



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Estudios Superiores Iztacala

Sistema de Universidad Abierta y a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Procesos en Psicología Clínica

“Factores que ponen en riesgo el autocontrol y conducen a la vulnerabilidad para la drogadicción en adolescentes”.

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Tania Rosique Fleite

Director:

Lic. Cristina González Méndez

Dictaminadores:

Secretaria: Mtra. Karen Belén Espinoza Rosales

Vocal: Mtro. Daniel Mendoza Paredes

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado De México

Febrero, 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi padre, quien me impulsó desde el comienzo e hizo posible la culminación de esta meta, con sus sabias enseñanzas, logró sembrar en mí un deseo incansable de superación.

A mi madre, que me apoyó y orientó con gran sabiduría y cariño permitiéndome sortear todos los obstáculos que se me presentaron.

A mis hermanos que me brindaron su apoyo incondicional en este trayecto.

A Nereo, Gabriela, Dafne y Nereito: los amo.

INDICE

Resumen.....	7
Abstract.....	7
Capítulo 1. Autocontrol.....	9
1.1 Definición.....	9
1.2 Historia del concepto	9
1.3 Componentes del autocontrol:	10
a) Regulación emocional.....	10
b) Afrontamiento	11
c) Inteligencia emocional.....	14
1.4 Características de las personas con autocontrol.....	15
1.5 Factores que influyen en el desarrollo del autocontrol:	17
a) Factores internos	17
b) Factores externos.	18
1.6 Estadísticas sobre autocontrol y drogadicción en jóvenes.	19
Capítulo 2. Pubertad y Adolescencia.....	20
2.1 Etapa previa a la adolescencia: Pubertad (Definición)	20
2.2 Definición de adolescencia	21
2.3 Cambios biológicos en la adolescencia.	21
2.4 Cambios neuronales en la adolescencia.....	22
2.5 Cambios emocionales en la adolescencia: autoconcepto, autoestima, búsqueda de la identidad.....	23
a) Autoconcepto.....	23
a) Autoestima.....	24
a) Búsqueda de la identidad	24
2.6 Cambio social en la adolescencia: importancia de la familia, amistades, relaciones amorosas-afectivas.	25
a) Importancia de la familia.	25
b) Amistades.....	26
c) Relaciones amoroso-afectivas	26
2.7 Desarrollo del autocontrol en las etapas de la pubertad y adolescencia.	27
Capítulo 3. Factores de riesgo en adolescentes.....	28
3.1 Conductas de riesgo: Definición y tipos	28

3.2 Conductas de riesgo y prevalencia: Consumo de alcohol, tabaco y marihuana	28
a) Consumo de alcohol en la adolescencia	29
Prevalencia del consumo de alcohol	30
b) Consumo de tabaco en la adolescencia.....	30
Prevalencia del consumo de tabaco.....	31
c) Consumo de marihuana en la adolescencia.....	31
Prevalencia del consumo de marihuana.	32
3.3 Factores de riesgo interno: Inestabilidades, labilidades afectivas, cognitivas y conductuales	32
a) Labilidades afectivas.....	32
b) Labilidades cognitivas.....	33
c) Labilidades conductuales.....	33
3.4 Factores de riesgo externos: en lo familiar, amistades y relaciones interpersonales.	34
Capítulo 4. Drogadicción.....	35
4.1 Definición.....	35
a) Diferencia entre consumo y adicción.	35
4.2 Tipos de drogas.....	36
4.3 Consecuencias del consumo de drogas.	38
a) Consecuencias neurológicas.	38
b) Consecuencias internas.....	39
c) Consecuencias externas.....	40
4.4 Panorama actual mundial de la drogadicción.	40
4.5 Panorama en México.....	42
4.6 Drogadicción y el autocontrol.....	42
Capítulo 5. Medidas de intervención y preventivas que se han hecho para jóvenes vulnerables a la drogadicción.....	43
5.1 Diferencia entre intervención y prevención.	44
5.2 Niveles de intervención del psicólogo	44
a) Intervención primaria:	44
b) Intervención secundaria:.....	45
c) Intervención terciaria:.....	45
5.3 Procedimiento de la Intervención primaria de la drogadicción.	45
5.4 Procedimiento de la Intervención secundaria y terciaria de la drogadicción.....	46
a) Control de estímulos.....	47
b) Prevención de recaídas	48
c) Manejo de contingencias	49

