



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**CREENCIAS IRRACIONALES Y ESTILO ATRIBUCIONAL EN UN
GRUPO DE JÓVENES ABUSADORES DE MARIHUANA**

TESIS

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

Milagros Aspillaga Alayza

Asesora: Cecilia Chau

LIMA – PERU
2011

RESUMEN

Creencias irracionales y estilo de atribución en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana

Esta investigación buscó describir la presencia de creencias irracionales y estilo atribucional en una muestra de 40 jóvenes entre 18 y 25 años, abusadores de marihuana de la ciudad de Lima metropolitana que acudieron a un centro de consejería y terapia motivacional. Las pruebas aplicadas fueron el Registro de Opiniones de Ellis y la Escala de Estilo Atribucional "PASS" de Arévalo. Debido a la falta de baremos, se procedió a describir la muestra en relación a sus características sociodemográficas. Los resultados de la investigación no mostraron características similares en el consumo. Asimismo no se encontraron creencias irracionales altas o bajas, sin embargo la más próxima al punto de corte alto fue la relacionada al temor "se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido o potencialmente peligroso"; y la que bordeó el punto de corte bajo fue la relacionada al control "Los sucesos externos causan la mayoría de desgracias, los sujetos sólo reaccionan según cómo estos afectan sus emociones". El estilo atribucional sólo presentó una media elevada, encontrada en el grado de instrucción en relación a la estabilidad.

Palabras clave: abuso de sustancias, marihuana, creencias irracionales, estilo atribucional.

ABSTRACT

Irrational believes and attributional style in a group of young marijuana abusers

The present described the presence of irrational believes and attribution style in a group of 40 young marijuana abusers, aged between 18 and 25 years, from Lima Metropolitana that attend a counseling and motivational therapy center. The tests applied where Ellis Opinion Register and the Personal Attribution Style Scale "PASS" by Arévalo. Due to the lack of national scales, the sample was described in regarding it's socio-demographic characteristics. The results didn't show similar characteristics regarding marijuana use. Also, high or low irrational believes weren't found. Nevertheless, the believe that was found nearest the high range was related to fear "we must feel fear or anxiety to the unknown o potentially dangerous", and the one found nearest the low range was related to control "external factors are the main cause of misfortunes, people just react to how they affect their emotions". The attributional style, only presented one elevated mean, found in the instruction level regarding the stability.

Key words: substance abuse, marijuana, irrational believes, attributional style.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1: El consumo de marihuana: creencias irracionales y estilo atribucional.	1
Marihuana	1
Epidemiología del Consumo de Marihuana	2
Características, Consumo y Abuso de la Marihuana	4
Conceptualización de las Creencias	7
Creencias Irracionales	8
Creencias en las Personas Adictas	9
Conceptualización de la Atribucional	12
Estilo Atribucional	13
Estilo Atribucional en Adictos	14
Planteamiento del Problema	16
Objetivos de Estudio	18
CAPÍTULO 2: Metodología	19
Participantes	19
Medición de Instrumentos	21
Procedimiento	25
CAPÍTULO 3: Resultados	29
CAPÍTULO 4: Discusión	39
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS	55
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

En el Perú, son pocos los estudios epidemiológicos realizados en farmacodependencia y su aproximación al problema no logra plasmar con amplitud el tema de las adicciones y sus consecuencias a nivel personal, económico y social. Se sabe, sin embargo, que este problema se da en todos los sectores de la población; variando en tipo y cantidad de droga según el nivel socio-económico, departamento o distrito, edad, sexo, etc. (Oliver, 2004; DEVIDA, 2006; CEDRO, 2008).

Esta investigación opta por el estudio de la marihuana debido a que es la tercera droga más consumida en el país y el mundo (luego el alcohol y tabaco). Asimismo, dentro la categoría de drogas ilegales, la marihuana se encuentra como la sustancia ilegal más consumida en el país según cifras de CEDRO, 2008. Esta presenta una prevalencia de vida de 8.1% en el Perú, mostrando un 9.7% en Lima metropolitana, 3.4% en el resto de la costa, 2.9% en la sierra y 4.0% en la selva. (CEDRO, 2008).

Además los estudios reportan que la media de mayor consumo y abuso de la marihuana se encuentra entre los 18 y 25 años aproximadamente (CEDRO, 2008), lo que motivo a centrar la investigación en este rango de edades. Se refuerza esta elección con datos obtenidos del registro de casos atendidos un programa de motivación y consejería en Lima en el 2008, donde la media de edad por consumo de marihuana asciende a 21 años aproximadamente.

Los pocos estudios enfocados en la comprensión del consumo de drogas, se han realizado con sustancias que generen adicción más rápidamente, tales como la cocaína y PBC. Dentro de estos estudios sería importante mencionar la tesis de Bocanegra (1990), la cual evaluó las creencias irracionales en adictos al PBC encontrando mayor presencia de éstas en consumidores de PBC con respecto a los no consumidores. Vigo (1999) realizó un estudio similar, encontrando que a mayor tiempo de consumo en pastómanos, mayor es la irracionalidad en cuanto al sistema de creencias. Más adelante, Rojas (2006) realizó un estudio comparativo entre consumidores y no consumidores de clorhidrato de cocaína entre los 18 a 64 años; donde pudo confirmar la mayor presencia de creencias irracionales en consumidores que en no consumidores, así como creencias irracionales más marcadas (mayores puntajes) en adolescentes con respecto a los jóvenes y adultos.

Estos estudios despertaron el interés en esta investigación por describir el nivel de creencias irracionales obtenidas en consumidores de marihuana (la droga ilegal de mayor acceso y puerta de entrada a otras drogas ilegales) y así obtener respuesta a preguntas tales como, si existen creencias irracionales en los consumidores y si éstas se asocian con variables socio-demográficas tales como la edad, sexo, personas con

quienes habita, grado de instrucción, ocupación y variables de consumo tales como la presencia de problemas policiales, venta de drogas e intentos por dejar el consumo.

Se optó, asimismo, por incluir el estilo atribucional ya que es importante describir la percepción de participación del abusador de marihuana en su realidad, pues nos encontramos ante una droga asociada a la procrastinación, difusión de responsabilidad, principalmente. (Oliver, 2004; Bobes y Calafat, 2000)

Al inicio de esta investigación se observó una recurrente mención de procesos atribucionales en relación a las creencias. La teoría cognitiva postula que la atribución tiene a la base tanto los estímulos y experiencias externas; como por los pensamientos, creencias y evaluaciones que se dan en el proceso (Rotter, 1966; en Liebert, 2000 y Carver y Scheir 1997). Asimismo, la tesis de Vigo (1999) toma parte de la teoría de atribución para explicar el funcionamiento y dinámica alrededor de las creencias; por lo que pareció interesante incluir el constructo de estilo atribucional en la investigación. No se han encontrado estudios que busquen relacionar estas dos variables, por lo que este estudio representa un aporte importante a modo descriptivo y exploratorio.

En los siguientes capítulos se presentará una breve introducción a la teoría tanto de la marihuana como de las dos variables estudiadas (creencias irracionales y estilo atribucional) y la relación de cada una con el consumo. Asimismo se explicará la metodología de la investigación, describiendo las pruebas y las características de la muestra empleada. Una vez planteada la base teórica y metodología, se pasará a describir los resultados obtenidos. Finalmente se abordará la discusión de los hallazgos y se plantearán conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

EL CONSUMO DE MARIHUANA: CREENCIAS IRRACIONALES Y ESTILO ATRIBUCIONAL

Marihuana

La marihuana o cannabis, proviene de la planta *Cannabis sativa*, un arbusto muy común en América, África y la India. El uso de la marihuana data desde el año 2737 A.C. en la obra herbolaria del Emperador chino Shen Hung como tratamiento para la gota, el estreñimiento y distraimiento mental (Maldonado, Gomez y Cittadini, 2004; Oliver, 2004). Más adelante, en el mismo país fue utilizada para elaborar fibras de telares y aceites. A lo largo de la historia ha sido usado en diversas culturas antiguas como medicina y elemento religioso, la cual inducía trances en sus consumidores (Maldonado et. al., 2004; Oliver, 2004). En 1275 esta sustancia ingresa a Europa Occidental a través de los escritos del veneciano Marco Polo, los cuales relatan los estados de intoxicación y sueños de paraíso de la secta ismaelita de los “hashishin” (Oliver, 2004). Durante el siglo XIX la presencia inglesa en la India y las travesías de Napoleón a Egipto difundieron la marihuana por todo Europa (Ramos y Fernandez, 2000). La cannabis llega a América, introducida en México por los esclavos africanos y ésta fue luego exportada a los Estados Unidos (Oliver, 2004).

En el año 1857 se descubre el componente principal de la marihuana, denominado “cannabinol”. Este, unido a cuatro átomos de hidrógeno, se activa generando el tetra-hidro-cannabinol (THC) (Oliver, 2004).

Sus efectos medicinales, al igual que en la china antigua, han estado asociados al tratamiento de diversas enfermedades. En la india, su uso se dio como anestésico ingerido y tópico. También se utilizó para incrementar el apetito, aliviar la fatiga, actuar como diurético, reducir delirium tremens, reducir hinchazón testicular o como afrodisíaco. Más adelante, un médico inglés residente en la India, utilizó la “tintura de cannabis”, la cual llevó a Inglaterra y luego a otros países europeos y Estados Unidos. Su uso fue dosificado y estudiado en diversas enfermedades, dando resultados positivos en muchos casos, tales como control del dolor, reumatismo, control de convulsiones y espasmos, control del vómito, etc. Hacia 1932, esta sustancia fue eliminada de la práctica médica inglesa, diez años después fue prohibida en Estados Unidos y 34 años mas tarde en la India. En 1971 se firmó el “acta de drogas de abuso”, la cual prohibía el uso médico de la marihuana y los cannabinoides. Esta medida fue tomada debido a sus fuertes efectos psicoactivos. Su acción alucinógena sobre el cerebro y la dificultad de

replicar los hallazgos curativos, opacó su posible uso médico (Ramos y Fernández, 2000).

Epidemiología del consumo de Marihuana

El informe anual de drogas de la ONU del año 2010, reportó una disminución aparente del número total de consumidores de cannabis en el mundo. La tasa de prevalencia de vida se vio disminuida, luego de mantenerse estables en el período 2005-2007. El número de personas que han consumido una determinada droga al menos una vez en el último año, ha aumentado más o menos al mismo ritmo que la población. El porcentaje actual de prevalencia de vida –entendida como haber ingerido dicha sustancia alguna vez en la vida – de drogas ilícitas se estima entre el 3.5% y 5.7% de la población mundial entre 15 y 64 años (155 a 250 millones de personas). Mientras que el consumo problemático se mantiene estable con respecto al 2007, encontrándose en un rango entre el 10% y 15% de los consumidores mundiales (16 a 38 millones de personas).

En cuanto al consumo de marihuana, esta sustancia sigue siendo la droga ilegal de mayor cultivo, producción y consumo. América, África y algunos países de Asia (Afganistán, Pakistán y Kazajstán) poseen la mayor producción. En el 2008, se estima una prevalencia de vida anual de 2.9% a 4.3% con 129 a 191 millones de consumidores a nivel mundial. Esta aparente disminución con respecto al 2007 (3.9%) se debe a que han sido eliminadas estadísticas de países que datan de 10 años de antigüedad. Debido a esto se observan rangos estimados más o menos amplios.

Los continentes que reportaron mayor prevalencia fueron Oceanía (9.3% a 14.8% de la población de 15 a 64 años), seguido de América del norte (9.9 %) y África (5.0% a 9.6%). En cuanto al consumo de marihuana, América del norte y Oceanía mostraron una disminución leve con respecto al 2007; Europa se mantuvo estable; América del sur, mostraron aumentos según expertos de dichos países; y tanto África como Asia muestran problemas en la actualización de data de consumo de muchos de sus países, sin embargo expertos de algunos países notan un aumento en el consumo de la misma (ONU, 2010).

En el caso del Perú, DEVIDA realizó un estudio el 2008 con 1'632,408 estudiantes escolares que cursan secundaria (77,9% de la población matriculada en el país), hallando que la edad de inicio de consumo de marihuana se encuentra en un 13.8% tanto en hombres como en mujeres.

Asimismo, se presentó un estudio realizado en el 2007 a nivel nacional en una muestra de peruanos de 12 a 64 años. Los datos estadísticos de consumo de drogas a nivel nacional fueron tomados del estudio realizado en el 2006 (DEVIDA, 2009; DEVIDA 2006). Los resultados dieron cuenta de una prevalencia de vida de consumo de alcohol de 83%, tabaco 58.8%, marihuana de 3.6%, pasta básica de cocaína (PBC) y clorhidrato de cocaína 1.4% cada uno, y éxtasis 0.1% en el año 2006. La prevalencia de consumo de marihuana anual fue de 0.7%, y mensual de 0.4%. La marcada diferencia de género muestra un mayor consumo en varones (1.2%) que en mujeres (0.3%). Los grupos de mayor consumo de marihuana se encuentran entre los 12 y 18 años (1.2%) y entre los 18 y 25 años (1.2%), disminuyendo el consumo gradualmente en los grupos de 25 a 35 (0.5%) hasta mantenerse estable con un 0.3% a partir de los 35 años.

CEDRO (2008), por otro lado, realizó un estudio en el 2007 con peruanos entre 12 y 64 años, reportando una prevalencia de vida del alcohol de 85%, tabaco 63.4%, marihuana 8.1%, pasta básica de cocaína (PBC) 2.2%, Clorhidrato de cocaína 1.7%, y de éxtasis 1.2%. Esto refuerza estudios previos que sitúan a la marihuana como la primera droga ilegal más consumida y la tercera droga – entre legales e ilegales – más consumida a nivel nacional y mundial (DEVIDA, 2006; CICAD, OEA y ONUDD, 2010).

La marihuana, muestra el más alto porcentaje de ofrecimiento de drogas, a la población peruana entre 12 y 64 años, con un 28.4%, a diferencia del resto de drogas ilegales que ascienden a 12.9% en PBC y 8.5% en clorhidrato. En Lima el ofrecimiento asciende al 31.3%, mientras que en provincias alcanza el 19.7%. El consumo suele darse mayormente en hombres con una prevalencia de vida de 13.2%, a diferencia del grupo de mujeres con un 3.9%. Este estudio reporta una edad promedio de inicio de consumo de marihuana de 22.6 años, presentando el mayor consumo entre los 19 y 29 años (CEDRO, 2008).

Los estudios de DEVIDA (2009, 2006) y CEDRO (2008) difieren considerablemente en cuanto a su prevalencia de vida de consumo de marihuana, mostrando CEDRO un 8.1% en el año 2007 a diferencia de DEVIDA con un 3.6% en el año 2006. Esta marcada diferencia se debe en parte al aumento de consumo de marihuana en la población peruana –CEDRO (2008) reporta un aumento de 2.0% del año 2001 al 2007 –, pero sin embargo no parece ser el único motivo (debido a la marcada diferencia de 4.7%). Posibles diferencias en la aplicación, métodos y población de referencia influyan en los resultados. Por otro lado, ambos estudios muestran una mayor prevalencia de vida de consumo de marihuana en

hombres que en mujeres. Asimismo, la edad de mayor consumo se encuentra entre los 12 y 25 años como grupo de edad en el estudio de DEVIDA, mientras que en CEDRO se observa un intervalo de mayor consumo entre los 19 y 29 años. Este último dato puede verse influido por la elevada edad media de consumo de 22.6 años. Estos datos, sin embargo, sitúan la mayor incidencia de consumo en población joven.

Luego de haber revisado los datos estadísticos, se considera importante conocer acerca de las características del consumo y abuso de marihuana, por lo que se procederá a la descripción de los mismos.

Características, Consumo y Abuso de la Marihuana

El componente activo de la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principal agente responsable de los efectos psicoactivos. Este se encuentra en la resina que produce la planta como escudo protector contra los elementos naturales. Es la planta hembra, quien posee la mayor cantidad de sustancia activa, y de la cual sale el producto final de consumo –marihuana, hachis y aceite de hachis– (Maldonado et. al., 2004).

Existen distintos tipos de marihuana según la concentración de THC, con lo cual no se puede comparar el consumo de marihuana de los años 70, con el actual. Antiguamente la marihuana tradicional contenía bajos niveles de THC, lo cual dependía del clima de la zona donde se producía y la forma de cultivo. Estas concentraciones fluctuaban entre 0.25% y 4% de THC (Bobes y Calafat, 2000). El reporte anual de drogas de la ONU del 2007 muestra un aumento del contenido de THC en la marihuana lo cual implica un cambio en el consumo de ésta. Actualmente se está generando la producción de marihuana de alta potencia en ambientes cerrados y con grandes cuidados (ONU 2007, 2010). Los niveles medios de THC observados en 1999 en relación con el 2006 se ha duplicado –pasando del 4.6% a 8.8% – (ONU, 2007).

El delta-9-THC tiene diversos efectos sobre el sistema de neurotransmisión, entre ellos el dopaminérgico, el cual se encarga de la producción de dopamina, relacionada con la regulación de funciones neurocognitivas, especialmente la memoria, atención, y resolución de problemas; comportamiento; motivación y sistemas de recompensa. Los efectos percibidos durante el consumo suelen ser ojos rojos, sequedad en la boca, taquicardia y aumento del apetito. Sin embargo a largo plazo se observan condiciones médicas tales como bronquitis crónicas, anemia, disminución de la fuerza muscular, taquicardia e hipotensión ortostática,

anomalías espermatogénicas, diversos tipos de cáncer etc. (Farré, Torrens, Sanchez, Alvarez, Casanova, 2006; Oliver, 2004).

Según Oliver (2004) un consumo regular –diario o casi diario– de cannabis muestra características de letargia física y mental, anhedonia, niveles moderados de depresión, ansiedad e irritabilidad. en sus usuarios. Las alteraciones observadas a nivel biológico, incluyen disminución de la función inmunológica, enlentecimiento del EEG (electroencefalogramas), irritación de la nasofaringe, aumento del apetito y por ende del peso corporal en muchos casos, sumado a la falta de actividad física.

Asimismo se observan conductas de procrastinación y pérdida de interés por las actividades en los usuarios habituales de marihuana. Estas características han sido identificadas como síndrome amotivacional (Oliver, 2004). Siendo una consecuencia a largo plazo, también se caracteriza por un estado de pasividad e indiferencia, así como disfunción de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales (Gold, 1991; en Gutierrez, De Irala, Martinez-Gonzales, 2006).

El abuso y dependencia a la marihuana suele establecerse en largos períodos de tiempo, en los cuales un consumo crónico y en aumento se va constituyendo (Fernandez-Ruiz, Gonzáles, Cebeira y Ramos; 2001). Muchos autores suelen dividir la adicción en psicológica y física; donde la primera hace referencia a los motivos psicológicos que llevan al consumo y necesidad del mismo (estilo de afrontamiento, negación de la realidad, entre otros). Y la segunda hace referencia a la necesidad del cuerpo de obtener THC y los síntomas físicos producto de la abstinencia. La adicción psicológica es más compleja y abarca creencias y pensamientos que internalizan y perpetúan en el esquema mental, que los llevan a pensar que necesitan de la droga (Roffman, Stephens, 2006; en Rojas 2007). En cuanto a la adicción física, Fernandez-Ruiz, et.al. comprueban mediante un estudio la existencia de deterioro de la estructura cerebral en el uso crónico de THC, que lleva al sujeto a necesitar físicamente de la droga. Con respecto a estos indicadores de adicción, también existe un debate acerca de la existencia de un síndrome de abstinencia de la marihuana –sintomatología física y psicológica por dejar el consumo–, debido en parte a la constante intoxicación de la droga –larga permanencia en el cuerpo por su liposolubridad– y a la disminución gradual de su concentración que podría aminorar dichos síntomas de abstinencia (Maldonado et. al., 2004; Oliver, 2004).

Por otro lado, otra característica importante a considerar, es la historia de consumo de los sujetos. Becoña (1999), describe una relación significativa entre el

consumo de drogas legales y posterior consumo de marihuana, así como la relación entre el consumo de marihuana y posterior consumo de drogas ilegales más potentes –cocaínicas, heroína, alucinógenos, etc. –. Estas afirmaciones parten del modelo evolutivo de Kandel (1980; en Becoña, 1999), que postula un escalamiento secuencial y evolutivo de drogas legales a ilegales. Un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda en el año 2000, reportó que un 70% de jóvenes de 21 años de la muestra había consumido marihuana, mientras que un 26% había escalado a otras drogas. De ese 26% sólo 3 sujetos no se habían iniciado con marihuana; encontrándose el resto en una posición de escalamiento habiendo iniciado el consumo de drogas ilegales con la marihuana y luego pasado a drogas de mayor potencia (Fergusson y Horwood, 2000). Esto refuerza el modelo de Kandel antes mencionado.

Para definir el abuso a la marihuana, se toma como referencia los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002), debido a su amplia difusión y aceptación en el campo de la psicología. Estos implican un consumo desadaptativo durante un período de 12 meses que incluya uno o más de los siguientes ítems.

