

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN RESIDENTES Y
EGRESADOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA
CORPORACIÓN CRESEER**

MANUELA HENAO URIBE

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al TÍTULO de
PSICÓLOGA**

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO- MEDELLIN-ANTIOQUIA

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Jurado

Envigado – Antioquia

Agosto de 2017

Dedicatoria

Principalmente a Dios por despejar el camino y direccionar la marcha.

La dedicatoria más especial debo darla a mis padres, que con su amor y dedicación creyeron en mí, por ser un apoyo en los momentos difíciles. Gracias por formarme como persona y transmitir sus valores.

Agradezco a mi hermana, por enseñarme que las metas siempre tienen un camino firme y claro, por acompañar este proceso y alentarme en cada momento a seguir adelante y ser un apoyo siempre...

A María Juliana Mora, que con todo su amor y silencio direccionó y me orientó por el mejor camino, permitiéndome aprender. Gracias por cada palabra, por cada abrazo, por cada día de motivación. Gracias por enseñarme a luchar y a aprender cada día lo mejor de ti.

Gracias a quienes creyeron en esto, a quienes hicieron parte de mi vida durante estos 5 años.

MANUELA HENAO URIBE.

Agradecimientos

Agradezco a mis asesores en este proyecto, por confiar en mis capacidades y por su absoluta comprensión y ayuda.

Agradezco además a Luis Gilberto Gómez, por su amistad incondicional, y sus infinitos aprendizajes.

Agradezco a Néstor Raúl Márquez, por su compañía en las diferentes etapas de la carrera; y que su amistad y conocimiento alumbraron siempre mi camino.

Finalmente, entonces, agradezco a toda la comunidad perteneciente a la Institución Universitaria de Envigado, por formarme como profesional.

INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema.....	13
-----------------------------------	----

2. JUSTIFICACION.....18

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.....	21
---------------------------	----

3.2 Objetivos específicos.....	21
--------------------------------	----

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco de antecedentes.....	22
--------------------------------	----

4.2 Marco contextual.....	30
---------------------------	----

4.3 Marco teórico

4.3.1 Breve historia de las adicciones.....	33
---	----

4.3.2 Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas.....	35
---	----

4.3.3 Conceptos claves en el consumo de sustancias psicoactivas.....	39
--	----

4.3.4 Vías de administración del consumo de sustancias psicoactivas.....	40
--	----

4.3.5 Efectos de las sustancias psicoactivas para más reconocidas.....	41
--	----

4.3.6 Efectos de las sustancias psicoactivas	42
--	----

4.3.7 Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	43
---	----

4.3.8 Consideraciones teóricas frente al estrés.....	44
--	----

4.3.9 Estrategias de afrontamiento.....	47
---	----

4.4 Marco Legal.....	51
----------------------	----

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Enfoque cuantitativo.....	54
-------------------------------	----

5.2 Nivel descriptivo y comparativo.....	54
--	----

5.3	Diseño metodológico.....	55
5.4	Método.....	55
5.5	Población.....	55
5.6	Instrumentos.....	57
5.7	Forma de implementación de la prueba dentro de la corporación CRESER.....	59
5.8	Consideraciones éticas relacionadas con la aplicación del test.	66
6.	RESULTADOS.....	69
7.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
8.	CONCLUSIONES.....	81
9.	LIMITACIONES.....	83
10.	RECOMENDACIONES.....	85
11.	REFERENCIAS.....	87

Índice de tablas

Tabla 1. Puntuaciones del grupo de referencia en la escala CAE según sexo.....	58
Tabla 2. Tabla de variables cualitativas y cuantitativas tenidas en cuenta en el análisis de datos estadísticos.	60
Tabla 3. Descripción de la muestra de residentes y egresados de la corporación CRESER según características demográficas, tiempo de consumo y tiempo sin consumo.	69
Tabla 4. Prevalencia de vida del consumo de SPA en la muestra de Residentes y Egresados consumidores de sustancias psicoactivas de la Corporación CRESER.....	70
Tabla 5. Descripción del uso de las estrategias de afrontamiento al estrés de residentes y egresados consumidores de sustancias de la Corporación CRESER.....	71
Tabla 6. Comparación de las muestras en las diferentes dimensiones del CAE.....	73

Índice de anexos

Anexo A. Entrevista de recolección de datos.....	100
Anexo B. Consentimiento informado.....	101
Anexo C. Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE).....	102

Glosario

ABUSO: La OMS (1994) afirma que: “Se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales”. (p. 11)

ABSTINENCIA: El ministerio de Salud de Colombia (2015) afirma que: “se produce cuando hay interrupción abrupta o disminución significativa en el consumo de alcohol, presentada en individuos con patrones crónicos de consumo” (p.173)

ADICCIÓN: La asociación Americana de psicología (APA) (2015) afirma que: “Es una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico”.

CONSUMO: La OMS (1994) afirma que: El consumo es “Autoadministración de una sustancia psicoactiva”. (p. 25)

COMPULSION: Es “un deseo fuerte y apremiante —atribuido a sentimientos internos en vez de a influencias externas— de consumir la sustancia”. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. 1994. p.25)

DEPENDENCIA: La OMS (1994) afirma: “en sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir”. (p.29)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: Lazarus y Folkman (1986), lo definen como “un esfuerzo cognitivo y conductual por parte del individuo para manejar el estrés psicológico, con independencia de que lo logre o no”. (Reynoso y Seligson, 2005, p. 455).

ESTRÉS: “El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes” (...) “En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas” (Gabinete psicopedagógico - Universidad de Granada. p.1)

INTOXICACION AGUDA: El ministerio de Salud de Colombia (2015) afirma que es: “Alteraciones encontradas en el lenguaje, la marcha, la memoria y el estado de consciencia secundarias al consumo reciente”. p.173

TOLERANCIA: El ministerio de Salud de Colombia (2015) afirma que es “la necesidad que tiene el individuo de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado”. p.173

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento al estrés implementadas por los residentes y egresados consumidores de sustancias psicoactivas de la Corporación CRESER, en una muestra de 30 sujetos, específicamente 15 residentes y 15 egresados elegidos mediante un muestreo probabilístico. El enfoque fue cuantitativo, el diseño no experimental y nivel descriptivo. Como instrumento se recurrió al Cuestionario de Afrontamiento al Estrés; se utilizó una entrevista sociodemográfica para recolectar datos sobre la edad, el estrato socioeconómico, tiempo de consumo, tiempo sin consumo de sustancias psicoactivas, y sustancias consumidas. Se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de residentes y egresados en las diferentes dimensiones de Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).

En cuanto a la prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas, los egresados manifestaron mayor consumo de cigarrillo con un 73,3 al igual que mayor consumo de marihuana con un 93.3%. En otras sustancias como la heroína y el bazuco también la prevalencia de vida fue superior en el grupo de egresados. Por su parte, los residentes reportaron una mayor prevalencia de consumo de alcohol, opio, y cocaína.

Palabras clave: adicciones, estrategias de afrontamiento, estrés, consumo de sustancias de psicoactivas.

Abstract

The present research aimed to identify the stress coping strategies implemented by residents and graduates of CRESER's psychoactive substances in a sample of 30 subjects, specifically 15 residents and 15 graduates chosen by probabilistic sampling. The approach was quantitative, non-experimental design and descriptive level. As an instrument, the stress coping questionnaire was used; A sociodemographic interview was used to collect data on age, socioeconomic partner, time of consumption, time without consumption of psychoactive substances, and substances consumed. It was found that there is no statistically significant difference between the groups of residents and graduates in the different dimensions of the stress coping questionnaire (CAE).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

Cuando se habla de adicciones es necesario contextualizar esta conducta dentro de las necesidades de atención y actuación de manera integral dentro de la salud pública, es así como el director de la OMS afirma:

La comunidad de salud pública tiene que prestar más atención a los problemas sanitarios y sociales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y con la dependencia de esos productos, y es necesario dar una respuesta normativa apropiada para abordar esos problemas en diferentes sociedades. (Jong-Wook, 2004, párrafo 5)

Según lo anterior, las adicciones no son un fenómeno aislado al cual se le debe atender esporádicamente; por el contrario, son un problema sanitario y social que afecta diferentes aspectos de la vida del ser humano; tal como lo menciona el Programa de Acción Específico de Prevención y Atención Integral de las Adicciones en México (2015). Cuando afirma que la adicción es: “un importante problema de salud pública dada sus efectos en el deterioro de las condiciones de vida de los consumidores, su impacto negativo en el desarrollo de las comunidades y en la vulneración del tejido social” (p.15). Es así como puede llegar a verse afectada la dinámica social, familiar, y personal del individuo que presenta una adicción, así mismo sus intereses, gustos y prácticas.

En Colombia, el “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al consumo de SPA, 2014-2021” retoma enfoques de salud y derechos humanos, haciéndole frente a la crítica situación de consumo. Este plan surge con el objetivo de reducir el uso de drogas y además se interesa por hacer “promoción de condiciones y estilos de vida

saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo, acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.” (Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. P.14).

La muerte es otra de las consecuencias posibles frente a un uso excesivo de sustancias psicoactivas. Tal como se menciona a continuación:

Se calcula que en 2010 entre 99.000 y 253.000 personas fallecieron como consecuencia del consumo de drogas ilícitas a nivel mundial y que esas muertes representaron entre el 0,5% y el 1,3% de la mortalidad general en el grupo de 15 a 64 años de edad. (Informe mundial de drogas, 2012, p. 19).

Dentro de las edades que incluye este censo se circunscribe a los adolescentes y jóvenes; como la población más vulnerable frente a estas prácticas. Tal como lo afirman Musitu, Jiménez, y Murgui (2007): “Tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias, un tema que desde siempre ha atraído el interés de los científicos.” (p.1). Además, afirman que según la dinámica familiar del adolescente, este puede realizar autoevaluaciones positivas en los diferentes dominios relevantes de su vida, tales como la esfera social, familiar, y académica, siendo estas autoevaluaciones fundamentales predictores del consumo de sustancias ya que temas como la adaptabilidad, la expresión emocional, y el nivel de cohesión social influyen en el abuso de éstas.

Por otro lado Oliva, Parra y Sánchez - Queija (2008) Afirman que es posible que si el adolescente tiene una actitud conservadora y con tendencia a evitar riesgos este tenga menos probabilidad de consumo, sin embargo, un exceso en esta actitud puede impedir un desarrollo biopsicosocial adecuado, y de esta manera entorpecerse el proceso de construcción de identidad personal y autoestima. Además afirman que: “Es probable que

en poblaciones de riesgo el consumo no resulte tan inocuo y la experimentación conlleve un alto riesgo, en tanto que tenga un significado distinto y forme parte de un estilo de vida poco saludable o incluso antisocial.” p.167.

Ya bien dicho, la exposición directa desde los diferentes factores en relación al consumo de sustancias psicoactivas; tales como factores personales, familiares y educativos juegan un papel preponderante en el uso de estas sustancias. Es por esto que la OMS (2004) resalta que: “la dependencia de sustancias es multifactorial está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales”. (Párrafo 4).

Colombia no es un país ajeno a esta problemática de consumo de sustancias psicoactivas, de este modo reconoce la necesidad de enfrentarla de manera global desde las diferentes instituciones con dichas competencias en el tema de sustancias psicoactivas y que reconocen la amenaza de dicho fenómeno en el país. Es por esto que:

(...) es una prioridad avanzar en la definición de una política nacional de drogas que integre los diferentes componentes y que facilite la articulación intersectorial en torno a los objetivos propuestos, tal como lo concibe el documento de bases del Plan Nacional de Desarrollo: Todos por un nuevo país, 2014 - 2018. En la misma lógica, se debe promover el fortalecimiento territorial que contribuya al empoderamiento de los entes territoriales en la autonomía, formulación y ejecución de su política pública frente a las drogas, a partir de sus propias realidades. (...) (Ministerio de justicia y Observatorio de Drogas de Colombia. 2015, p.15)

En este mismo sentido, el Ministerio de Justicia (2015) afirma que “El consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso”. (p. 20). Uno de los

principales riesgos frente al consumo de SPA tiene que ver con el poco conocimiento frente a los efectos nocivos de las drogas sobre la salud.

Después de las consideraciones anteriores, es menester retomar a Arias (2012) el cual afirma que “Las SPA y su consumo se relacionan también con diversas alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés” (p. 109). Se apoya entonces en las afirmaciones de Calvete y Estévez (2009) los cuales argumentan que los adolescentes y jóvenes pueden presentar altos niveles de estrés, ya que afrontan nuevas responsabilidades en sus vidas.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, surge entonces el estrés como una causa-reacción a dichas conductas de consumo de sustancias psicoactivas; y toma protagonismo este como una reacción “natural”, la cual se evidencia entonces un manejo inadecuado de los recursos internos, sumado a las demandas “externas” lo cual favorece el aumento del mismo. Fernández M. (2009) soporta lo anterior diciendo: “El estrés es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad moderna, (...) se está produciendo un aumento del estrés. Una mala adecuación entre las capacidades personales y las demandas genera insatisfacción y sentimientos de estrés” (p.25). Según lo anterior, parece bastante lógico pensar que el estrés no empleado de forma “adaptativa”, puede favorecer la inestabilidad de los sujetos. En esta medida, el estrés toma protagonismo frente al consumo de sustancias psicoactivas, y las necesidades de atención en prevención e intervención en las adicciones.

Es en esta misma línea, donde las estrategias de afrontamiento al estrés ocupan un lugar válido y se convierten en foco frente al consumo de sustancias psicoactivas; ya que un manejo adecuado del “estrés” frente a las situaciones difíciles, nombrado esto por Lazarus y Folkman como “Afrontamiento”, posibilitaría enfrentar una determinada

situación por vías más “adaptativas”. De este modo, Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.141).

De este modo se busca identificar y analizar la implementación y el uso de las estrategias de afrontamiento al estrés en adolescentes consumidores de SPA. Por tanto, se eligió la corporación Creser como el lugar en el que se llevaría a cabo dicha investigación. Allí se ofrece un tratamiento integral desde diferentes áreas (Psicología, Trabajo social, Pedagogía, Enfermería y Medicina) con el fin de atender las necesidades de los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas y evitar contextos de riesgo frente al consumo; y al mismo tiempo, evitar posibles recaídas. Esta investigación adquiere relevancia dentro de la corporación CRESER en la medida en que, al identificar las estrategias de afrontamiento al estrés usadas por los residentes y egresados es posible orientar estrategias y procesos enfocados no solo a la reducción de riesgo de daño por parte de los adolescentes sino también movilizar acciones que potencialicen el uso de dichas estrategias de afrontamiento al estrés frente al consumo de SPA como factor protector. Evidenciando la importancia del uso de las estrategias de afrontamiento al estrés tanto en jóvenes consumidores como en aquellos en proceso de resocialización; surge entonces la pregunta de:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento al estrés en consumidores de sustancias psicoactivas usadas por los residentes y egresados de la Corporación CRESER?

