva consumen un 69% más, respecto a los no tienen esta dificultad ($b=-0.527$, $p=.022$). Así también, los que tienen problemas para relacionarse con las personas del sexo opuesto consumen 45% menos que los que dicen no tener problemas ($b=-0.592$, $p=.006$). En relación con el tabaco, los sujetos que señalan tener dificultad para expresar sus sentimientos consumen 42% más, presentan un valor esperado de 32.1 cigarrillos más a la semana que los que no presentan dificultades ($b=0.351$, $p=0.003$); quienes no tienen habilidades conversacionales consumen 56% menos (47.7 cigarrillos menos a la semana) que los que presentan esta habilidad ($b=-0.820$, $p=.001$). Los que tienen problemas para relacionarse con el sexo opuesto consumen 4 veces más que los que no lo tienen ($b=1.398$, $p<.001$). Hay una tendencia a la significación ($p=0.07$) en no llevar dinero.

González, Montoya, Castilla, Palmer, Casullo y Jordi⁷⁴, realizaron un estudio sobre la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en 417 adolescentes de entre los 15 y 18 años (190 varones y 227 mujeres), usando la ACS, y la BIEPS-J, encontraron que las preocupaciones principales se centraron en problemas educativos 27.8 %, pérdidas afectivas 17.7%, problemas personales 16.1%, familiares 15.1%, problemas legales, sexuales y paternos 4.4% y el 18% no contestó, el 56% de las mujeres refieren pérdidas afectivas, personales y familiares, 21.1% educativas y en los varones 35.8%. La relación por edad entre afrontamiento y bienestar psicológico general mostró una relación positiva en el estilo improductivo; en cuanto a las estrategias en general: culparse a sí mismo, en varones .167 ($p<.05$) y en mujeres .05 ($p<.05$) mientras que en intentar reducir la tensión en mujeres, se registraron relaciones negativas -0.234($p<.001$), y en varones .032 ($p<.05$). Así como también en el estilo de relación con los demás, en la estrategia buscar pertenencia, en varones -0.004 y mujeres -.213 ($p<.001$), en esta correlación se

observa que con la edad los varones manifestaron menor bienestar, invirtiéndose la relación en las mujeres.

En el mismo estudio las estrategias de afrontamiento por género muestran que los varones destacan la distracción física $t=3.45$ ($p<.001$), ignorar el problema $t= 2.57$ ($p<.05$) y reservarlo para sí $t=4.25$ ($p<.001$), mientras que en las mujeres la relación con los demás $t:= 7.82$ ($p<.001$) y el estilo improductivo de $t= -2.60$ ($p<.05$). También se observan diferencias significativas a favor de las mujeres en buscar diversiones relajantes $t=-2.88$, fijarse en lo positivo $t=-2.79$ ($p<.05$) y en concentrarse en resolver el problema $t=4.27$ ($p<.001$). En la pregunta abierta del ACS sobre otras estrategias contestaron el 60% que la más utilizada por ambos géneros es la búsqueda de recompensas alternativas, de orientación y apoyo. Se analizó el afrontamiento según el nivel de bienestar, ambos subgrupos fueron estudiados según género observándose que las mujeres con bajo bienestar utilizaban más que los varones el estilo de relación con los demás, varones $M=44.7$, $DT=12.2$ mujeres, $M=55.3$, $DT=9.0$, $t=-3.77$, ($p=.000$).

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Descriptivo, transversal y correlacional; descriptivo porque se recolectan, miden y grafican datos sobre las variables: estilos de afrontamiento y autoestima de los adolescentes del estudio sin intervención alguna. Transversal porque examina las características de la población estudiada con las variables presentando la prevalencia y correlacional porque se buscará la relación entre las variables de interés, considerando a la autoestima como independiente y a los estilos de afrontamiento como dependiente.⁷⁵

3.2 Universo

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de dos escuelas públicas de nivel secundaria del área conurbada de la ciudad de Querétaro, se incluyó a los alumnos inscritos en los tres grados y en el turno vespertino.

3.3 Muestra y muestreo

Se calculó de acuerdo a la fórmula para población finita:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Z= el nivel de confianza (1.96 / 95%),

p= es la probabilidad de ocurrencia del evento (0.5),

q= es la probabilidad de no ocurrencia del evento (0.5)

E= es el error estimado (0.5) y

N= es la población de donde se extraerá la muestra (1200)

n=es el tamaño de la muestra.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5) (1,200)}{(1,200) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} \quad n = 260$$

El muestreo fue probabilístico, ya que a partir de las listas de asistencia, se seleccionaron aleatoriamente a los estudiantes que participaron en el estudio.

3.4 Criterios

De inclusión

Alumnos inscritos en el primero, segundo y tercer año

Ambos sexos

Turno vespertino

De exclusión

Alumnos no inscritos, o que se encuentren con permiso de faltar en los días que se aplicó los instrumentos.

De eliminación

Alumnos que se no deseen concluir su participación en el estudio

Cuestionarios incompletos

3.5 Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos, el primero de ellos fue la cédula de oportunidad de consumo de drogas elaborada ex profeso para este estudio (Anexo 1), conformada por 5 preguntas cerradas que plantearon al adolescente la oportunidad de decidir ante el ofrecimiento de drogas, con opción de respuesta sí o no; posterior a esta parte se presentan dos apartados en los cuales el alumno debe subrayar entre diez opciones de respuestas indicando cuáles son las sustancias que le han ofrecido y cuales las que ha consumido, también podrían colocar alguna otra respuesta que no estuviera considerada. Es importante mencionar que esta prueba fue piloteada previamente en una secundaria del área metropolitana en los dos turnos, a un total de 700 alumnos.

El segundo instrumento utilizado fue el inventario de autoestima de Coopersmith – versión para adolescentes y niños (Anexo 2), de Stanley Coopersmith realizado en 1950, y usado por H. Brinkmann y T. Segure & Solar en 1989, se decidió trabajar con este test porque es un instrumento validado para medir la autoestima, es de fácil comprensión, ya que los adolescentes contestan sin mayor inconveniente.

El instrumento está constituido por 50 ítems, los cuales miden la auto percepción de los jóvenes respecto a las siguientes áreas: padres, pares, sí mismo y el colegio, cada respuesta marcada conforme a la pauta correcta es computada por dos (2) puntos, se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento, las cuales son:

Autoestima general (G); está referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a sí mismo, dando a conocer el grado en que éste se siente seguro, capaz, valioso, exitoso y significativo. Los ítems que la conforman son:

1,2,3,8,9,10,15,16,17,22,23,24,29,
30,31,36,37,38,43,44,45,50,51,57 y 58.

Autoestima social (S); evalúa tanto la participación como el liderazgo del sujeto frente a las diversas actividades con jóvenes de su misma edad, como también el que se pretende como un sujeto abierto y firme al dar sus puntos de vistas, dándolos a conocer sin limitación alguna, los ítems correspondientes son:

4, 11, 18, 25, 32, 39,46 y 53.

Autoestima escolar (E); evalúa el grado de satisfacción del individuo frente a su trabajo escolar y la importancia que le otorga, así como también el interés de ser interrogado y cuestionado en el salón de clases. Considerando los ítems:

7, 14, 21, 28, 35, 42,49 y 56.

El área hogar-padres (H); mide el grado en el que el sujeto se siente aceptado por su entorno familiar, es decir, en qué medida es comprendido, amado, respetado y considerado por cada uno de los miembros de su familia, estando los ítems:

5, 12, 19, 26, 33, 47,54.

Escala de mentira (M); si en esta área el puntaje total resulta ser superior a 67 significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables, y se invalida la aplicación del inventario, se consideran los siguientes ítems:

6, 13, 20, 27, 34, 41, 48,55

La respuesta para cada enunciado en todos los casos es dicotómica (igual que yo, distinto a mí). Para evaluar, se suman todos los puntajes obtenidos y si el puntaje resulta superior a 67, significa que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

Para determinar el grado de autoestima que presenta es necesario sumar los puntajes obtenidos, sin sumar la escala de mentira y dependiendo de éste, se interpretara de la siguiente manera:

PUNTAJE	AUTOESTIMA
39 o menos	Muy baja
40-47	Baja
48-54	Media
55-59	Alta
60 o mas	Muy alta

El tercer instrumento fue la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS) de Erika Frydemberg & R Lewis (Anexo 3), para poder utilizar dicho instrumento en esta investigación, se adquirió la licencia correspondiente a través de la empresa VESALIUS, S.A de C.V. (Anexo 4)

El instrumento se aplicó en su forma específica, la cual permite evaluar las respuestas a un problema particular citado por el sujeto o propuesto por el examinador. Es un instrumento de investigación, de terapia y orientación, el cual permite a los jóvenes examinar sus propias conductas de afrontamiento,

para obtener información sobre cómo actúan en diversas situaciones. Ha sido diseñado para jóvenes entre 12 y 18 años. El ACS es un cuestionario de autoevaluación y no implica ninguna clase de juicio, se deben de dar las instrucciones precisas para su mejor entendimiento.