d) Técnicas cognitivas.....	49
e) Técnicas conductuales.	49
Capítulo 6. Investigaciones empíricas sobre autocontrol y drogadicción.....	49
Autocontrol y consumo de drogas (López, Peralta, Muñoz y Godoy, 2003).	50
Es el momento: un metaanálisis sobre el vínculo autocontrol-desviación (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017).	52
Estudio de la regulación de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos (Casullo, G, 2011).	54
Retardo de la gratificación y autocontrol de jóvenes antisociales: características asociadas al género (López, López y Freixinos, 2003).....	56
Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites (Calvete y Estévez, 2009).	57
El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias (Cano, V. A., Miguel, T. J., González, H., Iruarrizaga, I., 1994)	59
6.1 Estudios sobre intervención de la drogadicción en adolescentes en el contexto Mexicano.....	62
Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008).	62
Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso (Salazar, Valdez, Martínez & Pedroza, 2011).	66
Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008).	67
Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos (Pérez, 2012).	69
Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes (Linage y Lucio, 2012).....	74
Capítulo 7. Metodología y Análisis	76
7.1 Pregunta de investigación:	76
7.2 Objetivo general:	76
7.3 Objetivos específicos:.....	76
7.4 Justificación.....	76
7.5 Planteamiento del problema	77
7.6 Metodología.....	79
7.7 Enfoque.....	80
7.8 Categorías de análisis	80
7.9 Análisis de la investigación	80
1.- El autocontrol y el ciclo de vida.....	80

2.- Identificación de factores y conductas de riesgo para la generación de autocontrol en adolescentes.....	82
3.- Los estudios nos prueban la importancia del autocontrol en la drogadicción en adolescentes.....	88
7.10 Conclusiones.....	93
Capítulo 8. Referencias Bibliográficas.	95

Resumen

Los adolescentes con deficiencias en la regulación emocional, estilos de afrontamiento activos, e inteligencia emocional, ponen en riesgo su capacidad de autocontrol, lo que los conduce a la vulnerabilidad para la drogadicción. El autocontrol permite a los adolescentes afrontar con éxito las situaciones de riesgo como el consumo de drogas, al ponderar en primer lugar la salud y el bienestar personal. El objetivo de este trabajo fue definir el autocontrol y cuáles son los factores que lo ponen en riesgo y que conducen hacia la vulnerabilidad para la drogadicción en adolescentes, también se buscó identificar la relación existente entre el autocontrol y las adicciones en adolescentes mediante la recabación de estudios empíricos, así como la identificación de los niveles de actuación del psicólogo frente a la drogadicción y cómo generar autocontrol. Esta investigación es de tipo documental, la cual se realizó, mediante la utilización de categorías de análisis, que responden a la jerarquización de parámetros conceptuales, así como, análisis de contenido de diversos textos científicos, atendiendo a las técnicas de indización, resumen, esquematización, vaciado de contenidos, adición y descripción contextual de la información, asignación de vinculaciones con otros documentos y contenidos relacionados. El análisis final, demuestra la asociación de la relación entre autocontrol y drogadicción en adolescentes, asimismo, se determinó que el desarrollo de regulación emocional eficaz, estilos de afrontamiento activos y habilidades de inteligencia emocional para la vida protegen a los adolescentes de conductas de riesgo como la drogadicción.

Abstract

Adolescents with deficiencies in emotional regulation, active coping styles, and emotional intelligence, put their self-control capacity at risk, which leads to vulnerability for drug addiction. Self-control allows adolescents to face risky situations such as drug use, with success, by considering health and personal well-being first. The objective

of this work was to define self-control and what are the factors that put it at risk and that lead to vulnerability to drug addiction in adolescents, it was also sought to identify the relationship between self-control and addictions in adolescents by collecting empirical studies, as well as the identification of the levels of performance of the psychologist in the face of drug addiction and how to generate self-control. This research is of a documentary type, which was carried out, through the use of categories of analysis, which respond to the hierarchization of conceptual parameters, as well as, content analysis of various scientific texts, attending to the techniques of indexing, summary, schematization, emptying of content, addition and contextual description of information, assignment of links with other documents and related content. The final analysis demonstrates the association of the relationship between self-control and drug addiction in adolescents, also, it was determined that the development of effective emotional regulation, active coping styles, and emotional intelligence skills for life protect adolescents from risky behaviors such as drug addiction.

Capítulo 1. Autocontrol

1.1 Definición

Cada autor nos proporciona una definición del autocontrol con peculiaridad. Para establecer una definición actual, desde la perspectiva conductual, Luna, Gómez y Lasso (2013) exponen que el autocontrol no se entiende como una facultad dependiente de la voluntad del sujeto y en ese sentido indeterminada. Por el contrario, se asume como una aptitud que puede ser desarrollada a través de experiencias concretas que se van integrando a la historia de interacciones de cada persona. Es decir, el autocontrol es una tendencia comportamental aprendida y no hay impedimentos para que ese aprendizaje pueda ser potenciado. (p. 201)

1.2 Historia del concepto

Primeros acercamientos hacia una concepción del término autocontrol, estuvieron sujetos a los principios de la teoría de la conducta de Skinner (1970), donde hace referencia a esta noción diciendo: "cuando un hombre se autocontrola, decide realizar una acción determinada, piensa en la solución de un problema o se esfuerza por aumentar el conocimiento de sí mismo, está emitiendo conducta". (p. 224)

Dentro de la teoría Skinneriana, el autocontrol no sería un rasgo o disposición y sí un proceso por el cual el individuo cambiaría su probabilidad de respuesta, alterando las variables en las cuales la respuesta es una función, teniendo una gran influencia del entorno social, (Fernandes, Marín y Urquijo, 2010: 218).