2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación surge a través de la necesidad de abordar el tema de las adicciones como un fenómeno social problemático inmerso en nuestra sociedad; y así mismo, identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que usan los consumidores de sustancias psicoactivas, residentes y egresados de la corporación crecer en la sede masculina de la ciudad de Medellín.

Las adicciones representan un alto grado de complejidad como fenómeno. En el caso de Colombia, solo por mencionar una de ellas; la segunda ciudad principal del país, congrega una cantidad significativa de consumidores de SPA como es el caso de Medellín; donde se encuentra que:

La mayor proporción de consumidores de sustancias ilícitas con respecto a la población total se encuentra en Medellín y el área metropolitana (6.3%) en comparación al resto de Antioquia (1.6%). El número de consumidores en el primer caso supera los 153 mil, mientras que en el segundo no alcanza a los 6 mil. (Zambrano, Franco, Alejo y Sosa. 2009. p. 3).

De este modo, al margen de la complejidad del fenómeno, aparecen agentes claves en la atención y vigilancia de los procesos con adolescentes en modalidad de atención por consumo de sustancias psicoactivas como lo son la corporación crecer, la cual a modo de operador del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la encargada de acompañar y direccionar el tratamiento de las conductas adictivas, a través de estrategias y protocolos de atención en modo de apoyo con el fin de obtener una reintegración adecuada al hogar por parte de los adolescentes y prevenir futuras recaídas.

En este sentido, hablar de estrategias de afrontamiento al estrés en adicciones dentro de la corporación crecer, ocupa el termino un papel preponderante en el proceso

integral que allí se ofrece ya que es a partir del uso de estas estrategias de afrontamiento al estrés en adicciones donde los adolescentes pueden lograr hacer frente a las situaciones de difícil manejo para ellos, relacionadas con eventos internos y externos los cuales vivenciarán así mismo en el momento de la resocialización, sin embargo existe la posibilidad de tener alternativas diferentes que posibiliten el afrontamiento al estrés en adicciones de una forma más adecuada. Es por esto, que se hace importante identificar las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por los usuarios tanto residentes como egresados, con el fin de obtener una mayor comprensión de las mismas y el uso que estos hacen de ellas y así mismo, establecer nuevas metodologías o procesos que favorezcan el uso adecuado de las mismas.

La corporación CRESER sede masculina, dirige toda su atención en el proceso de identificación, consolidación y ejecución del proyecto de vida como herramienta principal en la reconstrucción de un nuevo estilo de vida para los adolescentes. Así mismo, se le ofrece a cada uno una atención individual; los adolescentes se vinculan a procesos de fortalecimiento personal y familiar, así como a procesos de habilidades para la vida. Se vinculan desde las diferentes áreas en los procesos de fortalecimiento en temas de vida saludable, autocuidado y temas de ciudadanía; de este modo, se reconoce la importancia de ofrecer un tratamiento integral que permita abarcar las diferentes necesidades que se dan desde distintos niveles, exhibidas en la problemática de consumo de SPA. En esta misma línea, el uso de estrategias de afrontamiento al estrés en adicciones se sitúa como una necesidad dentro del proceso, ya que acompaña y favorece la generación de cambios en el estilo de vida a través de la forma en que los adolescentes asumen las circunstancias generadoras de estrés.

La presente investigación se convierte en un reto de formación y preparación para el mundo laboral, y así mismo en la posibilidad de plasmar los conocimientos adquiridos a lo largo de un proceso educativo formal, impartido por la universidad. Este trabajo investigativo se convierte en la posibilidad de generar un impacto significativo que favorezca a nivel académico y e investigativo, tanto a la corporación crecer como a la institución universitaria de envigado. En esta medida es importante velar por la información recolectada a lo largo de la investigación, a fin de que esta sea confiable y pueda ser utilizada no solo en bases de datos, de la universidad sino también en el mejoramiento de los diferentes procesos ofrecidos en la corporación crecer.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Identificar las estrategias de afrontamiento al estrés en relación al consumo de sustancias psicoactivas en los residentes y egresados de la Corporación CRESER.

3.2 Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los residentes y egresados de la corporación CRESER y la prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas.
- Describir las estrategias de afrontamiento al estrés que usan los residentes y egresados consumidores de sustancias psicoactivas de la Corporación CRESER.
- Comparar las estrategias de afrontamiento al estrés usadas por los residentes y egresados consumidores de sustancias de la corporación CRESER

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco de Antecedentes:

La adicción al consumo de sustancias psicoactivas se ha tornado un tema de preocupación en salud pública, por lo tanto, en los últimos años se han realizado investigaciones que apuntan a describir los esfuerzos cognitivos frente al estrés psicológico, o estrategias de afrontamiento, con el fin de descubrir la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las formas de afrontamiento al estrés. A continuación se exponen y retoman algunas de estas investigaciones.

Dobkin, P., Civita, M., Paraherakis, A., y Gill, K. (2002). Investigaron acerca del papel del apoyo social en el tratamiento de pacientes toxicómanos en modalidad de ambulatorio. Se aplicaron cuestionarios relacionados con el estrés, el apoyo social y el funcionamiento psicológico tanto en la ingesta como a los 6 meses posteriores. La investigación fue realizada en Estados Unidos. La población evaluada consta de 206 pacientes evaluados en el momento de la ingesta de la (s) sustancia(s) y 172 pacientes a los 6 meses del tratamiento; a los cuales además, se aplicó el Índice de Gravedad de Adicción (ASI). La investigación concluye que la angustia y la depresión es superior en pacientes con bajos niveles de apoyo social; y sugiere que se realicen investigaciones que indaguen sobre el éxito y el fracaso del tratamiento de farmacodependencia.

Según la línea anterior, Laudet, Cleland, Magura, Voge y Knight (2004) investigaron el papel del apoyo social en la intervención con pacientes adictos que presentan diagnóstico dual. La investigación fue realizada en Nueva York, con miembros de Double Trouble in Recovery (DTR), los cuales fueron investigados durante dos años. La investigación concluye que la permanencia de estos en el primer año de tratamiento estuvo

asociada con una reducción del consumo sustancias en el segundo año, lo cual puede explicarse por un alto mantenimiento en el apoyo social, estrategia que es determinante en el tratamiento de las adicciones.

Llorens, Perelló del Rio, y Palmer (2004). Realizaron un estudio con el objetivo de analizar el valor explicativo de las estrategias de afrontamiento específicas y generales en el consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de 314 personas, en el rango de edades de 18 a 30 años. La investigación se realizó en Palma de Mallorca, España. Se aplicó un cuestionario anónimo desarrollado para medir la frecuencia de consumo de diversas sustancias psicoactivas, estrategias de afrontamiento y habilidades personales. Los resultados encontrados en la investigación afirman la existencia de un déficit social que explica el consumo de tabaco y alcohol; las habilidades propias de los sujetos explica el consumo de marihuana y el principal peso del consumo de bebidas se encuentra asociado con las estrategias de afrontamiento. Se encontró que en el consumo de bebidas fermentadas, las personas que dicen utilizar la estrategia “evito lugares y personas relacionadas con drogas” consumen el 46% menos respecto a los que no utilizan dicha estrategia, por otro lado, aquellos que consideran y reconocen los efectos negativos del consumo disminuyen un 24% el consumo respecto a los que no utilizan esta estrategia de afrontamiento, en cuanto al consumo de tabaco los sujetos que expresan dificultad en manifestar sus sentimientos consumen un 42% más. Y en el consumo de marihuana se encontró que los sujetos que saben cómo relajarse sin consumir sustancias consumen un 78% menos que los que señalan necesitar fumar marihuana para relajarse. La investigación concluye que el déficit en estrategias de afrontamiento explica el consumo de bebidas alcohólicas fermentadas.

Pedrero, Rojo y Puerta (2007) indagaron sobre las estrategias de afrontamiento en una muestra de 462 sujetos no consumidores y 684 sujetos consumidores de sustancias psicoactivas. Se les administró el instrumento: Strategic Approach to coping Scale, dispositional form (SACS), el cual consiste en 52 preguntas con 5 opciones de respuesta (Tipo Likert), el cual propone 3 ejes de análisis de afrontamiento: 1. Activo/pasivo, 2. Prosocial/antisocial, 3. directo/indirecto. La investigación, realizada en Madrid, concluye que los varones adictos, en relación a sus iguales tienen menor preferencia por las estrategias activas (acción cautelosa) y mayor preferencia por las pasivas (evitación), además de puntuar más en las pro sociales (búsqueda de apoyo social) e indirectas. En los adictos hombres hay una carencia de asertividad para afrontar los problemas y predomina la manipulación al ambiente y a las personas que confluyen en él, por lo tanto, los hombres adictos y no adictos optan por las estrategias agresivas. Por su parte, las mujeres adictas puntúan menos en el polo activo y más en el pasivo que sus iguales y muestran una mayor preferencia por las estrategias impulsivas e irreflexivas (acción instintiva). Las mujeres no adictas prefieren estrategias de contacto social y predomina la dificultad de buscar apoyo social.

En esta misma línea: Pedrero, Rojo, Puerta (2008) Realizaron otra investigación, de igual forma realizada en Madrid, España, con el objetivo de estudiar los estilos de afrontamiento de los adictos en tratamiento y realizar una comparación con una muestra no clínica y así poder realizar las diferencias por género y variables psicopatológicas de los Ejes diagnósticos I, II y IV (DMS IV). Implementaron el cuestionario de variables de interacción psicosocial, donde únicamente se utilizaron los ítems correspondientes al afrontamiento: 1. Centrada en la tarea. 2. Centrada en la emoción. 3. Centrada en la búsqueda de apoyo social. La muestra fue de 286 sujetos (217 mujeres y 69 mujeres) que

iniciaban tratamiento en el Instituto de Adicciones Ayuntamiento de Madrid. Se concluye que el consumo de sustancias se relaciona con el escape de situaciones estresantes y como consecuencia se encuentra una fuerte relación entre los estilos de afrontamiento y las problemáticas derivadas del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como de las manifestaciones psicopatológicas en los ejes I y II del DMS IV. Por otro lado, se concluye que la orientación a la solución de problemas va en pro de la salud mental mientras que focalizarse en las emociones produce un aumento de la percepción al estrés, por lo que representa la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de los trastornos psicológicos clasificados en ambos ejes.

Álzate y Bermúdez (2009) realizaron una investigación cuantitativa no experimental con una muestra no probabilística de 25 hombres con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades de 18 a 34 años después de la primera etapa de la reinserción social de la fundación la Luz en Medellín, a los cuales se les administró el instrumento de la escala de Coping modificada. La investigación halló que las estrategias de afrontamiento que se encuentran en la parte superior de la media son: búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reacción agresiva, negación y autonomía. Y las estrategias de afrontamiento que se encuentran debajo de la media son: Solución de problemas, reevaluación positiva, expresión de dificultad de afrontamiento. La investigación concluye que las estrategias que se encuentran por inferior de la media son reevaluación positiva, expresión de afrontamiento y solución de problemas.

Hyman, Hong, Chaplin, Dabre, Comegys, Kimmerling, A., y Sinha. (2009) compararon una muestra de 57 pacientes, dependientes de los opioides en el estado de Boston, Estados Unidos; los cuales ingresaron a tratamiento con Naltrexona, con 75

pacientes no consumidores. Se utilizó análisis de varianza (ANOVA) y covarianza (ANCOVA), y regresión múltiple escalonada. Se concluye que los sujetos consumidores tienen mayor estrés y menos adaptación; sin embargo no se encontraron diferencias con respecto al apoyo social. Además se afirma que el estrés percibido puede ser producto de la pertenencia a un grupo, bajo apoyo social, y mayor uso de la evitación. La investigación concluye que el estrés aumenta la vulnerabilidad a la adicción y el riesgo de recaída en el consumo de sustancias. Se propone que los nuevos enfoques de tratamiento deben apuntar a disminuir el uso de la estrategia evitación y que se mejore el uso del apoyo social como estrategia fundamental en la recuperación temprana en la adicción a los opioides.

Monras, Mondon, y Jou (2010) realizaron una investigación con el objetivo de comprobar si los pacientes alcohólicos con trastornos de la personalidad, deterioro cognitivo o abuso de benzodiazepinas, que tienen mayor gravedad y peor pronóstico, presentan déficits en la utilización de estrategias de afrontamiento, e identificar las diferencias en los tipos de estrategias usadas respecto a los pacientes alcohólicos sin estas complicaciones, por lo tanto, se compararon las puntuaciones del COPE (coping orientations to problem experienced) en 216 pacientes ingresados a la Unidad Hospitalaria de desintoxicación, y se clasificaron según la existencia de trastornos de personalidad, deterioro cognitivo y abuso de benzodiazepinas. La investigación arrojó como resultado que los pacientes con trastornos de personalidad utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativas y que los pacientes con deterioro cognitivo y abuso de benzodiazepinas tienen poca capacidad de introspección, y tienden a tener una imagen social favorable, pero no realista.

Sugarman, Nich y Carroll (2010) investigaron la implementación de las estrategias de afrontamiento posterior al tratamiento cognitivo-conductual de consumo de

sustancias. La investigación surge con el fin de evaluar si los participantes asignados al programa informaron un mayor uso de estrategias de afrontamiento en comparación con aquellos no expuestos al programa; y finalmente examinar el efecto diferencial de las estrategias de afrontamiento por grupo. La investigación se realizó con 77 sujetos elegidos al azar; un grupo en búsqueda de tratamiento de adicciones en una comunidad terapéutica, y un grupo de pacientes que no estaban en el programa. Finalmente concluye que no hay diferencias significativas entre los grupos y que a medida que aumenta el uso de las estrategias de afrontamiento, la dependencia a las sustancias psicoactivas disminuye.

Hernández y Londoño (2012) en su investigación identificaron factores cognitivos, psicosociales, y de personalidad relacionados en la adherencia al tratamiento farmacológico y adherencia a la comunidad terapéutica. La muestra poblacional evaluada consto de 443 pacientes, 373 hombres y 70 mujeres, con una edad promedio de 18 años. Se utilizaron los instrumentos: Escala de adherencia CMRS, Escala de acontecimientos vitales, Cuestionario de esquema YSQ, Escala de adherencia CMRS , Cuestionario de creencias de trastornos de la personalidad CCE-TP, Cuadro Toxicológico y Escala de estrategias de afrontamiento EEC-M. para realizar el estudio de la muestra se dividió la totalidad del grupo en un grupo de alta adherencia a la comunidad terapéutica, y un grupo de menor adherencia. La investigación concluye que las estrategias que predicen alta adherencia son personalidad obsesivo-compulsiva, vulnerabilidad al daño y la enfermedad, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo profesional, solución de problemas, la edad, solución de problemas y de manera negativa la autonomía.