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas; rendimiento bajo relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de las obligaciones del hogar).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por posesión o comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con algún familiar o amigo acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Los criterios mencionados anteriormente, han sido identificados en el discurso y comportamiento de diversos consumidores. Rojas (2007) sostiene en su estudio descriptivo de consumidores de marihuana de 12 a 60 años, que los consumidores experimentados o abusadores describen problemas asociados a su

consumo, destacando los problemas en el estudio, familiares, aquellos derivados de consumir en lugares públicos, psicológicos, policiales y legales.

Por otro lado, la comisión del gobierno español para el plan nacional de drogas reportó un alto porcentaje de consumidores de marihuana que repiten cursos durante el período escolar. A través de la encuesta ESTUDES 2004 realizada para identificar la relación entre consumo de drogas y fracaso escolar, se observó que un 35.5% de consumidores nunca han repetido un curso, 53.2% han repetido un curso y 59.8% han repetido dos o más cursos. Asimismo un 36.6% ha repetido dos o más cursos en el último mes, 33.5% ha repetido un curso y 20.2% no a repetido cursos (Farré y col., 2006).

Habiendo culminado la revisión teórica sobre la marihuana, se continúa con el desarrollo del constructo psicológico de Creencias Irracionales, situándolo previamente en la teoría cognitiva, para luego establecer la relación de éstas con la adicción en general.

Conceptualización de las Creencias

La teoría cognitiva es una corriente central con grandes aportes al tratamiento de problemas psicológicos, especialmente depresiones, trastornos de ansiedad y adicciones. De esta nace el modelo del procesamiento de la información, el cual plantea que entre el estímulo y la respuesta del sujeto, existe una serie de procesos cognitivos entre los cuales se encuentran las creencias (Solso, 2001).

Esta teoría propone tres niveles de pensamiento, clasificados por Ellis (1981; en Lega, Caballo y Ellis, 2002) como pensamientos automáticos, los cuales se encuentran en el flujo de la conciencia y son evaluados por las inferencias y atribuciones; las cogniciones evaluativas, que son más difíciles de identificar, especialmente las asociadas con la perturbación emocional pues se asume en silencio; y las creencias nucleares, muy difíciles de identificar dentro del flujo de creencias de la persona. Estas últimas suelen conocerse como esquemas que guardan las reglas o teorías que están a la base del comportamiento humano (Lega et. al, 2002).

Lega et. al. (2002) sugieren la existencia de dos sistemas de creencias propuestos por Ellis, las racionales (rB) y las irracionales (iB), ambos presentes en todo sujeto y en ocasiones simultáneamente.

El mismo Ellis (Lega et. al, 2002) afirma que los seres humanos, ante eventos desfavorables, deciden sentirse frustrados, defraudados, tristes y actúan de formas derrotistas; todo esto gracias a las creencias irracionales que construyen

en su mente acerca de ellos y las situaciones que experimentan. Este autor postula que el ser humano puede construir sentimientos y conductas adaptativas al adoptar pensamientos funcionales y racionales. Es a partir de esta afirmación que propone su modelo teórico: La Terapia Racional Emotiva o TREC (Ellis, 1999; en Dozois et. al, 2006).

La TREC, propone el A-B-C, modelo que intenta explicar cómo a partir de un acontecimiento vital (A), el individuo desarrolla una serie de creencias (B) las cuales pueden ser racionales o irracionales (rB o iB) y que a su vez generaran consecuencias emocionales o conductuales (Ce o Cc). A este modelo se le puede agregar el debate (D) o cuestionamiento de las creencias y los efectos (E) finales (Ellis, 1987; Ellis y Becker, 1982; en Lega et. al., 2002; Dozois et. al. 2006).

Creencias Irracionales

Las creencias irracionales son caracterizadas por presentar inconsistencia en la lógica y con la realidad empírica, por ser absolutistas y dogmáticas, producir emociones perturbadoras, y obstaculizar la obtención de objetivos. Palabras tales como “debería” o “tendría que” manifestadas a modo de imperativo suelen iniciar este tipo de creencias según Ellis (1987; en Lega et. al., 2002). Estas son identificadas únicamente al activarse con un cambio vital estresante o trastorno emocional importante (Lega et. al., 2002).

Ellis (1981) presenta cuatro formas que podrían tomar las creencias irracionales, las cuales se expresan a partir de una innumerable cantidad de ideas específicas. Estas 4 formas son la creencia de que alguien o algo debería ser necesario o diferente; encontrar la realidad horrenda y terrible del modo que es; pensar que no se puede tolerar esa realidad y por ende no debió haber sido así; y pensar que otros han cometido errores por lo que no valen y merecen desaprobación.

De estas 4 formas de irracionalidades, la TREC propone tres áreas principales para agrupar las creencias. El deber de actuar o funcionar a la perfección, lo que genera sentimientos de depresión, culpa y ansiedad; el esperar un comportamiento adecuado del resto, lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas; y por último la creencia de que las condiciones de vida deben ser favorables y fáciles para el sujeto, lo que produce lástima y problemas de autodisciplina. Estas consecuencias se dan siempre y cuando la persona se rija por estas creencias irracionales y obtenga respuestas incoherentes

con su evaluación del mundo. A partir de estas tres áreas se desarrollan las 11 creencias irracionales propuestas por Ellis (Lega et. al., 2002).

En la Tabla 1. se muestra las creencias Irracionales asociadas a disturbios emocionales (Ellis 1991; en Dozois et. al., 2006; Bocanegra, 1990).

Tabla 1. Las 11 creencias Irracionales de Ellis

-
- 1 Es necesario para mí tener el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos.
 - 2 Se debe ser indefectiblemente completo y casi perfecto en todo lo que se emprende.
 - 3 Algunas personas son malas, viles y perversas; y deberían ser castigadas.
 - 4 Es terrible y catastrófico cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
 - 5 Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones
 - 6 Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
 - 7 Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades que hacerles frente.
 - 8 Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
 - 9 El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
 - 10 La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.
 - 11 Existe una invariable, precisa y perfecta solución a mis problemas y sería catastrófico si no llegase a encontrar esta solución perfecta.
-

Creencias en las personas adictas

Existen varias teorías que han hecho el esfuerzo por explicar el consumo de drogas, dentro de éstas se encuentra la teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1972, 1975, 1980; en Becoña 1999), la cual ofrece una buena inclusión de creencias como factor que lleva al consumo y su mantenimiento. Estos autores proponen como objetivo la predicción de la conducta a partir de la actitud del sujeto y sus normas subjetivas. Explican la actitud a partir de cuatro factores determinantes, el afecto, la cognición –conformada por creencias y opiniones–, las intenciones conductuales y la acción misma. Dentro de la teoría, los conceptos

más relevantes que entran en acción son la atribución; las creencias conductuales, normas subjetivas y creencias normativas relacionables con los niveles de creencias propuestos por Beck y Ellis (Dozois et. al., 2006; Beck, 1964; Ellis, 1962; en Beck 2000). También se toma en cuenta la motivación e intención conductual, asociadas a la evaluación del evento y sus posibles consecuencias. Y finalmente la conducta que marca la decisión tomada a partir de la evaluación de la situación. Estos autores plantean que la creencia se encarga de enlazar un objeto con un atributo, siendo un ejemplo de esto el que la marihuana (objeto) es una droga (atributo). Bajo esta línea las creencias van a tener distintos niveles de fuerza (Fishbein y Azjen, 1975; en Becoña 1999), lo que podría relacionarse con los distintos niveles de pensamiento propuestos por Ellis –más centrales, más arraigados –.

La relación existente entre las creencias irracionales y el consumo de drogas, es descrita a partir de los pensamientos de consumo y las creencias centrales que refuerzan este consumo. Estas creencias son irracionales ya que mantienen una conducta desadaptativa. Muchos autores se refieren a esta relación, como creencias adictivas (Navarro, 1989; Nizama, 1999; Benavente, 2005; Rojas, 2006).

Las creencias adictivas son un conjunto de ideas centradas en la búsqueda del placer, alivio, solución de problemas y escape de la realidad. Éstas caracterizan a los individuos que ya presentan abuso de sustancias psicoactivas. Si bien no predisponen al sujeto a la adicción, si contribuyen a mantenerla y sustentan la recaída (Benavente, 2005).

Se han identificado ciertas creencias asociadas al consumo de drogas que suelen fortalecer la decisión de iniciarse en el consumo y comportarse de modo no saludable. Entre éstas se presenta el carácter placentero, reforzante e inmediato de las conductas nocivas; el largo período que transcurre entre la realización de conductas nocivas y la aparición de enfermedades como consecuencias físicas además de las psicológicas; la poca probabilidad de aparición de enfermedades en relación con la constante satisfacción de la conducta nociva; creencias acerca de los futuros alcances de la medicina y tecnología para solucionar futuros problemas o consecuencias nocivas; aprobación social de las conductas nocivas por su arraigo en la cultura, etc.(Bayes 1991; Becoña y Oblitas 2006; en Becoña 2007). Dentro de estas creencias es posible identificar creencias irracionales a la base que justifican y soportan estas creencias intermedias, tales como “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades que hacerles frente”, “se necesita

contar con algo más grande y fuerte que uno mismo” o “La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido” (Bocanegra, 1990, pg. 95).

Son pocos los autores que han dirigido la investigación hacia la identificación de frases típicas de la sociedad que den cuenta de la creencia irracional a la base. Nizama (1999), identifica ciertos mitos y pensamientos irracionales relacionados al consumo de las distintas drogas en el Perú. En la sociedad peruana se observa comúnmente creencias tales como "la droga se prueba por curiosidad", "sólo la juventud se droga", "las mujeres se drogan poco", "las drogas liberan", "se puede controlar", "es pasajero", "de algo hay que morir", "la marihuana es natural", "sólo es una experiencia" entre otras.

Por otro lado, Benavente (2005), propone que las creencias irracionales en adictos, varían de acuerdo a la sustancia de elección. Estas son: la creencia de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico emocional; encontrar placer y excitación al utilizarla; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; energizará al individuo, dándole fuerza y poder; calmará el dolor y/o aliviará el aburrimiento, ansiedad, tensión y la depresión; y la convicción de que a menos que se haga algo para satisfacer el deseo imperioso o neutralizar la angustia, esta continuará y empeorará.

La presencia de creencias irracionales en drogodependientes ha sido probada en diversos estudios como el de Bocanegra (1990), quien encontró mayor presencia de creencias irracionales en consumidores de PBC internados en centros de rehabilitación, que en no consumidores. El estudio de Vigo (1999), demostró que a mayor tiempo de consumo en pastómanos, mayor es la irracionalidad en cuanto al sistema de creencias. Este hallazgo refuerza lo planteado por Navarro (1988), quien afirmó que con el tiempo de consumo se van internalizando los pensamientos y creencias irracionales. Finalmente el estudio de Rojas (2006), encuentra también la presencia de creencias irracionales en consumo de clorhidrato de cocaína, siendo estas más altas que en no consumidores. Rojas encontró mayor presencia de creencias en adolescentes que en adultos, lo que contradice lo postulado por Navarro (1988) y apoyado por Vigo (1999).

Una vez desarrolladas las creencias irracionales, se procede a conceptualizar el último constructo de esa investigación, el estilo atribucional. Para ello se inicia con la ubicación del concepto dentro de la teoría del aprendizaje

cognitivo social, pasando a la descripción del mismo, y concluyendo con la relación entre éste y la adicción.

Conceptualización de la Atribución

Dentro de las teorías del aprendizaje cognitivo social se gesta el concepto de Estilo Atribucional. Este llega a desarrollarse a partir de los cuestionamientos acerca de cómo puede, desde de una misma experiencia, darse el reforzamiento hacia unos sujetos y no darse hacia otros. Partiendo de esta pregunta se proponen diversos factores influyentes, las expectativas de resultado –que son juicios implícitos que aparecen en todo sujeto ante un evento–, las expectativas de locus de control –propuesto por Rotter (1954, 1966; en Carver y Scheir, 1997) y referido al lugar donde se adjudica el control de la situación–, y las expectativas de eficacia, referida a la habilidad percibida para realizar una acción.

El locus de control, planteado por Rotter, es parte importante del constructo de Estilo Atribucional. A este se le suman los conceptos de estabilidad y controlabilidad desarrollados por Wiener (1979, en Hewstone 1992).

Rotter afirma que los valores y las expectativas personales determinan el comportamiento (Liebert, 2000). Sujetos capaces de ver la conexión entre conducta y resultados van a atribuir sus resultados a sus propios actos –denominado por Rotter locus de control interno–, mientras que sujetos que no sean capaces de realizar dicha conexión, adjudicarán los resultados o reforzamientos a eventos externos o fortuitos, denominado locus de control externo (Carver y Scheir, 1997).

Estudios posteriores, identifican diferencias entre el locus de control externo e interno. Quienes reportan un locus de control interno suelen ajustar sus expectativas a lo favorable luego de un resultado positivo y a lo desfavorable luego de un resultado negativo; mientras que el locus de control externo suele cambiar sus expectativas de modo contrario al resultado previo. Sin embargo es importante mencionar la diversidad de orientación externa ante los distintos eventos, por lo que más adelante se irán conformando los constructos de estabilidad y controlabilidad de la atribución (Carver y Scheir, 1997).

Wiener (1979, 1983, 1985, 1986; en Hewstone, 1992) desarrolla un planteamiento más completo del concepto de atribución causal, describiendo una taxonomía de causas que abarca tres dimensiones. La causa o locus, referido a la ubicación interna o externa ya descrita; la estabilidad que indica la naturaleza temporal de la causa como estable o inestable; y al controlabilidad que expresa la

influencia percibida que puede ejercerse sobre una causa. Este autor postula que si bien las interpretaciones causales pueden variar debido a aprendizajes, las dimensiones subyacentes (estabilidad y controlabilidad) son constantes.

Estilo Atribucional

La búsqueda principal de las teorías sobre el Estilo Atribucional gira en torno a las explicaciones rápidas ante respuestas favorables y desfavorables, es una búsqueda por comprender la causa de los eventos y sus resultados (Arévalo, 2007). El constructo descrito por Rotter (1966; en Carver y Scheir, 1997) y completado por Wiener (1979, 1983, 1985, 1986; en Hewstone, 1992), incluye tres variables dentro del concepto de Atribución: el locus de control, la estabilidad atribucional y la controlabilidad atribucional.

El locus de control es un concepto que hace referencia a la ubicación de la causa como interna o externa de la persona. Haciendo referencia a la habilidad, esfuerzo e intención en caso de ser interna; y a la suerte u otros factores relacionados con las tareas en caso de ser externa (Hewstone, 1992; Heider, 1958; en Arévalo, 2007). La causalidad interna o externa, es propuesta por Heider (1958; en Hewstone, 1992) como un supuesto hidráulico, donde estos conceptos no se oponen sino que pueden aparecer en distintas proporciones. Es finalmente la relación entre lo interno y externo que genera la situación. El problema surge al notar que muchos sujetos no utilizaban la reflexión interna y la externa o análisis requerido ante los eventos como para identificar la porción influyente en su resultado. Estos sujetos generalmente atribuían la causa a un solo factor de modo dicotómico: interno o externo (Funder, 1982 en Hewstone, 1992).

Por otro lado, la estabilidad atribucional, hace referencia a la naturaleza temporal de una causa, la cual varía de estable a inestable. La estabilidad hace referencia a factores como la inteligencia, personalidad y habilidades; mientras que la inestabilidad hace referencia factores tales como el clima, la suerte y el humor (Heider, 1958; en Arévalo, 2007; Hewstone, 1992).

Finalmente, la controlabilidad atribucional hace referencia al grado de influencia que puede ejercer una causa, mostrándose a través de un continuo que va desde eventos totalmente controlables a eventos totalmente incontrolables. En este sentido el constructo busca medir qué tanto una persona cree que puede hacer para cambiar la causa o resultado de los eventos (Heider, 1958; en Arévalo, 2007; Hewstone, 1992).

El aporte de Wiener y colaboradores (1976; en Hewstone 1992) –creadores de éstas dimensiones– enfoca estos conceptos en una teoría de logros y emociones; donde ejemplifica la capacidad y esfuerzo como dos variables internas con niveles de estabilidad y controlabilidad opuestos que llevan a expectativas futuras distintas. La capacidad es percibida como estable pero incontrolable, por lo que en ausencia de ella las expectativas futuras serán bajas. Por otro lado el esfuerzo es inestable pero controlable, por lo que las expectativas futuras podrían ser altas y la autoestima se ve en cierta forma protegida por la falta de esfuerzo pasada.

El Estilo Atribucional en Adictos

Hoy en día se sabe que el consumo de drogas se ve influenciado por factores socio-culturales, biológicos y psicológicos que modulan el inicio, mantenimiento y escalada a otras drogas (Becoña, 2007).

El mismo Becoña (2007), en su búsqueda por integrar las bases psicológicas implicadas en la prevención de consumo de drogas, resalta dos grandes bloques. Los derivados de la psicología del aprendizaje, que presentan grandes aportes en tratamientos de trastornos y prevención de drogas; y los procesos cognitivos, que muestran procesos de pensamiento, técnicas atribucionales, cognitivas, de solución de problemas y procesos internos que explican ciertas conductas. Son estos principios los más resaltantes en la prevención de drogodependencias (Becoña, 2002; en Becoña 2007). Es de estos grandes bloques que se elige trabajar con las creencias irracionales –dentro de los procesos cognitivos de pensamiento– y el estilo atribucional –técnicas atribucionales y búsqueda de explicaciones de ciertas conductas o resultados–, estrechamente relacionados dentro de los procesos cognitivos que experimenta todo sujeto.

Marlatt (1985; en Beck, Wright, Newman, Liese, 1999) por otro lado, propuso cuatro procesos cognitivos a tomar en cuenta ante casos de adicciones, los cuales fueron la autoeficacia, los resultados esperados, la atribución de causalidad y el proceso de toma de decisiones. Es importante resaltar dentro de estos procesos la atribución de causalidad, en la cual se pone atención a las creencias de un individuo atribuyendo su uso de drogas a factores internos o externos. El mismo autor, postula que una atribución externa suele generar un consumo continuado de sustancias, donde el consumidor puede percibir su uso como predestinado y fuera de control. Los resultados esperados, por otro lado,

hacen referencia a las anticipaciones de los efectos de una sustancia o adicción. Estos pueden ser positivos, reforzando las ideas o creencias de consumo; o negativos apoyando la abstinencia o deseos de dejar la droga. El proceso de toma de decisiones, explica el consumo como producto de múltiples decisiones que llevan o no al uso de drogas. Muchas de estas pueden parecer irrelevantes, sin embargo influyen en futuras recaídas debido a la fuerza que los lleva a conductas y situaciones de riesgo (Marlatt 1985; en Beck et. al. 1999).

Por otra parte, la autoeficacia, si bien no se relacionan directamente al tema tratado, es importante mencionarla, por su contribución al mismo. Ésta describe el juicio que se posee acerca de la propia habilidad para manejarse adecuadamente en situaciones de riesgo. En este sentido una baja autoeficacia, suele asociarse, según Marlatt (1985; en Beck et. al., 1999) a recaídas o menores intentos de dejar la droga.

Diversos estudios se han realizado en torno a este concepto, Estilo Atribucional, el cual ha sido relacionado con bastante frecuencia a habilidades escolares percibidas, logros académicos, la depresión y drogas (especialmente en programas de rehabilitación). En muchos de estos estudios, hacen referencia al estilo atribucional como positivo o negativo, comprendiendo este segundo como la presencia de un locus de control externo, incontrolable e inestable. Un estudio realizado con 133 estadounidenses adolescentes universitarios mostró una relación positiva entre el estilo atribucional negativo y la depresión, asimismo mostró una relación entre el abuso de drogas y la depresión; si bien estos resultados no fueron significativos debido a la poca frecuencia de uso reportado por cada droga, se llegó a la conclusión de que existe una relación significativa entre el estilo atribucional y la depresión, dado que se observaron reacciones negativas fuertes ante eventos desfavorables, en las personas que presentaron los más altos niveles de depresión (Clark, 2001).

Otro estudio, realizado en 496 mujeres adolescentes, obtuvo resultados que apoyaban la creencia que los estresores predecían un aumento en los síntomas depresivos de personas con un estilo atribucional negativo, y mas no en aquellos que poseían un estilo atribucional positivo. Estos resultados sin embargo no se aplicaban para el caso de bulimia nervosa ni abuso de sustancias, es decir el estilo atribucional no parece tener relación directa con la predicción de bulimia o abuso de sustancias (Bohon, 2008).