Sin embargo, en este periodo aún no se lograba un consenso entre los teóricos para una definición exacta del autocontrol, por tanto, los términos como automanejo y autorregulación se usaron con referencia al tópico en cuestión (Rezk, 1976: 390).

Asimismo, Mahoney (Rezk, 1976: 390) nos brinda otra aproximación al término autocontrol, donde expone que el automanejo es definido como la respuesta de un organismo para modificar la probabilidad de otra respuesta. Esta modificación incluye tanto incrementos como decrementos en la frecuencia de la respuesta. Una

característica esencial del automanejo es que el organismo sea él mismo, el agente del cambio.

Es hasta 1973, cuando el autocontrol es definido por primera vez por la American Psychological Association como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones, (Fernandes, Marín y Urquijo, 2010: 217).

En 1978, Meichenbaum brinda una definición integrativa basándose en la teoría del desarrollo, al destacar que el autocontrol no representa un proceso unitario y sí multidimensional, involucrando componentes situacionales, perceptuales, cognitivos, actitudes y motivaciones. Todavía, el autor ha afirmado que cada uno de esos componentes puede ser considerado dentro de la perspectiva de desarrollo, (Fernandes, Marín y Urquijo, 2010: 218).

En otro orden de ideas, Luna, Gómez y Lasso (2013) nos aportan una definición más reciente del autocontrol, ellos se enfocan principalmente en la acción del sujeto, afirmando que “la capacidad que permite desligar los procesos de toma de decisiones respecto de contingencias inmediatas y desarrollarlos en función de contingencias con consecuencias demoradas, resulta favorable para el sujeto en el mediano o largo plazo”. (p. 201)

1.3 Componentes del autocontrol:

a) Regulación emocional

Uno de los componentes del autocontrol es la regulación emocional. Argumentan Pascual y Conejero (2019) que la regulación emocional es capaz atenuar, intensificar o sencillamente mantener una emoción dependiendo de sus objetivos, hecho que hace referencia a las emociones positivas y negativas. La regulación emocional modifica tanto la experiencia subjetiva como la expresión exterior de cualquier emoción y se define como el conjunto de procesos por medio de los cuales las personas buscan redirigir el flujo espontáneo de las emociones, (párr. 3).

Es entonces que surge una interrogante, ¿Se debe concebir a la regulación emocional de manera amplia para todo tipo de emociones?, para ello, Gross 2014, (Pascual y

Conejero, 2019) propone tres clasificaciones de emociones, de las que la regulación emocional se hace cargo, la primera corresponde a las emociones como el enfado o la tristeza, la segunda a las respuestas vinculadas al estrés ante circunstancias que exceden la capacidad de afrontamiento del individuo, y la tercera a los estados de ánimo (mood) como la depresión y la euforia, (párr. 5).

La regulación emocional puede intervenir mientras la emoción está teniendo lugar, en cualquiera de las fases del proceso emocional, o anticipadamente, antes de que ocurra. Es preciso mencionar que hablar de manejo de las emociones no significa que este sea un proceso voluntario y planificado, (Pascual y Conejero, 2019, párr. 9). Sin embargo, el concepto de regulación emocional posee connotaciones positivas, aún más, cuando se utiliza para resolver problemáticas en la vida de las personas.

De acuerdo con Vargas y Muñoz-Martínez (2013), modelos recientes enfatizan la importancia de considerar el papel de las emociones como una respuesta adaptativa que varía entre individuos, de forma que las personas pueden tener distintos niveles de habilidad para hacer uso de sus emociones, algunos autores señalan que las personas difieren en su habilidad para atender, procesar y actuar de acuerdo con sus emociones, lo que implicaría distintos niveles de interacción de conductas relacionadas con la emoción, por ejemplo: La percepción, evaluación y expresión de la emoción, la comprensión y análisis de las emociones utilizando el conocimiento emocional, la reflexión de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional. (p. 228)

b) Afrontamiento

Por otro lado, otro elemento que hace posible poseer autocontrol es el afrontamiento, el cual se encuentra estrechamente relacionado con la regulación emocional. Perfiles de alta regulación emocional (elevada aceptación, claridad emocional, etc.) se asocian positivamente con estrategias de afrontamiento activo, (Pascual y Conejero, 2019, párr. 10).

Siguiendo a Pascual y Conejero (2019) el afrontamiento se refiere, a un conjunto de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y externas que son excesivas o estresantes. Lazarus quien realizó un extenso trabajo con el afrontamiento, lo define

como el “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”, (párr. 11).

El afrontamiento presenta contribuciones significativas para el bienestar de las personas, ya que en un mecanismo que los individuos utilizan para minimizar los efectos del estrés, al jugar un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que se encuentran sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los cuales cuentan para hacerles frente, (Verdugo et al. 2013: 81).