Dentro de este marco Linage, y Lucio (2012) realizaron una investigación con el objetivo identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias psicoactivas. La muestra analizada consistió en 116 jóvenes (consumidores y no

consumidores) a los cuales se les administro: AUDIT; Fagerström, ASSIST y el Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes. Los resultados expusieron que de las 12 estrategias de afrontamiento (funcionales y no funcionales), solo cuatro de ellas predijeron el no consumo de sustancias, los jóvenes que buscaron el apoyo social de sus padres para resolver algún problema presentaron 19.71 veces mayor probabilidad de no consumir ninguna sustancia, la solución de problemas fue otra estrategia de afrontamiento que se asoció con el no consumo sustancias, además, aquellos jóvenes que resolvieron el problema con acciones concretas presentaron 10.51 veces más posibilidad de no consumir sustancias psicoactivas. Ofrecer ayuda a otros que se encuentran en un problema similar también apareció como un factor que posibilitaba el no consumo de sustancias, aquellos que ofrecieron su apoyo o comprensión a algún familiar o amigo que atravesaba por una situación dolorosa presentaron un incremento de 29.91 más probabilidad de no consumir sustancias. Finalmente, aquellos que realizaron esfuerzos cognitivos como razonar o pensar en las posibles soluciones del problema, aumentaron 23.78 más veces la posibilidad de no consumir sustancias adictivas. La investigación concluye que el apoyo social en padres, la solución de problemas, ofrecer ayuda y reflexionar están directamente asociadas a la probabilidad de no consumir sustancias psicoactivas. Y por tanto, que en el momento de prevenir dicha problemática se debe entrenar en estrategias de afrontamiento.

Rodríguez C.B (2012), realizó una investigación cuyo objetivo general era explorar la relación existente entre afrontamiento y soporte social; con una muestra población de 45 consumidores de sustancias en el rango de 20 a 60 años en modalidad de residente en un hospital psiquiátrico de Lima. Por medio del instrumento: cuestionario de afrontamiento y el inventario de entrevista de soporte social de Arizona. La investigación concluye que es afirmativa la correlación entre todas las estrategias de afrontamiento y el soporte social,

siendo las estrategias de mayor uso la religión y la reinterpretación positiva, mientras que la menos utilizada fue la evitación. Además, se sugiere que el soporte social interviene en la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los residentes.

Muñoz y Hernández (2015) realizaron una investigación con el objetivo de comparar en un grupo de usuarios consumidores y no consumidores la ocurrencia del estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento para poder identificar si las características sociodemográficas pueden influir en el consumo de drogas ilícitas. La metodología utilizada fue cuantitativa con un diseño transversal, se aplicó el cuestionario de Escala de Ocurrencia e intensidad del estrés psicosocial (Elaborada por Arellanez - Hernández (2004)) a 334 alumnos de secundaria en la ciudad de México. En el grupo de usuarios consumidores se encontraron mayores niveles de estrés personal, familiar y económico, y por tanto, con mayor disposición al tabaco, y alcohol para evitar situaciones de afrontamiento, y en el grupo de usuarios no consumidores se encontró con mayor ocurrencia el estrés frente a violencia social. Además, los resultados de esta investigación señalan que los estudiantes que tienen un grado de estrés elevado presentan un mayor consumo de sustancias.

Las anteriores investigaciones afirman el protagonismo de las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés en el consumo de sustancias psicoactivas y se corrobora la importancia de estas en el marco de las adicciones, ya que por medio de su estudio pueden hallarse relaciones en cuanto a las situaciones problemáticas o estresantes y a la forma de hacerle frente a estas.

4.2 Marco contextual

La Corporación Creser, entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica vigente otorgada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, desde el año 1996 viene trabajando en el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en diferentes modalidades de atención. La corporación Creser sede masculina se encarga de atender, e intervención la población con problemas de adicciones.

Misión

La Corporación Creser es una entidad sin ánimo de lucro, de carácter privado y con personería jurídica vigente. Brinda atención integral a los niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con y sin discapacidad desde la restitución de los derechos vulnerados, mediante acciones que promueven el desarrollo humano y en la construcción de un proyecto de vida responsable, el cual contribuirá a un eficaz desempeño personal, familiar y social.

Visión

En el año 2018 la Corporación Creser será una ONG reconocida en el ámbito local, departamental y nacional por la calidad en la prestación de servicios integrales para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas, adolescentes, mayores de 18 años con y sin discapacidad, enmarcado en la ley de infancia y adolescencia, los lineamientos y estándares del Estado.

Valores

- Responsabilidad
- Honestidad
- Respeto

- Autonomía
- Tolerancia

Marco legal

A continuación se expondrá las leyes Colombianas en las cuales se basa la Corporación CRESEER para construir su margo político y legal:

- Constitución Política de Colombia 1991.
- Ley 1098 de infancia y Adolescencia de 2006.
- Convención internacional de los derechos de los niños. 1989
- Lineamientos técnicos, administrativos del ICBF de febrero 2016.
- Líneas técnicas del ICBF 2013.
- Estándares de calidad del ICBF.
- NTE 001 de ICBF
- Ley 7 de 1979
- Ofrecer programas integrales de calidad a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con y sin discapacidad desde el restablecimiento de los derechos y consumo de sustancias de los niños, los derechos humanos y las políticas sociales mediante acciones que promuevan el desarrollo humano.
- Acompañar a los niños, niñas, adolescentes, mayores de 18 años con y sin discapacidad y sus familias o redes vinculares en la reflexión del proyecto de vida por medio de estrategias de capacitación, terapéuticas, educativas, formativas, asesoría y orientación con miras al mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Brindar atención integral a los niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con y sin discapacidad desde la restitución de los derechos vulnerados, mediante acciones que promuevan el desarrollo humano fundamentado en el fortalecimiento de las potencialidades.
- Ofrecer a los niños, niñas, adolescentes, mayores de 18 años con y sin discapacidad y sus familias o red vincular, programas de calidad para la atención y formación integral mediante el restablecimiento de los derechos, y el fortalecimiento de la ciudadanía, los valores y el bienestar individual y colectivo.
- Formar niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con y sin discapacidad y familias o red vincular en valores que se traduzcan en el respeto por el otro.
- Potenciar las capacidades de los niños, niñas, adolescentes, mayores de 18 años con y sin discapacidad y familias o red vincular estimulando sus aptitudes físicas, intelectuales, afectivas, artísticas, deportivas y culturales.
- Ofrecer espacios de encuentro y de reflexión para las familias o redes vinculares que les permita adquirir herramientas para la formación integral de los niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con y sin discapacidad.

Políticas éticas

Liderar espacios de diálogo, participación e intercambio que garanticen la agilidad y fluidez en las comunicaciones para la toma de decisiones.

Diseñar e implementar estrategias para el fortalecimiento de los valores.

Promover el trato justo, respetuoso y digno, sin discriminaciones, ni preferencias de ningún tipo.

4.3 MARCO TEÓRICO:

4.3.1 Breve historia de las adicciones:

Al hablar de adicciones, o sustancias psicoactivas (SPA), debe mencionarse que estas han sido parte fundamental en la elaboración de rituales, e hitos históricos de culturas antiguas, además ha estado sumergida en procesos de construcción cultural, como lo ha sido en poblaciones indígenas tal como lo afirma Merino citado por Candela y Espada (2006): ‘La planta del cannabis es conocida desde hace milenios, estableciéndose su origen en Asia central. Algunos autores datan su uso desde hace 6000 años’ (p.51). Sus usos en la antigüedad estaban lejos de ser asociadas con prácticas perjudiciales, por el contrario, la implementación de estas sustancias (que en la antigüedad se denominaban como plantas) estaban destinadas a la curación y alivio de distintas enfermedades.

Las propiedades medicinales del cannabis fueron conocidas y utilizadas en la China hace más de 4.000 años. Se tiene conocimiento de la relación existente entre la medicina y la cannabis sativa para la cultura china gracias a la mención que se hace a ella en dos tratados de medicina de aquella época. (Merino citado por Cancela y Espada, 2006, p.51)

Por otra parte, se puede observar como al igual que la marihuana, la cocaína, anteriormente denominada coca, tiene una historia en épocas anteriores. Saiz (2008) afirma que “el consumo de la hoja de coca se remonta a hace siglos, probablemente antes de la época incaica. Lo que sí es seguro es que en el Imperio Inca se consumía, llegando incluso a ser utilizada como moneda de cambio”. (p.16). Esta sustancia tenía incluso un uso económico dentro de la cultura Inca, sin embargo los usos de esta cambiaron con el transcurrir del tiempo en esta misma línea Saiz parafraseando a Pascual (2008) menciona

que: “Su empleo estaba reservado principalmente para fines médicos y religiosos, y cuenta una leyenda que la coca constituía la ofrenda que el dios Sol (...) para aliviar el sufrimiento humano e infundir vigor a la nueva sociedad” (p.16-17).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la amapola, también fue utilizada anteriormente, incluso miles de años atrás como una planta medicinal, esto lo sustenta Hodgson (2004) cuando dice: “La planta de la amapola, conocida como adormidera, siempre fue utilizada como alimento, forraje y aceite, pero hay registros históricos de que sus funciones psicotrópicas ya eran conocidas en 3.000 a.C.” (p.13). Y en la misma línea de las drogas anteriormente mencionadas, la amapola continuo esta misma dinámica de uso excesivo y “después de los 70 se ha convertido en el símbolo por excelencia de los efectos perniciosos de las drogas”. (Saiz, 2008, p.12)

Estas sustancias psicoactivas significaban para quienes las empleaban una herramienta de sanación, curación e iluminación, lejos de considerarlas o implementarlas para perturbar las funciones cognitivas o el dinamismo funcional de los individuos. En efecto, Saiz (2008) dice: La heroína, la cocaína, el LSD y el éxtasis han sido fármacos antes que drogas. La heroína se utiliza como analgésico, la cocaína como anestésico local, el LSD como psicofármaco y el éxtasis como reductor de apetito. (p.29).

Ahora bien, posterior a realizar un breve recorrido por las sustancias psicoactivas de mayor antigüedad, es importante insistir en la importancia que ha generado estudiar o investigar las repercusiones del uso y el abuso de estas sustancias. Becoña E. (2002) afirma: “el consumo de drogas, tanto las de tipo legal, como las de tipo ilegal, (...) tienen una alta prevalencia, una alta incidencia en problemas para la salud de muchas personas y una importante morbi-mortalidad en muchos de sus consumidores” (p.19). Según lo anterior, es entonces importante profundizar en las nuevas sustancias representativas dentro del marco

de las adicciones a las sustancias psicoactivas, tales como : el LSD, las anfetaminas, y la manipulación que se le ha dado a los opiáceos; además es de suma importancia, tener cuidado frente al rápido crecimiento del presente fenómeno, ya que este involucra diversas esferas de la vida del consumidor.

4.3.2 Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Al referirse a adicciones es de vital importancia retomar todas aquellas esferas en las cuales se ven involucrados los consumidores. Al afirmar lo anterior, también se menciona que el consumo lícito o ilícito de sustancias genera impactos afectivos, familiares, incluso laborales y por tanto se deben considerar e incluir factores tanto protectores como de riesgo en el ámbito de las adicciones, además de factores personales, y sociales.

Factores de riesgo

Al hablar de factores de riesgo, habría entonces que remitirse a aquellas características que elevan, incrementan, aceleran o aumentan la conducta, respectivamente, al consumo de sustancias psicoactivas. En relación a esto Martínez, Trujillo y Robles (2006) afirman ‘en relación a la adicción estos factores, bajo determinadas condiciones ambientales desfavorecidas, pueden facilitar para un determinado grupo de personas el inicio, la continuidad o el agravamiento de la drogodependencia’ (p.11) Según lo anterior entonces, es importante identificar las posibles causas de inicio al consumo de drogas, los cuales hasta el momento han sido nombrados como factores de riesgo.

Retomando el punto anterior, entonces es pertinente considerar como factor de riesgo el ambiente social, familiar, individual y comunitario. A pesar de que los factores de riesgo están presentes precipitando o incitando el consumo, debe tenerse en cuenta que no

son fundamentales ni determinantes en el inicio o en la perturbación del consumo de sustancias psicoactivas. Por tanto puede afirmar que la estructura y la historia familiar no influyen directamente como precipitante en el consumo de SPA, sin embargo, sí podrían influir a través de las relaciones intrafamiliares y por los cambios presentados en la estructura familiar; tales como rupturas, deterioros, falta de comunicación familiar o indiferencia paterna/materna. (Díaz y Amaya. 2012)

Ahora bien, al hablar de factores de riesgo ya bien sean personales o individuales, se debe remitir a la forma de ser, al comportamiento y sobre todo a los esquemas y estilos de pensamiento propios del individuo. Dentro de este grupo pueden encontrarse: 1. la edad como un factor que predispone sustentado por los cambios fisiológicos y la entrada a la adolescencia y la concepción propia de dichos cambios como una probabilidad de inicio al consumo de sustancias. (Peñañiel, 2009). Por otro lado puede encontrarse 2. El sistema de creencias como por ejemplo el control emocional, ubicación temporal y espacial, niveles bajos de autoestima, pocas habilidades sociales, dependencia emocional, necesidad de control e incluso el retardo mental. En tercer lugar Díaz y Amaya (2012) afirman que “Los adolescentes que consumen de drogas (...) tienen problemas individuales de personalidad como: baja competencia social (asertividad) ante la presión grupal y la percepción de no sentirse amigables por otros”. (Párrafo19); y en cuarto lugar, estos mismos autores afirman la existencia de un factor de riesgo determinante en el consumo de sustancias, y es el factor ambiental argumentando que la facilidad de adquirir las sustancias, convivir en un contexto de personas que consuman y distribuyan las sustancias predisponen al individuo al consumo de SPA.

En esta misma línea Elliot, Huizinga y Ageton, (1985), afirman que un posible factor que incita al inicio del consumo de sustancias está relacionado con la salud mental,

ya que, eran más predispuestos y proclives aquellos individuos que se encontraran socialmente aislados y que tuvieran más problemas emocionales. Por otro lado, Zuckerman (1979) afirma que un factor de riesgo puede ser: “La necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas” (p.17). Lo anterior considerado como factor de riesgo explicaría algunas de las condiciones que pueden generar la iniciación del consumo de sustancias psicoactivas; es por esto que es importante considerarlos como una influencia dinámica de situaciones que pueden promover el consumo. Puede decirse entonces que el fenómeno de las adicciones, es un fenómeno multicausal, e incluso se puede afirmar que cada individuo con dicha problemática posee factores de riesgo individuales y diferentes a los factores que precipitaron o incitaron al consumo de otro individuo.