Klein (1997) por otro lado, realizó un estudio en alcohólicos en rehabilitación en Estados Unidos, encontrado una relación entre las recaídas y la

estabilidad en el estilo atribucional, donde la poca estabilidad predecía en cierto porcentaje la recaída: se encontró un 4.5% de predicción de recaídas según la "Clinical Outcome Scale (COS)", y un 18.4% luego de controlar otras posibles causas de la recaída. Otro estudio que apoya la relación entre el estilo atribucional, la depresión y el abuso de sustancias, encontró que los alcohólicos suelen hacer más atribuciones internas luego de eventos negativos que los no alcohólicos. Este estudio constituido por 85 alcohólicos y 99 no alcohólicos, obtuvo una relación entre la atribución interna luego de eventos negativos y el alcoholismo, así como mayor depresión en alcohólicos; aunque ambos grupos tenían en igual medida estilos de explicación disfuncionales (Nuro, 1993).

En cuanto a las diferencias de sexo, un estudio realizado a 46 hombres y 71 mujeres en rehabilitación de diversas drogas, con una media de edad de 42 años, no mostró diferencias significativas en el estilo atribucional ni autoestima. En cuanto a la depresión, por otro lado, las mujeres se mostraron significativamente más deprimidas que los hombres (Bailey, 1993).

Finalmente, luego de haber revisado la teoría sobre marihuana, creencias irracionales y el estilo atribucional, se procederá a plantear el problema de investigación con mayor claridad.

Planteamiento del Problema

La marihuana es la sustancia psicoactiva (SPA) ilegal más consumida en el Perú y la tercera más consumida a nivel nacional luego del alcohol y tabaco – drogas legales –, según cifras de CEDRO, 2008. Esta presenta una prevalencia de vida de 8.1% en el Perú, 9.7% en Lima Metropolitana, 3.4% en el resto de la costa, 2.9% en la sierra y 4.0% en la selva (CEDRO, 2008).

Los estudios reportan que la edad media de mayor consumo y abuso de la marihuana se encuentra entre los 18 y 25 años aproximadamente (CEDRO, 2008). Se refuerza esta elección con datos obtenidos del registro de casos atendidos un programa de motivación y consejería en Lima metropolitana en el año 2008, donde la media de edad por consumo de marihuana asciende a 21 años aproximadamente.

La presencia de creencias irracionales en drogodependientes ha sido mencionada en diversos estudios. La tesis de Bocanegra (1990) evaluó las creencias irracionales en adictos al PBC encontrando mayor presencia de éstas en consumidores de PBC con respecto a los no consumidores. Más adelante, Rojas (2006) realizó un estudio comparativo entre consumidores y no

consumidores de clorhidrato de cocaína, incluyendo variables de género y frecuencia de consumo. En este estudio pudo confirmar la mayor presencia de creencias irracionales en consumidores que en no consumidores. La variable género no mostró resultados significativos, mientras que la variable edad mostró una mayor intensidad de creencias irracionales en adolescentes con respecto a los jóvenes y adultos.

Un estudio cualitativo realizado por Rojas (2007) en un centro de consejería de Lima que brinda terapia motivacional y consejería en casos de adicciones, muestra que el consumo de marihuana es el motivo de consulta más común con un 27,99% de incidencia. La población de consumidores de marihuana se caracterizó por tener entre 15 y 52 años, con una media de edad de 21 años, sin diferencias socioeconómicas, mayormente en población masculina, y con una asociación a drogas como el alcohol y tabaco. La edad de inicio promedio fue de 16 años, mostrando casos de inicio desde los 13 hasta los 18 años; la modalidad de consumo fue mayormente en grupo y asociada a diversión o relajación. En la muestra destacó en consumo pendular con frecuentes periodos de ascenso, descenso y abandono temporal o definitivo del consumo. Un 15% reportó un consumo diario, predominantemente en varones, las mujeres mostraron un consumo mas asociado a los fines de semana o diversión.

Los estudios antes mencionados despiertan un interés por la búsqueda de creencias irracionales y estilo atribucional en abusadores de marihuana. Tanto en la alta tasa de consumo de esta sustancia en el Perú en relación con el resto de SPA's ilegales; la aparente baja percepción de daño, registrada por diversos estudios acerca de esta SPA (Rojas, 2007); los mitos acerca del daño que produce y el que esta sea la puerta de ingreso al consumo de otras drogas de mayor potencia (Kandel 1975; en Becoña, 1999). Se opta por trabajar con abusadores de marihuana, ya que es difícil establecer una dependencia a dicha droga (pues aún se discute si genera realmente dependencia). Las creencias irracionales captaron el interés de la investigación ya que bajo la línea cognitiva representan un aporte importante en la comprensión de la adicción y las creencias que llevan a reforzar o debilitar conductas de consumo, asimismo también se debe a una búsqueda de replicar estudios como los de Bocanegra y Rojas en una sustancia como la Marihuana, lo cual permite desarrollar líneas de investigación en el medio. Por último la importancia de investigar el estilo atribucional en este grupo se debe a que dicho constructo ayuda a entender de modo más global la percepción de participación del sujeto en su realidad y su protagonismo en cuanto

a su propia vida (acciones y decisiones). La marihuana ha mostrado diversos casos de síntomas depresivos, síndrome amotivacional y desinterés por el futuro (Oliver, 2004; Bobes y Calafat, 2000), por lo que sería importante describir estos sentimientos en términos de atribuciones.

El presente estudio busca describir ¿Cuáles son las creencias irracionales presentes en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana?, ¿Cuál es el estilo atribucional en términos de locus de control, estabilidad y controlabilidad? En este sentido, se busca conocer si el locus de control, la controlabilidad atribucional y la estabilidad de éste, podrían relacionarse o apoyarse con algunas creencias irracionales de impotencia frente a la realidad; ayudando así a mostrar la percepción de participación del sujeto en su realidad. No se han encontrado estudios en la población peruana que busquen relacionar estas variables, por lo que este estudio representaría un aporte importante en el medio y un potencial para los programas de prevención terciaria.

Objetivos de Estudio:

El objetivo general es describir las creencias irracionales y el estilo atribucional, e identificar la relación existente entre ambas variables en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana que acuden a dos centros de consejería y terapia motivacional en drogodependencias de la ciudad de Lima Metropolitana.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir las características de consumo de la muestra de jóvenes abusadores de marihuana.
2. Describir las creencias irracionales en un grupo de en jóvenes abusadores de marihuana.
3. Describir el estilo atribucional en un grupo de en jóvenes abusadores de marihuana.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

El diseño utilizado en este estudio fue de tipo no experimental, ya que se procedió a observar y medir las variables elegidas en los sujetos, sin intervenir con programas que alteren dichas variables. El corte fue de tipo transversal debido a que se procedió a medir las variables en un tiempo y espacio determinado sin realizar un seguimiento del mismo –se tomó una muestra única en el tiempo– (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

El estudio fue de tipo descriptivo, en el cual se buscó conocer como se manifiestan las creencias irracionales y el estilo atribucional en un grupo de abusadores de marihuana; ya que no se han encontrado estudios que relacionen dichas variables aún (Hernández, et. al., 2006).

Participantes

La población estuvo constituida por los pacientes que solicitan consulta en un programa de motivación y consejería en adicciones de Lima Metropolitana, cuyas edades se encuentran entre los 15 y 52 años de edad.

La muestra fue conformada por cuarenta personas jóvenes, 32 hombres (80%) y 8 mujeres (20%) entre 18 y 25 años, cuya media de edad fue de 21.1 años. En cuanto las personas con quienes conviven, el 47.5% vive con ambos padres (15 sujetos), el 30% con la madre (9 sujetos), 5% vive con abuelos (2 sujetos), 7.5% viven solos (3 sujetos) y el 10% con otros (1 persona con tíos y dos con su pareja). Con respecto a la escolaridad se observó que 18 personas presentaban estudios superiores (45%), 5 estudios técnicos (12.5%), 9 secundaria completa (22.5%) y 8 secundaria incompleta (20%); paralelamente 23 se encontraban aún estudiando (57.5%), 12 trabajando (30%) y 5 desempleados (12.5%) (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Características socio-demográficas de la muestra

<i>Características</i>	<i>%</i>
Edad	21.1
Sexo	Masculino Femenino
	80 20
Personas con quien habita	Ambos padres Madre
	47.5 30

	Abuelos	5
	Solo (a)	7.5
	Otros	10
Instrucción	Secundaria Incompleta	20
	Secundaria Completa	22.5
	Técnico	12.5
	Superior	45
Ocupación	Estudiante	57.5
	Empleado	30
	Desempleado	12.5

N= 40

El muestreo según Kerlinger y Lee (2001) fue de tipo propositivo, ya que se buscó obtener una muestra que cumpla con ciertos criterios ya establecidos (edad, tiempo consumo, tipo consumo, etc.). Asimismo para la estimación del tamaño de la muestra, se tomo por referencia la fórmula estadística utilizada para calcular la media poblacional (Servin, A.; Servin, L., 1981). Para esto se consideró el total de casos llegados al centro de consejería elegido, en el año 2008 y el 2009 (año de aplicación), que cumplían con los criterios de selección. Para el año 2008, con una población de 136 personas y un error de 25% de desviación estándar, el tamaño de la muestra fue de 44 sujetos; y para el año 2009, con una población de 70 personas y un error de 25% de desviación estándar, el tamaño de la muestra fue de 33 sujetos o 41 sujetos con un error de 20%. Ante esto se optó por mantener el máximo de casos que aceptaron participar en el 2009, el cual ascendió a 40.

Tabla 3.

Estimación de la media poblacional

Año	N Población	% DS	N Muestra
2008	136	0,25	44
2009	70	0,25	33
2009	70	0,20	41

Los criterios de inclusión relevantes para el estudio fueron los siguientes:

- a) Edad entre 18 a 25 años
- b) Tiempo de consumo mínimo de un año de marihuana de manera predominante.
- c) Consumo de sustancias legales: presencia de prevalencia de vida y consumo actual de alcohol y tabaco, pero no abuso ni dependencia de éstas.

- d) No consumo actual de otras sustancias ilegales: se acepta la presencia de prevalencia de vida de sustancias ilegales, mas no el abuso o dependencia a otras drogas ilegales aparte de la marihuana en la historia de consumo de sustancias psicoactivas.
- e) Abuso de marihuana: los criterios de selección de las personas que abusan de la marihuana se harán en base al diagnóstico postulado en el DSM-IV-TR (2002).
- f) Tratamientos previos: no han recibido tratamiento para el abuso de marihuana
- g) Presencia de desordenes mentales: no presentar historia de diagnóstico psiquiátrico

Medición de Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la ficha de datos personales desarrollada en el centro de motivación y consejería en Lima de la cual se extrajo la muestra; una ficha de datos personales complementaria; el Registro de Opiniones de Albert Ellis (1968, adaptada por Bocanegra 1989); y la Prueba de Estilos Atribucionales PASS (Arévalo, 2005).

Ficha de Datos Personales

En este caso se procedió a la adaptación de la ficha de datos personales del centro de consejería y terapia motivacional al que se acudió, mediante la selección de datos relevantes para el estudio. La ficha inicial estuvo conformada por 54 preguntas, las cuales se agrupan en distintas áreas que recaban datos socio-demográficos de la persona que busca ayuda, motivo de consulta, historia de consumo, tratamientos previos y antecedentes familiares. Se utilizó 18 de las 54 preguntas relacionadas a edad, sexo, grado instrucción, ocupación, personas con quienes vive el sujeto, droga de inicio, droga(s) problema(s), edad de inicio de consumo de alcohol (OH), edad de inicio de consumo de tabaco, edad de inicio de consumo de marihuana (THC), tiempo de consumo de THC, intentos de dejar la droga problema, tiempo máximo de abstinencia, tratamientos previos por adicciones, cantidad máxima de THC consumida en 24 horas, problemas policiales, venta drogas, y drogas que ha probado alguna vez en su vida (Ver anexo B).

Ficha Complementaria de Abuso de Sustancias

Se construyó para fines de este estudio una ficha complementaria que permitió discriminar a los abusadores de marihuana, utilizando los criterios del DSM-IV-TR (2002). Esta ficha fue revisada por dos expertos en el tema de adicciones, quienes la aprobaron en su estado original (Ver anexo C).

Registro de Opiniones de Ellis

El Registro de Opiniones o Inventario de Creencias irracionales de Ellis, creada por Albert Ellis, cuenta con antecedentes de uso que datan desde 1968. La traducción al español fue realizada por Davis, Mckay y Eshelman el año 1982, y más adelante por Navas-Robledo en 1987. Esta prueba está constituida por 10 escalas que evalúan cada una de las 10 Creencias Irracionales. Cada creencia irracional es explorada a través de 10 ítems. De este modo, el instrumento cuenta con un total de 100 ítems, donde 50 de ellos presentan medición directa y 50 ítems medición indirecta. El registro fue adaptado a una población psiquiátrica peruana con problemas de adicción a la Pasta básica de Cocaína por Bocanegra en 1989. Esta adaptación del instrumento fue la empleada en el presente estudio. La confiabilidad de la escala según la variante Küder-Richardson, fue calculada por Bocanegra para cada una de las 10 creencias irracionales, mostrando valores que van desde 0.63 hasta 0.78; cifras aceptables para la utilización del instrumento. En cuanto a la validez se utilizó criterio de jueces, donde 19 de los 100 ítems fueron eliminados en el análisis estadístico por comprometer los niveles de confiabilidad de la misma. La misma prueba fue aplicada sin variaciones por Rojas en el 2006 (Ver anexo D).

Para esta investigación la confiabilidad de la prueba se obtuvo mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Los valores obtenidos se encontraron en un rango entre -0.017 y 0.664. Tomando en consideración que la prueba cuenta con 10 escalas conformadas por 10 ítems cada una, se optó por eliminar ciertos ítems que comprometían la confiabilidad interna de cada escala (ver anexo).

En la escala 1 (conformada por los ítems 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 81 y 91), se optó por eliminar los ítems 11 y 41 debido a que correlacionaban de forma negativa con la escala, para obtener un óptimo coeficiente de confiabilidad de 0.77 con 8 ítems restantes. Para la escala 2 (conformada por los ítems 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 y 92), se eliminaron los ítems 22, 32, 42 y 92 por correlacionar de forma negativa, así como el ítem 52 por una baja correlación de 0.03, y se obtuvo un coeficiente de 0.60 con 5 ítems finales.

En el caso de la escala 3 (conformada por los ítems 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83 y 93), se eliminaron los ítems 13, 53 y 63 por correlacionar de modo negativo y los ítem 3 y 43 por una baja correlación de 0.02 y 0.04, para obtener 0.40 con 5 ítems. En la escala 4 (conformada por los ítems 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 y 94), sólo se eliminó el ítem 14 por correlacionar negativamente, para obtener un coeficiente de 0.51. Para la escala 5 (conformada por los ítems 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95), se eliminaron los ítems 25 y 75 por correlacionar negativamente y el 5 por una baja correlación de 0.003, para lograr un coeficiente de 0.59 con 7 ítems finales.

En la escala 6 (conformada por los ítems 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86 y 96) se eliminaron los ítems 16 y 56 debido a una correlación negativa y el ítem 6 por una baja correlación de 0.07 para pasar a un coeficiente de 0.67 con 7 ítems; en cuanto a la escala 7 (conformada por los ítems 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87 y 97), se eliminó el ítem 47 debido a una baja correlación de 0.03, para obtener una confiabilidad de 0.62; en la escala 8 (conformada por los ítems 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88 y 98), se eliminaron los ítems 8, 18 y 98 debido a una correlación negativa, así como el ítem 78 debido a correlación de 0.07, para lograr un coeficiente de 0.64 con 6 ítems finales.

En el caso de la escala 9 (conformada por los ítems 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 y 99), se eliminaron los ítems 9 y 39 por correlacionar negativamente, así como el ítem 59 por una baja correlación de 0.03, para pasar a un coeficiente final de 0.62 con 7 ítems finales; finalmente en la escala 10 (conformada por los ítems 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 100), se eliminaron los ítems 10, 20, 70 y 80 debido a una correlación negativa, para pasar lograr un coeficiente de confiabilidad 0.61 con 6 ítems finales. Se llegó a eliminar un total de 31 ítems, quedando la prueba constituida por 69 ítems (ver Apéndice F).

Las creencias irracionales se encuentran medidas por un rango que va del puntaje 0 al 10. Tomando en consideración la cantidad irregular de ítems por escala (debido a los ítems eliminados por comprometer la confiabilidad de la prueba), se procedió a estandarizarlos en una medida universal ($\text{Creencia} / \text{x ítems} * 10$). Para esto se procedió a dividir la agrupación de cada creencia (suma de los puntajes promedio de cada creencia) entre el número de ítems que lo conformaban, para luego multiplicarlo por 10 y obtener una media estandarizada. Estas medias fueron comparadas con el promedio general de las creencias, obtenido sumando el total de creencias (suma total de medias) y dividiendo estas medias entre las 10 creencias que la conforman, el cual pasó a ser punto de corte entre lo que se considerará una creencia alta, media o baja.

Las creencias por encima de una media de 5.74 son consideradas altas, lo que significa que presentan de modo marcado dicha creencia irracional; las que se encuentran por debajo de los 2.86 son consideradas bajas, es decir no parece encontrarse como un problema dicha creencia en la persona. Las que se encuentran entre 2.86 y 5.74 son consideradas medias, es decir que presentan en alguna medida dichas creencias, sin que estas sean muy fuertes en el sujeto.

Prueba de Estilos Atribucionales "PASS"

La prueba de Estilos Atribucionales "PASS" fue creada por Arévalo en el 2005 para población peruana. Con ella se busca medir el locus de control, estabilidad y controlabilidad, mediante tres puntajes distintos. Consta de 37 ítems directos, medidos a partir de una escala Likert de 4 puntos que va de "Totalmente cierto" a "Nada cierto". Esta prueba fue validada en una población de mujeres en extrema pobreza en zonas marginales de Lima Metropolitana. La primera escala, busca evaluar si el locus de control es percibido como interno (de la persona) o externo (situacional), allí se eliminó 3 ítems (2, 5 y 26) por comprometer la confiabilidad de la prueba, obteniendo finalmente un Alfa de Cronbach de 0.74. La segunda escala evalúa la estabilidad de la atribución, midiendo que tan permanente es la causa atribuida al evento. Posee 12 ítems, los cuales tienen una confiabilidad de 0.71 mediante el Alfa de Cronbach. Finalmente la tercera escala evalúa la controlabilidad, midiendo el nivel de control percibido sobre la causa atribuida. Posee 13 ítems, y un Alfa de Cronbach de 0.73. La misma prueba fue adaptada y aplicada por Solano (2001) a población hospitalaria con pacientes con cáncer y de bajo nivel socio-económico. La adaptación pasó por una prueba piloto buscando ver la comprensión de los ítems. Luego fueron evaluadas por criterio de 7 jueces. Se obtuvo una validez ítem-test alta, donde se eliminaron los ítems 10, 13 y 15 por obtener niveles menores a los requeridos. La confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach para el Locus de control fue de 0.77, para Estabilidad de 0.66 y para la Percepción de control de 0.73. En esta investigación se utilizó el instrumento aplicado por Solano (2001), con una previa aplicación piloto a 3 pacientes para evaluar la comprensión de los ítems.

Se utilizó el coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach para cada una de las 3 escalas de la prueba. Tomando en cuenta los ítems que conforman cada escala: Locus (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35), Estabilidad (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36) y Controlabilidad (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37); se optó por eliminar algunos ítems buscando mayor confiabilidad. En la escala de Locus, se optó por eliminar los ítems 17 (baja correlación de 0.04) y 32 (correlación

negativa) para pasar de un coeficiente de confiabilidad de 0.52 a 0.60 con 10 ítems finales; en la escala de estabilidad se eliminaron los ítems 12, 15, 18, 24 y 33 para lograr un coeficiente de 0.35 a 0.66 con 7 ítems finales; y en la escala de controlabilidad se optó por eliminar los ítems 16, 19, 25, 28, 31, 37 para pasar de un coeficiente de 0.04 a 0.66 con 7 ítems finales. Se eliminó un total de 13 ítems (ver Apéndice F).

El Estilo Atribucional, presenta resultados para cada una de sus tres escalas por separado. A falta de Baremos (tabla de puntajes medios para la población que concede una comparación con las muestras) que nos permitan comprar los puntajes de este grupo con aquellos de la población, se emplearon los puntajes medios de cada escala a modo referencial de la muestra. Esto permite que se den comparaciones únicamente entre variables asociadas dentro del grupo de estudio.

El puntaje alto para locus de control se da ante una media por encima de 2.72, un puntaje bajo se da ante una media menor a 2.06, encontrándose los puntajes medios entre dicho intervalo. En este caso una media alta hace referencia a un locus de control externo marcado, mientras que una media baja refiere a un locus interno evidente. En el caso de la estabilidad, se observan puntajes bajos por debajo de 2.33, puntajes altos que sobrepasan la media de 3.26 y puntajes medios comprendidos en dicho intervalo. Esta variable responde directamente a su valor, ya que a mayor sea la media, mayor es la estabilidad en el sujeto. Finalmente en el caso de la controlabilidad, los puntajes altos muestran una media por encima de 5.20, en el caso de los bajos la media llega hasta 4.38 como máximo. El rango medio se encuentra entre ambas cifras, mostrando que a mayor puntaje en la media, mayor es la controlabilidad en el sujeto (ver tabla 4).