Es un inventario de auto información compuesto de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto, el cual permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala tipo likert de cinco puntos: no me ocurre o no lo hago (1), me ocurre o lo hago raras veces (2), me ocurre o lo hago algunas veces (3), me ocurre o lo hago a menudo (4), me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (5).

Para su aplicación se proporciona a la muestra estudiada un cuadernillo y una hoja de respuesta, en la cual el sujeto debe marcar la forma específica, las 18 líneas de la hoja de respuestas corresponden a las 18 escalas de la prueba, y para interpretar la prueba hay que tener en cuenta que cada respuesta A,B,C,D o E, corresponde respectivamente con una puntuación de 1,2,3,4 o 5 para cada una de las 18 escalas, se obtiene la puntuación resultante de sumar los puntos obtenidos en cada uno de los cinco, cuatro o tres elementos de que consta la escala y se anotará el resultado en la casilla de puntuación total.

A continuación la puntuación total se multiplicara por cuatro, cinco o siete en función del número de elementos de cada escala, como se indica en la hoja de respuestas para hallar la puntuación ajustada y el resultado se anotará en la casilla correspondiente. Si algún sujeto ha dejado algún elemento en blanco se le pedirá que complete la prueba y si ello no es posible se puntúa ese elemento como tres, porque ello implica menor distorsión de los resultados.

Una vez que las escalas han sido ajustadas en función de su número de elementos, los resultados se interpretan de la siguiente forma:

ESTRATEGIA	PUNTUACION OBTENIDA
Estrategia no utilizada	20-29
Se utiliza raras veces	30-49
Se utiliza algunas veces	50-69
Se utiliza a menudo	70-89
Se utiliza con mucha frecuencia	90-100

3.6 Plan para Recolección de Datos

En primer lugar, se solicitó registro del proyecto de investigación ante la Universidad Autónoma de Querétaro. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista con los directivos de las dos instituciones educativas públicas de nivel medio superior, para explicar los objetivos del trabajo de investigación y solicitar su autorización para aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Al obtener la autorización de las autoridades de ambas instituciones, se solicitaron las listas de alumnos inscritos, la selección aleatoria de los alumnos que participaron en el estudio se realizó en coordinación con las personas responsables de las escuelas, para ubicar a los alumnos seleccionados y reunirlos en un área previamente establecida. A los alumnos se les proporcionó información de manera grupal, referente a los objetivos del trabajo y enfatizar sobre el valor de su participación, se entregaron los instrumentos de recolección en el siguiente orden: cédula de ofrecimiento de drogas, autoestima de Coopersmith y por último escala de afrontamiento.

Al terminar de contestar los instrumentos se revisó el llenado para verificar que no hubiera respuestas no requisitadas. Al finalizar, se agradeció a los alumnos por su participación.

3.7 Plan de análisis

Cada instrumento se procesó en una base de datos construida mediante el paquete estadístico SPSS -17. Posteriormente se organizaron los datos por áreas y general, con el propósito de tener información confiable. Con esta información se utilizó estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión), con base a la propuesta de los autores de los instrumentos para el análisis de datos.

Para el reactivo abierto del ACS, se procedió a la selección de las narraciones descritas por los jóvenes, para luego identificar las estrategias, que según ellos no estuvieron comprendidas en los reactivos cerrados.

Se procedió a la construcción de índices o valores globales para cada variable (autoestima/afrontamiento): los reactivos del instrumento de autoestima fueron procesados para determinar el grado de autoestima, de acuerdo a criterios estadísticos preestablecidos, así como la construcción de nuevos indicadores de las variables, para posteriormente, utilizar la prueba Correlacional de Spearman para la prueba de hipótesis.

3.8 Ética del estudio

La investigación se ajustó a las normas institucionales, y a la ley general de salud en materia de investigación,⁷⁶ tomando en cuenta los criterios de respeto a la dignidad de los adolescentes y la protección de sus derechos, privacidad y bienestar, así como ajustarse a principios científicos y éticos que la justifiquen de acuerdo a los siguientes artículos:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la cédula para identificar ofrecimiento de drogas en adolescentes que participaron en esta investigación, se encontró lo siguiente:

En el cuadro 4.1 se observa un análisis descriptivo de las variables socio demográficas: en relación con la edad, poco más del 80% de los estudiantes están en el rango de edad de 13 a 15 años, el 63.8% son del sexo masculino, en cuanto a su familia y con quién vive, aproximadamente el 90% de los estudiantes de Querétaro viven en familias nucleares, lo que es equiparable con los hallazgos encontrados en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 para el estado de Querétaro,²¹ en la cual un 70% de los adolescentes viven con sus padres. Cabe mencionar que en el estudio de Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza y Pérez⁷⁷ encontraron asociación entre problemas familiares y las familias disfuncionales, por lo que se podría considerar como un factor protector el hecho de que los alumnos en su mayoría pertenezca a familias nucleares.

Por otra parte, en el cuadro 4.2 se presenta información relacionada con el consumo de drogas: el 24.6% mencionan que si se ofrecen drogas en su escuela, 25.4% mencionan que si le han ofrecido drogas en su escuela, el 14.2% de los estudiantes si han aceptado drogas en la escuela y 16.5% han consumido drogas en más de una ocasión. En este sentido, es importante reconocer el riesgo del entorno escolar para el consumo de drogas, y un porcentaje superior al 14% ha aceptado y/o consumido algún tipo de droga.

Cuadro 4.1
Características socio demográficas y escolares
de alumnos participantes en el estudio.

VARIABLE		FA N=260	%
Edad	12 años	1	.4
	13 años	47	18.1
	14 años	109	41.9
	15 años	83	31.9
	16 años	19	7.3
	17 años	1	.4
Sexo	Femenino	94	36.2
	Masculino	166	63.8
Grado	1	83	31.9
	2	84	32.3
	3	93	35.8
Grupo	G	43	16.5
	H	39	15.0
	I	42	16.2
	J	40	15.4
	K	47	18.1
	L	49	18.8
Familia	No contesto	4	1.5
	Nuclear	233	89.6
	Mono parental	16	6.2
	Extensa	7	2.7
Con quien vives	No contesto	5	1.9
	Familia nuclear	236	90.8
	Papa	2	.8
	Mama	12	4.6
	Hermanos	1	.4
	Abuelos	4	1.5

Fuente: Cédula de identificación.

Cuadro 4.2
Características de ofrecimiento de drogas.

VARIABLE		FA N=260		%
P1	¿Se ofrecen drogas en tu escuela?	No	196	75.4
		Si	64	24.6
P2	¿Te han ofrecido drogas en tu escuela?	No	194	74.6
		Si	66	25.4
P3	Al momento que te ofrecieron drogas, ¿las aceptaste?	No	223	85.8
		Si	37	14.2
P4	¿Has consumido drogas en más de una ocasión?	No	217	83.5
		Si	43	16.5

Fuente: Cédula de identificación.

En el cuadro 4.3 se observa las sustancias que han sido ofrecidas a las(os) estudiantes, en primer lugar se encuentra el alcohol con 48,1%, el tabaco con 39.2%, mariguana 24.6% e inhalables con un 17.7%.

Cuadro 4.3
Sustancias Psicotrópicas que se ofrecen a los estudiantes.

VARIABLE	n=260			
	Si les han ofrecido	%	No les han ofrecido	%
Alcohol	125	48.1	135	51.9
Éxtasis	2	.8	258	99.2
Heroína	0	.0	260	100.0
Cocaína	14	5.4	246	94.6
Cafeína	13	5.0	247	95.0
Tabaco	102	39.2	158	60.8
Cannabis	9	3.5	250	96.2
Mariguana	64	24.6	196	75.4
Alucinógenos	10	3.8	250	96.2
Inhalables	46	17.7	214	82.3
Tranquilizantes	7	2.7	253	97.3

Fuente: Cédula de identificación.

En el cuadro 4.4 se observa que el 56.5% de los estudiantes presentan consumo de alcohol, 33.8% para consumo de tabaco, 14.2% mariguana y 9.6% inhalables. En cuanto al consumo de alcohol para el estado de Querétaro, la ENA 2008²¹ reporta que tanto en hombres (45.9%) como las mujeres (17.8%) se encuentra por arriba del promedio nacional lo cual se corrobora en este estudio, situación similar a la reportada en el estudio de consumo de alcohol de la Universidad Tecnológica de la Zona Metropolitana de Guadalajara que presentan en alcohol 54.0%, seguida por tabaco 32.4%. Es importante señalar que Jalisco ocupa el segundo lugar por arriba de la media nacional en lo que se refiere al consumo de sustancias.²¹

Cuadro 4.4
Sustancias psicotrópicas que han consumido.