Álzate y Bermúdez (2009). Argumentan la existencia de los siguientes tipos de factores de riesgo:

Biológicos: afirman por medio de estudios en animales que la neuroadaptación a las sustancias favorecería al organismo de tener más tolerancia y dependencia y menos abstinencia.

Individuales: en este grupo se clasifican todas aquellas condiciones personales, internas e individuales que favorecen o no que determinado organismo tenga una mayor vulnerabilidad frente al abuso de una sustancia psicoactiva. Entre estas condiciones se puede encontrar el placer, la evitación de situaciones inquietantes o el fácil acceso a los grupos sociales como incitación del consumo.

Sociales: hacen referencia a todos aquellos eventos que involucran a las demás personas o a grupos específicos, incluso este grupo contiene a los medios de comunicación los cuales se caracterizan por incitar al inicio del consumo de SPA ya que minimizan u

ocultan los riesgos de salud que traen consigo las sustancias lícitas. A este grupo también pertenecen todas aquellas situaciones o agentes que inciten al inicio de este, tales como: modelos a seguir, cantantes, modelos, entre otros. Finalmente los factores de riesgo sociales agrupan todas aquellas imágenes, modelos de reafirmación y la necesidad de pertenecer al grupo.

En la línea anterior Arellano y Álvarez (2010) afirman que “como factores asociados al inicio y mantenimiento del consumo, encontraron relación con la separación o muerte de alguno de los padres y el estado emocional mayormente mencionado, fue el de tristeza, soledad, aburrimiento e irritabilidad”. A lo que Berruecos (2007) agrega que “el problema del consumo excesivo de drogas a todos afecta y nadie es ajeno a las adicciones, a todos nos concierne buscar las acciones concretas para enfrentarlas” (Berruecos, 2007). Es por esto que es relevante tener presentes los factores de riesgo, o precipitantes al abordar a cada individuo con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas ya que esta información genera datos que en el proceso de resocialización que podrían convertirse en datos o factores protectores en cuanto a salud mental y prevención de recaídas.

4.3.3 Conceptos claves en el consumo de sustancias psicoactivas

Al hablar de sustancias psicoactivas, se debe remitir a conceptos claves, ya que estos permiten complementar y comprender de una forma más global la terminología relacionada al consumo de sustancias psicoactiva:

En primer lugar, debe señalarse que las drogas son todas aquellas sustancias que modifican el funcionamiento y dinamismo normal de un individuo; es decir, estas alteran la vida de la persona, sus conductas, pensamientos y actitudes. (OMS, 1975). A esto Tavera y

Martínez (2008) afirman que las drogas son todas aquellas sustancias que tienen una acción reforzadora, capaz de crear dependencia y a su vez esta dependencia generar deterioros orgánicos y conductuales.

En segundo lugar, es necesario remitirse al término de drogadicción el cual es definido como una dependencia apremiante e invariable, a la cual el individuo no puede repudiar, posponer o despreciar, y que de forma imprescindible ocasiona trastornos debilidad físicas y psíquicas. (Barrionuevo, 2013)

En tercer lugar, surge el concepto uso de sustancias psicoactivas, este término es implementado como una conducta de consumo que no genera grandes consecuencias negativas en el consumir; debido a que la ingesta de sustancias psicoactivas es esporádica. (Becoña, 2002)

En esta misma línea, el termino abuso se refiere cuando el consumo o la ingesta de sustancias psicoactivas es muy continuo, es decir, hay un uso permanente de las sustancias. (Becoña, 2002)

Por otro lado se encuentra el término dependencia, el cual se refiere a cuando hay un uso excesivo de las sustancias, por tanto hay presencia de consecuencias negativas en un plazo de tiempo prolongado. (Becoña, 2002)

4.3.4 vías de administración del consumo de sustancias psicoactivas

Las vías de administración son las formas o modalidades en las cuales se consumen las sustancias psicoactivas, Salazar y Rodríguez (1994) argumentan la existencia de 5 vías de administración:

- **Vía oral:** la modalidad de consumo oral se refiere a que las sustancias son absorbidas con la boca; generalmente se consumen el alcohol, anfetaminas,

benzodiazepinas y el resto de ‘pepas’. Esta vía de administración tiende a ser más lenta en cuanto a efecto, por tanto constituye también, la vía con menos movi­lidades de intoxicación.

- **Vía Pulmonar:** esta modalidad de consumo, es generalmente la inhalación de la sustancia, tanto por boca, o por nariz. La marihuana, el popper, y los inhalantes son algunas de las sustancias que se administran por esta vía. Generalmente son sustancias muy ligeras y aumenta el riesgo de abuso y dependencia.

- **Vía intravenosa:** esta modalidad de consumo es llevado a cabo con una jeringa, o inyección, el cual es un elemento con facilidad de acceso, esta vía de administración conlleva mucho más riesgo, no solo de uso, abuso y dependencia a las sustancias, sino también de contagio de enfermedades, como el VIH, y el resto de factores de riesgo resultantes de la negativa manipulación de dichos elementos. Como bien es sabido, este tipo de consumo requiere de muy poco tiempo para que cause efectos la sustancia en el sistema nervioso y el resto del cuerpo debido a que la sustancia es dirigido directamente a la sangre. Las partes del cuerpo en las cuales generalmente son inyectadas son los brazos, el vientre y las piernas.

- **Vía Nasal:** esta modalidad de consumo refiere a aquellas sustancias que son aspiradas; generalmente la sustancia más consumida por este medio es la cocaína.

-**Vía genital:** es una vía de administración poco usual, sin embargo, se ha implementado fuertemente en los últimos años, debido a que aspectos como el olor se hacen invisibles; generalmente, las sustancias consumidas por este medio son la heroína, el LSD, y el alcohol.

4.3.5 Efectos de las sustancias más reconocidas

Fuente: Becoña, et al. (2010). Compilación Manual de Adicciones para Psicólogos.

SUSTANCIA	DEFINICIÓN	EFECTOS
CANNABIS (MARIHUAN A)	Es considerada una sustancia alucinógena que tiene la facultad de producir alteraciones perceptivas, produciendo también una disminución del funcionamiento intelectual gracias al efecto que tienen sus componentes sobre zonas relacionadas con el pensamiento, la memoria, entre otras.	-Disminución en el funcionamiento cognitivo. -Falta de motivación. -Alteración del estado de ánimo. - Síndrome de apatía.
COCAÍNA	Alcaloide cristalino, estimulante del sistema nervioso central, que produce una alta adicción.	-Daños en el sistema de gratificación del cerebro. -Alterar el estado de ánimo. -Ataques cardiacos o cerebrales.
HEROÍNA	Sustancia opiácea, también denominada sintética, derivada de la morfina y con un alto riesgo de adicción. Llega directamente al torrente sanguíneo produciendo un alto nivel de placer.	-Depresiones. -Supresión del dolor. -Enfermedades infecciosas: (VIH) hepatitis B.
LSD	Droga potente, llamada también ácido lisérgico. Produce alucinaciones y una fuerte alternancia en el estado de ánimo.	-Alucinaciones, pánico. -Ansiedad, psicosis. -Desestabilizador del sistema nervioso.

4.3.6 Efectos de las Sustancias Psicoactivas.

Fuente: Becoña, et al. (2010). Compilación Manual de Adicciones para Psicólogos.

CLASIFICACIÓN	SUSTANCIA	EFFECTOS.
SUSTANCIAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO.	Cocaína, Crack, bazuco.	Disminuye la producción de los neurotransmisores encargados de producir serotonina, norepinefrina, y dopamina.
	Alucinógenos, (Hongos- LSD)	Alta probabilidad de desencadenamiento de episodios psicóticos, estimulación en las sensaciones, percepción.
	Anfetaminas	Disminución gradual en las funciones mentales superiores.
SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO	Cannabis (THC)	Daños al sistema nervioso central, Disminución en la actividad motora, entre otros.
	Heroína	Pupilas dilatadas, vasodilatador, problemas cardiacos, tendencia al sueño.
	Opio	Grado alto de adicción, supresor del hambre, enlentecimiento de los procesos mentales, disminución en la actividad motora, apatía ante la vida.

4.3.7 clasificación de las sustancias psicoactivas

Barrionuevo (2013) referente al presente tema, de manera resumida y sintética argumenta que las sustancias psicoactivas se agrupan en legales e ilegales; las legales son todas aquellas que son comúnmente utilizadas y que no presentan ningún tipo de prohibición de consumo, tales como el alcohol, los ansiolíticos y tabaco; y en el grupo de las sustancias ilegales se encuentran aquellas que tienen prohibición de porte, fabricación y consumo, y a su vez, estas se agrupan en primer lugar: narcóticos, los cuales actúan directamente en el sistema nervioso, tales como los opiáceos y la marihuana, en segundo lugar se encuentran aquellas sustancias que dan resistencia corporal y física, la sustancia de este grupo más conocida es la cocaína y en tercer lugar se encuentran los alucinógenos, los cuales son aquellos que producen alteraciones visuales y sensoriales, la sustancia más conocida de este grupo es el éxtasis

4.3.8 consideraciones teóricas frente al estrés

El término estrés se ha extendido a lo largo de diferentes disciplinas y áreas de la ciencia. Durante los últimos años se ha logrado popularizar aún más el término. Aun así, este tiene una historia la cual se remonta a finales del siglo XVII donde el biólogo y físico Robert Hooke (1635-1703) insertó el término "Estrés" dentro del área de la física. Según su teoría, se sugiere entonces una relación estrecha, entre la presión psicológica y el estrés, ya que al momento de que la presión es ajustada sobre una determinada estructura, debido al contacto, esta actúa y genera un efecto "estiramiento" produciendo un cambio en la

forma (resultado). Este sería entonces el hallazgo de la relación entre "la presión y el estrés". (Campos, 2007)

Posteriormente fue el médico y filósofo Húngaro Selye (1946) quien introdujo este término en el área de las ciencias de la salud. Selye definió el estrés como una respuesta básicamente fisiológica no exacta frente a diferentes situaciones (demandas) que experimentan los distintos organismos; la respuesta de estrés se produce en el momento en que esta experiencia o demanda externa desborda los recursos internos del individuo.

En esta misma línea, aparece Beard (1979) quien fue el creador del concepto neurastenia; el cual empleó para remitirse al "agotamiento cerebral" el cual es un proceso en el que se ven afectadas diferentes áreas del individuo, ya que pone en marcha una serie de eventos perturbadores del funcionamiento idóneo de un organismo. Una muestra evidente de esta afección se ve reflejada en el debilitamiento frente a diferentes tareas cotidianas, irritabilidad, inquietud, pesadumbre, malestar, abatimiento, entre otros.

Otra de forma de contribuir sobre este principio del estrés es lo que advierten Lazarus y Folkman (1986) cuando dicen que el estrés representa un conglomerado de relaciones particulares que se dan entre el individuo y una indeterminada situación, siendo; esta experiencia, estimada y al mismo tiempo valorada como aquello que sobrecarga y desborda los recursos propios de esa persona, y que se ubica en una posición de riesgo frente a su bienestar personal.

Atendiendo a las anteriores consideraciones sobre el estrés, Sandin y Chorot en (1995) señalaron la existencia de tres sistemas o mecanismos de respuesta frente a una situación estresante. Estos sistemas son:

- **Fisiológica:** en este sistema se encuentran todos aquellos cambios a nivel somático y físico tales como el incremento e intensificación del ritmo cardiaco, y aumento de la

ansiedad, espasmos musculares en algunos casos, transpiración, dilatación y aumento de la respiración.

- **Cognitivas:** a nivel cognitivo se pueden identificar algunos componentes como lo son: la valoración positiva o negativa de la situación estresante lo cual puede generar entonces una serie de cambios a nivel del pensamientos tales como: las experiencias de temor, estado de alerta y alarma, ideas obsesivas, experiencias de pánico, sensación de desconfianza.

- **Conductual:** este aspecto está relacionado con el comportamiento y los cambios manifiestos en el individuo, es decir, aquellos que son observables; y entre ellos se encuentran los cambios o transformaciones en el rostro, el cual se puede evidenciar en un determinado movimiento o gestualización excesiva o ya el caso por defecto de estas. La posición corporal y la evasión o huida, intentando evitar la situación.

Mechanic (1978) citado por Sandín (2003) el concepto del estrés hay que entenderlo también desde el nivel colectivo, ya que la capacidad de la persona para hacer frente a los problemas está influida por las instituciones de la sociedad, tales como la familia o la escuela, organizaciones éstas diseñadas para desarrollar las habilidades y competencias necesarias para afrontar las exigencias de la sociedad. (p.147)

Por último, aparece el modelo basado en el estrés social el cual reconoce la existencia de un componente psicosocial, el cual fue establecido como tal por Dohrenwend (1978) el cual se enfoca en los elementos externos (sociales) causantes de estrés. Se reconoce entonces que los eventos "estresantes" o en los cuales se producen aumento del nivel de ansiedad son los causantes del estrés; ya que son estos acontecimientos los que originan variaciones perturbadoras en la actividad psicológica y física.

Por otra parte se encuentra que Pelechano (1991, pág. 733) citado por Hombrados (2013): "un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son "externos" al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas". Cabe dar de ello una versión cognitiva, y de procesamiento de la información, definiéndolo como: "un exceso o heterogeneidad de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta" (Fierro, 1983, cap. 3) (citado por Hombrados. 2013). En este mismo sentido la teoría transaccional define el estrés como un fenómeno psíquico mediado por una serie de factores del ambiente y del individuo que interactúan entre sí, para que el mismo se produzca y el individuo evalúe su capacidad y recursos para afrontarlo. (Cuevas y García. 2012. p.91).