Respecto al proceso de afrontamiento, explica Romero et al. (2010) que, en realidad, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por la valoración cognitiva que la persona realiza acerca de la situación que enfrenta. Este proceso posee dos fases. En la primera, la persona evalúa las consecuencias que la situación puede tener para ella (valoración primaria) y en la segunda, valora los recursos de los que dispone con el fin de reducir las consecuencias negativas de la situación, que para sí significa una amenaza o un desafío (valoración secundaria). Esta valoración secundaria constituye de este modo la capacidad de afrontamiento, entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes. Asimismo, este proceso es cambiante y adaptativo, donde la persona y el contexto interactúan de manera permanente, variando además sus estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. (p. 119)

Lazarus y Folkman en (Di-Colloredo et al. 2007: 132), dividen los estilos de afrontamiento en dos grandes grupos, el primero centrado en el problema y el segundo centrado en las emociones.

El afrontamiento centrado en el problema tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales, (Di-Colloredo et al. 2007: 132).

A su vez, las estrategias centradas en el problema se dividen en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. El afrontamiento activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales (Di-Colloredo et al. 2007: 133).

El Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura, (Di-Colloredo et al. 2007: 133).

El segundo grupo centrado en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante, (Di-Colloredo et al. 2007: 133).

Siguiendo a Lazarus y Folkman en (Di-Colloredo et al. 2007: 133-135), las estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías:

- 1) El apoyo social emocional: el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión
- 2) La reinterpretación positiva y crecimiento cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor.
- 3) La concentración y desahogo de las emociones: alude a la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos.
- 4) La liberación cognitiva, generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.
- 5) La negación, la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.
- 6) Liberación hacia las drogas: implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor.

c) Inteligencia emocional

Dentro de esta investigación, es importante mencionar a la psicología positiva, tendencia reciente que centra su acción científica en el estudio de las experiencias humanas positivas: el fluir, creatividad, emociones, más que en los síndromes y enfermedades mentales. En tal sentido, la inteligencia emocional es protagonista de esta orientación psicológica, (Serrano y García, 2010: 274).

Las capacidades humanas, deben abarcar más ámbitos que la capacidad de abstracción de la lógica formal, la comprensión de complejas implicaciones racionales y amplios conocimientos generales. La educación humana también deberá incluir méritos a la capacidad de crear, el talento para la organización, el entusiasmo, la motivación, la destreza psicológica y las actitudes humanitarias, además de cualidades emocionales y sociales indispensables para el buen desenvolvimiento en la relación con otras personas, (Serrano y García, 2010: 274).

Referente a ello, expone Goleman (1998) en su libro: Inteligencia emocional, la definición de esta como la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de postergar las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales, así como la capacidad de empatizar y confiar en los demás. (p. 8)

Es interesante como Goleman sostiene que es más importante poseer inteligencia emocional y autodisciplina que coeficiente intelectual, ya que resultan indispensables para una buena adaptación social y desarrollo personal. Este autor también nos otorga una definición puntual del autocontrol: el fundamento mismo de cualquier autocontrol emocional es la habilidad psicológica esencial de resistir al impulso.

De acuerdo con Serrano y García (2010), la persona con inteligencia emocional se percata de las emociones que siente en el momento, y aprenda a canalizarlas para sentirse efectivo en las labores de su vida cotidiana, controlar sus impulsos, y recuperarse de los fracasos de la vida. (p. 279)

1.4 Características de las personas con autocontrol

En el entendido que el autocontrol puede irse desarrollando procesalmente mediante estrategias de afrontamiento, inteligencia y regulación emocional, Tobergte y Curtis, (León y Peralta 2017: 25) hacen una amplia descripción de las características de una persona con autocontrol, las cuales no se poseen de un momento a otro, sino que se adquieren mediante un proceso continuo, permanente, que dura toda la vida. Las características serían las siguientes: tienen metas trazadas y van cumpliéndolas según la visión que han adquirido de la vida, son capaces de enfocar los aspectos positivos en la realidad, lo cual servirá de motivación para avanzar hacia lo trazado. En algunas situaciones, cuando se ven frente a un cambio, son capaces de enfrentarlos y reconocen sus errores y limitaciones. Son objetivos y están al pendiente de su realidad y desean tener un panorama claro acerca de sus emociones, las cuales influirán al momento de tomar decisiones. Asimismo, son personas que se encuentran en constante aprendizaje en los diferentes ámbitos de su vida, son reflexivos acerca de sus actos, reconocen sus debilidades y fortalezas generando en ellos la necesidad de superarse a sí mismos, analizando sus actos, ya que no suelen fijarse en las acciones de las demás personas y, si lo hacen, es para aprender de sus errores. Por otro lado, construyen y defienden los valores adquiridos en sus vidas y se involucran con seriedad en su aspecto laboral o académico, siendo conscientes de que alcanzar un triunfo requiere de sacrificios, por lo que están dispuestos a esperar a que los mismos den frutos. Finalmente se caracterizan por considerarse personas individuales, cada uno con características que los hacen singulares, por consiguiente, respetan y valoran a los demás y son capaces de generar sentimientos que les causen bienestar y estabilidad.