Tabla 4. *Rango de Puntajes bajos, medios y altos para el Estilo Atribucional*

	Puntaje Bajo	Puntaje Medio	Puntaje Alto
Locus de Control	< 2.06	2.06 – 2.72	> 2.72
Estabilidad	< 2.33	2.33 – 3.26	> 3.26
Controlabilidad	< 4.38	4.38 – 5.20	> 5.20

Procedimiento

Se conversó con un centro de prevención en adicciones, para obtener permiso de aplicar la prueba. El jefe del área del programa de motivación y consejería dio el

permiso de contactar a los pacientes que no llegaron a recibir tratamiento en el año 2009, así como seleccionar a los casos nuevos para participar de la investigación.

La muestra piloto fue a un grupo de 4 pacientes de sexo masculino que acudieron a un programa de motivación y consejería de un centro de rehabilitación de Lima, logrando mejorar la calidad de los instrumentos. De estos participantes dos fueron abusadores de marihuana, uno de juegos de video y uno de pasta básica de cocaína (PBC), encontrándose todos entre los 18 y 25 años. Se procedió a la firma del consentimiento informado, seguido de la ficha de abuso de marihuana, el registro de opinión de Albert Ellis y finalizando con la prueba Pass. De la aplicación piloto se pudo mejorar la prueba PASS dividiendo la presentación de los ítems por celdas, para no confundir las respuestas. La comprensión de los ítems fue adecuada, salvo el caso del paciente abusador de PBC, el cual mostro dificultad en la comprensión de la mayoría de ítems y de las indicaciones para desarrollar dicha prueba.

Para la selección de los participantes de la muestra de estudio, se tomó en cuenta los casos que acudieron el 2009 al mismo programa de motivación y consejería de donde se obtuvieron los participantes de la prueba piloto. De estos se seleccionó a los que cumplían con los criterios de inclusión. Se contactó un promedio de 30 sujetos, de los cuales sólo 13 aceptaron participar. A estos participantes se les explicó en qué consistía la evaluación, se les mencionó que la sesión duraría un aproximado de media hora a cuarenta minutos y los resultados serían anexados a sus fichas personales para el tratamiento en caso lo deseen.

En el transcurso de las siguientes semanas acudieron sólo 6 de ellos. Los demás participantes fueron llamados para reprogramar su cita, y acudieron 5 de ellos. Paralelamente 4 casos nuevos llegaron al servicio, los cuales fueron incluidos en la muestra. Se llegó a sólo 15 casos, por lo que se optó por acudir a otro centro que presente el mismo programa de motivación y consejería, esta vez en el Callao. Se contactó con el centro, encontrando 4 pacientes que cumplían con los criterios, por lo que se acordó una fecha. Paralelamente acudieron a consulta 13 casos nuevos (del primer centro de aplicación), de los cuales 11 aceptaron participar en la evaluación.

A todos los participantes se les anexaron los resultados a sus historias clínicas para su tratamiento. 12 participantes preguntaron por la comprensión de dos ítems de la prueba de creencias irracionales de Albert Ellis; estas fueron el significado de la frase “una zebra no puede cambiar sus rayas” ante lo cual se respondió uniformemente a eso “una persona no puede cambiar su forma de ser”; y la definición de la palabra “intrínsecamente” ante lo cual se respondió “de adentro, propio de uno”.

El promedio de tiempo empleado en resolver la prueba fue de 35 minutos, siendo el tiempo más largo empleado de 40 minutos. Al analizar los datos, la confiabilidad fue sumamente baja en algunos casos, por lo que se optó por continuar evaluando los casos que llegasen al programa hasta finalizar el año. Se consiguieron 10 casos nuevos, 6 hombres y 4 mujeres, los cuales acudían mayormente por problemas escolares y laborales debido a su consumo. Estas evaluaciones no mostraron diferencias a las 30 anteriores, mostrando el mismo promedio de tiempo empleado, ninguno tuvo preguntas con respecto a los ítems.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

En el análisis de los resultados se procede al reporte de los hallazgos descriptivos de la historia de consumo de la muestra, tomando en consideración las edades de inicio, drogas probadas, historia de abuso y cantidades consumidas, abstinencia e intentos de rehabilitación. Seguidamente se procede al análisis descriptivo de las creencias irracionales y del estilo atribucional. Finalmente se buscan correlaciones con la variable socio-demográficas de escolaridad, y las características de consumo de intentos de dejar la marihuana y problemas policiales. Estas tres variables fueron las únicas elegidas debido a que la distribución de la muestra fue adecuada para la comparación (en el caso de las demás variables la muestra estuvo distribuida de modo irregular con grandes diferencias entre los sub-grupos).

1. *Resultados descriptivos de la historia de consumo*

La historia de consumo de la muestra reportó una edad de inicio de consumo de alcohol que iba desde los 8 hasta los 18 años, presentando una media de edad de 14.3 años (DS= 1.8); en cuanto al tabaco el rango se dio entre los 11 y 18, con una media de edad de 14.7 años (DS= 1.7); finalmente la marihuana presentó un rango de edad de 12 a 22 con una media de 16.6 años (DS= 2.3) (ver tabla 5). La droga de inicio mas reportada fue el alcohol con 23 sujetos (57.5%), seguido del tabaco con 9 sujetos (22.5%), la marihuana con 7 sujetos (17.5%) y otras drogas, en este caso el terokal con 1 sujeto (2.5%) (ver tabla 6).

La marihuana resultó ser la droga problema en el total de sujetos de la muestra, por lo que se observó el tiempo de consumo, que va de 1 a 12 años, con una media de 4.15 años de consumo (DS= 2.8) y una mediana de 3 años. La cantidad máxima de cigarrillos de marihuana consumidos en 24 horas ascendió al 3.5 cigarrillos en promedio (DS= 2.1), observándose un rango que va de 1 a 9 cigarrillos (ver tabla 5). Once personas registraron haber tenido problemas policiales relacionados a su consumo (compra, posesión e intoxicación con dicha sustancia), mientras que veintinueve nunca se vieron relacionados a este tipo de problemas. Asimismo siete sujetos llegaron a vender marihuana en algún momento de su vida, de los cuales seis se encuentran el grupo de los que presentaron problemas policiales (ver tabla 6).

El 45% de la muestra reportó haber intentado dejar el consumo de marihuana una vez en su vida, el 20% dos veces y el 35% intentó dejarlo varias veces (ver tabla 6). A partir de estos datos se observó un tiempo máximo de abstinencia en los

participantes que va desde 4 días hasta 2 años; se registró un tiempo promedio con una mediana de 90 días, mostrando un percentil 25 con 30 días promedio, un percentil 50 con 90 días promedio y 157.5 días en el percentil 75 (ver tabla 5).

Tabla 5. *Características descriptivas del consumo*

Características		M	DS	Rango
Edad inicio	OH	14.3	1.8	8 – 18
	Tabaco	14.7	1.7	11 – 18
	Marihuana	16.6	2.3	12 – 22
Tiempo de consumo		4.2	2.8	1 – 12
Consumo máximo 24 horas		3.5	2.1	1 – 9
Tiempo máximo de consumo	Mediana	90		
	Percentil 25	30		
	Percentil 50	90		
	Percentil 75	150		

Tabla 6. *Características del consumo en frecuencias*

Características		N Casos	%
Droga inicio	OH	23	57.5
	Tabaco	9	22.5
	THC	7	17.5
	Otras Drogas	1	2.5
Droga problema	THC	40	100
Intentos de dejar el consumo	1 vez	18	45
	2 veces	8	20
	Varias veces	14	35
Tratamientos previos	No	40	100
Problemas policiales	No	29	72.5
	Si	11	27.5
Venta de drogas	No	33	82.5
	Si	7	17.5

2. Resultados descriptivos de las creencias irracionales

Se observó una media con un puntaje promedio en la totalidad de las creencias, mostrando los puntajes más próximos al punto de corte alto (5.74) en las creencias seis y siete con cifras de 5.68 y 4.97 respectivamente (ver tabla 7). La creencia seis afirma que “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta

o potencialmente peligrosa”, mientras que la siete propone que “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades que hacerles frente”.

En cuanto a las medias bajas más próximas al punto de corte (2,86), se encontraron las creencias cinco y uno, con 3.11 y 3.19 respectivamente (ver tabla 7). En este caso la creencia cinco postula que “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones” mientras que la uno afirma “Es necesario para mí tener el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos”.

En cuanto a las demás creencias, se observó que la segunda y tercera obtuvieron una media de 4.75 cada una, la cuarta obtuvo 4.39, cerca de la novena con un 4.29, y finalmente las creencias 8 y 10 obtuvieron 3.96 y 3.92 respectivamente (ver tabla 7).

Tabla 7. *Medias de puntajes de las creencias irracionales*

Creencia	M	DS
Creencia 1: Es necesario para mí tener el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos.	3.19	2.84
Creencia 2: Se debe ser indefectiblemente completo y casi perfecto en todo lo que se emprende.	4.75	3.09
Creencia 3: Algunas personas son malas, viles y perversas; y deberían ser castigadas	4.74	2.55
Creencia 4: Es terrible y catastrófico cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran	4.39	2.10
Creencia 5: Los acontecimientos externos causan la mayoría de desgracias de la humanidad, la gente reacciona según como estos inciden sobre sus emociones	3.11	2.33
Creencia 6: Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	5.68	2.70
Creencia 7: Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades que hacerles frente	4.97	2.43
Creencia 8: Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo	3.96	2.55
Creencia 9: El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente	4.29	2.75
Creencia 10: La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido	3.92	2.68

Adicionalmente, se observó que al dividir los puntajes de las creencias en grupos, el análisis de los resultados fue más enriquecedor. Las variables a tomar en cuenta fueron los problemas policiales, el grado de instrucción y el intento de dejar la droga problema. Estas elecciones se debieron a que son las únicas variables que presentan una frecuencia de distribución adecuada para el análisis (como se comentó al inicio de los resultados).

Al considerar los problemas policiales (29 sin problemas policiales y 11 con ellos), se observó que las creencias 6 y 7 se encontraban altas en los chicos con problemas policiales (5.97 y 5.86 respectivamente) y dentro del rango medio en chicos sin problemas policiales (5.57 y 4.64 respectivamente), asimismo este último grupo presentó la creencia 1 dentro de lo que se considera una media baja (2.54), mientras el grupo con problemas policiales presentó dicha creencia dentro del rango medio (4.89). Las creencias 2 y 9 se encontraron bordeando las medias altas en sujetos con problemas policiales, con 5.64 y 5.58 respectivamente; mientras que en aquellos que no presentaban dichos problemas mostraron 4.41 en la creencia 2 y 3.79 en la creencia 9. Asimismo este último grupo mostró una media de 2.91 en la creencia 5, la cual bordea el rango bajo, a diferencia de los que presentaban problemas policiales quienes mostraron una media dentro del rango medio (3.64) (ver tabla 8). Dentro de esta descripción la creencia 2 postula que “Se debe ser indefectiblemente completo y casi perfecto en todo lo que se emprende”, y la 9 afirma que “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”.

Tabla 8. *Medias de puntajes de las creencias irracionales según problemas policiales*

Problemas policiales	Creencias	M	DS
No	Creencia 1	2.54	2.53
	Creencia 2	4.41	2.95
	Creencia 3	4.62	2.57
	Creencia 4	4.21	2.13
	Creencia 5	2.91	2.31
	Creencia 6	5.57	2.74
	Creencia 7	4.64	2.47
	Creencia 8	3.56	2.51
	Creencia 9	3.79	2.86
	Creencia 10	3.33	2.60
Si	Creencia 1	4.89	3.03
	Creencia 2	5.64	3.44
	Creencia 3	5.09	2.59
	Creencia 4	4.85	2.07
	Creencia 5	3.64	2.42
	Creencia 6	5.97	2.70
	Creencia 7	5.86	2.17
	Creencia 8	5.00	2.47
	Creencia 9	5.58	1.96
	Creencia 10	5.45	2.37

Asimismo se consideró la variable de grado de instrucción para describir las creencias en la población. En el grupo con secundaria incompleta y en el de nivel

técnico se observó alta la creencia 6 con una media de 5.75 y 5.80 respectivamente, mientras que en los otros dos grupos las medias fueron ligeramente altas dentro del rango medio (5.22 en secundaria completa y 5.28 en nivel superior). Para el grupo de nivel técnico también se observaron medias altas en las creencias 3, 7 y 8, con 5.80, 6.00 y 5.80 respectivamente. El nivel de instrucción superior mostró baja la creencia 1 (media de 2.83), siendo la única creencia y grupo que presentó medias bajas. El grupo con secundaria completa mostró todas sus medias en el rango medio, sin embargo las creencias 2, 3 y 7 se mostraron ligeramente elevadas y próximas al punto de corte superior (5.56 para la creencia 2, y 5.67 para la 3 y la 7) (ver tabla 9). Siguiendo la descripción de las creencias no mencionadas anteriormente, la creencia 3 postula que “Algunas personas son malas, viles y perversas; y deberían ser castigadas” y la 8 afirma que “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”.

Tabla 9. *Medias de puntajes de las creencias irracionales según grado de instrucción*

Grado de Instrucción	Creencias	M	DS
Secundaria incompleta	Creencia 1	4.75	2.19
	Creencia 2	4.88	1.73
	Creencia 3	4.63	1.41
	Creencia 4	5.38	2.26
	Creencia 5	3.88	1.89
	Creencia 6	5.75	1.83
	Creencia 7	4.25	2.19
	Creencia 8	3.13	1.13
	Creencia 9	3.88	1.64
	Creencia 10	4.50	1.69
Secundaria completa	Creencia 1	3.22	1.72
	Creencia 2	5.56	0.88
	Creencia 3	5.67	1.73
	Creencia 4	4.56	1.81
	Creencia 5	3.11	1.96
	Creencia 6	5.22	1.86
	Creencia 7	5.67	2.35
	Creencia 8	4.78	2.11
	Creencia 9	5.22	1.56
	Creencia 10	5.00	1.66
Técnico	Creencia 1	4.60	1.82
	Creencia 2	4.60	1.67
	Creencia 3	5.80	0.84
	Creencia 4	3.40	1.14
	Creencia 5	3.00	1.22
	Creencia 6	5.80	1.79
	Creencia 7	6.00	1.73
	Creencia 8	5.80	1.10
	Creencia 9	4.60	2.97

	Creencia 10	4.40	2.61
Superior	Creencia 1	2.83	2.18
	Creencia 2	4.94	1.86
	Creencia 3	4.83	1.50
	Creencia 4	4.67	1.91
	Creencia 5	3.44	1.54
	Creencia 6	5.28	2.19
	Creencia 7	5.17	2.36
	Creencia 8	3.89	1.13
	Creencia 9	3.78	1.93
	Creencia 10	4.17	1.50

La tercera variable a tomar en consideración (debido a la distribución de la muestra) fue la de intentos para dejar el consumo con 18 personas que intentaron dejar 1 vez, 8 dos veces y 14 varias veces. El grupo con un intento de dejar el consumo mostró medias bajas en las creencias 1 y 5 (2.08 y 2.70 respectivamente), las mismas que mostraron encontrarse en el rango medio en los otros dos grupos (puntajes entre 3.21 y 4.06). El grupo con dos intentos presentó alta la creencia 9 con una media de 5.89, mientras que los grupos con 1 y varios intentos presentaron una media de 3.41 y 4.49 respectivamente. En cuanto al tercer grupo, varios intentos por dejar el consumo, se observó alta la creencia 2 (con una media de 5.86) y bordeando el rango alto la creencia 7 (con una media de 5.40). Estas creencias se mantuvieron en el rango medio en los otros dos grupos (ver tabla 10).

Tabla 10. *Medias de puntajes de las creencias irracionales según intentos para dejar el consumo de THC*

Intentos para dejar	Creencias	M	DS
1 Vez	Creencia 1	2.08	1.96
	Creencia 2	3.78	2.90
	Creencia 3	4.56	2.55
	Creencia 4	3.64	1.42
	Creencia 5	2.70	2.19
	Creencia 6	5.24	2.45
	Creencia 7	4.57	2.05
	Creencia 8	2.96	2.10
	Creencia 9	3.41	2.73
	Creencia 10	3.24	2.10
2 Veces	Creencia 1	4.06	3.64
	Creencia 2	5.00	3.02
	Creencia 3	5.25	2.82
	Creencia 4	4.86	2.22
	Creencia 5	3.21	1.66
	Creencia 6	7.50	1.98

	Creencia 7	5.14	2.65
	Creencia 8	5.00	2.82
	Creencia 9	5.89	2.35
	Creencia 10	4.58	3.05
Varias Veces	Creencia 1	4.11	3.00
	Creencia 2	5.86	3.18
	Creencia 3	4.71	2.55
	Creencia 4	5.08	2.57
	Creencia 5	3.57	2.84
	Creencia 6	5.20	3.05
	Creencia 7	5.40	2.82
	Creencia 8	4.64	2.63
	Creencia 9	4.49	2.68
	Creencia 10	4.40	3.11

En la búsqueda de obtener mayor información se procedió también a la correlación de las creencias con dichas variables (problemas policiales, grado de instrucción e intentos de dejar el consumo de THC). Para poder determinar que prueba utilizar, se recurrió a la prueba de normalidad Shapiro-Wilk (para muestras menores a 50 sujetos), esta mostró que ninguna variable se comportó de modo normal (ver anexo H), por lo que se requirió utilizar pruebas no-paramétricas, en este caso la correlación de Spearman (ver tabla 11).

La Creencia 1 correlacionó significativa y positivamente con las tres variables, problemas policiales, Instrucción e intentos por dejar el consumo de THC (ver tabla 11). Esta correlación indica que a mayor presencia de la creencia 1 (“es necesario para mí tener el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos”), mayores problemas policiales, mayor grado de instrucción y mayor cantidad de intentos por dejar el THC. La creencia 8 correlacionó significativamente y de modo positivo únicamente con la variable de intentos por dejar el consumo de THC, lo que indica que a mayores intentos por dejar la droga, mayor es la presencia de dicha creencia. Finalmente la creencia 10 correlacionó significativamente y de modo positivo con los problemas policiales, lo que indica que la presencia de problemas policiales se relaciona con una mayor presencia de la creencia 10. Asimismo, se dio una muy alta correlación negativa entre esta última creencia y el nivel de instrucción (significancia de .007), lo que indica que a menor grado de instrucción más fuerte es la presencia de la creencia irracional 10, la cual postula que “La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido” (ver tabla 11).

Tabla 11. *Correlación Spearman entre creencias y las 3 variables elegidas*

Creencias Irracionales		Coefficiente de Correlación	de Significancia
Creencia 1	Problemas Policiales	.345*	.029
	Instrucción	.360*	.023
	Intentos de Dejar	.313*	.049
Creencia 2	Problemas Policiales	.159	.329
	Instrucción	-.156	.337
	Intentos de Dejar	.307	.054
Creencia 3	Problemas Policiales	.087	.592
	Instrucción	.117	.471
	Intentos de Dejar	.028	.863
Creencia 4	Problemas Policiales	.182	.261
	Instrucción	-.001	.994
	Intentos de Dejar	.266	.098
Creencia 5	Problemas Policiales	.146	.367
	Instrucción	-.181	.263
	Intentos de Dejar	.141	.385
Creencia 6	Problemas Policiales	.049	.762
	Instrucción	-.010	.952
	Intentos de Dejar	.040	.806
Creencia 7	Problemas Policiales	.243	.131
	Instrucción	.049	.764
	Intentos de Dejar	.134	.408
Creencia 8	Problemas Policiales	.259	.106
	Instrucción	-.293	.066
	Intentos de Dejar	.322*	.043
Creencia 9	Problemas Policiales	.307	.054
	Instrucción	-.251	.118
	Intentos de Dejar	.198	.222
Creencia 10	Problemas Policiales	.416**	.008
	Instrucción	-.421**	.007
	Intentos de Dejar	.205	.204

3. Descripción del Estilo Atribucional

El Estilo Atribucional, compuesto por el Locus de Control, Estabilidad y Controlabilidad; presenta sus resultados reportando cada una de las escalas por separado. En el caso de esta prueba no se posee un Baremos que permita comparar los puntajes de este grupo, con los puntajes medios de la población, por lo que esta investigación se limita a la descripción general y diferencias dentro del grupo tomando en consideración las

variables antes mencionadas (problemas policiales, instrucción e intentos de dejar el consumo de THC).

El locus de control muestra una media de 2.39 (DS=0.33), en el caso de la estabilidad, se observa una media de 2.80 (DS=0.47) , finalmente en el caso de la controlabilidad, la media obtenida fue de 4.79 (DS=0.41)(ver tabla 12).