SUSTANCIA	FA N=260				Total
	Si han consumido	%	No han consumido	%	
Alcohol	147	56.5	113	43.5	260
Éxtasis	4	1.5	255	98.1	260
Heroína	3	1.2	257	98.8	260
Cocaína	6	2.3	254	97.7	260
Cafeína	16	6.2	244	93.8	260
Tabaco	88	33.8	172	66.2	260
Cannabis	7	2.7	253	97.3	260
Mariguana	37	14.2	223	85.8	260
Alucinógenos	6	2.3	254	97.7	260
Inhalables	25	9.6	235	90.4	260
Tranquilizantes	5	1.9	255	98.1	260

Fuente: Cédula de identificación.

Al analizar los datos a partir del inventario de Autoestima de Coopersmith, se obtuvo lo siguiente:

En el cuadro 4.5 se observa que el 5.8% de los estudiantes presentan una autoestima baja, mientras que el 12.3% están en una autoestima media, es importante mencionar que el 64.2% de los estudiantes presentan una autoestima muy alta y solamente el 9.6% presenta autoestima alta. Cabe mencionar que en el estudio de Verduco, Lucio, y Durán⁷⁸ encontraron que el afrontamiento directo como el indirecto, aumenta con niveles bajos de autoestima.

Cuadro 4.5
Nivel de Autoestima en estudiantes de nivel secundaria
en dos escuelas de la zona metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	FA N=260	%
Muy baja	21	8.1
Baja	15	5.8
Media	32	12.3
Alta	25	9.6
Muy alta	167	64.2

Fuente: Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Continuando con el estudio se realizó el análisis de las estrategias de afrontamiento ACS para adolescentes en su versión específica obteniendo los siguientes resultados:

En el cuadro 4.6 se muestra que esta estrategia, la cual consiste en compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución, es utilizada algunas veces en un 44.7% más por las mujeres, seguida por los hombres con un 42.8%, mientras que un 7.4% de las mujeres la utiliza con mucha frecuencia. Cabe mencionar en el estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, encontraron que las mujeres buscan más el apoyo social.⁷⁹

Cuadro 4.6
Estrategia de Afrontamiento: **Buscar Apoyo Social (As).**
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	5	5.3	9	5.4	14	5.4
Rara vez	17	18.1	43	31.9	70	26.9
Algunas veces	42	44.7	7	42.8	113	43.5
A menudo	23	24.5	24	14.5	47	18.1
Con mucha frecuencia	7	7.4	9	5.4	16	6.2
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

El cuadro 4.7 se presenta la estrategia de concentrarse en resolver el problema, consiste en que el adolescentes estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opiniones que realizan las personas a su alrededor, por lo que es utilizada algunas veces por las mujeres teniendo un 50%, seguida por los hombres con un 44.6%, en la población estudiada el 46.5% algunas veces la utiliza, seguida por el 25% quienes la utilizan raras veces y con un 20.4% quien la utiliza a menudo y los que no la utilizan en el sexo masculino es un 1.8% en comparación con las mujeres con un 4.3%. Esto es congruente con el estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez que encontraron que los adolescentes se concentran en resolver el problema, esforzarse y tener éxito.⁷⁹

Cuadro 4.7
Estrategia de Afrontamiento: **Concentrarse en Resolver el Problema (Rp).**
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	4	4.3	3	1.8	7	2.7
Rara vez	16	17.0	49	29.5	65	25.0
Algunas veces	47	50.0	74	44.6	121	46.5
A menudo	20	21.3	33	19.9	53	20.4
Con mucha frecuencia	7	7.4	7	4.2	14	5.4
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.8, se puede observar que la estrategia esforzarse y tener éxito es utilizada algunas veces por los hombres en un 52.4% y en las mujeres en un 45.7%, y la utilizan a menudo el 25.3% de los hombres y el 22.3% de las mujeres. Esta estrategia describe el compromiso, ambición y dedicación a realizar cierta actividad.

Cuadro 4.8
Estrategia de Afrontamiento: **Esforzarse y Tener Éxito (Es)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	2	2.1	3	1.8	5	1.9
Raras veces	18	19.1	24	14.5	42	16.2
Algunas veces	43	45.7	87	52.4	130	50.0
A menudo	21	22.3	42	25.3	63	24.2
Con mucha frecuencia	10	10.6	10	6.0	20	7.7
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.9 se observa que la estrategia se utiliza algunas veces por el sexo masculino en un 52.4% y por las mujeres en un 34.0%, mientras que un 46.8 de las mujeres la utiliza a menudo y rara vez es utilizada por los hombres con sólo el 16.3%. Esta estrategia se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro, es decir, perciben inseguridad con sus capacidades para afrontar situación crítica en sus relaciones sociales, Esto es similar a lo propuesto por Gaeta y Martín⁸⁰ quienes en su estudio encontraron asociación entre los ambientes sociales y los niveles de afrontamiento de este tipo.

Cuadro 4.9
Estrategia de Afrontamiento: **Preocuparse (Pr)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	1	1.1	0	0	1	.4
Raras veces	13	13.8	27	16.3	40	15.4
Algunas veces	32	34.0	87	52.4	119	45.8
A menudo	44	46.8	40	24.1	84	32.3
Con mucha frecuencia	4	4.3	11	6.6	15	5.8
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.10 se observa que la estrategia invertir en amigos íntimos está relacionada con la búsqueda de relaciones personales, de ahí que los resultados muestran que esta estrategia es utilizada algunas veces por lo hombres en un 40.4% y por las mujeres en el 37.2%. Se utiliza a menudo con 34.0% por las mujeres y 24.1% por los hombres. Cabe mencionar que en el estudio de Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶ se encontró la importancia de esta estrategia para prevenir el consumo de droga.

Cuadro 4.10
Estrategia de Afrontamiento: **Invertir en Amigos Íntimos (Ai)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	1	1.1	3	1.8	4	1.5
Raras veces	20	21.3	52	31.3	72	27.7
Algunas veces	35	37.2	67	40.4	102	39.2
A menudo	32	34.0	40	24.1	72	27.7
Con mucha frecuencia	6	6.4	3	1.8	9	3.5
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.11 se puede distinguir que la estrategia Buscar Pertenencia es utilizada algunas veces por los hombres en un 51.8%, mientras que las mujeres la utilizan a menudo en un 40.4% y algunas veces en un 36.2%. Esta estrategia indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y más concretamente preocupación por lo que los otros piensan, en resumen los alumnos(os) utilizan esta estrategia de algunas veces a frecuentemente en un 80.0%, situación similar a la presentada por Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶, quienes encontraron un porcentaje similar (76.46%).

Cuadro 4.11
Estrategia de Afrontamiento: **Buscar Pertenencia (Pe)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	2	2.1	6	3.6	8	3.1
Raras veces	15	16.0	28	16.9	43	16.5
Algunas veces	34	36.2	86	51.8	120	46.2
A menudo	38	40.4	42	25.3	80	30.8
Con mucha frecuencia	5	5.3	4	2.4	9	3.5
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.12 podemos observar que la estrategia hacerse ilusiones es utilizada por los sujetos de la muestra sexo femenino en un 40.4% algunas veces, en comparación con los hombres con un 38.6% con algunas veces y a menudo. Esta estrategia esta expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Es congruente con el estudio de Verduzco⁷⁸ donde encontró asociación entre la autoestima y la estrategia de afrontamiento hacerse ilusiones.

Cuadro 4.12
Estrategia de Afrontamiento: **Hacerse Ilusiones (Hi)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	0	0	0	0	0	0
Raras veces	15	16.0	22	13.3	37	14.2
Algunas veces	38	40.4	64	38.6	102	39.6
A menudo	31	33.0	64	38.6	95	36.5
Con mucha frecuencia	10	10.6	15	9.0	25	9.6
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En la relación con la estrategia No afrontamiento, se observa que no es utilizada o rara vez la utilizan el 56.6% de la muestra. Esta estrategia consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicossomáticos, es decir, en más de la mitad de los entrevistados se consideran capaces de afrontar situaciones de crisis, pero cabe resaltar que ningún estudiante indicó haberla utilizado con mucha frecuencia, lo que concuerda con Gómez Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶ con el uso de la estrategia en donde los estudiantes opinan que no tienen forma de afrontar la situación que se les presente.

Cuadro 4.13
Estrategia de Afrontamiento: **No Afrontamiento (Na)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	13	13.8	23	13.9	36	13.1
Raras veces	44	46.8	69	41.6	113	43.5
Algunas veces	31	33.0	61	36.7	92	35.4
A menudo	6	6.4	13	7.8	19	7.3
Con mucha frecuencia	0	0	0	0	0	0
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.14 se muestra los datos referentes a la reducción de la tensión, esta estrategia es utilizada rara vez en porcentajes similares tanto por hombres (42.8%) y por mujeres (42.9%), y algunas veces por las mujeres con un 31.9% en comparación del 28.3% de los hombres. Estos datos indican que el 60.4% de la población en estudio no utiliza esta estrategia, se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión, lo que puede colocarlos en situación de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, lo que concuerda con Gaeta y Martín⁸⁰, quienes encontraron la incapacidad de los alumnos de afrontar demandas y preocupaciones.