1.5 Relación del control de impulsos en la infancia con el autocontrol.

Cabe mencionar que el crecimiento y el aprendizaje tienen importante influencia para el desarrollo del autocontrol. Siguiendo a Ravines y Portal (2016), el autocontrol puede ser reforzado y entrenado en las primeras etapas de la vida por los padres, mediante el desarrollo en habilidades de afrontamiento. Se ha comprobado que los adolescentes que durante etapas tempranas soportaron la demora de la gratificación, al indagar a los padres, ellos los describen como más competentes en lo académico,

con un nivel elevado de habilidades sociales, seguros y confiados en sí mismos. (p. 42)

Diamond 2013, (Romero et al 2016: 59), define el control de impulsos como la capacidad de inhibir deliberadamente o suprimir una respuesta dominante. La importancia del control de impulsos se debe a que posibilita a controlar conductas inapropiadas en algunos contextos, efectuar respuestas adecuadas para satisfacer demandas complejas y vivir de forma adaptativa en entornos cambiantes.

En una investigación donde se analizó la relación entre las funciones ejecutivas (iniciación, planificación, regulación, secuenciación, logro de objetivos y metas) y los problemas de conducta en niños de 5 años de edad, se encontró que aquellos niños y niñas que actuaban de forma hostil, amenazando a sus compañeros o familiares (sea verbal o físicamente) presentaban más dificultad para inhibir sus impulsos y detener conductas inapropiadas, tenían problemas en la flexibilidad para la resolución de conflictos, en la regulación y expresión de sus emociones de un modo positivo, (Romero et al. 2010: 62). Es entonces que Romero destaca que el control de impulsos o control inhibitorio durante la etapa infantil es un antecedente del autocontrol en la etapa adulta, el cual es aprendido durante el proceso de desarrollo.

Retomando los conceptos de Ravines y Portal (2016), donde exponen que los jóvenes que desarrollaron mayor control de impulsos en etapas tempranas, al poder retardar la gratificación, hacen contraste con un escenario distinto, ya que, en otros casos, los adolescentes son criados en condiciones poco alentadoras para el desarrollo del autocontrol y regulación de las emociones. (p. 42)

Afirman Serrano y García (2010) que existen casos donde no hay confianza en que los padres cubrirán las necesidades básicas como la seguridad, el sustento y acercamiento afectivo, estos niños no crecen sintiéndose aceptados o animados, sino rechazados o ignorados. Estas experiencias estimulan la duda constante acerca de las propias capacidades. Por tanto, la tensión, la confusión y los conflictos son continuos. Al llegar a la adolescencia se hace presente un estado constante de tensión y ansiedad, la preocupación se convierte en un estilo de vida, por lo que muchos reaccionan de manera excesiva a las frustraciones y sucesos cotidianos. Así también, la manera como los padres administran la rabia u odio y el conflicto puede

influenciar el desarrollo de las estrategias de regular emociones de los adolescentes a través de la observación directa. (p. 276)

1.5 Factores que influyen el desarrollo del autocontrol:

a) Factores internos

El desarrollo del autocontrol se ve influenciado por diversos factores internos y externos, respecto a los primeros, a nivel neurológico, los autores De Sola, Rubio y Rodríguez (2013) plantean que las áreas cerebrales implicadas son el córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal relacionadas con la planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas. (p. 147)

Por su parte, Olvera (2010) expone que los estudios neuropsicológicos señalan que el papel del córtex orbitofrontal es relevante en el control e inhibición de los impulsos y de las conductas. El síndrome orbitofrontal se caracteriza por una desinhibición conductual en hiperactividad, acompañadas de deficiencias en la regulación emocional. Es este síndrome el que ha sido más comúnmente asociado al uso crónico de drogas. Estas consideraciones son importantes debido a que los múltiples fracasos en materia de rehabilitación son debidos a la alta resistencia al cambio de los pacientes que son atendidos por un problema de adicción con estas características. (p. 6)

Por su parte, expone Panadero (2016) respecto a los factores cognitivos que influyen el autocontrol, que todo el comportamiento humano está mediatizado por la interacción de esquemas mentales, los cuales interpretan las señales que llegan al sistema de procesamiento de la información y seleccionan la respuesta adecuada en cada momento, de manera que se inhiban las respuestas automáticas perseverantes que sean inapropiadas, para generar una respuesta controlada, que se adecue a la demanda de una nueva situación. (p. 24)

Respecto a los factores afectivo-emocionales que condicionan el autocontrol, plantean Serrano y García (2010) que la regulación de las reacciones emocionales negativas como pueden ser la irritabilidad, ansiedad, melancolía, por emociones positivas, permite controlar los impulsos, dirigir oportunamente las excitaciones nerviosas y tener eficacia para la solución de problemas. (p. 274)

Para Arana (2014) el autoconcepto y autoestima también son determinantes para el autocontrol, los cuales evolucionan a través de una autoevaluación constante entre lo que se debe o no hacer. Afirma que el hecho de poseer un autoconcepto y autoestima positivos refleja habilidades de autocontrol y autodominio personal en individuos que regulan y evalúan sus acciones constantemente. (p. 54)

b) Factores externos.