Tabla 12. *Medias de Puntajes del Estilo Atribucional*

	M	DS	Rango medio
Locus de Control	2.39	0.33	2.06 – 2.72
Estabilidad	2.80	0.47	2.33 – 3.26
Controlabilidad	4.79	0.41	4.38 – 5.20

Al analizar este hallazgo y las variables seleccionadas (problemas policiales, instrucción e intentos de dejar el consumo), se observa una media dentro del rango normal o medio en ambos sub-grupos de la variable “problemas policiales” así como en los 3 grupos de la variable “intentos de dejar el consumo de THC”. Fue en el caso de la variable “instrucción” que se encontraron diferencias, donde el único grupo que mostró una media elevada de 3.31, fue el de instrucción técnica con respecto a la estabilidad. Este mismo sub grupo mostró un locus y controlabilidad dentro del rango medio de la muestra (ver tabla 13).

Tabla 13. *Media de puntajes del Estilo Atribucional según Instrucción*

	Instrucción	M	DS
Locus de Control	Secundaria Incompleta	2.43	0.47
	Secundaria Completa	2.35	0.28
	Técnico	2.58	0.29
	Superior	2.33	0.30
Estabilidad	Secundaria Incompleta	2.70	0.56
	Secundaria Completa	2.68	0.52
	Técnico	3.31	0.49
	Superior	2.75	0.31
Controlabilidad	Secundaria Incompleta	4.93	0.50
	Secundaria Completa	4.84	0.31
	Técnico	4.94	0.30
	Superior	4.67	0.43

En el caso del estilo Atribucional, también se optó por explorar una posible correlación entre locus de control, estabilidad y controlabilidad; tomando en

consideración las 3 variables elegidas (problemas policiales, instrucción e intentos de dejar el consumo de THC). Por otra parte, no se buscó una correlación entre el estilo atribucional y éstas tres variables debido a que a nivel descriptivo no se encontraron diferencias marcadas (todas las medias se encontraron en el rango medio, salvo el nivel técnico en la estabilidad que se mostro en el límite del punto de corte superior).

La prueba de normalidad utilizada fue la de Shapiro-Wilk, obteniendo puntajes normales para las 3 variables componentes del estilo Atribucional (ver apéndice H). En este caso la prueba de correlación utilizada fue la de Pearson (ver anexo I). Se encontró una correlación positiva entre la variable de locus de control y controlabilidad, la cual se mostró únicamente en los grupos sin problemas policiales, con secundaria incompleta y quienes intentaron dejar el consumo de THC una sola vez. Las demás variables de agrupación (sin problemas policiales, otros grados de instrucción y 2 o más intentos por dejar el consumo) no influyeron en la correlación entre ambas variables, asimismo el locus-estabilidad y estabilidad-controlabilidad no mostraron correlaciones en ninguna de las agrupaciones.

Finalmente se optó por una aspiración correlacional a modo exploratorio entre el estilo atribucional y las creencias irracionales. Debido a que las creencias irracionales poseían una distribución no-normal (son no paramétrica), la prueba utilizada fue la de Spearman. De este análisis se obtuvieron 3 correlaciones con una significancia menor a 0.05. La estabilidad correlacionó negativamente con las creencias 4 y 7, mostrando una significancia de .04 y .03 respectivamente. La tercera correlación se dio entre la controlabilidad y la creencia 4, esta correlación fue negativa con una significancia de .02 (ver apéndice I).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discutirán los hallazgos más relevantes encontrados en la muestra buscando darles un marco de comprensión en la teoría revisada y de acuerdo a los objetivos del estudio. En primer lugar se presentarán las características de consumo, en segundo lugar se describirán las creencias irracionales en la muestra y finalmente el estilo atribucional de los participantes.

Desde la perspectiva epidemiológica, se observa que la edad de inicio de drogas legales e ilegales es bastante similar entre alcohol, tabaco y marihuana, lo cual parece coincidir con los hallazgos reportados en los estudios realizados por CEDRO (2003, 2005, 2008) y DEVIDA (2005, 2006) en el Perú. CEDRO reporta una mediana de edad de inicio de 17 años (2003, 2005) y 18 años (2008) tanto en el alcohol como en el tabaco, y DEVIDA muestra un rango de edad de inicio de 12 a 18 (2005), y cifras de 13.7 y 13.6 para alcohol y tabaco respectivamente (2006); mientras que en la muestra de este estudio la edad de inicio de alcohol y tabaco es de 14.3 y 14.7 respectivamente.

En el caso de la marihuana, se observa un ligero aumento en la edad de inicio en los estudios de CEDRO (18 años en el 2003 y 19 años en el 2005 y 2008) así como en los de DEVIDA (rango de 12-18 en el 2005, y promedio de 14.4 en el 2006); mientras que en la muestra de este estudio la edad de inicio de marihuana es de 16.6. Si bien persiste el inicio de alcohol y tabaco conjuntamente y la marihuana ligeramente más tarde, las edades de inicio varían en algunos años en el caso de CEDRO y la presente investigación. Por otro lado, DEVIDA (2005, 2006) muestra una cifra menor en el 2006 y un rango que abarca ambas cifras en el 2005. Se debe tener en cuenta que la desviación estándar de la muestra de este estudio es algo alta, lo que aproxima en cierta medida las cifras obtenidas a las reportadas por CEDRO (2003, 2005, 2008). Asimismo, es importante, mencionar que los estudios de CEDRO y DEVIDA corresponden a una investigación en población general buscando datos que evalúan la prevalencia del consumo; mientras que la presente investigación se limita a una población clínica ya en consumo.

La edad de inicio del consumo de marihuana encontrado en este estudio puede guardar relación con la teoría de Kandel (1984) respecto al encadenado y la progresión de consumo, quien observa un consumo que va de drogas legales a ilegales. La autora plantea que los adolescentes suelen iniciarse con drogas legales (tabaco, alcohol) las cuales son requisito y factor de riesgo para luego iniciarse en

drogas ilegales. De estas, la droga ilegal como “puerta de entrada”, suele ser la marihuana.

Si bien esta teoría ha sido criticada severamente debido a que no todos los sujetos se inician con drogas legales, o siguen ese patrón de escalada necesariamente; es la mayoría de la población la que sigue este ciclo de legales a ilegales. Bajo esta línea, los estudios de CEDRO (2003, 2005 y 2008) y DEVIDA (2005 y 2006) corroboran un patrón ampliamente observado en las personas que consumen, mostrando una edad de inicio de drogas legales menor a la edad de inicio de marihuana, la cual es a su vez menor a la edad de inicio de drogas ilegales más potentes como el PBC o Clorhidrato de Cocaína. Asimismo, el porcentaje de la muestra de ambos estudios reporta mayor cantidad de consumidores de alcohol y tabaco que de marihuana y demás drogas ilegales.

A pesar de mostrar a la marihuana como la droga problema (requisito de la muestra); el tiempo de consumo muestra un rango bastante amplio, al igual que la cantidad máxima de cigarrillos consumida en 24 horas, la cantidad de intentos por dejar el consumo y el tiempo máximo de abstinencia. Esto podría llevarnos a suponer que la muestra no presenta un patrón de consumo claro o características de consumo semejantes dentro del grupo de estudio. Un estudio realizado en España (Gamella, 2003), mostró como existen muchas formas de consumo (inicio, frecuencia, cantidad, etc.), las cuales suelen ser mayormente irregulares y no mostrar un patrón similar.

Adicionalmente, se observan características que sugieren una posible dependencia, tales como los intentos de dejar la droga problema, el tiempo máximo de abstinencia, los efectos en el desempeño escolar/laboral (medidos a través del nivel de instrucción y ocupación actual), cantidad máxima de cigarrillos de THC consumidos en 24 horas, etc. Esto abre nuevamente la discusión acerca de la dependencia o no a esta sustancia, la cual discurre entre si se posee o no pruebas suficientes para afirmar que efectivamente genera adicción, y la existencia de claros casos de personas con adicción y personas sin ella (Nuñez, 2006; Roffman, Stephens, 2006). Ante esto es importante recordar la diferencia entre la adicción física de la psicológica, donde la primera incluye síntomas físicos tales como enlentecimiento del EEG, irritación de la nasofaringe, disminución de la función inmunológica, aumento del apetito, etc. (Oliver, 2004); producto de que el organismo reacciona pues necesita de una dosis de la droga. La adicción psicológica sin embargo es más compleja, abarcando creencias y pensamientos (por ejemplo "la marihuana es natural", "las drogas liberan"; en Nizama, 1999) que se internalizan y perpetúan en el esquema mental, los cuales los llevan a pensar que necesitan de la droga (Roffman, et.al., 2006, Rojas, 2007). Ante este

hecho se podría asumir que las personas que fuman más cigarrillos, las que poseen más años de consumo o presentan menor tiempo de abstinencia (factores de riesgo reportados por Rojas, 2010), tienen mayores probabilidades de presentar una dependencia (tanto física como psicológica) a dicha droga. Fernandez-Ruiz, et. al. (2001), apoyan esta postura, afirmando que la dependencia a la marihuana se establece en largos periodos de tiempo (años de consumo) donde el consumo crónico (muchas veces asociado a la no-abstinencia) y en aumento (mayor cantidad de droga) se va constituyendo. Asimismo, los años de consumo pueden verse influenciados por la edad actual y edad de inicio de consumo del THC.

Por otro lado, el porcentaje de sujetos que reportaron no haber entrado en venta de drogas es mayor que el que reportó haberlo hecho. Esto podría explicarse mediante el hecho de que a la marihuana suele ser de fácil acceso (ONU, 2010); su costo es bajo; de un paquete suelen armarse más de un cigarrillo; los cuales al mismo tiempo contienen más de una dosis, por lo que se comparten (Rojas, 2007); sus efectos son prolongados (2 a 6 horas); y el consumo no es compulsivo (Oliver, 2004; Rojas, 2010). Todo lo antes mencionado hace que no se requiera de mucho dinero para el consumo, ni presenten dificultades para la compra; lo que explica la poca necesidad de involucrarse en la red de venta.

Sin embargo no hay que perder de vista el subgrupo que sí presenta problemas tanto policiales como de venta de drogas. El que ambos hechos se combinen y que casi el total de personas que han entrado en venta de drogas, hayan experimentado problemas policiales, podría indicar un mayor grado de riesgo en el consumo, ya que las conductas desadaptativas y rebeldes son más altas. Ante este hecho la teoría de Jessor y Jessor (1977), aportaría explicando la influencia de las conductas desadaptativas como indicadores de problemas personales o respuesta determinantes tales como necesidad de aceptación, autonomía/diferenciación de los padres, afrontamiento a la ansiedad o frustración, anticipación al fracaso, etc. En este caso el consumo de drogas ilegales, como conducta no aceptada socialmente; responde a una necesidad de diferenciación o afrontamiento a su realidad y los factores de riesgo que conlleva.

Deberíamos tener en consideración que muchas personas podrían estar falseando sus respuestas por temor, deseabilidad social o dificultad para aceptar que presentan un problema de consumo, también sería importante recordar que el consumo de drogas puede generar cierto grado de negación en sus consumidores. Muchos pacientes acudían al centro de rehabilitación donde fue tomada la muestra,

en estado pre-contemplativo de su problemática (Prochaska y DiClemente, 1986), por persuasión de familiares y amigos y/o en un intento de manipular y fingir interés.

Un hecho importante a tomar en cuenta es la aparente aceptación social del consumo de marihuana, en la población adolescente actual, visto en la cantidad de jóvenes que la prueban alguna vez en su vida (prevalencia de vida), así como el alto índice de ofrecimiento reportado por los estudios de CEDRO (2003, 2005 y 2008) y DEVIDA (2005), con un 26.3%, 29.4% y 28.4% (respectivamente) de ofrecimiento a población de 12 a 64 años en el estudio de CEDRO y un 13.4% de ofrecimiento percibido en el estudio de DEVIDA (edades de 12 a 64 también). Si bien no se tienen reportes directos sobre aceptación social (en parte por la dificultad para medir dicha realidad), si existen algunos estudios relacionados e indicadores observados durante la fase de evaluación de esta investigación.

Un estudio realizado en EEUU por Chatlos (1996; en Becoña 1999) reportó que la baja percepción de daño y alta accesibilidad de THC en los 70's fomentó un alto consumo, estas cifras decayeron hasta principios de los 90's debido a la alta percepción de daño que se observó en aquellas épocas. En 1992, se reportó nuevamente una baja percepción de daño y un alto consumo. Ante este estudio Becoña (1999) remarca que la marihuana, al no producir marcados problemas de dependencia, no mostrar adictos problemáticos y encontrarse altamente disponible (datos encontrados también por CEDRO y DEVIDA); es percibida como una droga poco peligrosa y por ende su consumo es mas aceptado. Esta baja percepción de daño y aceptación se ven relacionadas con un mayor consumo, como lo observado en el estudio de Chatlos (1996; en Becoña 1999). Por otro lado, en la presente investigación, también se observaron afirmaciones de aceptación y baja percepción de daño. En la conversación con los evaluados durante la aplicación de la prueba, se observaron ciertos comentarios tales como "quien no ha visto a sus patas fumar", "ahora no es la voz, pero ya de viejo me prendo mi troncho de vez en cuando", "quien no lo ha hecho alguna vez", "si la marihuana no hace daño", "la droga no mata, sino mira cuanto tío fumón hay todavía". Asimismo, es un hecho que la percepción de daño de la marihuana es bastante baja, ya que sus efectos físicos y mayores daños suelen verse a largo plazo. Becoña (2007) reporta como factor de riesgo, la tendencia a restarle importancia a los daños a largo plazo, ya que aparecen creencias tales como que para ese momento habrá una cura, el sentimiento de ser invencible (propio del adolescente), o incluso el carácter reforzante y placentero del consumo en contraste con el efecto nocivo a largo plazo. Son este tipo de realidades, las que refuerzan la aceptación social.

En relación al segundo objetivo de estudio, las 10 creencias irracionales medidas en la muestra, se ubicaron en el rango medio. No obstante, la creencia seis fue la más próxima al punto de corte alto, con sólo 0.06 puntos por debajo de este. Postula que *“se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”*. Este hallazgo podría explicarse mediante la teoría de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, (1980), relacionándola con un estilo de afrontamiento no productivo (o no adaptativo). Estos autores postulan que existen diversas formas de enfrentarse al estrés, algunas son adaptativas y adecuadas y otras son desadaptativas y generan problemas. Solís y Vidal (2006), basándose en Lazarus y Folkman, plantean el afrontamiento no productivo y dentro de este estilo, la reducción de tensión o evitación. En el caso de presentar una creencia irracional seis alta, se podría plantear que las personas buscan reducir la tensión causada por lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso; mediante estrategias tales como el beber alcohol o consumir marihuana (Lazarus y Folkman, 1980; Solís y Vidal 2006). Este tipo de sustancias psicoactivas alteran la percepción de la realidad y por ende podrían estar representando una forma de escape y reducción de tensión generada por el temor a lo incierto.

Asimismo, autores como Bobes y Calafat (2000), Lorenzo y Leza (2000), Ramos y Fernandez (2000), afirman que la marihuana está asociada a la reducción de ansiedad, lo que refuerza la postura de consumo de esta sustancia buscando reducir la ansiedad generada por lo incierto o potencialmente peligroso.

Por otro existen estudios que han relacionado la falta de habilidades sociales adaptativas y el mayor consumo de alcohol y drogas. Llorens, Perelló y Palmer (2004) realizaron un estudio en consumidores de alcohol, tabaco y cannabis entre 18 y 30 años. Estos encontraron que el déficit en habilidades sociales y personales, influyen en el consumo de bebidas destiladas y de cannabis. Asimismo el déficit en estrategias de afrontamiento llevaría a los sujetos a consumir bebidas fermentadas. Esto respaldaría lo anteriormente mencionado en relación a las posturas de Lazarus y Folkman (1980), Solís y Vidal (2006).

En la muestra, el sub-grupo de sujetos con problemas policiales que representa el 27.5%, presentan la creencia 6 dentro del rango alto. Ante esto se podría plantear un consumo a modo de afrontar el temor ante lo desconocido y potencialmente peligroso que podrían estar experimentando. Esto se apoyaría en la teoría de Lazarus y Folkman (1980), donde esta creencia respondería al estilo de afrontamiento evitativo y en un intento de reducir la tensión y disminuir la ansiedad generada por la realidad de encontrarse (en algún momento) ante problemas policiales. Se podría plantear un

consumo circular, donde el consumo genera problemas policiales, los cuales a su vez llevan a activar la creencia seis y por ende consumir nuevamente.

Por último en cuanto a intentos por dejar la droga problema, se observa que la creencia 6 muestra puntajes considerablemente elevados en los sujetos que afirman haber intentado dejar el consumo en dos oportunidades, a diferencia de quienes intentaron diversas veces o es la primera vez que lo hacen. Es importante tener en consideración que quienes afirman tener dos intentos de dejar el consumo, han intentado dejar de consumir solos en una oportunidad y en su segundo intento están acudiendo a un centro de consejería y terapia motivacional. Esta búsqueda de ayuda podría estar respondiendo a un temor ante lo incierto y peligroso que representa para los sujetos el dejar el consumo, el enfrentarse a las consecuencias causadas por este y finalmente el enfrentarse a la vida sin los efectos relajantes de la marihuana; ya que el consumo de marihuana es un medio para disminuir la ansiedad. Estos efectos que solían aplazar o amortiguar los problemas y decisiones, ya no se van a encontrar presentes al dejar el consumo, y probablemente los han llegado a experimentar (los problemas) al intentar dejar la droga la primera vez. En este caso lo que podría dar esta marcada elevación en el segundo grupo, es el haber experimentado la creencia seis (temor ante lo incierto y potencialmente peligroso) en el primer intento por dejar el consumo (en este caso sin ayuda); y por ende en este segundo intento quede fijada la creencia y se opte por buscar mayor seguridad mediante la ayuda profesional. Salinas (2005), plantea al respecto que los sujetos que se encuentran en el proceso de recaída, y que no hayan planificado dicha recaída, suelen experimentar sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa, frustración y baja autoeficacia. Lo que podría estar reforzando el temor a lo incierto (dejar la droga) y la búsqueda de ayuda profesional, debido a la percepción de fracaso y baja autoeficacia. Se debe tener en consideración que el grupo que afirmó tener dos intentos fue pequeño (8 casos).

Las creencias 2, 3 y 7 mostraron puntajes altos próximos al punto de corte. De estas tres creencias, cabe resaltar la más alta "es más fácil evitar los problemas y responsabilidades que hacerles frente". Este postulado, parece tener mucho sentido en abusadores de marihuana, ya que esta droga suele generar efectos de alteración de percepción, pérdida de interés por las cosas, la procrastinación, etc. (efectos citados por Oliver, 2004); siendo utilizada en muchos casos como vía de escape de la realidad. En un inicio de esta investigación, se pensó que ésta podría ser la creencia irracional más alta, sin embargo ésta se halló dentro del rango medio inclinándose hacia el punto de corte alto.

En cuanto a las otras dos creencias, se observa una inclinación hacia la perfección propia, la cual podría entenderse en el marco de una necesidad de escape de la realidad mediante el consumo (creencia 2 “Se debe ser indefectiblemente completo y casi perfecto en todo lo que se emprende”) al percibirse lejanos a dicha perfección bajo la cual podrían estarse juzgando. Y finalmente la creencia 3 con una búsqueda de justicia ante las personas malas, viles y perversas, quienes deberían ser castigadas. Ante esta idea se podría buscar algún tipo de relación con la cultura de “paz y amor” tan característica del consumo de marihuana, sin embargo no se ha encontrado bibliografía que relacione directamente estas creencias con efectos del consumo. Podría tratarse más de un tipo de pensamiento o estilos de personalidad que se enganchen más fácilmente con drogas depresoras del sistema nervioso que con estimulantes.

Por otro lado las creencias que puntuaron más bajo fueron la creencia 5 seguida de la creencia 1. La primera de ellas postula que “los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones”. Una puntuación baja en esta creencia, nos indicaría que los participantes podrían estarse sintiendo agentes activos y protagonistas de sus realidades. En este sentido, el consumo de marihuana podría estarse dando en este grupo a modo de evitar pensar o enfrentarse a las decisiones que deben tomar en un mundo donde perciben sus acciones y decisiones como determinantes de su futuro y no como roles pasivos o no influyentes ante los acontecimientos externos. La marihuana podría expresar un intento de negación de la realidad y responsabilidad que viven como agentes activos (Lazarus y Folkman, 1980; Llorens, et. al, 2004; Solís y Vidal 2006). Sería interesante en este caso, ampliar el estudio relacionándolo con factores de estrés, buscando observar si estos influyen en el consumo de marihuana (buscando negar la realidad y responsabilidades). También podríamos encontrarnos ante un caso de habituación, donde la marihuana no tiene relación con la percepción de pasividad ante los acontecimientos externos.