Finalmente, Sandín (2002) afirma que desde la perspectiva social, el estrés puede ser detonado por tres diferentes causas:

1. **Eventos recientes o sucesos vitales**, que se dividen en extremos o habituales, como un incendio, desastres naturales, o bien el matrimonio, separaciones o pérdidas en general; en resumen, aquellos eventos que requieren algún reajuste personal importante.
2. **Situaciones cotidianas o micro-estresores**, que se refieren a la acumulación de experiencias negativas, aparentemente poco importantes, que se pueden ejemplificar como un día lluvioso, un tropiezo, exposición constante al tráfico, etcétera.
3. **Cuestiones crónicas**, que involucran situaciones en la que aparecen cambios o conflictos entre roles, enfermedades de larga duración, cambio constante de vivienda, etcétera. (Treviño y González. 2012. p.27, citando a Sandín 2002)

4.3.9 Estrategias de afrontamiento

Para hablar de las estrategias de afrontamiento al estrés es menester mencionar que la rama de la psicología encargada de estudiarlas es la psicología cognitiva la cual Beck (1976) define como “un sistema que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Además Beck (citado por Salas y Lizama, 2009) argumenta que la psicología desea ayudar al paciente de dos maneras diferentes: la primera de ellas es disminuir la intensidad y la frecuencia del deseo del consumo mediante la objeción o cuestionamiento de las creencias, y en segundo lugar, realizar una psico-educación al paciente con técnicas con las que pueda vigilar, registrar y controlar sus impulsos o deseos.

Retomando el punto anterior, Martin, Jiménez, y Fernández (2004) expresan que los modelos cognitivos centrados en la emoción aseguran que no son las situaciones las que generan las manifestaciones, expresiones y reacciones emocionales, sino que es la interpretación la que genera activación emocional. En esta línea entonces Schachter (1978) citado por Rodríguez (1998) afirma que “la emoción procede de un cambio visceral, pero implica un estado de activación simpática que es evaluado cognitivamente y definido como tal o cual emoción” (p.6). Ahora bien, en este mismo contexto Lazarus y Folkman (1984), indican que hay ciertas reacciones emocionales que son evaluadas y valoradas cognitivamente, además afirman que en primer lugar se analizan las consecuencias de la situación (valoración primaria) y en segunda instancia se valora si la esta situación es amenazadora, consecuentemente el individuo evalúa si tiene habilidades o destrezas para

disminuir o eludir las consecuencias negativas de esta; a esto entonces se le llama valoración secundaria.

Según lo anterior, se afirma que esta valoración secundaria, es también llamada “afrontamiento”, el cual es descrito o definido como todos aquellos esfuerzos psicológicos o de la conducta que se utilizan para aminorar o disminuir las consecuencias del/al estrés. (Everly, 1989). Sin embargo, también puede ser definido como: ‘aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuos’ (Lazarus y Folkman, 1984, p.141), y finalmente, Frydenberg y Lewis (2000) definen el afrontamiento como aquellas habilidades o estrategias con las cuales se intenta una transformación y una adaptación positiva y segura.

En esta línea, debe precisarse que los estilos de afrontamiento son aquellas inclinaciones personales y singulares que se utilizan para enfrentarse a algunas situaciones; mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos precisos y determinados, que se utilizan en ciertas situaciones; estas estrategias usualmente son cambiantes y dependen de la situación que se presenta. (Fernández, 1997). Según lo anterior puede decirse entonces que las estrategias de afrontamiento tienen un impacto fundamental en cuanto al proceso de resocialización, desintoxicación e intervención en el consumo de sustancias psicoactivas; además, del abordaje a los factores de riesgo o estresantes, tales como la familia, el ambiente académico, o ya bien el ambiente social que en cierta medida precipitan o incitan al consumo de estas sustancias. Puede decirse también que estas estrategias de afrontamiento operan en los individuos favoreciendo o desfavoreciendo dicho tratamiento, y que lo presente sustenta la importancia de considerar el dinamismo y las

diversas formas de responder y manifestarse frente a eventos que generan estrés, potencializando e impulsando respuestas cognitivamente ‘sanas’ y de esta manera poder prevenir una posibles recaídas.

Por otro lado, Giordano, Dusek, y Everly (1985), afirman que la implementación de las estrategias de afrontamiento podrían tener dos impactos diferentes, por un lado de forma adaptativa, que es la forma en la que se utilizan dichas estrategias en pro de la reducción del estrés y la promoción el bienestar, y por otro lado se encuentra la forma desadaptativa, la cual promueve la reducción del estrés a corto plazo, y podría incluir efectos negativos a largo plazo. Ahora bien, cada individuo tiende a utilizarlas estos estilos o estrategias de afrontamiento de manera diferente, logra encontrarse que pudieron ser aprendidas por enseñanza, o por descubrimiento propio.

Lazarus y Folkman, 1986 distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento, en primer lugar se encuentran aquellas que buscan resolver problemas; estas entonces se encaminan a operar sobre el problema que genera el estrés o el malestar, y en segundo lugar se encuentran las estrategias que buscan normalizar las respuestas emocionales que se generan frente al problema. En síntesis, en cuanto a las estrategias de afrontamiento puede decirse que ‘el uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por el estresor y las circunstancias en las que se produce’ (Vázquez, Crespo y Ring. 2000. p.427)

A raíz de lo anteriormente planteado, Lazarus y Folkman (1984) proponen 8 tipos de estrategias de afrontamiento:

- **CONFRONTACION:** esta estrategia es implementada al interior del afrontamiento, por tanto constituye en gran medida el esfuerzo que hace el individuo por disminuir la sensación de estrés y de malestar. Dicho de otro modo: ‘son intentos de solucionar (...) la situación mediante acciones directas, agresivas, o

potencialmente arriesgadas' (Vásquez, Crespo y Ring.2000. P.427). Es importante resaltar que esta estrategia tiene su foco de atención en la solución del problema.

- **PLANIFICACION:** esta etapa se da en cuanto el sujeto indaga acerca de la situación (Meta cognición). Generalmente se utiliza para tener claridad frente a las acciones próximas a realizar. Esta estrategia también se centra en la solución del problema y en la regulación emocional.
- **DISTANCIAMIENTO:** esta estrategia hace referencia al deseo de alejarse del problema, ya bien sea, física o psíquicamente. Pone su atención en la regulación emocional.
- **AUTOCONTROL:** esta estrategia tiene la función de generar herramientas que le permitan al individuo centrarse en la solución del problema y el control emocional. Esta estrategia tiene su foco de atención en la regulación emocional.
- **ACEPTACION DE LA RESPONSABILIDAD:** esta estrategia tiene como finalidad que el individuo reconozca su responsabilidad dentro de la situación estresante. Esta estrategia tiene su foco de atención se centra en la regulación emocional.
- **ESCAPE/ EVITACION:** esta estrategia emplea pensamientos irreales, los cuales a su vez se tornan improductivos. Dicho de otro modo, esta estrategia promueve los pensamientos automáticos e irracionales, tiene tendencias a aumentar el problema, y proporcionar al individuo estancamiento emocional. Esta estrategia tiene su foco de atención se centra en la regulación emocional.
- **REEVALUACION POSITIVA:** esta estrategia se centra en reconocer los aspectos positivos que se encuentran inmersos al interior del problema. Tales como

enseñanzas o aprendizajes que se puedan obtener de lo vivenciado. Esta estrategia tiene su foco de atención se centra en la regulación emocional.

- **BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL:** esta última estrategia propone buscar ayuda, ya bien sea en contextos de apoyo primario, tales como la familia y el ambiente educativo o social, o ahora bien, en ambientes institucionales. Esta estrategia se centra tanto en la solución del problema, como en la regulación emocional.

4.4 Marco legal.

En primer lugar es menester informar que en Colombia el proyecto de ley 72 de 2011 pretende generar una cobertura completa y exhaustiva para todas las personas que consuman sustancias psicoactivas, la presente cobertura aplica desde los casos de consumo, hasta en los casos que requieran de desintoxicación, rehabilitación psiquiátrica y manejo físico, así como también pretende brindar un tratamiento, seguimiento o intervención que permita al sujeto consumidor una recuperación integral, una rehabilitación a nivel personal, familiar y social.

Afirmando entonces que en términos generales los jóvenes y adolescentes se encuentran en un posible estatus de vulnerabilidad frente al consumo de SPA; y se reconoce la importancia de establecer y aplicar diferentes políticas enfocadas a la prevención, promoción e intervención de quienes ya han tenido un consumo experimental o abusivo de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, el Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del Observatorio de Drogas de Colombia creó el SAT (Sistema de alertas tempranas), con el fin de detectar y alarmar sobre la existencia de drogas. En este grupo hacen parte el Ministerio de Justicia y del Derecho, la Fiscalía General de la Nación, la Policía Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, Medicina Legal y Ciencias Forenses, la

Universidad Nacional y la Universidad Tecnológica de Pereira. Así pues, este sistema “aporta información confiable y garantiza que toda droga cuente con el análisis químico que determina su composición” (Ministerio de Justicia, 2015.p.107,). Además, este estudio afirma que la población más vulnerable al consumo de sustancias son los jóvenes y adolescentes, es por esto que paralelamente se ha ido integrando el programa D.A.R.E. (Programa Escolarizado de prevención Escolar); el cual se desarrolla en equipo con la policía y los centros educativos con el fin de: “prevenir el uso y abuso de drogas (...) proporcionando a los adolescentes la información necesaria que le permitan llevar una vida libre de drogas, alcoholismo y violencia; estableciendo relaciones positivas entre la familia, su entorno social y las autoridades” (Ministerio de Justicia, 2015. p.35)

Ahora bien, por otro lado se debe retomarse la ley 1566 de 2012 en Colombia, afirma que el fenómeno de las adicciones como un asunto de salud pública, y que se debe otorgarse atención como una enfermedad. Dicho de otro modo el artículo 1 de la ley mencionada afirma:

Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (p.1)

Finalmente, en Colombia el “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al consumo de SPA, 2014-2021”, el cual plantea desde un enfoque de salud una

propuesta de reducción de consumo, de calidad de vida saludable, y atención multidisciplinar a los consumidores de sustancias psicoactivas.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque Cuantitativo: Como mencionan Sampieri, Collado y Baptista (2006): “los estudios cuantitativos proponen relaciones entre variables con la finalidad de arribar a proposiciones precisas y hacer recomendaciones específicas” (p.18). Es decir, la investigación cuantitativa pretende alcanzar o conseguir información acerca de la realidad del fenómeno estudiado de una forma ecuánime e imparcial, para poder así analizar o describir los datos. Por tanto, la importancia de este enfoque se encuentra en generar respuestas frente a la pregunta de investigación, eje central de la presente investigación, la cual se responderá con objetividad y análisis. Y de esta manera entonces “explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (que explican y predicen)”. (Sampieri, Collado y Baptista. 2006. p.15

5.2 Nivel: descriptivo y comparativo: Tal como lo afirma Hernández, Fernández, y Baptista: (2006): “la investigación descriptiva recolecta información sobre variables, para así, poder describir la problemática o el fenómeno foco de estudio” (p.102). Es decir, no pueden entablarse causas, sin embargo si pueden establecerse diferencias significativamente estadísticas entre los grupos y las variables. En el caso concreto, el interés surge de la descripción de las estrategias de afrontamiento al estrés implementadas por los adolescentes consumidores de sustancias de la corporación CRESER. Ahora bien, es comparativa, ya que se pretende establecer comparaciones de medias de los dos grupos que conformarán la muestra de estudio; Residentes y Egresados consumidores de sustancias de la Corporación, e identificar diferencias estadísticamente significativas y el cálculo respectivo del tamaño del efecto para los valores p., el cual es una medida de significación estadística.

5.3 Diseño metodológico: No experimental: Tal como lo afirman Sampieri, Collado y Baptista (2006): “en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes (...) Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo, ni se puede influir sobre ellas”. Es decir, en la presente investigación únicamente se observaran los fenómenos, para posteriormente describirlos y analizarlos; sin ningún tipo de intervención. Por ejemplo, la muestra a investigar ya se encuentra institucionalizada, en un lugar donde se les ofrece atención psicológica para la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

5.4 Método: Empírico analítico, permite observar fenómenos a partir de una orientación teórica específica, permitiendo utilizar como herramienta fundamental la estadística, para el análisis de los fenómenos presentados y de esta forma entonces dar explicación a los fenómenos encontrados a la luz de la teoría. Tal como lo afirman Rodríguez y Valderiola (2014) este método es experimental validado con criterios de veracidad y de aplicabilidad con los cuales se pretende asegurar la relevancia de los resultados encontrados en la investigación asignando a los participantes de manera aleatoria situaciones experimentales, midiendo y controlando las variables y finalmente usando datos estadísticos inferenciales.

5.5 Población: está conformada por 63 sujetos residentes de la Corporación CRESER de sexo masculino, ya que esta corporación funciona en la modalidad de restitución de derechos por consumo de sustancias psicoactivas, las demás corporaciones afiliadas a CRESER no reducen su atención terapéutica específicamente en adicciones, sino en restitución de derechos por la vulneración de los mismos. Se elige una muestra de 15 individuos institucionalizados, y 15 individuos en etapa de resocialización (egresados)

Muestra probabilística: Teniendo en cuenta que la muestra cumple los requerimientos de la investigación, la elección se realizó por conveniencia. Es por esto que a continuación se especifican las condiciones:

La muestra se compone de 30 sujetos, específicamente mayores de edad, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Individuos consumidores de sustancias psicoactivas.
2. De género masculino.
3. Mayores de edad. (No se establece promedio en cuanto a la edad ya que no hay rango específico y el estudio se realiza únicamente con los usuarios mayores de edad, los cuales son minoría, ya que la corporación CRESER es un operador bajo la modalidad de restitución de derechos por consumo de sustancias psicoactivas programa al cual únicamente tienen acceso menores de edad)
4. Participación voluntaria en la investigación.

Como criterios de exclusión:

1. Individuos que se encontraban bajo el efecto de las sustancias psicoactivas al momento de la aplicación de los instrumentos.
2. Individuos con trastornos clínicos (mentales, psiquiátricos o neurológicos)

Nota: no se presenta diagnóstico clínico específico de cada residente de la corporación creser, ya que bajo confidencialidad, la misma institución excluyó de la investigación a los residentes con presencia de trastornos clínicos.

5.6 Instrumentos:

Para la recolección de datos se diseñó una entrevista para recolección de datos, la cual incluyó variables de estrato socioeconómico, modalidad de tratamiento, grado de

escolaridad, tiempo de consumo (en meses), tiempo sin consumo (en meses), y, sustancias consumidas alguna vez en la vida.

Se utilizó el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), desarrollado por Sandín y Chorot, validado en Colombia por Espinoza, Esguerra y Contreras en el año 2006. Este es un test de auto informe que tiene como objetivo evaluar siete estrategias de afrontamiento, las cuales son: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión. El test tuvo como objetivo comparar las puntuaciones entre un grupo de hombres y otro de mujeres, obteniendo como resultado que las mujeres puntuaban de forma superior en cuanto a la implementación de estrategias de afrontamiento centradas en Búsqueda de apoyo social, religión, solución del problema y reevaluación positiva. Mientras que por el lado de los hombres no se obtuvieron puntuaciones superiores a la de las mujeres sobre ninguna de las estrategias. Para su validación se aplicó dicho test a 592 estudiantes universitarios, el cual arrojó como resultado una diferencia existente en cuanto al género (femenino y masculino) en estrategias de afrontamiento mencionadas anteriormente. El resultado denota que los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 escalas variaron entre 0.64 y 0.92 (media = 0.79), representando una fiabilidad entre excelente y aceptable. (Sandín y Chorot, 2002).