Cuadro 4.14
Estrategia de Afrontamiento: **Reducción de la tensión (Rt).**
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	14	14.9	32	19.3	46	17.7
Raras veces	40	42.6	71	42.8	111	42.7
Algunas veces	30	31.9	47	28.3	77	29.6
A menudo	10	10.6	15	9.0	25	9.6
Con mucha frecuencia	0	0	1	.6	1	.4
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

Los datos obtenidos para la estrategia Acción Social, en el cuadro 4.15 muestran que rara vez en un 47.9% por las mujeres y en los hombres en un 30.7%, y algunas veces con un 40,4% con el sexo masculino en comparación con las mujeres con un 27.7%. Cabe mencionar que esta estrategia se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda, pero los datos indican que es poco utilizada y debería considerarse una estrategia importante al buscar establecer redes de apoyo entre ellos, como lo indican Nuño, Álvarez, González¹¹ y Madrigal⁸¹ quienes mencionan la importancia de la ayuda externa en los problemas de adicciones.

Cuadro 4.15
Estrategia de Afrontamiento: **Acción Social (So)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	12	12.8	15	9.0	27	10.4
Raras veces	45	47.9	51	30.7	96	36.9
Algunas veces	26	27.7	67	40.4	93	35.8
A menudo	11	11.7	30	18.1	41	15.8
Con mucha frecuencia	0	0	3	1.8	3	1.2
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

El cuadro 4.16 se refiere la información para la estrategia Ignorar el problema (Ip), la cual implica rechazar conscientemente la existencia del problema, en la cual las mujeres la utilizan rara vez en un 43.6%, los hombres la utilizan algunas veces en un 39.8%. En su conjunto prácticamente la mitad de los participantes en el estudio utiliza esta estrategia, es decir, no afrontan los problemas, de ahí que sea un área de oportunidad a trabajar, especialmente cuando el problema se relaciona con las adicciones. Cabe destacar que el estudio de González¹¹ y Gómez Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶ mostró que ignorar el problema hace referencia a la incapacidad para resolverlo de forma adecuada.

En el cuadro 4.17 podemos observar que la estrategia de auto inculparse es utilizada un 38.3% raras veces por el sexo femenino, en comparación con los hombres con un 35.5%, seguida por los hombres que la utilizan algunas veces por un 38.0%, esta estrategia nos indica que los sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Gómez Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶ en relación con la importancia del entorno que rodea a los jóvenes y la responsabilidad que ellos manifiesten para evitar el consumo.

Cuadro 4.16
Estrategia de Afrontamiento: **Ignorar el problema (Ip)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	15	16.0	8	4.8	23	8.9
Raras veces	41	43.6	64	38.6	105	40.4
Algunas veces	26	27.7	66	39.8	92	35.4
A menudo	12	12.8	24	14.5	36	13.8
Con mucha frecuencia	0	0	4	2.4	4	1.5
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

Cuadro 4.17
Estrategia de Afrontamiento: **Auto inculparse (Cu)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	9	9.6	12	7.2	21	8.1
Raras veces	36	38.3	59	35.5	95	36.5
Algunas veces	31	33.0	63	38.0	94	36.2
A menudo	14	14.9	28	16.9	42	16.2
Con mucha frecuencia	4	4.3	4	2.4	8	3.1
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.18 se muestran los datos para la estrategia Reservarlo para Si (Re), utilizada rara vez por las mujeres en un 42.6% y algunas veces por el 42.2% de los hombres, lo que habla de mayor reserva de los problemas entre el sexo masculino. Esta estrategia se refiere a la forma en que el sujeto evade a los demás y no desea que conozcan sus problemas. Como lo muestra el estudio de Gómez Luengo, Romero, Villar y Sobral¹⁶ en donde mostrarse reservado fue poco utilizada.

Cuadro 4.18
Estrategia de Afrontamiento: Reservarlo para Si (Re).
 En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	10	10.6	8	4.8	18	6.9
Raras veces	40	42.6	51	30.7	91	35.0
Algunas veces	32	34.0	70	42.2	102	39.2
A menudo	12	12.8	32	19.3	44	16.9
Con mucha frecuencia	0	0	5	3.0	5	1.9
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En la estrategia del cuadro 4.19 trata sobre elementos que reflejan el empleo de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de Dios, por lo que es interesante mencionar que en un 49.4% de los hombres la utilizan algunas veces, en comparación con las mujeres que la utilizan raras veces en un 39.4%. Estos datos en su conjunto muestran que el 78.8% de los estudiantes utilizan el apoyo espiritual entre los rangos de rara vez y algunas veces, como también lo muestran los datos de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez⁷⁹ quienes encontraron que el 61.5% de los hombres y mujeres de esta edad, buscan apoyo espiritual.

Cuadro 4.19
Estrategia de Afrontamiento: **Buscar Apoyo Espiritual (Ae)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	0	0	7	4.2	7	2.7
Raras veces	37	39.4	52	31.3	89	34.2
Algunas veces	34	36.2	82	49.4	116	44.6
A menudo	21	22.3	22	13.3	43	16.5
Con mucha frecuencia	2	2.1	3	1.8	5	1.9
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.20 podemos observar que los hombres utilizan la estrategia de buscar apoyo espiritual algunas veces en un 50.0%, seguida por las mujeres que la utilizan a menudo en un 34.0%. En términos generales es una estrategia que es utilizada por los estudiantes, como una forma de buscar el aspecto positivo de la situación, incluye ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. De acuerdo al estudio de Fantin²⁵ encontraron la importancia de emplear esta estrategia en las mujeres para resolver sus problemas creyendo en la ayuda de dios.

Cuadro 4.20
Estrategia de Afrontamiento: **Fijarse en lo Positivo (Po)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	1	1.1	2	1.2	3	1.2
Raras veces	17	18.1	22	13.3	39	15.0
Algunas veces	30	31.9	83	50.0	113	43.5
A menudo	32	34.0	45	27.1	77	29.6
Con mucha frecuencia	14	14.9	14	8.4	28	10.8
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.21 correspondiente a la estrategia buscar ayuda profesional, tales como la opinión de maestros u otros consejeros, los datos indican que el 41.6% de los hombres la utilizan algunas y el 37.2% de las mujeres, en tanto que el 29.8% de las mujeres también indicaron utilizarla rara vez, en comparación con los hombres que la utilizan a menudo en un 27.1%. En forma global, el 66.5% la utiliza algunas veces y a menudo, es decir, si tratan de buscar apoyo profesional, lo que concuerda con el estudio de Gomez¹⁶ que hace referencia a que esta estrategia es importante en el grupo de adolescentes.

Cuadro 4.21
Estrategia de Afrontamiento: **Buscar Ayuda Profesional (Ap).**
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	3	3.2	2	1.2	5	1.9
Raras veces	28	29.8	42	25.3	70	26.9
Algunas veces	35	37.2	69	41.6	104	40.0
A menudo	24	25.5	45	27.1	69	26.5
Con mucha frecuencia	4	4.3	8	4.8	12	4.6
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.22 se puede observar que esta estrategia Buscar Diversiones Relajantes (Dr) es utilizada a menudo por el 39.8% de los hombres y 37.2% en las mujeres, en tanto que alguna vez fue utilizado por el 21.1% de los hombres y 35.1% de las mujeres, lo que nos indica que el 65% global utiliza esta estrategia, la cual se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer, pintar, escuchar música, tocar algún instrumento entre otros. Con respecto al estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez⁷⁹ mencionan que es importante esta estrategia para tratar los problemas que se les presentan.

Cuadro 4.22
Estrategia de Afrontamiento: **Buscar Diversiones Relajantes (Dr)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	0	0	5	3.0	5	1.9
Raras veces	13	13.8	36	21.7	49	18.8
Algunas veces	33	35.1	35	21.1	68	26.2
A menudo	35	37.2	66	39.8	101	38.8
Con mucha frecuencia	13	13.8	24	14.5	37	14.2
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

El cuadro 4.23 la estrategia trata sobre elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma y con buena salud, por lo que en la tabla podemos analizar que es utilizada a menudo tanto en hombres (33.7%) como en mujeres (33.0%), y algunas veces por el 22.3% de los hombres y 33.0% en las mujeres. Con estos datos, se puede hablar de que los estudiantes en esta fase etarea, utilizan en gran medida los aspectos deportivos, lo que debe de ser considerado como una fortaleza que se debe mantener e incluso incrementar.