Respecto a la relación de autocontrol que desarrollan los adolescentes mediante la observación directa, es interesante como Serrano y García (2010), destacan que los padres deprimidos poseen un número de deficiencias en la crianza que pueden influenciar directamente el desarrollo de las habilidades reguladoras de los adolescentes, ellos pueden aprender estrategias adaptativas ineficaces para regular la emoción al observar a sus padres deprimidos, rabiosos, o experimentando conflictos maritales. (p. 276)

Asimismo, el factor cultural influye en el desarrollo del autocontrol, exponen Ravines y Portal (2016), que la cultura ejerce presión sobre el individuo. El autocontrol puede ser moderado por la disciplina u organización, un ejemplo podría ser, mediante las normas explícitas o implícitas en los lugares públicos y en la propia familia. La autoridad o grupos y la construcción social establecida por la cultura ejercen influencias ambientales que rodean y determinan su desarrollo. (p. 45)

La capacidad de autocontrol tiene relación con otros aspectos de la persona como la aceptación social, las personas como seres sociales buscan la aceptación y para ello modifican y ajustan su comportamiento para pertenecer a grupos. Es entonces que la aceptación de un grupo se encuentra enlazada con la capacidad de autocontrol, incluso de soportar situaciones, esforzarse, prestar atención, entre otras, (Ravines y Portal, 2016: 45).

1.7 La falta de autocontrol y su impacto en los factores internos y externos.

Las consecuencias de presentar falta de autocontrol en las personas tienen impacto perjudicial tanto para elementos internos y externos. Señalan De Sola, Rubio y Rodríguez (2013), que existen evidencias de que la conducta descontrolada es antesala del comportamiento adictivo en el ámbito de las sustancias, en la base de la adicción existe un trastorno del control de los impulsos y de tipo compulsivo. Definen la dificultad de autocontrolarse como una sensación subjetiva de incremento de tensión o arousal antes de llevar a cabo el acto impulsivo, así como de placer y gratificación tras su realización. De esta forma, la satisfacción o ejecución del acto impulsivo estaría estrechamente relacionado con la obtención de un refuerzo positivo, constituyendo así un patrón de comportamiento. Previo a la conducta descontrolada e impulsiva hay una hiperactivación del sistema nervioso que genera un malestar emocional lo que sirve como potenciador de la conducta desadaptada. (p. 149).

Por lo tanto, no solo existe un anclaje para este tipo de conductas dañinas como las adicciones, son evidentes las repercusiones a nivel orgánico y comportamental.

1.6 Estadísticas sobre autocontrol y drogadicción en jóvenes.

El autocontrol como variable por sí solo ha sido medido por algunos investigadores, como Serrano y García (2010) quienes aplicaron un instrumento con ítems como “Me pongo furioso sin saber por qué” o “Cuando pierdo la paciencia me pongo ofensivo” a una población de 223 adolescentes, siendo 102 mujeres y 121 hombres en edades comprendidas entre los 16 y 18 años, estudiantes de secundaria, en Zulia, Venezuela, cuyo objetivo fue explorar los niveles de presencia de la competencia emocional autocontrol. Dentro de los resultados, ambos sexos presentaron bajos niveles de presencia de la dimensión Autocontrol de la Inteligencia emocional. Concluyeron que el desarrollo de autocontrol en ambos sexos depende del perfeccionamiento paralelo de las variables: autoconocimiento, empatía, y manejo óptimo de las relaciones sociales. Hacen hincapié en la necesidad de ayuda para desarrollar autocontrol ya que los adolescentes presentaron debilidades para ser capaces de relajarse bajo situaciones de presión, actuar productivamente, calmarse y actuar asertivamente

cuando se está disgustado y otras conductas permiten el desarrollo de esta dimensión emocional. (p. 278)

Por otro lado, la asociación entre autocontrol y adicciones a drogas en adolescentes es un fenómeno que ha sido estudiado por Calvete y Estévez (2008) autores que realizaron un estudio donde participaron 657 adolescentes de Bizkaia, España, donde la media de edad fue de 15.99 años. En una muestra compuesta por 367 chicas y 290 chicos, provenientes de 6 centros escolares. Se relacionaron los hábitos de consumo a sustancias como (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, speed, LSD, éxtasis, hachís), con acontecimientos estresantes tales como: autocontrol insuficiente, el cual implica un déficit en el autocontrol y en la tolerancia a la frustración para lograr los objetivos personales o para controlar la excesiva expresión de los impulsos propios. También se estudiaron otros esquemas como grandiosidad y estilo impulsivo o descuidado de resolución de problemas. Los resultados demostraron que, dentro de los acontecimientos estresantes, autocontrol insuficiente se asoció significativamente al consumo de drogas en adolescentes. (p. 53)

Capítulo 2. Pubertad y Adolescencia

2.1 Etapa previa a la adolescencia: Pubertad (Definición)

De acuerdo con Güemes, Hidalgo y Ceñal (2017) el término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Se le define como un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, donde se logra la talla adulta. Se considera inicio puberal normal a la aparición de telarquia (desarrollo mamario) entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños. (p. 8)