Tabla 1. Puntuaciones del grupo de referencia en la escala CAE según sexo.

CAE (sub escalas)	Total	Varones	Mujeres	F(1.398)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	
Búsqueda de apoyo social (BAS)	12,87 (6,46)	11,34 (6,35)	14,40 (6,21)	23,6
Expresión emocional abierta (EEA)	6,14 (3,65)	6,07 (3,69)	6,22 (3,62)	0.2
Religión (RLG)	5,76 (5,37)	5,09 (4,74)	6,44 (5,86)	6.4
Focalizado en la solución del problema (FSP)	13,58 (5,09)	12,60 (5,16)	14,55 (4,83)	15,3**
Evitación	9,16 (4,48)	8,74 (4,53)	9,58 (4,39)	3.5
Auto focalización negativa	6,22 (3,54)	6,17 (3,52)	6,27 (3,54)	0.1
Reevaluación positiva.	13,90 (4,06)	12,87 (3,94)	14,93 (3,92)	27,3

Nota: Rango de puntuaciones para todas las sub escalas = 0-24. La prueba F se refiere a las diferencias entre varones y mujeres. * $p < 0,005$, ** $< 0,001$. (Se aplicó la corrección de Bonferroni).

Fuente: Sandín y Chorot (2002). Cuestionario de afrontamiento al estrés. (CAE). Desarrollo y validación preliminar. Vol 8 (1). Pp. 39-54

Para la calificación del cuestionario se debe tener en consideración que se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas (Sandín y Chorot, p.53):

Focalizado en la solución del problema:	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Auto focalización negativa:	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva:	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta:	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación:	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social.	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión:	7, 14, 21, 28, 35, 42.

5.7 Forma de implementación de la prueba dentro de la corporación CRESER

En un primer momento se establece comunicación con la Corporación Creser, se informó acerca de la propuesta de investigación, y con esto los objetivos e intereses.

Inicialmente se recolectó la información sociodemográfica con el fin de reconocer si la población cumplía con los requerimientos para la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento, una vez aplicado el test, y tener las puntuaciones del mismo, se diseñó la base de datos que posibilitó exportar la información al programa SPSS.

Se realizó una prueba de normalidad a las variables cuantitativas de las Estrategias de Afrontamiento, se utilizó la prueba de Shapiro Wilk, cuya hipótesis es que hay distribución normal. Posteriormente, al verificar que las variables del estudio tenían distribución normal se procede a comparar los promedios en las estrategias de afrontamiento entre residentes y egresados mediante la prueba t de Student, cuya hipótesis nula indica la igualdad de medias siendo rechazada con un valor de $p < 0.05$.

Tabla 2

Tabla de variables cualitativas y cuantitativas tenidas en cuenta en el análisis de datos estadísticos.

Nombre de la variable	Definición de la variable	Tipo de variable	Valor o categoría
Estrato	“las categorías en las que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios”. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). p.1)	Cualitativa.	1. Bajo-Bajo 2. Medio 3. Medio Bajo
Alcohol	La OMS define el alcohol como “sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos”. (2015, párrafo 1)	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume
Cigarrillo o tabaco.	Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar,	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume

chupar, masticar o esnifar.

Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. (Organización mundial de la salud, 2017, párrafo 1)

Mariguana	<p>“Es una mezcla de color verde, café o gris de hojas trituradas, tallos, semillas y flores secas del cáñamo—la planta Cannabis sativa”.</p> <p>Además afirma, en el párrafo 2, que es la primera droga que más altera la mente; “por los efectos embriagadores que buscan aquellos que la usan de una forma recreacional, es el tetrahydrocannabinol (THC).</p> <p>Esta sustancia química se encuentra en una resina preparada a base de las hojas y los tallos de la planta</p>	Cualitativa.	<ol style="list-style-type: none">1. Consume2. No consume
------------------	--	--------------	--

	femenina del cannabis”.		
	(National Institute on Drug Abuse (2015). párrafo 1)		
Popper	“sustancia inhalada volátil que es irritante para la mucosa respiratoria y es un potente vasodilatador (...) Se emplea con fines no médicos y momentos antes de alcanzar el orgasmo para potenciar y prolongar el placer”. (Gobierno de España y el ministerio de sanidad y consumo 1994.p.45)	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume
Opio	Perteneciente al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (Papaver somniferum), una adormidera que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume

depresión respiratoria. El término opiáceo no incluye a los opioides sintéticos. (El gobierno de España y el ministerio de sanidad y consumo. 1994. p.46).

Bazuco	Producto obtenido de las hojas de la coca durante el primer paso del proceso de extracción de la cocaína. (El gobierno de España y el ministerio de sanidad y consumo. 1994. p.47).	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume
---------------	---	--------------	-----------------------------

Cocaína	Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. (El gobierno de España y el ministerio de sanidad y consumo. 1994. p.23).	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume
----------------	--	--------------	-----------------------------

Otras sustancias	Incluidas los pegantes, LSD y Cripa	Cualitativa.	1. Consume 2. No consume
-------------------------	-------------------------------------	--------------	-----------------------------

Búsqueda de apoyo social	En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis. (Universidad de Cantabria, 2010, párrafo 1.).	Cuantitativa.	Número entero.
Expresión emocional abierta	Esta estrategia se refiere a cuando “La persona considera que expresando su ira o su tristeza de forma constante o inasertiva, solucionará el problema” (Blues. 2013. Párrafo 3).	Cuantitativa.	Número entero.
Religión.	Se refiere a cuando los sujetos desean encontrar un camino a la trascendencia y transformación positiva de sí mismo a través de la dificultad”. (Blues. 2013. Párrafo 7).	Cuantitativa.	Número entero.

Focalizado en la solución del problema.	La persona centra su atención en entender cuál es el problema, comprende que es un elemento que puede estar bajo su control si logra identificar qué aspectos están relacionados. (Blues. 2013. Párrafo 1).	Cuantitativa.	Número entero.
Evitación	Se refiere a que se buscan situaciones opuestas al factor estresante como escape, siendo negativo cuando se necesita de encarar directamente la situación asumiendo las riendas y las consecuencias de las decisiones. (Blues. 2013. Párrafo 5).	Cuantitativa.	Número entero.
Auto focalización negativa.	La persona se centra en aspectos negativos de sí mismo de forma poco realista, se juzga constantemente, se	Cuantitativa.	Número entero.

	culpabiliza y presenta de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento		
Reevaluación positiva.	Es una estrategia presente en personas que re significan el sentido de su vida, trascienden de las situaciones y salen fortalecidos. (Blues. 2013. Párrafo 4).	Cuantitativa.	Número entero.
Tiempo de consumo	Tiempo promedio en que se consumió o consume sustancias psicoactivas.	Cuantitativa.	Número entero.
Tiempo sin consumo.	Tiempo promedio en que dejó de consumirse sustancias psicoactivas.	Cuantitativa.	Número entero.

5.8 Consideraciones éticas relacionadas con la aplicación del test.

Ahora bien, es de suma importancia, resaltar las implicaciones profesionales y éticas de la presente investigación, en primer lugar, el rigor profesional debe estar orientado a la regulación de la práctica psicológica, referida en la ley 1090 del 2006 en el artículo 1:

La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida (2006, p.1)

Además, es importante resaltar, en cuanto a investigación competente, el parágrafo 6 del artículo 1, el cual afirma que:

Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación. (p.2)

Esto entonces confirma el rol predominante del psicólogo como un profesional de la salud en el área de salud mental, lo cual debe regirse tal como lo plantea la ley 1090 de 2006; donde se le asigna una responsabilidad social basada en prevención, promoción y atención bajo estándares éticos y profesionales.

6. RESULTADOS

Se presentará a continuación los resultados encontrados a través de la investigación, se expondrán las tablas que detallaran un análisis de cada una de las variables, las cuales permiten exponer y agrupar la información de forma práctica. Lo anterior respondiendo a cada uno de los objetivos presentados con anterioridad.

Tabla 3

Descripción de la muestra de residentes y egresados de la corporación CRESER según características demográficas, tiempo de consumo y tiempo sin consumo.

		MODALIDAD DE TRATAMIENTO	
		Residente	Egresado
Nivel Educativo	Primaria	3(20%)	4(26.7%)
	Secundaria	6(40%)	4(26.7%)
	Media	6(40%)	7(46.7%)
Estrato Socio económico	Bajo Bajo	6(40%)	7(46.7%)
	Bajo	6(40%)	5(33.3%)
	Medio bajo	3(20%)	3(20%)
Tiempo de Consumo*		28.87(18.80)	24.40(17.07)
Tiempo sin Consumo*		4.60(3.08)	8.67(3.88)

*Media (Desviación estándar)

En primer lugar con respecto al nivel educativo, la educación de básica primaria y media se evidencia que es más frecuente en los egresados, mientras que en la educación secundaria se encuentra una mayor proporción de residentes. En relación al estrato socioeconómico, se encuentra que es más frecuente el estrato bajo bajo en el grupo de egresados, en tanto en el estrato medio bajo ambos grupos tienen la misma frecuencia.

En cuanto al tiempo de consumo, se observa que el tiempo promedio de consumo es superior en residentes, y, en egresados predomina el promedio de tiempo sin consumo.

Tabla 4

Prevalencia de vida del consumo de SPA en la muestra de residentes y egresados de la corporación CRESEER.

TIPO DE SUSTANCIA	MODALIDAD DE TRATAMIENTO	
	Residente	Egresado
Alcohol	11(73,3%)	10(66,7%)
Cigarrillo	9(60%)	11(73.3%)
Marihuana	7(46.7%)	14(93.3%)
Heroína	5(33.3%)	6(40%)
Popper	4(26.7%)	4(26.7%)
Opio	4(26.7%)	2(13.3%)
Bazuco	4(26.7%)	5(33.3%)
Cocaína	7(46.7%)	6(40%)
Otras sustancias	5(33.3%)	3(20%)

En cuanto a la prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas, los egresados manifestaron mayor consumo de cigarrillo con un 73.3% frente a un 60% de los residentes; al igual que mayor consumo de marihuana con un 93.3%. En otras sustancias como la heroína y el bazuco también la prevalencia de vida fue superior en el grupo de egresados.

Por su parte, los residentes reportaron una mayor prevalencia de consumo de alcohol, opio, cocaína y otras sustancias como los pegantes, LSD y Cripa. Finalmente, el consumo de popper tiene la misma distribución en ambos grupos.

Tabla 5

Descripción del uso de las estrategias de afrontamiento al estrés de residentes y egresados de la Corporación CRESER.

Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)	Residentes	Egresados	Valores de referencia
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
Búsqueda de apoyo social (BAS)	14,53(3,06)	12.73(3,73)	11,34 (6.35)
Expresión emocional abierta (EEA)	16.20(3,44)	14.07(3.03)	6,07(3,69)
Religión (RLG)	14.93(4.23)	12(4.24)	5,09 (4,74)
Focalizado en la solución del problema (FSP)	14.87(2.72)	13.60(3,35)	12,60(5,16)
Evitación (EVT)	14.60(3.31)	14,87(3.58)	8,74(4,53)
Auto focalización negativa (AFN)	14.13(2.56)	13.40(4.05)	6,17(3,52)

Reevaluación positiva (REP)	15,03(3,34)	12,67(3,39)	12,87(3,94)
------------------------------------	-------------	-------------	-------------

En relación a las estrategias de afrontamiento, en evitación, a pesar que ambos grupos se encuentren dentro de la media de referencia, son los egresados quienes hacen mayor uso de esta estrategia. Mientras que en las estrategias de búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema y reevaluación positiva, a pesar de estar dentro de la media de referencia, los residentes son quienes más las utilizan, de igual forma las estrategias de religión, expresión emocional abierta y auto focalización negativa se encuentran por encima de la media en ambos grupos, pero son los residentes quienes hacen mayor uso de estas estrategias; de lo cual puede inferirse que los egresados optan por tener pensamientos automáticos los cuales promueven el aumento del problema y proveer al individuo estancamiento emocional. Por el lado de los residentes se observa que poseen mayor tendencia a focalizarse negativamente en los problemas y refugiarse en la religión.

Tabla 6

Comparación de los residentes y egresados de la Corporación CRESER en las diferentes dimensiones del CAE.

Dimensiones del CAE	Prueba t para la igualdad de medias			
	t	Valor p	95% de intervalo de confianza de diferencia	
			Inferior	Superior
Búsqueda de apoyo social	1,443	0,160	-0,755	4,355
Expresión emocional abierta	1,799	0,083	-0,296	4,563
Religión	1,895	0,068	-0,237	6,103
Focalizado en la solución del problema	1,135	0,266	-1,018	3,552
Evitación	-0,212	0,834	-2,847	2,314
Auto focalización negativa	0,589	0,560	-1,816	3,283
Reevaluación positiva	1,950	0,061	-0,122	4,922

p < 0.05; (Grado de significación estadística).

Los resultados encontrados a partir de la prueba t de Student permiten identificar que no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de residentes y egresados en las diferentes dimensiones de Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).

7. DISCUSION DE RESULTADOS

En relación a las estrategias de afrontamiento al estrés, se encuentra que no hay diferencia significativamente estadística en ambos grupos. La estrategia de búsqueda de apoyo social (BAS), arrojó resultados semejantes en residentes y egresados, por tanto se podría decir que prefieren el encuentro con los grupos de apoyo tales como la familia y el ambiente social para enfrentar las situaciones generadoras de estrés con el fin de buscar la solución a los problemas. Hyman, Hong, Chaplin, Dabre, Comegys, Kimmerling, A., y Sinha. (2009) afirman que el uso de esta estrategia protege a las personas de padecer de estrés.

En esta misma línea Laudet, Cleland, Magura, Voge y Knight (2004) afirman que durante el inicio del tratamiento de resocialización es habitual que los adictos se rehúsen a abandonar el estilo de vida que acarrea el consumo de sustancias psicoactivas; y que en esta línea el soporte social puede mejorar la probabilidad de tener éxito en el tratamiento; y que además el soporte social suele proteger al consumidor de recurrir en el consumo de sustancias psicoactivas, por lo menos 6 meses después de terminar el tratamiento. A lo que Dobkin, Civita, Paraherakis, y Gill (2002) afirman que una deficiencia en el apoyo social se podría relacionar con el abandono al tratamiento, tal como se ha evidenciado en el grupo de residentes de la Corporación CRESER los cuales se encuentran dentro de la media de referencia y son quienes más la utilizan; esto podría estar relacionado como factor protector a permanecer en el tratamiento de resocialización al interior de la Corporación.