Llama la atención que aquellos que no presentaron problemas policiales, obtengan puntajes más bajos ante esta creencia 5, ya que esto llevaría a suponer que al sentirse protagonistas de su realidad, demuestran “mayor responsabilidad” o cuidado ante las autoridades. En este sentido, los sujetos perciben que causan o evitan los problemas, en vez de ser agentes pasivos atacados por los problemas policiales. Sería interesante explorar más detenidamente la percepción que poseen

acerca de su protagonismo o pasividad ante esta realidad. Por otro lado, el sub grupo con un solo intento de dejar la droga problema presentó puntajes más bajos que el resto de grupos. En este caso podría hablarse de un sujeto protagonista de sus emociones, el cual elige sentirse de una u otra forma (no dejándose influir por los acontecimientos externos) y por ende buscando en la marihuana estados emocionales puntuales. Marlatt (1985; en Beck et. al. 1999), habla de la atribución de causalidad; la cual plantea que los resultados esperados por un consumidor, pueden hacer referencia a la anticipación de efectos de una sustancia. En este caso, los abusadores de marihuana podrían encontrarse buscando estos efectos positivos que experimentaron en sus primeras vivencias con dicha sustancia al igual que los demás consumidores de otras drogas (Rojas, 2007). En la experiencia obtenida a lo largo de un año de trabajo en el centro de consejería y terapia motivacional, fueron varios los casos de consumidores de marihuana que buscaban estados emocionales con la marihuana. Estos jóvenes, se percibían protagonistas de su realidad y conscientes de los efectos que buscaban en dicha droga según el estado anímico en el que se encontraban y el que deseaban. Se podría asimismo, pensar que el intentar dejar la marihuana es una forma de ser activo y protagonista, especialmente si en este primer intento buscan ayuda profesional (afrentar responsable y activamente su problema).

La segunda creencia antes mencionada, también baja en la muestra, postula que “Es necesario para mí tener el cariño y la aprobación de mis semejantes, familia y amigos”. Los adictos suelen tener problema con sus familiares por el consumo (Rojas, 2007), una puntuación baja en esta creencia podría mostrar una distancia puesta hacia el cariño y aprobación familiar, sea por falta de interés (debido a que nunca se tuvo) o por diferenciarse y definirse como opuestos a ellos. En este caso podríamos hacer referencia a la teoría de “Jessor y Jessor (1977, en Becoña 1999)” quien postula que los adolescentes consumidores, encuentran un sentido de pertenencia e inclusión en grupos donde romper las normas y no ser aprobados por la sociedad es el objetivo. Esto se relacionaría con la baja creencia 1, pues estos sujetos no buscan funcionar en base a la aceptación social, sino por lo contrario, a romper normas y no importarles el ser considerados dentro de un grupo social, su familia, etc. Resulta contradictorio sin embargo, que el grupo que siente menos importante la aceptación de sus semejantes, sea el que no presenta problemas policiales. Esto podría entenderse desde un desinterés por la aprobación a diferencia de quienes presentan problemas policiales que podrían estar buscando llamar la atención de sus semejantes y familiares (y por ende demostrar cierto interés por la aprobación y atención de los mismos). Por último,

quienes tienen este como único intento de dejar las drogas presentan más baja esta creencia, algo esperable ya que el intentar dejar el consumo de marihuana suele asociarse a presión familiar y de pares, desde la misma realidad de que la mayoría de la muestra llega con padres o pareja a la consulta (CEDRO, 2009).

La correlación realizada entre las tres variables (problemas policiales, grado de instrucción e intentos por dejar el consumo) y la creencia 1 podría de alguna manera apoyar estas afirmaciones, ya que se obtuvo una relación significativa directa entre ambas. A mayor necesidad de cariño y aprobación se observó mayores problemas policiales (apoyando la posibilidad de un llamar la atención); mayor nivel de instrucción (otra forma de buscar aprobación mediante logros académicos) y mayor cantidad de intentos por dejar el consumo (apoyando también la idea de una familia que presiona por buscar ayuda y prohibirle el consumo). Autores como Rojas (2007) reportan observar familias persecutorias que prohíben a los hijos el consumo y discursos de chicos que buscan ayuda para dejar las drogas, pues sus padres se lo piden o quieren ser mejores por ellos mismos (estas afirmaciones muestran indirectamente una búsqueda de aprobación familiar). Todos estos chicos se encuentran en un estadio pre-contemplativo de cambio, pues no perciben el problema como propio y perjudicial, siendo más bien motivados externamente por sus familiares/amigos (Prochaska y DiClemente, 1986).

Sorpresivamente, la creencia 8 (Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo), quien puntuó dentro del rango medio en la muestra, mostró una correlación significativa positiva con los intentos por dejar la droga problema. En este sentido, la necesidad de contar con algo más grande y fuerte que uno mismo (creencia 8) se relaciona directamente con una mayor cantidad de intentos por dejar la droga problema. En este caso ante diversos intentos frustrados de dejar la marihuana sin ayuda, la persona podría estar pensando que necesita de una fuerza superior a la de uno mismo para salir de ese problema. Esta fuerza mayor podría estar siendo representada por los profesionales del centro de consejería al que el sujeto acude o quizás incluso alguna creencia religiosa. Muchos programas de rehabilitación recurren a un poder mayor, como es el caso de alcohólicos anónimos (AA), narcóticos anónimos (NA) y los programas de 12 pasos en general. En estos casos las personas consumidoras pasan por diversos intentos propios por dejar la droga de abuso, hasta que “tocan fondo”, es decir llegan a pasar por alguna situación extrema en su vida que los lleva a buscar ayuda en estos grupos. El apoyo y la fuerza a la que ceden y piden ayuda es Dios. Esto se ve reflejado en la segunda tradición del programa de los 12

pasos (AA, NA), quien postula que la única autoridad es Dios o la fuerza mayor en la que cada sujeto crea. Asimismo el segundo paso postula que han llegado a creer que un Poder Superior a su entendimiento puede restaurar su sanidad (Gorski, 1992).

Finalmente, la alta correlación entre la creencia 10 (La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido) y la presencia de problemas policiales, podría explicarse en relación a las creencias asociadas al consumo de drogas reportadas por Becoña (2007). El carácter placentero, reforzante e inmediato de las conductas nocivas en relación con la posibilidad de las consecuencias que este tipo de conductas acarrear. Es decir, la percepción de que la consecuencia nociva (problemas policiales, enfermedades, consecuencias psicológicas) como lejana o ajena a ellos. En este grupo de sujetos la creencia podría estar indicándoles que el ocio indefinido de consumo, sumado a la pasividad generada por el consumo, aumenta la felicidad; por lo que los problemas policiales (por consumo o posesión) justificarían el consumo si es que llega a darse (pues se percibe como lejano o ajeno).

Esta misma creencia correlaciona de modo inverso con la escolaridad. Esto indica que a menor grado de instrucción, mayor es la creencia que propone que la pasividad y el ocio aumentan la felicidad. Esta relación es interesante, ya que la escuela suele representar una obligación (no diversión) que requiere de actividad y esfuerzo. Diversos estudios como los reportados en España (Farré et. al., 2006) y por la DEVIDA (2008), muestran que el consumo de marihuana genera problemas en la escuela y repetición de cursos y año escolar, en alumnos que probablemente presenten alta la creencia 10 y por ende su nivel de escolaridad sea bajo. La creencia 10 no se mostró por encima del promedio en la muestra, y podría deberse en parte a que la gran mayoría de estas presentó estudios secundarios completos; pudiendo ser este un factor que favorece un mejor pronóstico (Rojas, 2010). En caso de obtener un grupo con mayor cantidad de personas con escolaridad incompleta, podría evaluarse mejor la relación de la escolaridad y al creencia 10.

El tercer objetivo, analiza el Estilo Atribucional (EA). Debido a la falta de baremos locales, se recurrió al estudio realizado por Arévalo (2007), el cual construyó la prueba empleada y se basó en la comparación dentro de la muestra. Se revisó asimismo el estudio de Solano (2001), el cual empleo el mismo método. Los resultados de esta investigación, muestran a un nivel descriptivo por grado de instrucción, que algunas medias bordean el punto de corte alto y una lo sobrepasa; lo que nos lleva a ver una relación entre el nivel de escolaridad y las atribuciones.

Se obtuvieron correlaciones positivas significativas entre el locus y la controlabilidad. Esto se dio en los sub-grupos sin problemas policiales, con secundaria incompleta y con 1 sólo intento por dejar el consumo de THC. Ante esto se puede concluir que el locus de control externo se relaciona con una percepción de mayor controlabilidad, según nuestros hallazgos. Resulta curioso encontrar dicho resultado en el sub-grupo sin problemas policiales, ya que se observaron resultados distintos en las creencias irracionales. La creencia 5, que hace referencia a los acontecimientos externos como causantes de los problemas de la humanidad, se mostró baja en este sub-grupo; dando indicios de un posible locus de control interno en relación a los problemas (o “desgracias de la humanidad”). En este caso se observa un locus externo, relacionado con la alta controlabilidad en dicho grupo. Esto podría llevarnos a pensar en la posibilidad de que estos sujetos, que parecen mostrar un locus más orientado hacia lo interno, presenten una baja percepción de controlabilidad. El azar es también una hipótesis que podría estar influyendo en los resultados.

Por otro lado, la correlación entre locus de control y controlabilidad también se dio en el sub-grupo con un intento de dejar el consumo. El locus de control externo y controlable podría hacer énfasis a la idea de una necesidad de buscar ayuda para salir del problema, ya que no se perciben como capaces de dejar el consumo por si solos (situando la ayuda afuera). La alta controlabilidad de esto podría relacionarse con la confianza que poseen en la ayuda que van a recibir, la cual es real (programas del estado, familiares) y percibida como efectiva. Respecto a esto, Rojas y Espinoza (2008), realizaron un estudio de percepción de satisfacción con respecto a un programa de tratamiento y consejería motivacional en drogodependencias en la misma institución donde se realizó el presente estudio. De una muestra de 128 participantes entre 15 y 51 años, se observaron 64 jóvenes entre 18 y 23 de los cuales sólo 8 abandonaron el programa. La percepción de satisfacción con el programa fue casi total (96.9% categorizándola de bueno y excelente), Asimismo el 41.1% dijo haber encontrado el tipo de servicio que esperaba e imaginaba del mismo. Esto nos lleva a reforzar la creencia antes mencionada de que se confía en el tratamiento y sus especialistas.

Es importante mencionar que gran parte de los chicos que acuden a dicho centro de rehabilitación se encuentran en un estadio pre-contemplativo, lo cual puede llevarlos a pensar que su consumo no es un problema y que lo tienen bajo control. Esta información coincide con estudios realizados en Brasil, los cuales obtuvieron un 84% de casos de adolescentes que llegaban a los centros de consejería en dicho

estadio (Da Silva, 2000). Prochaska y DiClemente (1986, en Becoña 1999) plantean la existencia de 5 estadios por los que pasan los sujetos en el consumo y rehabilitación (pre-contemplativo, contemplativo, preparación, acción y mantenimiento). El estadio pre-contemplativo, en el cual parecen encontrarse la mayoría de los consumidores de THC, plantea una no identificación del consumo como problema. Los sujetos no han aceptado que el consumo les trae una serie de problemas y que deberían dejar, por ende, dicho consumo. Retomando el caso de la muestra, el locus externo controlable podría estar relacionado con un grupo de sujetos mayormente pre-contemplativos que sienten que controlan la situación de consumo y probablemente atribuyen a lo externo los problemas causados por el consumo (aun no entran en conciencia de su problema y de las consecuencias que este problema acarrea).

Finalmente el intento a modo exploratorio de correlacionar ambas variables de estudio, obtuvo correlaciones inversas en el caso de la estabilidad con dos creencias (4 y 7). La estabilidad en este caso hace referencia a una causa atribuida la cual perciben de modo frecuente o siempre como causante de dichos eventos. Relacionándolos con las creencias, el sentimiento de catástrofe ante un suceso que no va como uno quisiera, disminuye. Una posible explicación de la relación existente entre la estabilidad de atribución y la baja percepción de un suceso imprevisto como catastrófico, sería la obtención de resultados similares ante diversos eventos. Un buen ejemplo podría ser el de una persona que siempre atribuye los problemas de su consumo a la mala suerte. En caso tenga un problema no esperado producto de su consumo, este podría no ser percibido como catastrófico ya que el “tiene mala suerte” (estabilidad de su atribución).

La creencia 4 también correlacionó de modo inverso con la controlabilidad. En este caso una percepción de control sobre la atribución se relaciona con una baja percepción de catástrofe cuando las cosas no salen como uno desea. Al percibir que controla la atribución realizada, el sujeto podría estarse percibiendo con mayores herramientas y recursos como para manejarse ante la situación inesperada, lo que la haría menos catastrófica. Podríamos quizás hablar de factores que generan estabilidad en el sujeto (tales como soporte familiar, recursos personales, etc.), los cuales lo llevan a tener mayores herramientas ante problemas inesperados; por lo que la percepción de controlabilidad (ante las atribuciones realizadas) refuerza una menor o nula percepción de catástrofe ante resultados inesperados.

Por otro lado, la estabilidad de la atribución en relación a la baja percepción de la creencia 7 (quien postula que es más fácil evitar los problemas que hacerles frente); podría estar llevando a una línea de afrontar problemas y tomar responsabilidad ante los actos. También podría hacer referencia a que da igual enfrentarlos que no hacerlo. La percepción de estabilidad en la atribución podría estar reforzando la baja creencia 7, es decir, una atribución constante (estable en este caso) podría relacionarse a resultados que llevan al sujeto a enfrentar una realidad, u obtener mejores resultados al enfrentar los problemas. En relación a esto, Sanjuán y Magallanes (2007), realizaron un estudio con 129 estudiantes universitarios buscando relacionar el estilo atribucional y las estrategias de afrontamiento. Dicho estudio obtuvo como resultado una correlación positiva y significativa entre el estilo positivo (caracterizado por locus de control interno y alta estabilidad) y estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución directa de los problemas. Por otro lado un estilo negativo (locus externo y estabilidad baja) correlacionaron positivamente con estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y negativamente con aquellas centradas en la solución de problemas. Si bien en el presente estudio no se obtuvo un locus de control marcado, la alta estabilidad parece relacionarse con el afrontamiento de problemas descrito anteriormente.

El hecho de que el locus de control no haya mostrado rangos significativos indica que parece no haber un locus de control establecido en la muestra. Los abusadores de marihuana parecen estar atribuyendo sus realidades tanto a factores internos como externos.

Esta investigación intentó identificar características propias de los abusadores de marihuana en relación a consumo, creencias irracionales y estilo atribucional. La principal limitación en la obtención de dichos resultados fue el tamaño de la muestra (40 sujetos) y la dificultad que se tuvo para obtener sujetos que cumplan dichas características (monoconsumo de THC, rango de edad, no tratamientos previos, etc.). Se cree que una muestra más grande, generaría sub-grupos más amplios (grado instrucción, personas con quien viven, edades, etc.) lo que permitiría un análisis más rico. Por otro lado, la confiabilidad del instrumento se mostró relativamente baja (hubo que eliminar varios ítems), debido al tamaño de la muestra y las características de la misma (abusadores de droga). Las investigaciones sobre drogas y adicción suelen mostrar un rango variable debido a la manipulación y omisión de datos por parte de los evaluados (Rojas, 2006; CEDRO, 2008; DEVIDA, 2006). El nivel de mentira, exageración u omitir información observado en consumidores es bastante alto, sea por temor (ya que se trata de una actividad ilegal) o por proyectar una imagen previamente construida (“soy popular”, “el bacán” o “el vivo”). Ante esto se sugiere mayor

profundización sobre los instrumentos, ya que los estudios en los cuales han sido empleados son escasos aún. La aplicación en muestras más grandes permitiría un mejor ajuste del instrumento a población peruana consumidora. Asimismo la confiabilidad de cada una de las áreas de los instrumentos, mejoraría, reflejando una medición más precisa.

Estudios previos han identificado la presencia de creencias irracionales en abusadores de PBC y Cocaína (Bocanegra, 1990; Vigo, 1999; Rojas, 2006), siendo Vigo (1999) quien las describe en una muestra consumidora de PBC (los demás estudios se limitaron a una comparación cuantitativa de presencia o no de las mismas). Esta investigación representa un aporte al brindar la oportunidad de conocer un poco más acerca de los procesos cognitivos y la ideación de esta muestra particular (consumidores de THC).

Si bien el grupo elegido fue pequeño y por las características de inclusión a la muestra, no logra representar al total de población consumidora de THC en el país; representa un aporte importante para centros de consejería donde se presenta con cierta frecuencia este perfil de consumidores. Asimismo, brinda la oportunidad de ser utilizado como grupo de comparación ante abusadores de marihuana que no busque ayuda profesional o con otras características particulares.

En relación al estilo atribucional, el aporte se da al aplicar dicha prueba en una población de consumidores, observando que efectivamente se logran captar datos relevantes a la ideación y procesos cognitivos. Sin embargo, sería pertinente ajustar la prueba o complementarla con cuestionarios que brinden una lectura más completa y profunda del proceso decisional del evaluado. Este estudio representó un primer acercamiento a las creencias y proceso de pensamiento de los abusadores de marihuana, abriendo campo a futuras investigaciones. Asimismo, constituyó un primer intento por correlacionar dos variables, tales como las creencias irracionales y el estilo atribucional.

Finalmente, el estudio abre cuestionamientos para futuras investigaciones y permite sugerir la inclusión de variables nuevas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Luego de realizar el análisis correspondiente, se llegó a concluir lo siguiente:

1. Se observa que los resultados de este estudio coinciden con estudios anteriores de población urbana (tales como CEDRO y DEVIDA), en relación a edad de inicio y escalada en el consumo (de alcohol y tabaco a marihuana), lo que reafirma las características de la población consumidora de marihuana en el Perú.
2. La muestra presenta un patrón de inicio de consumo que va de drogas legales a ilegales; lo que podría indicar un escalamiento en el consumo de drogas percibidas como poco peligrosas, a drogas percibidas como más peligrosas (Kandel, 1984; CEDRO, 2005, 2008; DEVIDA, 2005, 2006)
3. No se encontró un patrón de consumo claro, ni características de consumo semejantes. Estos resultados, apoyados por diversas investigaciones, llevan a concluir que la marihuana muestra diversos tipos de consumo en relación a cantidades de THC, tiempo de abstinencia, intentos por dejar el consumo, etc.
4. Se observa un alto grado de aceptación social con respecto a la marihuana debido a la baja percepción de daño de la misma y las pocas consecuencias tangibles que se presentan en los medios. Esto lleva a muchos sujetos a experimentar con la misma.
5. El consumo de marihuana podría responder a un intento de evitar la realidad o buscar reducir la tensión generada por las distintas situaciones o interpretaciones del entorno.
6. Los sujetos de esta muestra se perciben como agentes activos de su realidad, por lo que se cree que la marihuana es consumida a modo de escape de dichos sentimientos. Ante esto se plantea la opción de

- ampliar el estudio introduciendo factores de estrés, buscando observar la presencia o no de uso de la marihuana como escape ante dichas situaciones.
7. Otros motivos encontrados para el consumo de marihuana son el deseo de llamar la atención de sus familiares y entorno, la búsqueda de estados emocionales, y el carácter placentero inmediato de la conducta reforzante en contraposición a los efectos nocivos lejanos o no creíbles.
 8. La búsqueda de ayuda profesional podría estarse debiendo a que los primeros intentos por dejar el consumo generan temor y ansiedad, lo que los lleva a recurrir a un poder considerado superior o profesional en el cual depositan la solución.
 9. Los abusadores de marihuana que se encuentran en el estadio de cambio pre-contemplativo, parecen situar la causa de su problema fuera de sí mismos, lo que refuerza la percepción del consumo como no problemático.
 10. Se debe tomar en consideración el falseo de datos por temor a los padres/profesores/psicólogos, no aceptación del problema o conocimiento de ilegalidad de la conducta. Las investigaciones en adicciones suelen presentar este problema.
 11. Las principales recomendaciones apuntan a la replicación de un estudio más grande con consumidores de marihuana y posiblemente un seguimiento de los mismos, buscando enriquecer la descripción de la muestra y los resultados obtenidos en las dos variables medidas; explorar más detenidamente el motivo para buscar ayuda, la percepción de riesgo y la percepción que poseen acerca de su protagonismo o pasividad ante la realidad. Finalmente se podría aplicar la prueba PASS en relación a una variable del estudio (tales como “El estilo atribucional ante problemas producto del consumo” o ante el consumo mismo).