Tabla 4.23
Estrategia de Afrontamiento: **Distracción Física (Fi)**.
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	Femenino		FA N=260 Masculino		Total estrategia	
		%		%		%
No utilizada	8	8.5	6	3.6	14	5.4
Raras veces	18	19.1	34	20.5	52	20.0
Algunas veces	31	33.0	37	22.3	68	26.2
A menudo	31	33.0	56	33.7	87	33.5
Con mucha frecuencia	6	6.4	33	19.9	39	15.0
Total	94	100.0%	166	100.0%	260	100.0%

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes ACS.

En el cuadro 4.24 se muestran los resultados sobre la pregunta abierta, en donde se cuestiona si recurren a otra estrategia diferente a las 18 que se plantearon en el instrumento, los alumnos mencionaron una serie de respuestas relacionadas con las estrategias ya analizadas anteriormente, sin embargo, ellos las conceptualizaron como si fueran diferentes. Las respuestas más mencionadas fueron: pensar bien y decidir qué hacer con un 26.5% global y los evito o los acuso con un 25.8% global, lo que refuerza la respuesta obtenida en la estrategia afrontar el problema, donde prácticamente la mitad de los alumnos mencionaba tomar decisiones y enfrentar la problemática.

Cuadro 4.24
Estrategia: **Sugerida por los adolescentes**
En estudiantes de nivel secundaria de dos escuelas de la zona
Metropolitana del Estado de Querétaro.

VARIABLE	FA				Total	
	Femenino	%	Masculino	%	estrategia	%
Ninguna	24	25.5	55	33.1	79	30.4
Los evito o los acuso	26	27.7	41	24.7	67	25.8
Platicar el problema	4	4.3	3	1.8	7	2.7
Buscar ayuda	6	6.4	11	6.6	17	6.5
Utilizar la computadora	0	0	5	3.0	5	1.9
Estar seguro de mi mismo	1	1.1	4	2.4	5	1.9
Llorar	5	1.1	0	0	5	1.9
Orar a dios	1	1.1	0	0	1	.4
Ver televisión	0	0	5	3.0	5	1.9
Pensar bien y decidir qué hacer	27	28.7	42	25.3	69	26.5
Total	94	100	166	100	260	100

En el cuadro 4.25 se muestran las correlaciones estadísticamente significativas entre el estilo denominado “Dirigido a solucionar el problema” y el cual lo conforman las estrategias centrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física con las estrategias de los estilos “Improductivo” y “En relación con los demás” así como con las variables autoestima y género.

El estilo “dirigido a solucionar el problema” consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso, las estrategias que presentan correlación positiva estadísticamente significativa con este estilo fueron: buscar ayuda profesional, preocuparse por la situación, buscar pertenencia, invertir en amigos íntimos, hacerse ilusiones y reservarlo para sí mismo.

Esta correlación puede ser indicativa de que los participantes en el estudio tienen una visión optimista de la situación presente, por lo que intentan buscar ayuda profesional, lo que demuestra que se preocupan por su bienestar, también tienden a esforzarse para lograr el éxito en las actividades que realizan y muestran interés en las relaciones con los demás, así como en las actividades de ocio.

En cuanto a la autoestima, se presenta una relación muy importante ya que a mayor autoestima las estrategias del estilo dirigido a solucionar el problema son más eficaces para resolverlos o bien para afrontar situaciones de estrés.

La correlación con la variable género fue negativa, es decir, este tipo de afrontamiento lo utilizan menos las mujeres que los hombres.

Cuadro 4.25
Estilo: **Dirigido a Solucionar el Problema**

Estrategias de los estilos improductivo, en relación con los demás, autoestima y variable socio demográfica	Estrategias				
	Centrarse en Resolver el Problema (RP)	Esforzarse y Tener Éxito (ES)	Fijarse en lo Positivo (PO)	Distracciones Relajantes (DR)	Distracciones Físicas (FI)
Reservarlo Para Sí (RE).	.125**				
Buscar Ayuda Profesional (AP).	.504**		.331**		
Preocuparse (PR).	.470**	.482**	.495**		
Invertir en Amigos Íntimos (AI).	.409**	.346**	.371**		
Buscar Pertenencia (PE).	.412**	.473**	.413**		
Reducción de la Tensión (RT).			.127**		
Acción Social (SO).	.155*	.280**			
Hacerse Ilusiones (HI).	.216**	.265**	.285**	.297**	
Autoestima	.288**	.205**	.331**	.136*	.144*
Género	-.093**				.154*

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes, inventario de autoestima y cedula de identificación.

En el cuadro 4.26 se muestra el “Estilo de afrontamiento en relación con los demás”, el cual consiste en acercarse a otros para obtener apoyo, siendo las estrategias invertir en amigos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar ayuda profesional.

Las correlaciones positivas estadísticamente significativas que se encontraron con las estrategias de los estilos dirigidos a solucionar el problema fueron: fijarse en lo positivo, esforzarse y tener éxito, distracciones relajantes y distracciones física ($p < .05$). Lo anterior muestra que los estudiantes dan a conocer a otros la preocupación que tienen buscando apoyo, pero también que están interesados por la felicidad posterior o el temor por el futuro, es importante mencionar que muestran un gran esfuerzo a comprometerse en alguna relación personal íntima.

Por otra parte, en el estilo en “relación con los demás” se observan resultados positivos estadísticamente significativos con el estilo improductivo en las estrategias falta de afrontamiento, reducción de la tensión y hacerse ilusiones ($p < .05$), lo que muestra la incapacidad para enfrentar los problemas y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos, aunque teniendo la esperanza de que todo tendrá un final feliz.

Por otra parte la autoestima se relaciona positivamente con buscar ayuda profesional, buscar pertenencia e invertir en amigos íntimos, es decir a mayor autoestima, es más la capacidad que tienen de afrontar las situaciones de riesgo que se les presenten, porque tienden a buscar ayuda y a mostrar interés y preocupación por resolver la situación problemática.

En cuanto a género, se muestra una correlación positiva entre ser mujer y acción social, ya que tienden a dar a conocer a otros la preocupación que sienten y buscan apoyo organizando actividades sociales. En tanto que para las estrategias invertir en amigos íntimos y buscar pertenencia, la correlación es negativa, es decir, las mujeres utilizan menos este tipo de estrategias que los hombres.

Cuadro 4.26
Estilo: Afrontamiento en relación con los demás

Estrategias					
Estrategias de los estilos improductivo, dirigido a solucionar el problema, autoestima y variable socio demográfica	Invertir en Amigos Íntimos (AI)	Buscar Pertenencia (PE)	Acción Social (SO)	Apoyo Espiritual (AE)	Buscar Ayuda Profesional (AP)
Fijarse en lo Positivo (PO).				.154*	
Esforzarse y Tener Éxito (ES).				.200**	.384**
Preocuparse (PR).				.317**	.380**
Falta de Afrontamiento (NA).				.224**	
Reducción de la Tensión (RT).	.158*			.174**	.191**
Distracciones relajantes (DR).	.386**	.320**			.271**
Distracciones Físicas (FI).	.219**	.212**	.125*	.163**	.259**
Hacerse Ilusiones (HI).	.317**	.236**	.238**	.230**	.274**
Autoestima	.149*	.241**			.145*
Genero	-.168**	-.149*	.188**		

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes, inventario de autoestima y cedula de identificación.

En el cuadro 4.27 relacionado con el “Estilo improductivo”, conformado por las estrategias ignorar el problema, auto inculparse, reservarlo para sí, preocuparse, falta de afrontamiento, reducción de la tensión y hacerse ilusiones. Este estilo trata de una combinación de estrategias de evitación, que muestran una incapacidad empírica para afrontar los problemas.

Las correlaciones que se presentaron entre el Estilo improductivo con el “estilo dirigido a solucionar el problema” fueron: buscar ayuda profesional, esforzarse y tener éxito, distracciones relajantes y distracciones físicas ($p < .05$) lo cual es indicativo que hacen el intento por sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión como distracciones físicas y relajantes.

En tanto que el “estilo improductivo” se correlacionó con el “estilo en relación con los demás” en las estrategias apoyo espiritual, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia y acción social ($p < .05$), lo que indica la tendencia a buscar apoyo social o espiritual.

Por otra parte, la autoestima se relaciona negativamente con las estrategias ignorar el problema, auto culparse y falta de afrontamiento ($p < 0.5$), es decir, a menor autoestima mayor incapacidad para enfrentar el problema y para considerarse responsable de las situaciones de crisis.

El género mostró correlación positiva entre ignorar el problema y reservarlo para sí, lo que indica que las mujeres utilizan más estas estrategias que los hombres, en tanto que la estrategia preocuparse tuvo una correlación negativa, es decir, las mujeres se preocupan menos que los hombres ($p < .05$).

Por lo que de acuerdo con la correlación, se acepta la hipótesis alterna que habla de un nivel bajo de autoestima relacionado con estilos de afrontamiento improductivo como lo son ignorar el problema y auto culparse.