En esta misma línea, Hernández y Londoño (2012) aseveran que la implementación de esta estrategia favorece la toma de decisiones y orienta al individuo a acudir a un

profesional que lo convoque a una comunidad terapéutica y le ayude a permanecer allí el tiempo dispuesto para el tratamiento. De esta forma Linage y Lucio (2012) aseguran que aquellos jóvenes expuestos a sucesos estresantes que buscaron apoyo social tenían 19.71 mayor probabilidad de no consumir sustancias psicoactivas. Además, afirman que esta estrategia permite identificar a la familia como un agente importante para enfrentarse a las dificultades de la vida; sobre todo por los lazos recíprocos en pro de la solución de los problemas y el fortalecimiento del sentido de sí mismo, y de la autoestima del consumidor.

Desde otro punto de vista Pedrero, Mota y Puerta (2008) aseguran que los tratamientos de resocialización deben implementar estrategias de bloqueo al aislamiento, y fortalecer estrategias como la búsqueda del apoyo social para lograr que el adicto pueda reintegrarse; sin embargo, también proponen control en la implementación de esta, ya que afirman que el uso excesivo de esta estrategia podría hacer que el sujeto no se responsabilice en la solución a sus problemáticas.

Por otra parte se observa que en la estrategia de afrontamiento expresión emocional abierta, los residentes son quienes hacen mayor uso de esta estrategia; de lo cual puede inferirse que se encuentran más expuestos a la emocionalidad de las situaciones estresantes, y lo manifiestan por medio de la irritabilidad lo cual podría resultar no adaptativo y disfuncional en el proceso de resocialización. En esta línea Vásquez, López y Ring (2000) afirman que en un grupo de adictos la emocionalidad puede manifestarse de forma irritable y agresiva, siendo esto un intento de solucionar el problema.

Por el lado, en la religión como estrategia se observa que son los residentes quienes hacen mayor uso de esta. Rodríguez (2012) encuentra en un grupo de adictos en primera fase de tratamiento que hacen un mayor uso de esta estrategia; además tienen una red afectiva amplia. Asegura entonces que “quienes rezan, encuentran consuelo en su religión,

y ponen su confianza en Dios, cuentan con un mayor número de personas en su red de soporte y discuten con menos individuos”. p.34. además afirma que esta estrategia “proporciona al individuo la posibilidad de encontrar consuelo, poniendo su confianza en Dios, lo que permite que éste cuente con un mayor número de personas en su red de apoyo y mejore su manejo de relaciones interpersonales” (p. 34). Por tanto se espera que los residentes, quienes más emplean esta estrategia, acudan con mayor frecuencia a misa y otorguen sus preocupaciones a un ser supremo con el fin de afrontar de manera adecuada y adaptativa las situaciones generadoras de estrés

Se observa que en la estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema también son los residentes quienes la utilizan con mayor frecuencia; por tanto, tienen mayor tendencia a buscar la responsabilidad del consumo en sí mismos, y tienen mayor tendencia a regular su emocionalidad. Fernández-Abascal y Palmero (1999) afirman que esta estrategia como la decisión de realizar acciones dirigidas a la solución del problema, además es una estrategia que favorece la adaptación y la estabilización emocional. En este sentido Linage, Lucio (2012) testifican que esta estrategia de afrontamiento es funcional, la cual puede asociarse con el no consumo de sustancias psicoactivas; ya que en su investigación encontraron que aquellos sujetos que lograron resolver el problema tenían 10.51 más probabilidad de no consumir sustancias psicoactivas. Además, Pedrero, Rojo y Puerta (2008) aseguran que orientarse a la solución del problema favorece su salud mental.

En la estrategia de evitación se observa que ambos grupos la utilizan, sin embargo, por una diferencia muy mínima son los egresados quienes hacen mayor uso de esta; esto puede ser desadaptativo en el proceso de resocialización, lo cual puede ser desadaptativo ya que no existe un reconocimiento realista y racional de las situaciones problemáticas promoviendo de esta forma un estancamiento cognitivo frente a la situación estresante. A lo

anterior Lazarus y Folkman (1984) afirman que el uso de esta estrategia promueve pensamientos automáticos, e influye en el aumento del consumo de sustancias psicoactivas, debido al estancamiento emocional que se promueve. Rodríguez (2012), citando a Franken, Hendriks, Haffmans y Van der Meer (2001) señala que la relación entre el afrontamiento y la evitación es ambigua. En esta línea puede observarse que la evitación es un factor de riesgo en la recaída de los egresados. Esto relacionaría el uso de sustancias psicoactivas con mayor índice de adicción, tales como el bazuco y la heroína con la implementación de estrategias de afrontamiento basadas en la emocionalidad, el escape, y la evitación. Wills y Hirky (1996) afirman que es posible que la adicción y el uso de sustancias se de como un mecanismo de afrontamiento, sin embargo también podría ser una respuesta en déficit a ese mismo estrés. En esta misma línea Hyman, Hong, Chaplin, Dabre, Comegys, Kimmerling, A., y Sinha. (2009) señalan que la evitación como estrategia de afrontamiento está relacionada con eventos estresores futuros.

En la estrategia auto focalización negativa, nuevamente aparece de manera sobresaliente la implementación de esta estrategia de afrontamiento al estrés en los residentes; es decir, se concentran más en desvanecer los aspectos positivos de la situación, y maximizar los efectos negativos, haciendo entonces una valoración negativa de los sucesos. Lazarus y Folkman (1986), manifiestan que el sujeto tiene una valoración positiva de las circunstancias o por el contrario, la valoración que hace es negativa (p.42), por lo cual puede afirmarse que el grupo de residentes consumidores de sustancias de la corporación CRESER le otorgan una valoración cognitiva negativa a los estímulos estresantes.

En la estrategia de reevaluación positiva se encuentra que son los residentes quienes la utilizan con mayor facilidad; por tanto puede decirse que la implementación de esta les da herramientas para focalizarse en la solución, indagar sobre la situación, y así

poder generar meta cognición y tener claridad frente a lo próximo a realizar. Fernández y Palmero (1999) definen esta estrategia como una estrategia activa, la cual conduce a que el sujeto tome consciencia y responsabilidad para enfrentar su dificultad y que de esta manera se permita crear un nuevo significado sobre el problema.

Por otro lado, con respecto a los resultados encontrados en la prevalencia de vida y consumo de sustancias se observó que los egresados reportan mayor consumo de marihuana, cigarrillo, heroína, y bazuco, mientras que los residentes reportan mayor consumo en alcohol, opio, cocaína, y otras sustancias. En cuanto al consumo de marihuana el Ministerio de Salud y protección social y Colciencias en el Estudio Nacional sobre Salud Mental (2015) aseguran que como factor de riesgo asociado al consumo de esta se encuentra el comportamiento antisocial y la baja percepción al riesgo; además asevera que tienen mayor predisposición a comorbilidades con trastornos como estrés postraumático y fobia social. Por otro lado, aseveran que en cuanto a los trastornos por consumo de alcohol, dentro de los factores de riesgo se deben tener en cuenta antecedentes personales, trastornos, modelos de crianza, y dinámica familiar, sin desconocer factores ambientales y culturales. “entre más vulnerable sea el individuo y más factores de riesgo reúna, habrá mayores posibilidades de presentar problemas relacionados con el consumo del alcohol” p. 173.

En esta misma línea Pedrero, Rojo, Puerta. (2008) manifiestan que el componente principal en los programas de rehabilitación es el tratamiento a las estrategias de afrontamiento presentadas por los consumidores, ya que fomentar la orientación a la solución del conflicto ayuda a reducir los niveles de activación emocional, el consumo de sustancias y la dependencia, además ayuda a minimizar el impacto de la psicopatología desencadenante. Por último, Sugarman, Nich y Carroll (2010) encontraron en un grupo de

adictos que se encontraban en tratamiento cognitivo conductual para el consumo de sustancias psicoactivas, que a medida que se incrementaba el uso de estrategias de afrontamiento el uso de drogas disminuía.

8. CONCLUSIONES

Se identificaron a cabalidad las estrategias de afrontamiento al estrés usadas por los residentes y egresados consumidores de sustancias de la corporación CRESEER.

La confiabilidad de la prueba realizada con el Alfa de Cronbach puntúa entre 0.64 y 0.92 (media=0.79) representando una validez excelente y aceptable, lo cual demuestra que el cuestionario de Afrontamiento al Estrés puede continuarse aplicando en poblaciones Colombianas.

Es importante concluir que en los tratamientos de consumo de sustancias psicoactivas las estrategias de afrontamiento se podrían convertir en un factor protector cuando los consumidores terminen su proceso de rehabilitación. Es necesario implementar objetivos de prevención desde edades tempranas, fortalecer estrategias centradas en la solución del problema.

Las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento: evitación, búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema y reevaluación positiva se encuentran entre la media de referencia validada por el Test CAE (Cuestionario de Afrontamiento al estrés), de lo cual puede inferirse que son adecuadas para manejar situaciones de estrés, sin embargo en las estrategias de: religión, expresión emocional abierta y auto focalización negativa ambos grupos se salen de la media referencial, de lo cual puede decirse que hacen un uso inadecuado de estas estrategias en situaciones estresantes. Se obtiene que no hay diferencia significativamente estadística entre residentes y egresados consumidores de sustancias de la Corporación CRESEER.

Retomando el punto anterior, es importante aclarar que el uso de las estrategias de afrontamiento puede actuar tanto como factor de riesgo como factor protector en las

recaídas, y en la resocialización; por ejemplo, los egresados usan con mayor frecuencia la estrategia evitación,

En cuanto al consumo de sustancias la investigación arrojó como resultado que la sustancia más usada por los egresados es la marihuana; lo cual puede sustentarse en el planteamiento del problema, se puede evidenciar como su consumo se ha “normalizado” socialmente, y la que puntúa con menor ingesta es el opio, mientras que por el lado de los residentes se expone el alcohol como la sustancia con mayor tendencia a la ingesta, mientras que las que menor registran su consumo son el Popper, el opio y el bazuco.

Se concluye entonces que el consumo de sustancias psicoactivas, sin importar si es legal, o ilegal, representa un factor de riesgo en el desarrollo biopsicosocial de los jóvenes y adolescentes; es por esto que a nivel gubernamental se deben proponerse estrategias que fortalezcan el aspecto social, personal, y cultural que le permitan hacerle frente a la problemática del consumo, ya que, expuesto anteriormente, se pudo observar que es una problemática que va en aumento, y que en cierta medida puede afectar cualquier esfera.

9. LIMITACIONES

La presente investigación no estuvo eximida de limitaciones metodológicas y operacionales de un trabajo investigativo corriente, en tanto el corte cuantitativo y los criterios de exclusión de la muestra implicaron que debiera recortarse el tamaño de esta. Finalmente las limitaciones se describen a continuación:

Hacer una descripción minuciosa del perfil clínico y psicológico de la muestra consumidora de sustancias psicoactivas, lo cual hubiera podido permitir al investigador correlacionar información y ampliar la recolección de la misma.

Hacer una descripción detallada de las situaciones y detonantes de estrés al interior del proceso de resocialización de residentes de la corporación CRESER.

Una de las principales limitaciones de la investigación fue la edad de la muestra, ya que al ser una institución operadora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la mayoría de los residentes y egresados de la corporación CRESER eran menores de edad; por lo tanto, el estudio no pudo incluirlos debido a las dificultades para obtener el consentimiento informado, lo que afectó el tamaño de la muestra seleccionada, ya que esta pudo ser mayor.

Una de las limitaciones más importantes de la presente investigación fue el sesgo informacional por parte de los participantes de la investigación, ya que muchos de ellos conservaron el temor de que la información interfiriera en el proceso terapéutico otorgado por la institución.

Otra de las limitaciones correspondió a la recolección de la información, ya que al establecer contacto con la Corporación CRESER debieron diligenciarse permisos externos a dicha institución y debió solicitarse dicha autorización directamente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

10. RECOMENDACIONES

Para las próximas investigaciones, en primer lugar, se observa la necesidad de extender la información sociodemográfica recolectada; incluyendo datos relacionados con la vivienda, personas con las cuales vive, motivo de consumo de sustancias, tiempo de consumo de cada una de estas, con el fin de realizar análisis multivariados.

Se sugiere ampliar el tamaño de la muestra a investigar, puesto que esto pudo influir en los resultados al no encontrarse diferencias significativas entre los grupos. Dentro de esto sería conveniente incluir menores de edad, ya que estos tienen una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Se recomienda llevar a cabo la presente investigación con un diseño longitudinal, y relacionar el consumo de sustancias psicoactivas y las modalidades de tratamiento con las estrategias de afrontamiento al estrés.

A la corporación CRESER se le recomienda fortalecer el modelo terapéutico, y centrarlo en fortalecer estrategias de afrontamiento al estrés orientadas a la solución del problema; a la búsqueda de apoyo social, y a la reevaluación positiva; de esta forma entonces se invitaría al residente a responsabilizarse de sus síntomas, de su consumo, y de su problemática de una manera general.

Otra recomendación importante es crear mayor vínculo terapéutico con los egresados, ya que estos requieren de un seguimiento, con el fin de fortalecer los factores protectores frente a posibles recaídas.

Finalmente entonces, es de vital importancia que la corporación reconozca los trabajos investigativos realizados con la población consumidora, ya que estas permiten que su modelo terapéutico sea evaluado constantemente, y puedan crearse planes de

mejoramiento donde el eje central sea el consumidor activo de sustancias, pero también el ser humano con deseos de dejar de consumir.

11. REFERENCIAS.

- Álzate, L., Bermúdez, N. (2009). Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a los 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social en la fundación la Luz en Medellín. Universidad San Buenaventura. Medellín. Retomado de:
http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/191/1/Estrategias_Afrontamiento_Farmacodependientes_Alzate_2009.pdf
- American Psychological Association. (2015). Recuperado de:
<http://www.apa.org/topics/addiction/>
- Arias W. (2012). Estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas (spa) desde un enfoque de la salud ocupacional. Revista de Peruanos de Psicología y Trabajo Social. 1(1). Retomado de:
https://www.researchgate.net/profile/walter_arias_gallegos/publication/275344126_estres_laboral_y_consumo_de_sustancias psicoactivas spa desde un enfoque de la salud ocupacional_estres_laboral_y_consumo_de_sustancias psicoactivas spa desde un enfoque de la salud ocupacional_job_st/links/553929c60cf226723aba018c/estres-laboral-y-consumo-de-sustancias-psicoactivas-spa-desde-un-enfoque-de-la-salud-ocupacional-estres-laboral-y-consumo-de-sustancias-psicoactivas-spa-desde-un-enfoque-de-la-salud-ocupacional-job-st.pdf
- Arellano, S. & Álvarez, J. (2010). Eventos de vida, una vivencia subjetiva en adolescentes con consumo de sustancias. LiberAddictus 109. <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0992-109pdf>
- Barrionuevo, J. (2013). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Beard, G. (1979). Practical Treatise on nervous exhaustion (neurastenia). Nueva York:

Brunnel-Mazel

Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión.