REFERENCIAS

- Arévalo, M.V. (2007). Stress and extreme poverty in Peruvian women: an academic essay in social sciences. Tesis de doctorado publicada. Holanda: Universidad de Radboud Nijmegen.
- Bailey, R. (1993). Attributional styles of recovering addicts. Tesis de doctorado publicada. California: The Wright Institute.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Beck, A.; Wright, F.; Newman, C.; Liese, B. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: A&M Grafic, S.L.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Universidad Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Papeles del Psicólogo, 28(1), pags. 11-20. Obtenido el 3 de Mayo del 2009 desde: <http://www.cop.es/papeles>
- Benavente, M. (2005). Teoría cognitivo conductual de las conductas adictivas. Ponencia presentada en el Diplomado de Consejería en Adicciones de la UNMSM, Lima: Perú.
- Bobes, J.; Calafat, A. (2000). *Canabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos*. Revista Adicciones: Monografía Cannabis, 12 (2), pags. 42-43. Valencia.
- Bocanegra, C. (1990). Las Creencias Irracionales: Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de pasta básica de cocaína y un grupo de sujetos no consumidores de drogas: Un estudio racional emotivo. Tesis de Bachillerato Publicada. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Bohon, C.; Stice, E.; Burton, E.; Fudell, M. (2008). A Prospective Test of Cognitive Vulnerability Models of Depression with Adolescent Girls. *Behavior Therapy* 39, pags. 79–90. Austin: University of Texas.
- Carver, C.; Scheir, M. (1997). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana.
- CEDRO. (2008). *Epidemiología de drogas en la población urbana - 2007*. Lima: CEDRO.
- CEDRO. (2009). *Registro de casos atendidos en Lugar de escucha: 2008*. Manuscrito no publicado
- CICAD; OEA; ONUDD. (2005). *Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005*. Lima: Avandit.
- Clark, D. (2001). *Relationship between depression, attributional style, life events, and substance use in college students*. Tesis de Doctorado Publicada. California: United States International University.
- Da Silva, M. (2005). *Avaliação e Intervenção Breve em Adolescentes usuários de drogas*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, pags. 69-74.
- DEVIDA (2006). *III Encuestas Nacionales sobre Prevención y Consumo de Drogas 2006*. Obtenido el 20 de Abril del 2009 desde http://www.opd.gob.pe/_mTree.asp?div=II
- DEVIDA (2008). *II Estudio nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2007*. Lima: DEVIDA.
- DEVIDA (2009). *Informe Anual sobre Drogas 2007: El problema de las drogas en el Perú*. FS Editores S.A.C.: Lima
- Dozois, J.; Frewen, P.; Covin, R. (2006). *Cognitive Theories*. En M. Hersen & J. Thomas (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (pags. 173 – 191). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

- Ellis, A. Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Farré, M.; Torrens, M.; Sanchez, A.; Alvarez, C.; Casanova, J.S. (2006). Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas: Informe sobre cannabis. Madrid: Rumagraf S.A.
- Fernandez-Ruiz, J.; Gonzáles, S.; Cebeira, M.; Ramos, J. (2001). Bases moleculares y farmacológicas de la tolerancia/dependencia a cannabinoides. Universidad Complutense de Madrid. Obtenido el 30 de Junio del 2010 desde:
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Cannabis/Articulos/Cannabinoides.pdf
- Fergusson, D.; Horwood, L. (2000). Reaserch report on cannabis: Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?. *Addiction magazine* 95(4), pags. 505-520. Obtenido el 3 de Mayo del 2009 de la base de datos EBSCOHost Academic Search Elite.
- Fulmer, S. (2008). A multidimensional measurement approach and analysis of children's motivation for reading, attributional style, and reading achievement. Canada: Brock University. Obtenido el 4 de agosto del 2010 de la base de datos Proquest Dissertations & Theses.
- Gamella, J. (2003). El consumo prolongado de cannabis: pautas, tendencias y consecuencias. Madrid: Ancares gestión gráfica S.L.
- Gorski, T. (1992). *Understanding the Twelve Steps: An interpretation and guide for recovering people*. Nueva York: Fireside
- Guidano, V.; Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. Nueva York: The Guilford Press.
- Gutierrez, L.; De Irala, J.; Martinez-Gonzales, M.A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista Médica de Universidad de Navarra*, 50 (1), pags. 1-8. España.

- Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Hewstone, M. (1992). La atribución causal: del proceso cognitivo a las creencias colectivas. España: Paidós.
- Jacobson, N. (1987). Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives. Nueva Cork: The guilford press.
- Kerlinger, F.; Lee, H. (2001). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. México: Mc Graw Hill.
- Klein, J. (1997). Attributional style and alcoholic relapse. Tesis de doctorado publicada. California: University of California.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: siglo XXI de España editores S.A.
- Liebert, R. (2000). Personalidad: Estrategias y temas de Liebert y Spiegler. México: Internacional Thomson Editores.
- Lopez-Ibor. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: MASSON S.A.
- Lorenzo, P.; Leza, J.C. (). Utilidad terapeutica del cannabis y derivados. Revista Adicciones: Monografía Cannabis, 12 (2), pags. 149-168. Valencia.
- Llorens, N.; Perelló, M.; y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Maldonado, R.; Gomez, D.; Cittadini, M. (2004). Marihuana ¿Libre? Una visión interdisciplinaria. Aspectos legales, médicos y psicológicos. Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Navarro, R. (1988). Perfiles del síndrome de la pasta básica de cocaína. CEDRO, 2 (1), pags. 55-90. Lima.
- Navarro, R.; Lean, N.; Becerro, B.; Valdivia, G.; Castro, L.; Cavez, M.I. (2001). Perfil del adicto recuperado. Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 1 (1), pags. 30-35. Lima.
- Navas, J. (1988). Proceso e innovaciones de la terapia racional emotiva: una visión conductual-cognoscitiva. Santurce: Jay-Ce Printing.
- Nizama, M. (1999). El fenómeno adictivo. Revista de neuro-psiquiatría del Perú. 62 (1). Obtenido el 10 de enero del 2011 desde:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/v62_n1/indice99_.htm
- Núñez, L. (2006, octubre-diciembre). Consecuencias psicológico/psiquiátricas del consumo de cannabinoides. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides SEIC [revista electrónica], Nº14, 2-4. Obtenido el 03 de octubre del 2010 de <http://www.ucm.es/info/seic-web/documentos/boletin-14-2006.pdf>
- Nuro, K. (1993). Dysfunctional explanatory style: A psychological variable related to alcoholism. Tesis de doctorado publicada. New York: New School for Social Research.
- Oliver, E. (2004). Drogas: Psicopatología del uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas. Lima: Ediciones Libro Amigo.
- ONU. (2007). Informe mundial sobre las drogas [En red]. Obtenido el 20 de Mayo del 2009 desde
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/WDR%202007_Spanish_web.pdf
- ONU. (2010). Informe mundial sobre las drogas [En red]. Obtenido el 21 de febrero del 2010 desde
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf

Prochaska, J.; DiClemente, C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behavior. Processes of Change* (pp. 3-27). Nueva York, USA: Plenum Publishing Corporation.

Ramos, J.A.; Fernandez, J. (2000). *Uso de los canabinoides a través de la historia*. Revista Adicciones: Monografía Cannabis, 12 (2), pags. 19-28. Valencia.

Roffman R.A., Stephens R.S. (Eds.). (2006). *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*. Cambridge University Press, Cambridge. Obtenido el 4 de octubre del 2010 de http://books.google.com.pe/books?id=DEWRoPweosEC&dq=Cannabis%20dependence&source=gbs_slider_thumb

Rojas, M. (2006). *Patrones de Creencias Irracionales en Adictos de Cocaína*. Tesis de Maestría Publicada. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Rojas, M. (2007). *Estudio cualitativo sobre las características clínicas y socioculturales del consumo de Marihuana*. Manuscrito no publicado.

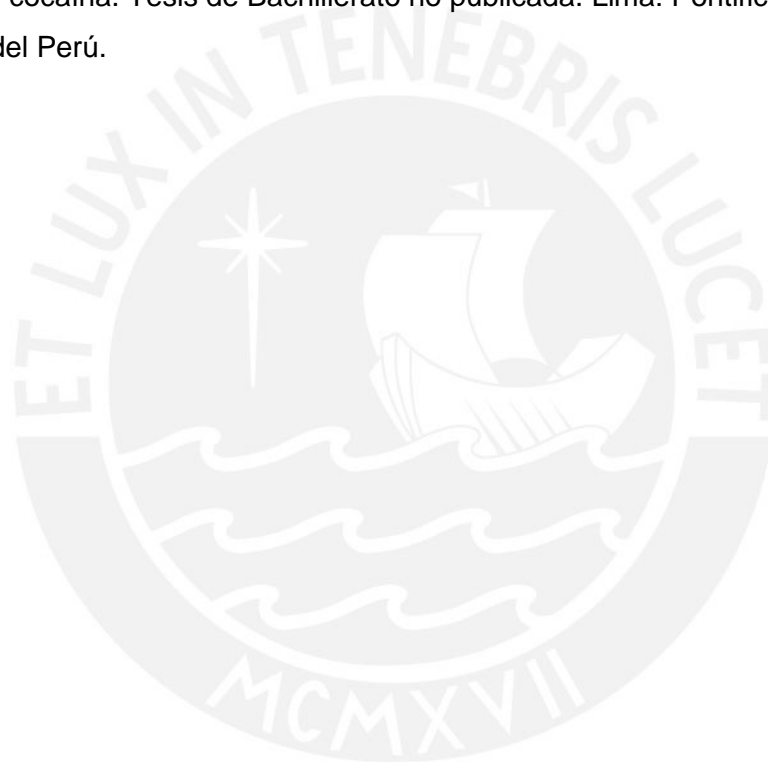
Rojas, M.; Espinoza, L. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de intervención del programa "Lugar de escucha"-CEDRO. *Revista Adicciones*, 20 (2), pags. 185-196.

Rojas, M. (2010). Tomo I: *Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque humanista y cognitivo-conductual*. Lima: CONCYTEC.

Salinas, J. (2005). *Niveles de intervención en los estadios de cambio*. Ponencia presentada en el Diplomado de Consejería en Adicciones de la UNMSM, Lima: Perú

Sanjuán, P.; Magallanes, A. (2007). *Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento*. *Revista Clínica y Salud*, 18 (1). Madrid. Obtenido el 28 de febrero del 2011 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052742007000100006&script=sci_arttext&tlng=es

- Servin, A.; Servin, L. (1981). Introducción al muestreo. México: Editorial Trillas.
- Solano, C. (2001). Atribución y afrontamiento en pacientes adultos diagnosticados de leucemia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Tesis de Bachillerato no Publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Solso, R. (2001). Cognitive Psychology. Massachusetts.: Allyn and Bacon
- Vigo, M. (1999). Creencias Irracionales en varones y mujeres dependientes a la pasta básica de cocaína. Tesis de Bachillerato no publicada. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.



ANEXOS

APÉNDICE A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología Milagros M. Aspillaga Alayza, con el respaldo del Responsable del Área de Psicología, así como con la aprobación del Instituto.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor las creencias y estilos de atribución en abusadores de marihuana. También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso y que cosas hago en situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que voy a llenar tres cuestionarios y que la sesión durará aproximadamente una hora. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que obtendré beneficios de mi participación en este estudio pues mis resultados pasarán a mi historia clínica en caso de seguir en tratamiento y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme con Milagros Aspillaga al teléfono xxx-xxxx / xxxx-xxxxx

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha



APÉNDICE B
FICHA DE DATOS PERSONALES

Edad: _____

Sexo: M () F ()

Grado instrucción: Sec. Incompleta () sec. Completa () Técnico () Superior ()

Ocupación: _____

Personas con quienes vive el sujeto:

Droga de inicio: _____

Droga(s) problema(s): _____

Edad de inicio de consumo de alcohol (OH): _____ Tabaco: _____

Edad de inicio de consumo de marihuana (THC): _____

Tiempo de consumo de THC: () días () meses () años

Intentos de dejar la droga problema: () 1 vez () 2 veces () varias veces

Tiempo máximo de abstinencia: _____

Tratamientos previos por adicciones: _____

Cantidad máxima de THC consumida en 24 horas: () "tronchos"

Problemas policiales: () Si () NO _____

Venta drogas: () Si () No

Drogas que ha probado alguna vez en su vida:

Alcohol () Tabaco () Café () Mate de coca () Bebidas energizantes ()

Marihuana () PBC + Tabaco () Clorhidrato de Cocaína ()

Crack () PBC + marihuana () Marihuana + Cocaína () LSD () Éxtasis ()

Opio () Heroína () Ketamina () GHB () Terokal () Thinner ()

Otras drogas/ medicamentos: _____ no prescritos ()

Chacchado hoja coca () Ayahuasca () San Pedro () Hongos ()

Casinos () video-juegos () Internet () Sexo () Comida () Compras ()

APENDICE C
FICHA COMPLEMENTARIA DE ABUSO DE MARIHUANA

Cuestionario sobre consumo de marihuana

A continuación encontrarás algunas preguntas sobre el consumo de marihuana: en los últimos 12 meses ¿Has experimentado alguna de estas situaciones?: marca con una x tu respuesta.

- ¿Has consumido mayores cantidades de marihuana de las que querías consumir?
Si No
- ¿Has pensado en consumir menos o dejar el consumo?
Si No
- ¿Frecuentas más a amigos consumidores que no consumidores de marihuana?
Si No
- ¿Le has quitado interés a tus estudios o trabajo por el consumo?
Si No
- ¿Has desaprobado algún curso o te has retirado de los estudios/trabajo debido a tu consumo?
Si No
- ¿Has faltado al trabajo o centro de estudios por consumir o salir con tu grupo de consumo?
Si No
- ¿Has tenido problemas legales relacionados al consumo de marihuana?
Si No
- ¿Has manejado un automóvil o maquinaria pesada bajo los efectos de la marihuana?
Si No
- ¿Has seguido consumiendo a pesar de tener problemas familiares causados por tu consumo?
Si No
- ¿El consumo te ha causado problemas en tu centro de trabajo o escuela?
Si No



APÉNDICE D
REGISTRO DE OPINIONES DE ALBERT ELLIS

REGISTRO DE OPINIONES

Nombre : _____ Edad : _____

Fecha : _____

Instrucciones: A continuación, responde con un SI, si estas de acuerdo con el ítem propuesto, y con un NO, si estas en desacuerdo.

- | | SI | NO |
|---|-----|-----|
| 1. Para mi es importante recibir la aprobación de los demás..... | () | () |
| 2. Odio equivocarme en algo..... | () | () |
| 3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece..... | () | () |
| 4. Generalmente, acepto los acontecimientos con tranquilidad..... | () | () |
| 5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi toda circunstancia..... | () | () |
| 6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.... | () | () |
| 7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes..... | () | () |
| 8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo..... | () | () |
| 9. «Una cebra no puede cambiar sus rayas»..... | () | () |
| 10. Prefiero, por sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila..... | () | () |
| 11. Me gustan que los demás me respeten, pero yo no tengo por que manifestar respeto por nadie..... | () | () |
| 12. Evito las cosas que no puedo hacer bien..... | () | () |
| 13. Hay demasiadas personas que actúan mal y escapan de las consecuencias negativas..... | () | () |
| 14. Las frustraciones no me distorsionan..... | () | () |
| 15. A la gente no le trastornan las cosas o hechos sino lo que piensan de ellos..... | () | () |
| 16. No me preocupan los peligros inesperados o los acontecimientos futuros..... | () | () |
| 17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes..... | () | () |

	SI	NO
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto..	()	()
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.....	()	()
20. Me gusta disponer de muchos recursos.....	()	()
21. Quiero gustar a todo el mundo.....	()	()
22. No me gusta competir en aquellas actividades en que los demás son mejores que yo	()	()
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.....	()	()
24. Las cosas deberían ser distintas a como son.....	()	()
25. Yo provoco mi propio mal humor.....	()	()
26. A menudo, no puedo quitarme un asunto de la cabeza.....	()	()
27. Evito enfrentarme a los problemas.....	()	()
28. Todo el mundo necesita tener fuera de si mismo una fuente de energía...	()	()
29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.....	()	()
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.....	()	()
31. Puedo gustarme a mi mismo, aún cuando no le guste a los demás....	()	()
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.....	()	()
33. La inmoralidad debería castigarse severamente.....	()	()
34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan...	()	()
35. Las personas desgraciadas, normalmente, deben este estado a si mismas.....	()	()
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.....	()	()
37. Normalmente, mis decisiones son inmediatas.....	()	()
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.....	()	()
39. La gente sobre valora la influencia del pasado.....	()	()
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.....	()	()
41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.....	()	()
42. Para mi es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.....	()	()

	SI	NO
43. Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.....	()	()
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.....	()	()
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.....	()	()
46. No puedo soportar correr riesgos.....	()	()
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.....	()	()
48. Me gusta valerme por mi mismo.....	()	()
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.....	()	()
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.....	()	()
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.....	()	()
52. Disfruto de las actividades por si mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.....	()	()
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.....	()	()
54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.....	()	()
55. Cuanto más problemas menos felicidad.....	()	()
56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.....	()	()
57. Raramente aplazo las cosas.....	()	()
58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.....	()	()
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.....	()	()
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.....	()	()
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo la necesidad real de ellos.....	()	()
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.....	()	()
63. Todo el mundo es, esencialmente bueno.....	()	()
64. Hago lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.....	()	()

	SI	NO	.
65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.....	()	()	
66. Me preocupan muchas determinadas cosas del futuro.....	()	()	
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.....	()	()	
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.....	()	()	
69. Somos esclavos de nuestro pasado.....	()	()	
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.....	()	()	
71. Me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.....	()	()	
72. Me trastorna cometer errores.....	()	()	
73. No es equitativo que «llueva igual sobre el justo que sobre el injusto..	()	()	
74. Yo disfruto honestamente de la vida.....	()	()	
75. Debería haber más personas que afrontarán lo desagradable de la vida.....	()	()	
76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.....	()	()	
77. Una vida fácil, resulta poco compensadora.....	()	()	
78. Pienso que es fácil buscar ayuda.....	()	()	
79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.....	()	()	
80. Me encanta estar tumbado.....	()	()	
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí..	()	()	
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.....	()	()	
83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.....	()	()	
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver..	()	()	
85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.....	()	()	
86. Raramente pienso en cosas como la muerte.....	()	()	
87. No me gustan las responsabilidades.....	()	()	
88. No me gusta depender de los demás.....	()	()	

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 89. La gente, generalmente, nunca cambia..... | () | () |
| 90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso..... | () | () |
| 91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador..... | () | () |
| 92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien..... | () | () |
| 93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean..... | () | () |
| 94. Raramente me importunan los errores de los demás..... | () | () |
| 95. El hombre construye su propio infierno interior..... | () | () |
| 96. Muchas veces me sorprendo planeando lo que haría si me encontrara en situaciones de peligro..... | () | () |
| 97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable..... | () | () |
| 98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mí bienestar..... | () | () |
| 99. No miro atrás con resentimiento..... | () | () |
| 100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada..... | () | () |



APÉNDICE E
PRUEBA DE ESTILOS ATRIBUCIONALES “PASS”

ESCALA DE ESTILOS ATRIBUCIONALES

Conteste las siguientes afirmaciones de acuerdo a la siguiente escala:

- TC Totalmente cierto
- C Cierto
- PC Poco cierto
- NC Nada cierto

1. Tengo las capacidades para encontrar la solución a mis problemas	TC	C	PC	NC
2. Lo que me pasa es el resultado de mis propias acciones	TC	C	PC	NC
3. Yo creo que las situaciones difíciles que me suceden son momentáneas	TC	C	PC	NC
4. Creo que mis problemas se pueden controlar	TC	C	PC	NC
5. Las cosas que me pasan se deben a mis acciones	TC	C	PC	NC
6. Las cosas que me suceden sólo durarán un tiempo	TC	C	PC	NC
7. Siempre hay algo que yo pueda hacer para solucionar mis problemas	TC	C	PC	NC
8. Los sucesos en mi vida son el producto de mis habilidades	TC	C	PC	NC
9. Lo más probable es que en poco tiempo ya no tenga problemas	TC	C	PC	NC
10. De mí depende que se solucionen mis problemas	TC	C	PC	NC
11. Las cosas que me pasan se deben a mis incapacidades	TC	C	PC	NC
12. Mis problemas no van a desaparecer tan fácilmente	TC	C	PC	NC
13. Creo que puedo hacer algo para controlar las cosas que me suceden	TC	C	PC	NC
14. Lo que me pasa se debe a condiciones externas (destino, suerte, etc.) a mí	TC	C	PC	NC
15. Probablemente mis problemas duren mucho tiempo	TC	C	PC	NC
16. Mis problemas escapan a mi control	TC	C	PC	NC
17. Yo no he hecho nada para tener problemas	TC	C	PC	NC
18. Por mi forma de ser frecuentemente tendré problemas	TC	C	PC	NC