En este sentido, las áreas de oportunidad que se observan es justamente trabajar con los estudiantes en aquellas estrategias que son empleadas y que podrían ser un factor de riesgo ante el consumo de sustancias tomando en consideración que un 24.6% mencionan que si se ofrecen drogas en la escuela y el 16.5% ha consumido algún tipo de droga en más de una ocasión.

Cuadro 4.27
Estilo: **Improductivo**

Estrategias de los estilos dirigidos a solucionar el problema, en relación con los demás, autoestima y variable socio demográfica	Estrategias						
	Ignorar el Problema (IP)	Auto inculparse (CU)	Reservarlo Para Sí (RE)	Preocuparse (PR)	Falta de Afrontamiento (NA)	Reducción de la Tensión (RT)	Hacerse ilusiones (HI)
Apoyo Espiritual (AE).	.182**	.139**					
Buscar Ayuda Profesional (AP).	.192**	.220**	.180**				
Esforzarse y Tener Éxito (ES)			.168**				
Invertir en Amigos Íntimos (AI).				.465**			
Buscar Pertenencia (PE)			.146**	.447**			
Acción Social (SO)	.340**	.359**	.297**	.175**	.345**	.442**	
Distracciones relajantes (DR).	.188**			.233**			
Distracciones Físicas (FI).	.162**			.239**			
Hacerse Ilusiones (HI).	.340**	.397**	.263**	.291**	.279**	.280**	
Autoestima	-.211**	-.231**		.289**	-.158*		
Genero	.177**		.189**	-.144**			

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral) * Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)
Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes, inventario de autoestima y cedula de identificación.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La población bajo estudio se integró por 260 alumnos de 13 a 16 años inscritos en el turno vespertino de dos secundarias del municipio de Querétaro, mencionando un consumo de alcohol por la mitad de los estudiantes entrevistados y cuatro de cada diez con consumo de tabaco, ambas drogas consideradas como lícitas, pero de acuerdo con la ley está prohibida la venta a menores de edad, y sin embargo para Querétaro el promedio de consumo es superior al nivel nacional, lo que habla de la disponibilidad de dichas sustancias.

Cabe resaltar que al hablar de consumo de drogas ilícitas es importante mencionar que tres de cada diez consume marihuana y dos de cada diez inhalables. Desde la experiencia de los entrevistados, tanto las drogas lícitas e ilícitas son ofrecidas a los alumnos.

Por otra parte, solo dos de cada diez estudiantes se ubicaron con media y baja autoestima, lo que debería considerarse como un factor protector presente en este grupo, sin embargo, al momento de analizar las estrategias de afrontamiento ante situaciones de crisis, se observan algunas áreas de oportunidad a trabajar.

El no afrontamiento, que refleja la incapacidad para tratar el problema y la presencia de síntomas psicósomáticos, se encontró que no es utilizada o rara vez la utilizan en un 65.6%, por lo que el resto de la muestra requieren apoyo para revertir el no afrontamiento y no se traduzca en un cambio de personalidad y posible adopción de conductas adictivas.

Otra área de oportunidad sería trabajar la estrategia reducción de la tensión para sentirse mejor, pues seis de cada diez alumnos no la utilizan, lo

que puede colocarlos en situación de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

También sería conveniente apoyar a los alumnos en la búsqueda de redes de apoyo, pues posiblemente por la edad misma, los adolescentes no permiten fácilmente que se conozcan sus problemas y solo en ocasiones buscan ayuda, lo que podría complicarse más si también presentan dificultad para afrontar los problemas y por lo tanto, incapacidad para controlarse a sí mismo, lo que los colocaría en una situación importante de riesgo frente a la situación de que les ofrezcan algún tipo de droga, por lo anterior, es importante reforzar positivamente la responsabilidad de los jóvenes ya que tienen esta percepción de sí mismo y por lo tanto, puede ser un elemento protector al momento de que se le ofrezca algún tipo de droga, así como favorecer actividades culturales y deportivas que brinden esos sistemas de apoyo.

Finalmente, la variable autoestima se relacionó negativamente con las estrategias ignorar el problema y auto culparse, lo que indica la incapacidad para enfrentar y hacerse responsable de las situaciones de crisis, por lo tanto, la finalidad de toda intervención debe ser concentrarse en resolver problemas, esforzarse y tener éxito.

Por otra parte, el tratamiento de la dependencia de sustancias no está destinado únicamente a detener el consumo de drogas; se trata de un proceso terapéutico que implica cambios de comportamiento, intervenciones psicosociales y a menudo el uso de fármacos psicotrópicos sustitutivos. La dependencia puede tratarse de forma rentable, salvando vidas, mejorando la salud de los afectados y de sus familias, y reduciendo los costos para la sociedad, por lo que se deben considerar estrategias más útiles para modificar un contexto próximo a la escuela, donde la mayoría de las personas consumen y han ofrecidos drogas a los estudiantes.

Finalmente, ante esta situación un factor que debe ser considerado es el hecho que nueve de cada diez estudiantes viven en una familia de tipo nuclear, por lo que al integrar actividades educativas para reforzar los niveles de autoestima y las estrategias de afrontamiento en población adolescente, incluyendo a la familia como parte de las redes de apoyo a las que pueden acercarse los jóvenes, pues una de las estrategias más empleadas por los estudiantes de esta escuela es el compartir el problema con otros y buscar su apoyo.

Por lo anterior, se debe retomar el hecho de que la adolescencia es una etapa en donde existe un importante riesgo de estrés debido a los cambios que desequilibran la interacción habitual del sujeto con el medio ambiente debido a los cambios que se presentan continuamente en su interacción cotidiana con el medio. Esta valoración de sí mismo y su subsecuente afrontamiento, permitirá dar seguimiento de manera interinstitucional a esta problemática, con la finalidad de poder desarrollar competencias psicosociales a partir de actividades académicas dirigidas a las características particulares de los adolescentes.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Blos, P. Psicoanálisis de la Adolescencia y la transición adolescente. México; editorial Paidós; 1975.
- 2.-Balcazar P. Percepción de los jóvenes para afrontar su vida. Interpsiquis, v.20, n 2, p. 30-39; 2006.
- 3.-Figueroa M.I. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: un estudio con adolescentes de un nivel socioeconómico bajo de Tucumán, Argentina: Anales de Psicología, Murcia; v. 21, n. 1, p. 66-72, 2005.
- 4.-Lopez GT, Moreno JB, la depresión y autoestima como predictores de comportamientos de altos riesgos, Madrid; Universidad Autónoma de Madrid; 2002.
- 5.-Papalia D, Olds S. Desarrollo Humano. Bogotá: Editorial McGraw-Hill; 2005.
- 6.-Kolb, C. L. Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana. 1992.
- 7.-De la Fuente, R. Medina Mora, M.E. & Caraveo, J. Salud Mental en México, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- 8.-Morgan M. Grube JW Closeness and peer group influence. Br j Soc Psychol, 1991.
- 9.-Hampel, P. y Peterman; F. Perceived stress, coping and adjustment in adolescents; journal of adolescence health, 2006, v. 38, p. 409-415.
- 10.-Ison M, el afrontamiento, estrategias para el manejo del estrés. Revista Idea, San Luis, 2003; v. 16, n 37, p. 1-9.
- 11.-González, R. Relación entre Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en Adolescentes. Psicothema, Asturias, 2002v. 14, n. 2, p. 363-368.
- 12.-Cuadra P, Teste A. Respuestas diferenciales entre pacientes con y sin intento suicida. Rev. de Psicología Niteroi 2009; v. 21, n. 3 p. 475-486. Disponible en:

URL;<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/fractal/article/view/203/36>

Consultado febrero 2011.

- 13.-Coopersmith, S., The antecedents of self-esteem. A factor analytic study educational and psychological measurement San Francisco; Fredman & company. 1967.
- 14.-Frydenberg, E. & Lewis, R. How Adolescents cope with different concerns: The development of the Adolescent Coping Checklist (ACC). *Psychological Test Bulletin*, 1990, v.3 n. 2, p. 63-73.
- 15.-Monat A. Y Lazarus, R., Stress and coping. An anthology, New York; Columbia University Press. 1991.
- 16.- Gómez A., Luengo A., Romero E., Villar P, Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006. v. 6, p. 581-597.
- 17.-Informe mundial sobre las drogas, Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito, (UNODC) 2009.
- 18.-Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), de la Organización de las naciones unidas (ONU), 2009.
- 19.-Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, EN., Hernández, S., Parra, J., Néquiz, G.: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño 1997. **Salud Mental**, v. 22 n. 2: p.8-30.
- 20.-**Medina-Mora, M.E.; Villatoro, J.; Fleiz,** La salud mental y las adicciones: Retos, Barreras y Perspectivas. **Cuadernos de Nutrición**, 2003.v. 26 n. 2 p. 69-76.
- 21.-Encuesta nacional de Adicciones 2008.
Disponible en:

[URL;http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html](http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html)
Consultado en mayo 2011.
- 22.-Encuesta de consumo de drogas en estudiantes del distrito federal 2003.
- 23.-Encuesta de estudiantes del nivel medio superior de la ciudad de México 2005.
- 24.-Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de monterrey, Nuevo León 2004.
- 25.-Fantin M. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados, Facultad de ciencias Humanas, Universidad de San Luis, Argentina 2006.