España: Desclée De Brouwer

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.

Recuperado de:

http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf

Becoña, E., Cortes, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. 1-318. Editorial: Socidrogalcohol. España.

Retomado de:

<http://www.drogasextremadura.com/archivos/ManualAdiccionesPsicologosClinicos2011.pdf>

Berruecos, V. L. (2007). Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el

consumo del alcohol y el alcoholismo en México. Quest For Quality/Alcohol/

México <http://www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm>

Calvete E., Estévez A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Departamento de

Psicología. Universidad de Deusto. Revista adicciones 21(1). P.49-56. Retomado

de: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/251/240>

Campos, M. (2007). La relación psico neural en el estrés o de las neuronas a la cognición

social: una revisión empírica. Revista IPSI. 10(1). 1-19 Perú. Retomado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v10_n1/pdf/a08.pdf

f

- Candela, E., Espada, J. (2006). Una revisión histórica sobre el uso del cannabis y su regulación. Salud y drogas, volumen 6. Instituto de investigación de Drogodependencias. Alicante, España. Retomado de:
<http://www.cannabisterapeutico.org/wp-content/uploads/2013/05/Historiadelusodelcannabis.pdf>
- Contreras, F., V., Espinosa, J., Esguerra, G., Afrontamiento al estrés y modelo psico biológico de la personalidad en estudiantes universitarios. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2009, 5(1). 87-95. Retomado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916259008>.
- Corporación Creser. (2016). Proyecto de atención Institucional. (Texto inédito).
- Cuevas M.; García T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet). Argentina. Disponible en:
<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/19%20CUEVAS%20TORRES%20Estres%20en%20el%20trabajo.pdf>
- Criollo, M., Guerrero, J. (2015). Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geoestadística; Preguntas frecuentes sobre estratificación. Retomado de:
https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf

- Díaz, K., Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. Retomado de:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39862/41790>.
- Dohrenwined, B. (1978). El estrés social y la psicología comunitaria Americana (diario de la psicología comunitaria. San Francisco, Estados Unidos.
- Dobkin, P., Civita, M., Paraherakis, A., y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964111>
- Elliot, D., Huizinga, D., Ageton, S. (1985). Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, CA: Sage.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011) Drogas ilícitas. Retomado de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Everly, G.S. (1989). A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. Nueva York: Plenum Press.
- Fernández, A. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. Ed. Pirámide. Madrid
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martinez Roca.
- Franken, I. A., Hendriks, V. M., Haffmans, P., & van deer Meer, C. W. (2001). Coping Style of Substance -Abuse Patients: Effects of Anxiety and Mood Disorders on Coping Change. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 299-306.
Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559016/>

- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2000). Manual: ACS. Escalas de afrontamiento para adolescentes. Ed.Tea. Madrid.
- Gálvez Juan F. (2009). Farmacodependencia y abuso de sustancias: ¿un problema de salud pública colombiano olvidado, mal enfocado, distorsionado o convertido en una vendetta política?. Revista Colombiana de Psiquiatría. 38 (2). P. 379-386.
Retomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n2/v38n2a13.pdf>
- Giordano D., Dusek, D., Everly, G. (1985). Experiencing Health (pp. 1-10). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall, Inc.
- Gobierno de España y Ministerio de sanidad y consumo. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Retomado de:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Gunaratne, V. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Recuperado de
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Hernández R., Fernández C., y Baptista P: (2006). Metodología de la investigación cuarta edición. Retomado de:
https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Hernández M A; Londoño N E. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. Retomado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a04.pdf>

- Hyman, S. M., Hong, K. A., Chaplin, T. M., Dabre, Z., Comegys, A. D., Kimmerling, A., Sinha, R. (2009) A Stress-Coping Profile of Opioid Dependent Individuals Entering Naltrexone Treatment: A Comparison With Healthy Controls. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 23(4), 613-619. Available in:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802459/>
- Hodgson., Barbará. (2004). *Opio: un retrato del demonio celestial*, Turner, Madrid.
Editorial: Turner.
- Hombrados M.I. (2013). *Estrés y Salud*. Valencia. p.9-38. Estrés, afrontamiento y adaptación. Retomado de:
http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984) *El Estrés y la Evaluación Cognitiva*. Retomado de
<https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>
- Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Editorial Martínez Rocca.
Barcelona.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Rocca)
- Laudet, A. Cleland C., Magura S., Vogel HS., Knight EL. (2004). Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use.
Retomado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663205>

Ley 1090 de 2006. Colombia, Ministerio de Protección Social Colombia. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006. Recuperado de

<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Linage, M., Lucio, G. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. Asociación Mexicana de comportamiento y salud. Journal of Behavior, Health & Social Issues vol. 4 num. 1. Distrito Federal México.

Retomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282223591004.pdf>

Llorens, N., Perelló del Río, M., Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: Factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Revista adicciones.

16(4). 261-266. Retomado de: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>

Martin, E. (1995). Bases técnicas que sustentan los programas de prevención de drogas. En

Becoña, E. Drogodependencias. Prevención. Santiago de Compostela. Retomado de: www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/bases.pdf

Martínez, J., Trujillo, H., Robles, L. (2006). Factores de riesgo, protección, y

representaciones sociales sobre el consumo de drogas; implicaciones para la prevención. Retomado de:

https://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/03/xi_premio_de_investigacion.pdf

Merino, P. (2006). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa.

Adicciones, 12(2), 275-280.

Ministerio de sanidad y consumo. Gobierno de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. (1994). World Health Organization. Organización mundial de la salud.

Retomado de:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Ministerio de Salud y protección social y Colciencias en el Estudio Nacional sobre Salud Mental. Encuesta nacional de Salud Mental. (2015). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá- Colombia.

Ministerio de justicia y observatorio de drogas de Colombia. (2015). Retomado de:

https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro_blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

Monras, M., Mondon, S., Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. Unidad de Alcoholología. Servicio de psiquiatría. Instituto de Neurociencias. Hospital Clinic de Barcelona. Revista Adicciones. 22(3). 191-197. Retomado de:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/179>

Muñoz, A., Hernández, A. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. Unidad académica de trabajo social y ciencias para el desarrollo humano. Universidad autónoma de Tamaulipas. Instituto de investigaciones psicológicas, Universidad Veracruzana. Revista de psicología y ciencias del comportamiento. 6(2). 1-20. Retomado de:

<http://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/viewFile/116/1234>

Musitu G., Jiménez T., Murgui S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud publica de México. 49(1). Retomado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a02v49n1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1994). Retomado de:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1975). Retomado de:

whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_551_spa.pdf

Organización mundial de la salud (OMS). (2004). Retomado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>

Organización mundial de la salud (OMS). (2015). Centro de prensa. El alcohol. Retomado

de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización mundial de la salud (OMS). (2017). Temas de salud. Tabaquismo. Retomado

de: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>

Oliva A., Parra A., Sánchez-Queija I. (2008). Consumo de sustancias durante la

adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. Int

J Clin Health Psychol, 8(1). International Journal of Clinical and Health

Psychology. P.163-169. Retomado de:

[https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11](https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32129/Consumo+de+sustancias+durante+la+adolescencia.pdf?sequence%3D1&isAllowed=y)

[441/32129/Consumo+de+sustancias+durante+la+adolescencia.pdf?sequence%3D1](https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32129/Consumo+de+sustancias+durante+la+adolescencia.pdf?sequence%3D1&isAllowed=y)

[&isAllowed=y](https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32129/Consumo+de+sustancias+durante+la+adolescencia.pdf?sequence%3D1&isAllowed=y)

Pascual, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. Adicciones,13 (Supl. 2), 7-22.

Pedrero E., Rojo G., Puerta, C. (2007). Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en

adictos. Instituto de adicciones ayuntamiento de Madrid. Alcalá. Retomado de:

https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Pedrero-

[Perez/publication/270103434_Adiccion_y_estres_Estrategias_de_afrontamiento_e](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Pedrero-Perez/publication/270103434_Adiccion_y_estres_Estrategias_de_afrontamiento_e)

n_adictos/links/549ff6bd0cf267bdb8fec988/Adiccion-y-estres-Estrategias-de-afrontamiento-en-adictos.pdf

Pedrero E; Rojo G; Puerta C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. Revista española de drogodependencias. 33(4). p.256-270. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/279201654_Estilos_de_afrontamiento_de_l_estres_y_adiccion

Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Universidad de Alcalá. Retomado de:
<http://revistapulso.cardenalcisneros.es/documentos/articulos/100.pdf>

Proyecto de ley 72 de 2011 Senado. (2011). Congreso de Colombia. Retomado de:
http://www.cej.org.co/doc_sl/SL_PL_SEN_072_2011.pdf

Reporte de drogas Colombia (2015). Ministerio de Justicia. Observatorio de drogas de Colombia. Retomado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

Reynoso, E. L., & Seligson, N. I. (2005). Psicología y salud. Recuperado de
http://books.google.es/books?id=xzAZH2_OHu4C&pg=PA87&dq=estrategias+de+afrontamiento+desadaptativas&hl=es&sa=X&ei=YzW-U9i_C6rLsQT9qIGYAw&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=estrategias%20de%20afrontamiento%20desadaptativas&f=false

Rodríguez, C. (1998). Emoción y cognición, James, más de cien años después. Anuario de psicología, Volumen 29, no 3,3-23 Universidad de Barcelona. Retomado de:
<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61489/88336>

Rodríguez, C. B. (2012). Afrontamiento y soporte social en una muestra de 45 adictos entre los 20 y 60 años de edad, hospitalizados en una comunidad terapéutica de un

hospital psiquiátrico de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1561/rodriguez_cha_con_alejandra_afrontacion_soporte.pdf?sequence=1

Rodríguez D., Valdeoriola J. (2014). Metodología de la investigación. Universitat Oberta de Catalunya. Retomado de: http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf

Saiz, J. (2008). Un estudio del consumo de cocaína en la Comunidad de Madrid, desde la Psicología Social. Universidad complutense de Madrid. Retomado de: <http://eprints.ucm.es/8191/1/T30473.pdf>

Salas, G., Lizama, E. (2009). Historia de la Psicología en Chile. Scielo. Retomado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342012000300016

Salazar, I. & Rodríguez, A. (1994). Estudio sobre adicciones en Perez del rio, F. (2001). Proyecto Hombre Burgos. (Vías de administración). Retomado de: www.proyectohombreburgos.es/pdf/2011%20libro%20estudios%20sobre%20adicciones%.pdf

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (4a ed.). Mc Grau Hill: México.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 3(1). 141-157. Asociación Española de psicología Conductual. España.

- Sandín, B., Chorot, P. (1995). Versión española del índice de sensibilidad a la ansiedad infantil. Poster presentado al congreso mundial del comportamiento y terapias cognitivas. Dinamarca.
- Sandín, B., Chorot, p. (2002). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar (PDF Download Available). (s. f.).Revista de psicopatología y psicología clínica. 8(1). 39-54. Retomado de:
[http://www.aepp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](http://www.aepp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)
- Selye, H. (1946). The general adaptation síndrome and the diseases of adaptation journal of clinical endocrinology. Revista Argentina de Clínica neuro psiquiátrica. 3. 355-360. Retomado de: http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors, 24(4), 689-695. Available in:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3059590/>
- Treviño J. R., Gonzalez M. T. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. Universidad de Monterrey. 16(26). Retomado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100003
- Universidad de Granada. ¿Qué es el estrés? Recuperado de:
<http://www.ugr.es/~ve/pdf/estres.pdf>
- Vázquez, C., Crespo, M., Ring, J. (2000) Estrategias de afrontamiento. Capítulo 31.
Retomado de:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

Wills, T. y Hirky E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeinder y N. Endler (Eds.), Handbook of coping.

Toronto: Jhon Wiley. Retomado de:

<http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0471599468.html#see-less-desc>

Zambrano, H., Franco, M., Alejo H., Sosa, G. (2009). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, área metropolitana, y resto de Antioquia. Secretaria distrital de salud. Colombia. Recuperado de:

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052009-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-medellin-area-metropolitana-resto-antioquia-2009.pdf>

Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

1. ANEXOS

Nota: anexar los documentos complementarios del proyecto que considere pertinente.

ANEXO A

Anexo A. Entrevista de recolección de datos.

DATOS GENERALES

Residente _____

Egresado _____

A. EDAD: _____

B. ESTRATO SOCIOECONÓMICO: _____

C. NIVEL EDUCATIVO: _____

D. TIEMPO DE CONSUMO) _____

E. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE HA

CONSUMIDO _____

F. TIEMPO SIN CONSUMO _____

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CORPORACIÓN CRESEER SEDE: MASCULINA
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____, certifico que he sido informado de manera clara y oportuna respecto a los objetivos, procedimientos y fases de la presente investigación de la cual mi hijo _____ hace parte. De forma consciente conozco que dicha información solo será utilizada para fines académicos. También que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la misma. Soy conecedor de mi contribución en la fase de recopilación de información pertinente, además cuento con la autonomía suficiente para oponerme o retirarme dentro del transcurso de las mismas, cuando lo estime conveniente sin tener que brindar justificación alguna.

Que la intimidad y confidencialidad de la información suministrada por mí será ética y profesionalmente respetada.

Firma padre-madre:

Firma del investigador

ANEXO C

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras.

Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0: nunca.

1: Pocas veces.

2: A veces.

3: Frecuentemente.

4: Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....01 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.....0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.....01 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás.....0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía01 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia.....01 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....01 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.....01 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.....0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas.....0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.....0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.....0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás01234
18. Me comporté de forma hostil con los demás..... 01 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.... 01 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema..... 01 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema..... 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.... 01 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.01 2 3 4

24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.....01 2 3 4
25. Agredí a algunas personas.....012 3 4
26. Procuré no pensar en el problema.....0 12 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.....0 12 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....0 12 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas..... 0 12 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema01234
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»... 0 12 3 4
32. Me irrité con alguna gente.....0 12 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema..... 0 12 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir....0123 4
35. Recé..... 0 12 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....0 12 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....0 12 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.....0 12 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.....0 12 3 4
40. Intenté olvidarme de todo.....0 12 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos0 12 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar0 12 34