Para Soriano y Argente (2017), el inicio y mantenimiento de la pubertad resulta de la interacción entre importantes determinantes genéticos y un gran número de factores reguladores tales como la nutrición, toxicidad ambiental, situación psicosocial, ciclos

de luz/oscuridad (ritmo circadiano), los cuales incluyen cambios físicos, mentales y conductuales a lo largo del día y la noche. (p. 4)

2.2 Definición de adolescencia

Desde el punto de vista de Hernández (2011) la adolescencia es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta, es una transición tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Según la OMS, es el periodo entre 12 y 19 años. (p. 5)

Para diferenciar los términos adolescencia y pubertad, continúa mencionando Hernández (2011) que, en la pubertad, el cuerpo experimenta una serie de transformaciones sexuales que permiten la procreación, mientras que la adolescencia se deriva de la pubertad, ya que es la respuesta psíquica y social originada por los cambios corporales, un tiempo de cambio, descubrimientos, en el que el pensamiento, las emociones o los sentimientos están a flor de piel. (p. 5)

Asimismo, Iglesias (2013) propone que la adolescencia es en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta. (p. 88)

Con base a lo anterior mencionado, se puede definir entonces, que la adolescencia es el siguiente cambio después de la pubertad, donde las transformaciones psicológicas y comportamentales juegan un papel fundamental, derivado de la maduración sexual fisiológica, que permite pasar de niño a hombre y de niña a mujer.

2.3 Cambios biológicos en la adolescencia.

De acuerdo con la fisiología del crecimiento, en el periodo de pubertad y adolescencia, se encuentra implicada una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La hormona del crecimiento, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento. Por su parte, los caracteres sexuales secundarios, conforman la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes. El desarrollo del vello pubiano, el crecimiento de los testículos, pene y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la

morfología corporal de los adolescentes: una preparación para el futuro reproductor, (Iglesias, 2013: 90).

Otros cambios se observan en el crecimiento en altura, durante el estirón puberal se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta, el aumento ponderal representa el 50% del peso ideal adulto, así también, el aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial (ensanchamiento de hombros), (Iglesias, 2013:91).

2.4 Cambios neuronales en la adolescencia.

Un hecho relevante en el periodo de la adolescencia es el cambio neuronal, para ello Marina (2014) argumenta que los adolescentes piensan de manera madura. Manejan mejor el pensamiento abstracto, consideran las situaciones hipotéticas, piensan introspectivamente sobre sus pensamientos y sus emociones. Continúa exponiendo las habilidades de procesamiento de la información: la eficiencia del procesamiento, la velocidad, las respuestas fluidas, la memoria. Destaca que, durante la adolescencia, el hipocampo crea nuevas dendritas y sinapsis que aumentan la memoria a corto plazo. Así también, aumenta el cuerpo calloso, poniendo comunicación en los dos hemisferios, facilitando así la realización de tareas complejas. Cabe destacar, que la expansión de las capacidades para resolver problemas, razonar y planificar, se hacen presentes. (p. 25)

Existen ventajas y desventajas en la plasticidad del cerebro adolescente, ya que aumenta su capacidad de aprender y de consolidar lo aprendido, sin embargo, estos aprendizajes pueden ser beneficiosos o perjudiciales, mediante la resonancia magnética se ha encontrado que los adolescentes son particularmente susceptibles a las adicciones (alcoholismo, nicotina, drogas). Las áreas que se desarrollan más rápidamente en los adolescentes: los lóbulos frontales y el hipocampo, se encuentran ligados con la adicción. Este descubrimiento explica la rápida adquisición y la duración de las adicciones que comienzan en la adolescencia, (Marina, 2014: 26).

Anteriormente se mencionó la relación del núcleo accumbens con la capacidad de desarrollar autocontrol, es entonces que Marina (2014) apoya dicha relación al revelar

que el gusto por las conductas de riesgo puede influir la remodelación que se hace durante la adolescencia del circuito relacionado con las recompensas. Afirma este autor, que un componente de este circuito es el núcleo accumbens (o ventral striatum) y se encuentra relacionado con la evaluación de las recompensas y con la motivación. (p. 26)

2.5 Cambios emocionales en la adolescencia: autoconcepto, autoestima, búsqueda de la identidad.

Durante la adolescencia la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales como la autoestima, autonomía, valores e identidad se van definiendo en este proceso.

a) Autoconcepto

Desde la perspectiva conductual, uno de los cambios emocionales principales, es la formación del autoconcepto, el cual, dicho con palabras de García (2008), es la tarea principal del adolescente, tomar conciencia de sí mismo, conocerse y trabajar para lograr su identidad, buscando la vinculación con sus pares de manera libre y genuina, de manera que pueda redefinir sus afectos y buscar otros. Dentro de esta autenticidad, se permite valorar a los demás y valorarse a sí mismo. (p. 55)

El autoconcepto se define como “un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos”, (Rodríguez y Caño, 2012: 390).