- 26.-Arillo S, Thrasher J, Chávez A, Ruiz V, Lazcano P, Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas, Salud Pública Méx, 2007, v. 49 n. 2 p.170-181.
- 27.-Soto L, Sumuano B. Conocimientos, actitudes y prácticas del tabaquismo en adolescentes y jóvenes fumadores y no fumadores, Centro Universitario de ciencias económicas y administrativas, universidad de Guadalajara., unidad de epidemiología y en servicios de salud del adolescente. IMSS delegación Jalisco, 2009.
- 28.-Campollo O. El alcoholismo en México, Centro de estudios de alcoholismo y adicciones, antiguo hospital civil de Guadalajara, universidad de Guadalajara, 2009.
- 29.-Villatoro, JA., Martínez, MA., López, J., Becerra, E. **Tendencias del consumo en estudiantes de nivel medio y medio superior del Estado de Querétaro** 2003.
- 30.-Fleiz C. Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y drogas, 2005. Consejo nacional contra las adicciones, instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, realizada en ciudad Juárez, monterrey, Tijuana y Querétaro.
- 31.-Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior México. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salud 1991.
- 32.-Villatoro V, Medina M, Hernández V, Bautista F, Amador B, Bermúdez L, Encuesta de estudiantes del nivel medio superior de la ciudad de México, salud mental, Instituto nacional de psiquiatría ramón de la fuente, noviembre 2003, v. 28, n. 001, p. 38-33.
- 33.-**El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del estado de Querétaro.** 2002 En: Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras drogas CONADIC, SSA. México. ISBN 970-721-090-7.
- 34.-Hurlock BE. Psicología de la adolescencia. México, D.F.: Ed. Paidós Psicología Evolutiva. 1989.
- 35.-Mckinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicología del desarrollo, edad adolescente. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 1982.
- 36.-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. Ginebra. Asamblea Mundial de la Salud, 1989.
Disponible en:
[URL;httpwww.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_col_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_col_es.pdf)
Consultado en Mayo 2011.

- 37.-Florenzano, R. Crecimiento y desarrollo, manual de medicina del adolescente. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1992.
- 38.-Obiols, G. Y Obiols, S. Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1994.
- 39.-Villagomez T, Nutrición clínica, México, editorial manual moderno; 2010.
- 40.- Krauskopf D. Adolescencia y educación, Costa rica, San José, Editorial EUNED; 1994.
- 41.-Mesa P, Fuentes L, Drogodependencias y adolescencia, causas y consecuencias del abuso. Madrid: Editorial Pirámide; 1996.
- 42.-Organizacion mundial de la salud, Organización panamericana de la salud, Lexicón of Alcohol and Drug Terms 1994.
Disponible en:

[URL;httpwww.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
Consultado en Mayo 2011.
- 43.-Criterios diagnósticos de la OMS para uso nocivo de sustancia psicoactiva 1993.
Disponible en:

[URL;httpwww.who.int/entity/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)
Consultado en Mayo 2011.
- 44.-Manual of Mental Disorders, DSM-III-R American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical, 3rd edition, revisad. Washington, DC OMS, 2006.
- 45.-Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas OMS 2005, pág. 18, 19, 20.
Disponible en:

[URL; http www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/-36k](http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/-36k)
Consultado Abril 2011.
- 46.-Coopersmith, S. A method for determining types of self-esteem. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959, v. 59 p. 87-94.
- 47.-Coopersmith S. The antecedents of Self-esteem, Palo Alto CA, E.U, Editorial Consulting Psychologists Press, Inc; 1981.
- 48.-Coopersmith, S. A method for determining types of self-esteem, Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959, v. 59, p. 87-94.

- 49.-Coopersmith S. The antecedents of Self-esteem. Ed. Consulting Psychologists Press, Inc, Palo Alto CA, E.U. 1981.
- 50.-Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton NJ. Princeton University Press; 1965.
- 51.-Branden, N. Como mejorar tu autoestima, México, Editorial Paidós, p. 57, 1993.
- 52.-Mitsch D. Y Simmons, R, Adolescencia, México, 1997.
- 53.-Gallar M. la autoestima positiva; 1998.
- 54.-Balaguer I, Pastor Y. Relación entre el auto concepto y los estilos de vida en la adolescencia media. 2001.
Disponible en:

[URL; http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/html](http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/html).
Consultado en mayo 2011.
- 55.-Musitu G. Jiménez TI. Murguía S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes, un modelo de mediación. Salud Publica México, 2007, v. 49 p. 3-10.
- 56.-García V. Autoestima, 2005.
Disponible en:

[URL;http://www.pino.pntic.mec/recursos/infantil/salud/autoestima](http://www.pino.pntic.mec/recursos/infantil/salud/autoestima)
Consultado mayo 2011.
- 57.-Balaguer I, Pastor Y. Relación entre el auto concepto y los estilos de vida de la adolescencia media. 2001.
Disponible en:

[URL;http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/html](http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/html)
Consultado en mayo 2011.
- 58.-Lazarus, R. Y Launier, R. Estrés related transactions between person and environment. Los Ángeles, B.C. 1978.
- 59.-Lazaruz, R, Folkman S. El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos, Barcelona, España, Ediciones Martínez Roca. S.A.; 1986.
- 60.-Lazarus, R. Y Folkman, S., Estrés y proceso cognitivos. Barcelona, ediciones Martínez Roca; 1991.
- 61.-Lazarus, R. Y Launier, R. Estrés related transactions between person and environment. En L.A. 1978.

- 62.-Correche M.S, Fantin M., Florentino M. Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de San Luis. *Fundamentos en humanidades*, 2005, v. 6, n. 1, p. 159-176.
- 63.-Gómez, J. Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International journal of clinical and health psychology*, 2006, v. 6, n 3, p. 581-597.
- 64.-Frydemberg, E., y Lewis, Adolescent coping. The different ways in which boys and girls cope, *Journal of Adolescent*, 1991, v.14, p. 119-133.
- 65.-Compas B, Mallaren V, y Fondacaro K. Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, v. 6 p. 405-411.
- 66.-Frydemberg, E., y Lewis, R. (1991 a): Adolescent coping. The different ways in which boys and girls cope», en: *Journal of Adolescent*. Vol. 14: 119-133.
- 67.-Lazarus, R. S. & Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- 68.-Ison M, El afrontamiento, estrategias para el manejo del estrés. *Revista IDEA*, San Luis, 2003, v. 16, n 37, p. 1-9.
- 69.-Papalia D, Olds W, Feldman D. *Desarrollo Humano*. Editorial Mc. Graw Hill. Edición IX. Pág. 7, 2005.
- 70.-Cecilia Olivari Medina, enrique barra almagia, influencia de la auto eficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, diciembre, año 2005, vol. 23, numero 002, sociedad chilena de psicología clínica, Santiago, chile pp.5-11.
- 71.-María Inés Figueroa, Norma Contini, Ana Betina Lacunza, Mariel Levin, Alejandro Estévez Suedan, las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico, un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán, argentina, *anales de psicología*, junio, año 2005, vol. 21 numero 001, universidad de Murcia, España. Pp. 66-72.
- 72.-Verdusco A, Gómez M, Duran P, La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar, *salud mental*, 2005, v. 27, n. 004, p. 18-25.
- 73.-Llorens N, Perelló M, Palmer A, Estrategias de afrontamiento: Factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, *Adicciones*, 2004, v. 16, n. 4, p. 1-6.

- 74.-González B, Montoya C, Casullo M, Bernabéu V, Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, Universidad de Valencia, 2002. v. 14, n. 2, p. 363-368.
- 75.-Hernández S, Metodología de la investigación, México, editorial McGraw-Hill; 2008.
- 76.-Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. 1983. Disponible en:
URL; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
Consultado junio 2011.
- 77.-Mendoza A, Soler E, Sainz L, Alfaro I, Mendoza F, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en Medicina Familiar, 2006, v. 8, n. 001, p. 27-32.
- 78.-Verduzco MA, Lucio Gómez E, Duran C, La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar, Salud Mental, 2005, 27, (004), 18-25.
- 79.-Figuroa I, Contini N, Lacunza B, Levin M, Estévez A, Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico, un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán Argentina, Anales de Psicología, 2005, v. 21, n. 001, p. 66-72.
- 80.-González L, Hernández M, Estrés y adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar, universidad de las Américas, Puebla. 2009.
- 81.-Nuño B. Álvarez J. González C, Madrigal E. La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. Salud Mental, 2006, v. 29 n. 4, p. 47-54.