19. Nada o muy poco puedo hacer para solucionar mis problemas	TC	C	PC	NC
20. Los sucesos en mi vida se deben al destino	TC	C	PC	NC
21. Por mi forma de ser mis dificultades se solucionarán rápido	TC	C	PC	NC
22. Creo tener la capacidad para controlar lo que me sucede	TC	C	PC	NC
23. Lo que me pasa depende de las circunstancias (condiciones externas a mí)	TC	C	PC	NC
24. Las causas de mis dificultades son permanentes	TC	C	PC	NC
25. Creo ser incapaz de controlar lo que me sucede	TC	C	PC	NC
26. Mis éxitos son producto de mis habilidades	TC	C	PC	NC
27. Mis dificultades se deben a causas momentáneas	TC	C	PC	NC
28. Creo que no tengo la capacidad para solucionar las cosas que me suceden	TC	C	PC	NC
29. Mis éxitos se deben a la suerte	TC	C	PC	NC
30. Tarde o temprano mis problemas o dificultades pasarán	TC	C	PC	NC
31. Mis problemas son muy complicados y no tienen solución	TC	C	PC	NC
32. Mis fracasos son producto de mi falta de habilidad	TC	C	PC	NC
33. Mis éxitos son momentáneos	TC	C	PC	NC
34. Por más difíciles que sean mis problemas siempre es posible encontrar una solución	TC	C	PC	NC
35. Mis fracasos se deben a la mala suerte	TC	C	PC	NC
36. Casi siempre voy a tener éxitos	TC	C	PC	NC
37. Soy incapaz de encontrar solución a mis problemas	TC	C	PC	NC

APÉNDICE F TABLAS DE CONFIABILIDAD

Confiabilidad Creencia 1

Alfa de Cronbach		.627
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI1	.528	.541
CI11	-.423	.729
CI21	.378	.581
CI31	.261	.611
CI41	-.107	.675
CI51	.202	.624
CI61	.285	.605
CI71	.714	.494
CI81	.637	.513
CI91	.536	.541

Confiabilidad Creencia 1

Alfa de Cronbach		.729
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI1	.597	.666
CI21	.405	.705
CI31	.252	.727
CI41	-.083	.773
CI51	.204	.740
CI61	.332	.717
CI71	.699	.647
CI81	.653	.656
CI91	.559	.675

Confiabilidad Creencia 1

Alfa de Cronbach		.773
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI1	.617	.721
CI21	.395	.763
CI31	.280	.775
CI51	.262	.784
CI61	.289	.777
CI71	.741	.699
CI81	.636	.719
CI91	.573	.731

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.116
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.127	.043
CI12	-.104	.195
CI22	-.099	.190
CI32	-.226	.265
CI42	.033	.108
CI52	-.046	.151
CI62	.179	.007
CI72	.257	-.051
CI82	.407	-.174
CI92	-.066	.171

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.265
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.117	.231
CI12	.067	.260
CI22	-.128	.360
CI42	-.039	.303
CI52	-.030	.302
CI62	.234	.161
CI72	.312	.111
CI82	.428	.031
CI92	-.045	.320

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.360
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.243	.227
CI12	.089	.361
CI42	-.078	.422
CI52	-.045	.412
CI62	.315	.236
CI72	.315	.236
CI82	.494	.123
CI92	-.109	.456

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.456
------------------	--	------

Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.378	.329
CI12	.155	.446
CI42	-.125	.544
CI52	-.022	.512
CI62	.296	.374
CI72	.338	.352
CI82	.467	.277

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.544
Numero ítems		6
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.311	.488
CI12	.255	.515
CI52	.024	.600
CI62	.288	.499
CI72	.372	.458
CI82	.486	.397

Confiabilidad Creencia 2

Alfa de Cronbach		.600
Numero ítems		5
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI2	.294	.578
CI12	.262	.594
CI62	.288	.581
CI72	.423	.509
CI82	.527	.449

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.042
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI3	-.003	.050
CI13	-.157	.103
CI23	.085	-.020
CI33	.231	-.145
CI43	.011	.039
CI53	-.040	.076
CI63	-.200	.192
CI73	-.026	.066
CI83	.228	-.074

CI93	.037	.019
------	------	------

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.192
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI3	.051	.185
CI13	-.185	.262
CI23	.084	.163
CI33	.228	.059
CI43	-.025	.235
CI53	-.021	.229
CI73	.011	.210
CI83	.254	.091
CI93	.193	.087

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.262
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI3	-.005	.303
CI23	.145	.208
CI33	.196	.173
CI43	-.002	.300
CI53	-.020	.306
CI73	.050	.267
CI83	.284	.161
CI93	.238	.146

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.306
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI3	.025	.342
CI23	.107	.289
CI33	.257	.184
CI43	.030	.338
CI73	.070	.311
CI83	.277	.213
CI93	.199	.226

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.342
Numero ítems		6
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI23	.136	.316
CI33	.214	.257
CI43	.010	.404
CI73	.246	.235
CI83	.277	.248
CI93	.109	.335

Confiabilidad Creencia 3

Alfa de Cronbach		.404
Numero ítems		5
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI23	.207	.351
CI33	.181	.373
CI73	.257	.309
CI83	.250	.337
CI93	.160	.389

Confiabilidad Creencia 4

Alfa de Cronbach		.444
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI4	.364	.348
CI14	-.104	.513
CI24	.264	.383
CI34	.189	.413
CI44	.296	.370
CI54	.124	.437
CI64	.072	.452
CI74	.184	.416
CI84	.183	.418
CI94	.221	.401

Confiabilidad Creencia 4

Alfa de Cronbach		.513
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI4	.370	.433
CI24	.338	.441
CI34	.248	.475
CI44	.270	.467
CI54	.107	.523

Anexos

CI64	.064	.532
CI74	.261	.473
CI84	.223	.486
CI94	.166	.504

Confiabilidad Creencia 5

Alfa de Cronbach		.345
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI5	.023	.368
CI15	.358	.196
CI25	-.063	.396
CI35	.392	.181
CI45	.393	.230
CI55	.159	.306
CI65	.297	.240
CI75	-.289	.487
CI85	.010	.378
CI95	.168	.320

Confiabilidad Creencia 5

Alfa de Cronbach		.487
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI5	.030	.521
CI15	.388	.382
CI25	-.060	.541
CI35	.517	.324
CI45	.360	.417
CI55	.205	.460
CI65	.374	.393
CI85	.026	.528
CI95	.125	.482

Confiabilidad Creencia 5

Alfa de Cronbach		.541
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI5	.003	.594
CI15	.354	.469
CI35	.474	.418
CI45	.366	.481
CI55	.179	.538
CI65	.479	.422
CI85	.122	.559

CI95	.155	.537
------	------	------

Confiabilidad Creencia 5

Alfa de Cronbach		.594
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI15	.336	.547
CI35	.494	.481
CI45	.405	.534
CI55	.156	.616
CI65	.506	.480
CI85	.159	.615
CI95	.203	.590

Confiabilidad Creencia 6

Alfa de Cronbach		.442
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI6	.012	.476
CI16	-.117	.520
CI26	.512	.298
CI36	.096	.446
CI46	.135	.430
CI56	-.229	.551
CI66	.375	.344
CI76	.403	.327
CI86	.475	.294
CI96	.302	.376

Confiabilidad Creencia 6

Alfa de Cronbach		.551
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI6	.083	.573
CI16	-.102	.626
CI26	.503	.447
CI36	.142	.556
CI46	.220	.530
CI66	.379	.482
CI76	.389	.476
CI86	.517	.430
CI96	.245	.524

Confiabilidad Creencia 6

Alfa de Cronbach		.626
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI6	.070	.665
CI26	.470	.555
CI36	.143	.646
CI46	.256	.612
CI66	.489	.547
CI76	.426	.563
CI86	.558	.520
CI96	.229	.618

Confiabilidad Creencia 6

Alfa de Cronbach		.665
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI26	.513	.591
CI36	.162	.693
CI46	.192	.677
CI66	.413	.618
CI76	.575	.563
CI86	.237	.665
CI96	.568	.571

Confiabilidad Creencia 7

Alfa de Cronbach		.597
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI7	.467	.521
CI17	.379	.543
CI27	.217	.585
CI37	.212	.586
CI47	.032	.624
CI57	.142	.602
CI67	.388	.543
CI77	.392	.546
CI87	.144	.603
CI97	.392	.542

Confiabilidad Creencia 7

Alfa de Cronbach		.624
Numero ítems		9

Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI7	.457	.556
CI17	.322	.591
CI27	.233	.614
CI37	.264	.606
CI57	.170	.628
CI67	.458	.556
CI77	.324	.592
CI87	.161	.632
CI97	.388	.575

Confiabilidad Creencia 8

Alfa de Cronbach		.243
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI8	-.334	.374
CI18	-.205	.384
CI28	.026	.256
CI38	.161	.179
CI48	.302	.194
CI58	.350	.054
CI68	.288	.135
CI78	.193	.156
CI88	.371	.033
CI98	-.091	.320

Confiabilidad Creencia 8

Alfa de Cronbach		.374
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI18	-.152	.486
CI28	.078	.379
CI38	.236	.303
CI48	.300	.339
CI58	.363	.234
CI68	.259	.308
CI78	.168	.337
CI88	.445	.182
CI98	.110	.462

Confiabilidad Creencia 8

Alfa de Cronbach		.486
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem

Anexos

CI28	.114	.495
CI38	.276	.428
CI48	.248	.468
CI58	.427	.356
CI68	.309	.426
CI78	.150	.484
CI88	.511	.309
CI98	-.110	.582

Confiabilidad Creencia 8

Alfa de Cronbach		.582
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI28	.200	.582
CI38	.401	.504
CI48	.215	.579
CI58	.422	.494
CI68	.308	.544
CI78	.070	.636
CI88	.583	.417

Confiabilidad Creencia 8

Alfa de Cronbach		.636
Numero ítems		6
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI28	.206	.657
CI38	.529	.521
CI48	.179	.648
CI58	.464	.551
CI68	.289	.619
CI88	.548	.509

Confiabilidad Creencia 9

Alfa de Cronbach		.435
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI9	-.095	.502
CI19	.199	.398
CI29	.370	.332
CI39	-.210	.511
CI49	.230	.386
CI59	-.027	.478
CI69	.218	.392
CI79	.384	.325
CI89	.351	.339

CI99	.311	.354
------	------	------

Confiabilidad Creencia 9

Alfa de Cronbach		.511
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI9	-.093	.581
CI19	.227	.481
CI29	.446	.404
CI49	.225	.481
CI59	.010	.549
CI69	.252	.473
CI79	.367	.432
CI89	.303	.455
CI99	.344	.440

Confiabilidad Creencia 9

Alfa de Cronbach		.581
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI19	.190	.578
CI29	.498	.478
CI49	.220	.569
CI59	.027	.624
CI69	.336	.533
CI79	.396	.512
CI89	.300	.543
CI99	.350	.527

Confiabilidad Creencia 9

Alfa de Cronbach		.624
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI19	.206	.629
CI29	.502	.531
CI49	.307	.596
CI69	.322	.591
CI79	.417	.560
CI89	.315	.594
CI99	.297	.600

Confiabilidad Creencia 10

Alfa de Cronbach		.370
------------------	--	------

Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI10	-.138	.453
CI20	-.119	.418
CI30	.308	.264
CI40	.390	.230
CI50	.276	.279
CI60	.224	.307
CI70	.041	.378
CI80	-.004	.410
CI90	.281	.286
CI100	.110	.358

Confiabilidad Creencia 10

Alfa de Cronbach		.453
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI20	-.070	.492
CI30	.367	.345
CI40	.489	.295
CI50	.247	.399
CI60	.185	.426
CI70	.100	.452
CI80	-.059	.524
CI90	.335	.368
CI100	.119	.451

Confiabilidad Creencia 10

Alfa de Cronbach		.492
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI30	.428	.368
CI40	.496	.344
CI50	.306	.423
CI60	.194	.470
CI70	.076	.503
CI80	-.044	.565
CI90	.297	.431
CI100	.086	.510

Confiabilidad Creencia 10

Alfa de Cronbach		.565
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem

CI30	.504	.431
CI40	.524	.429
CI50	.303	.520
CI60	.221	.552
CI70	-.012	.609
CI90	.291	.525
CI100	.172	.569

Confiabilidad Creencia 10

Alfa de Cronbach		.609
Numero ítems		6
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
CI30	.482	.502
CI40	.470	.511
CI50	.316	.576
CI60	.289	.586
CI90	.259	.595
CI100	.243	.603

Confiabilidad Locus de Control

Alfa de Cronbach		.520
Numero ítems		12
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA2	.322	.481
EA5	.156	.510
EA8	.054	.530
EA11	.323	.458
EA14	.411	.439
EA17	.023	.549
EA20	.366	.451
EA23	.286	.478
EA26	.179	.504
EA29	.206	.498
EA32	-.039	.564
EA35	.268	.485

Confiabilidad Locus de Control

Alfa de Cronbach		.564
Numero ítems		11
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA2	.248	.543
EA5	.079	.579
EA8	.078	.574
EA11	.302	.524
EA14	.464	.478

Anexos

EA17	.042	.595
EA20	.418	.490
EA23	.334	.518
EA26	.149	.562
EA29	.262	.536
EA35	.331	.522

Confiabilidad Locus de Control

Alfa de Cronbach		.595
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA2	.248	.543
EA5	.179	.579
EA8	.167	.574
EA11	.302	.524
EA14	.464	.478
EA20	.418	.490
EA23	.334	.518
EA26	.149	.562
EA29	.262	.536
EA35	.331	.522

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.350
Numero ítems		12
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.397	.238
EA6	.320	.263
EA9	.313	.226
EA12	-.063	.394
EA15	.032	.358
EA18	-.013	.383
EA21	-.016	.380
EA24	.033	.363
EA27	.300	.369
EA30	.224	.286
EA33	-.213	.441
EA36	.235	.288

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.441
Numero ítems		11
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.447	.335
EA6	.401	.348

EA9	.275	.371
EA12	-.051	.484
EA15	-.002	.464
EA18	-.030	.485
EA21	.006	.469
EA24	.043	.459
EA27	.334	.368
EA30	.305	.366
EA36	.249	.391

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.484
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.532	.361
EA6	.454	.384
EA9	.234	.447
EA15	-.079	.531
EA18	-.052	.541
EA21	.056	.503
EA24	.019	.515
EA27	.375	.407
EA30	.347	.404
EA36	.282	.432

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.531
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.530	.421
EA6	.434	.448
EA9	.207	.520
EA18	-.022	.584
EA21	.051	.558
EA24	.014	.570
EA27	.387	.461
EA30	.436	.431
EA36	.303	.482

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.584
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.471	.503
EA6	.485	.498

Anexos

EA9	.255	.572
EA21	.204	.577
EA24	-.079	.658
EA27	.334	.540
EA30	.465	.489
EA36	.319	.542

Confiabilidad Estabilidad

Alfa de Cronbach		.658
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA3	.489	.594
EA6	.498	.590
EA9	.247	.678
EA21	.311	.639
EA27	.333	.633
EA30	.538	.566
EA36	.259	.652

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.041
Numero ítems		13
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	-.105	.103
EA4	-.069	.075
EA7	.039	.022
EA10	.236	-.066
EA13	.175	-.065
EA16	-.180	.148
EA19	.149	-.047
EA22	-.077	.090
EA25	.137	-.047
EA28	.029	.024
EA31	-.071	.093
EA34	-.037	.062
EA37	.000	.044

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.148
Numero ítems		12
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.024	.148
EA4	-.010	.161
EA7	.134	.092
EA10	.308	.028

EA13	.188	.057
EA19	.076	.120
EA22	.033	.160
EA25	.064	.126
EA28	.063	.125
EA31	-.057	.199
EA34	-.041	.176
EA37	-.130	.226

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.226
Numero ítems		11
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.146	.173
EA4	.116	.194
EA7	.297	.099
EA10	.326	.112
EA13	.201	.143
EA19	.002	.245
EA22	.079	.207
EA25	-.076	.289
EA28	.046	.229
EA31	-.120	.317
EA34	-.034	.255

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.317
Numero ítems		10
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.190	.260
EA4	.207	.261
EA7	.345	.188
EA10	.362	.206
EA13	.276	.215
EA19	-.057	.371
EA22	.164	.271
EA25	-.249	.463
EA28	.009	.360
EA34	.144	.283

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.463
Numero ítems		9
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.309	.389

EA4	.380	.376
EA7	.408	.352
EA10	.345	.391
EA13	.245	.414
EA19	-.150	.555
EA22	.313	.385
EA28	-.083	.565
EA34	.245	.417

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.555
Numero ítems		8
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.397	.476
EA4	.431	.477
EA7	.399	.477
EA10	.354	.501
EA13	.202	.544
EA22	.294	.512
EA28	-.061	.661
EA34	.334	.502

Confiabilidad Controlabilidad

Alfa de Cronbach		.661
Numero ítems		7
Ítems	Correlación Ítem - Test	Alfa Cronbach al eliminar ítem
EA1	.465	.594
EA4	.504	.591
EA7	.451	.600
EA10	.254	.654
EA13	.188	.682
EA22	.414	.611
EA34	.349	.631

APÉNDICE G
TABLAS DESCRIPTIVAS
Media de puntajes del Estilo Atribucional según Problemas Policiales

	Instrucción	Media	DS
Locus de Control	Problemas Policiales:	2.36	.29
	No	2.47	.43
	Problemas Policiales: Si	2.87	.41
Estabilidad	Problemas Policiales:	2.61	.57
	No	4.81	.41
	Problemas Policiales: Si	4.74	.42
Controlabilidad	Problemas Policiales:		
	No		
	Problemas Policiales: Si		

Media de puntajes del Estilo Atribucional según Intentos por dejar el consumo de THC

	Instrucción	Media	DS
Locus de Control	1 vez	2.45	.31
	2 veces	2.25	.26
	Varias veces	2.38	.38
Estabilidad	1 vez	2.84	.49
	2 veces	2.75	.51
	Varias veces	2.77	.44
Controlabilidad	1 vez	4.90	.37
	2 veces	4.71	.34
	Varias veces	4.69	.49



APÉNDICE H TABLAS DE NORMALIDAD

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Creencias Irracionales	Significancia
Creencia 1	0.00
Creencia 2	0.01
Creencia 3	0.00
Creencia 4	0.03
Creencia 5	0.00
Creencia 6	0.00
Creencia 7	0.04
Creencia 8	0.01
Creencia 9	0.03
Creencia 10	0.00

*Se asume normalidad si la significancia es mayor a 0.05

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Estilo Atribucional	Significancia
Locus de Control	0.448
Estabilidad	0.662
Controlabilidad	0.346

*Se asume normalidad si la significancia es mayor a 0.05



APÉNDICE I
TABLAS DE CORRELACIÓN
Correlación Pearson del Estilo Atribucional tomando considerando las 3 variables elegidas

Variables	Variable	Significancia
Problemas policiales: No	Locus - Estabilidad	.123
	Locus - Controlabilidad	.460*
	Estabilidad - Controlabilidad	.024
Problemas Policiales: Si	Locus - Estabilidad	.542
	Locus - Controlabilidad	.300
	Estabilidad - Controlabilidad	.434
Secundaria Incompleta	Locus - Estabilidad	.401
	Locus - Controlabilidad	.772*
	Estabilidad - Controlabilidad	.088
Secundaria Completa	Locus - Estabilidad	.234
	Locus - Controlabilidad	.480
	Estabilidad - Controlabilidad	.512
Técnico	Locus - Estabilidad	.834
	Locus - Controlabilidad	.518
	Estabilidad - Controlabilidad	.331
Superior	Locus - Estabilidad	-.335
	Locus - Controlabilidad	-.036
	Estabilidad - Controlabilidad	-.030
Intentos dejar: 1 vez	Locus - Estabilidad	.432
	Locus - Controlabilidad	.536*
	Estabilidad - Controlabilidad	.355
Intentos dejar: 2 veces	Locus - Estabilidad	-.121
	Locus - Controlabilidad	.467
	Estabilidad - Controlabilidad	-.217
Intentos dejar: varias veces	Locus - Estabilidad	.169
	Locus - Controlabilidad	.180
	Estabilidad - Controlabilidad	.109

* Correlación por significancia menor a 0.05

** Correlación por significancia menor a 0.01

Correlación Spearman entre Creencias Irracionales y Estilo Atribucional

Estilo Atribucional	Creencias Irracionales	Variable	Significancia
Locus de Control	Creencia 1	.138	.395
	Creencia 2	-.067	.681
	Creencia 3	.126	.439
	Creencia 4	-.213	.187
	Creencia 5	-.079	.628

	Creencia 6	.099	.542
	Creencia 7	-.098	.548
	Creencia 8	.013	.939
	Creencia 9	.117	.474
	Creencia 10	.117	.470
Estabilidad	Creencia 1	.133	.413
	Creencia 2	-.165	.310
	Creencia 3	-.044	.789
	Creencia 4	-.324*	.042
	Creencia 5	-.003	.988
	Creencia 6	.074	.649
	Creencia 7	-.334*	.035
	Creencia 8	.038	.814
	Creencia 9	-.097	.551
	Creencia 10	-.192	.235
Controlabilidad	Creencia 1	.079	.627
	Creencia 2	-.206	.202
	Creencia 3	-.061	.708
	Creencia 4	-.348*	.028
	Creencia 5	.033	.842
	Creencia 6	-.106	.517
	Creencia 7	-.083	.613
	Creencia 8	-.127	.437
	Creencia 9	.060	.712
	Creencia 10	.196	.225

* Correlación por significancia menor a 0.05

** Correlación por significancia menor a 0.01