APENDICE



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA



Anexo 1

CEDULA PARA IDENTIFICAR OFRECIAMIENTO DE DROGAS

Grado: Grupo: No. Folio
Turno: Sexo: Vives con:
Integrantes en tu familia: Vives con:

INSTRUCCIONES: Contesta a lo que se te pregunta marcando con una X en el espacio que corresponda a la respuesta correcta.

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
1.- ¿Se ofrecen drogas en tu escuela?		
2.- ¿Te han ofrecido drogas en tu escuela?		
3.- al momento que te ofrecieron drogas ¿las aceptaste?		
4.- ¿has consumido drogas en mas de una ocasión?		

¿Cuáles son las sustancias que te han ofrecido son?:

ALCOHOL	EXTASIS	HEROÍNA	COCAÍNA
CAFEINA	TABACO	CANNABIS	MARIGUANA
ALUCINOGENOS	INHALABLES	TRANQUILIZANTES	OTROS

¿Cuáles son las sustancias que has consumido?

ALCOHOL	EXTASIS	HEROÍNA	COCAÍNA
CAFEINA	TABACO	CANNABIS	MARIGUANA
ALUCINOGENOS	INHALABLES	TRANQUILIZANTES	OTROS

Por tu participación, gracias.

Anexo 2

INVENTARIO DE AUTOESTIMA, DE COOPERSMITH
(Adaptación de Brinkmann y Segure 1989)

FOLIO_____

Fecha de Nac.:_____ Edad: _____

Colegio: _____ Grado _____ Grupo _____

Turno _____ Sexo _____

Instrucciones: Para responder a cada una de las declaraciones de la hoja del Inventario, procede como sigue:

- Si la declaración describe cómo te sientes habitualmente, pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "Igual que yo" (Columna A).

- Si la declaración no describe cómo te sientes habitualmente, pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "Distinto a mí" (Columna B).

Continúa ahora con las restantes declaraciones, por tu participación, Gracias!

PREGUNTA	IGUAL QUE YO (A)	DISTINTO A MI (B)
1. Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2. Estoy seguro de mí mismo.		
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4. Soy simpático.		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
6. Nunca me preocupo por nada.		
7. Me avergüenza pararme frente al grupo para hablar.		
8. Desearía tener menos años.		
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.		
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12. Me incomodo en casa fácilmente.		
13. Siempre hago lo correcto.		
14. Me siento orgulloso en la escuela de mi trabajo.		
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		

16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas		
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.		
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.		
19. Usualmente, mis padres toman en cuenta mis sentimientos.		
20. Nunca estoy triste.		
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.		
22. Me doy por vencido fácilmente.		
23. Usualmente puedo cuidarme de mí mismo.		
24. Me siento suficientemente feliz.		
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26. Mis padres esperaban demasiado de mí.		
27. Me gustan todas las personas que conozco.		
28. Me gusta que el profesor me pregunte en clases.		
29. Me entiendo a mí mismo.		
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
32. Los demás adolescentes casi siempre siguen mis ideas.		
33. Nadie me presta mucha atención en casa.		
34. Nunca me regañan.		
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37. Realmente no me gusta ser un adolescente		
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.		
39. No me gusta estar con otra gente.		
40. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
41. Nunca soy tímido.		
42. Frecuentemente, me incomoda la escuela.		
43. Frecuentemente, me avergüenzo de mí mismo.		
44. No soy tan bien parecido como otros adolescentes.		
45. Si tengo algo que decir, habitualmente lo digo.		
46. A los demás les gusta estar conmigo.		
47. Mis padres me entienden.		
48. Siempre digo la verdad.		
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		

50. A mí no me importa lo que me pasa.		
51. Soy un fracaso.		
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.		
53. Las otras personas son más agradables que yo.		
54. Habitualmente, siento que mis padres esperan más de mí.		
55. Siempre sé qué decir a otras personas.		
56. Frecuentemente, me siento desilusionado en la escuela.		
57. Generalmente, las cosas no me importan.		
58. No soy una persona confiable como para que otros dependan de mí.		

Anexo 3

Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes



INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. ¿Cuál es la preocupación principal en tu

vida? Describe brevemente en la zona indicada en la Hoja de respuestas tu preocupación principal.

En este Cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte al problema o dificultad concreta que acabas de describir. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tu problema mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

**DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.
NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.**

RECUERDA QUE ESTÁS PENSANDO EN UN PROBLEMA CONCRETO

- Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.
- Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.
- Seguir con mis tareas como es debido.
- Preocuparme por mi futuro.
- Reunirme con amigos.
- Producir una buena impresión en las personas que me importan.
- Esperar que ocurra lo mejor.
- No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.
- Llorar o gritar.
- Organizar una acción o petición en relación con mi problema.
- Ignorar el problema.
- Criticarme a mí mismo.
- Guardar mis sentimientos para mí solo.
- Dejar que Dios se ocupe de mi problema.
- Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que el mío no parezca tan grave.
- Pedir consejo a una persona competente.
- Encontrar una forma de relajarme, por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.
- Hacer deporte.
- Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.
- Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.
- Asistir a clase con regularidad.
- Preocuparme por mi felicidad.
- Llamar a un amigo íntimo.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo 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 y 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.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrar el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.

52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
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 me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una 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.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión, por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que puedas hacer para afrontar

Apellidos y nombre: _____ Curso: _____
 Centro: _____
 Edad: Sexo: Fecha:

	①	②	③	④	⑤		①	②	③	④	⑤	PUNTAJUE TOTAL	PUNTAJUE AJUSTADA
1.	A	B	C	D	E	19.	A	B	C	D	E		x4
2.	A	B	C	D	E	20.	A	B	C	D	E		x4
3.	A	B	C	D	E	21.	A	B	C	D	E		x4
4.	A	B	C	D	E	22.	A	B	C	D	E		x4
5.	A	B	C	D	E	23.	A	B	C	D	E		x4
6.	A	B	C	D	E	24.	A	B	C	D	E		x4
7.	A	B	C	D	E	25.	A	B	C	D	E		x4
8.	A	B	C	D	E	26.	A	B	C	D	E		x4
9.	A	B	C	D	E	27.	A	B	C	D	E		x4
10.	A	B	C	D	E	28.	A	B	C	D	E		x4
11.	A	B	C	D	E	29.	A	B	C	D	E		x5
12.	A	B	C	D	E	30.	A	B	C	D	E		x5
13.	A	B	C	D	E	31.	A	B	C	D	E		x5
14.	A	B	C	D	E	32.	A	B	C	D	E		x5
15.	A	B	C	D	E	33.	A	B	C	D	E		x5
16.	A	B	C	D	E	34.	A	B	C	D	E		x5
17.	A	B	C	D	E	35.	A	B	C	D	E		x7
18.	A	B	C	D	E	36.	A	B	C	D	E		x7
71.	A	B	C	D	E	55.	A	B	C	D	E		
72.	A	B	C	D	E	56.	A	B	C	D	E		
73.	A	B	C	D	E	57.	A	B	C	D	E		
74.	A	B	C	D	E	58.	A	B	C	D	E		
75.	A	B	C	D	E	59.	A	B	C	D	E		
76.	A	B	C	D	E	60.	A	B	C	D	E		
77.	A	B	C	D	E	61.	A	B	C	D	E		
78.	A	B	C	D	E	62.	A	B	C	D	E		
79.	A	B	C	D	E	63.	A	B	C	D	E		
80.	ANOTA CUALQUIER OTRA COSA QUE SUELAS HACER PARA AFRONTAR TUS PROBLEMAS:												

REOCUPACIÓN PRINCIPAL ES:

Autores: Erica Fridenbergo y Ramon Lewis.
 Copyright © 1993 by ACEE, Australian Council for Educational Research Ltd.
 Copyright © de la edición española 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si lo presentas a otro en línea negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO
 LAU/LEZ - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID - Printed in Spain. Impreso en España por CIFSA. Oriente. 66 - 28020 MADRID - D. L. enal. M. - 5394 - 1995.

Anexo 4

Licencia correspondiente de la empresa VESALIUS, S.A de C.V.

Remisión

Folio Salida	205	Almacén	003	Folio Remisión	102
Fecha	10/06/2009	Moneda	MN		
Vendedor	ECAM	Razón	Campos Eunice		
Cliente	100001	Razón	VENTAS MOSTRADOR- SIMON BOLIVAR		
RFC		CURP			

Dirección:
Calle
Colonia
Ciudad
Estado
CP
País

Ctd	U.M.	Descripción	Precio	Dcto	Importe
1	PZ	ACE ALTER. DEL COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA J.C.	\$1,000.00	0.00%	\$1,000.00
1	PZ	Flete a clientes nacionales	\$130.43	0.00%	\$130.43

Documento Elaborado por: VESALIUS, S.A. DE C.V.

Subtotal	\$1,130.43
Descuento	\$0.00
Cargo	\$0.00
Impuestos	\$169.56
Total	\$1,299.99

Un mil doscientos noventa y nueve pesos 99/100 m.n.