Por su parte, Fernández (2014) destaca que en esta etapa las emociones se encuentran a flor de piel. Los jóvenes presentan episodios de enojo, ira, tristeza, depresión, miedo, ansiedad, timidez, entre otros. Aunado a esto, surge una falta de interés generalizada, tratándose de una actitud que escogen como defensa a la intrusión adulta. (p. 452)

Es entonces que comienza la añoranza de libertad e independencia, hecho que puede tener roces con los padres, ya que, de acuerdo con Iglesias (2013) los adolescentes viven en un mundo de adolescentes, separado del mundo de los adultos y esta separación a menudo genera conflictos. (p. 88)

a) Autoestima

Otro elemento dentro de los cambios emocionales en la adolescencia es la formación de la autoestima, la cual depende principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas. Para afianzar su propia autoestima, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas que resultan del éxito, evitando a su vez, las emociones dolorosas que resultan del fracaso, (Rodríguez y Caño, 2012: 390).

La autoestima va a producir efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En concreto, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano, (Rodríguez y Caño, 2012: 391).

Cabe mencionar, que de acuerdo con Rodríguez y Caño (2012) la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma, por otra parte, se encuentran niveles relativamente altos en la infancia que disminuyen al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. (p. 391)

Respecto a lo anterior, en el entendido que los niveles altos de autoestima propician habilidades para el afrontamiento de las adversidades de la vida diaria, es válido resaltar la importancia de trabajar en el desarrollo de autoestima alta en adolescentes, de modo que sean capaces de manejar y superar con éxito los eventos estresantes que se presenten.

a) Búsqueda de la identidad

Por último, dentro de los cambios emocionales, encontramos el desarrollo de la identidad, para ello, Fernández (2014) postula que en este periodo los jóvenes empiezan a razonar, anticipar y desarrollar el pensamiento abstracto. De ahí deriva la formación de la identidad, porque se consideran seres independientes y piensan lo que quieren para su futuro. (p. 450)

Prosigue Fernández (2014) describiendo que la separación de los progenitores y la construcción de una identidad propia significa rechazar el mundo de los adultos, transgredir, crear complicidad con el grupo de pares, todo ello para lograr

autoafirmarse. Las preguntas que los persiguen son: ¿Quién soy?, ¿Qué me está pasando? Sugiere el autor que, en muchos casos, los adolescentes se encuentran confundidos por la tormenta de emociones y cambios a los que deben someterse, es entonces que han de separarse del campo de las vivencias infantiles para empezar a vivir como adultos. (p. 450)

Pero no todo es caos en la adolescencia, hay un panorama esperanzador para la juventud, como bien lo expresa Iglesias (2013) a pesar de todo, la mayoría de los adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida. (p. 88)

2.6 Cambio social en la adolescencia: importancia de la familia, amistades, relaciones amorosas-afectivas.

Haciendo énfasis en los cambios sociales de esta etapa, Serrano y García (2010) argumentan que en la adolescencia las preocupaciones se producen por el efecto de las relaciones sociales, para algunos adolescentes, el hecho de ser ignorados por un grupo o pasar al frente de la clase puede construir una experiencia aterradora. Continúan los autores describiendo una serie de temores en esta etapa asociados con el miedo a fracasar en la escuela, a las enfermedades, a ser lastimado, a la muerte, miedo a los padres, a conocer gente, a la soledad, a la apariencia personal, a las multitudes, al sexo opuesto, a grupos o situaciones adultas, a las citas, a las fiestas, a cierto tipo de gente, a hablar frente a un grupo o a otras situaciones que surgen en relación con los grupos sociales. No es improbable pensar que todo este tipo de situaciones sociales y personales puedan causar temor en la adolescencia. (p. 275)

a) Importancia de la familia.

De acuerdo con De León y Silió (2010) el apoyo parental, contribuye al aprendizaje de habilidades sociales y al desarrollo de la competencia social en adolescentes, afirman los autores, que la ausencia de la creación de vínculos entre adolescentes y

figuras parentales repercute negativamente en su desarrollo, provocando muchas veces problemas sociales y emocionales, derivados de la carencia afectiva de los padres. Por lo tanto, la importancia y acercamiento de la familia es crucial para el desarrollo social de los adolescentes. (p. 328)

b) Amistades

Explica Fernández (2014) que, en la adolescencia, los grupos de pares son tanto o más importantes que los propios padres. Los adolescentes empiezan a elegir sus propias amistades y ya no se subordinan a los deseos ni a las normas familiares, demostrando su independencia. Es entonces que los amigos y las amigas ya no son compañeros de juegos, sino que adquieren una importancia relevante íntima. Mientras, la relación con los progenitores cambia, debido a que afloran el desafío, el conflicto y el desapego, y aparecen el rechazo, la rebeldía, el abandono, la lucha por la emancipación y la desidentificación. También surge una nueva capacidad de cercanía y vinculación, pues, aunque no lo demuestren, les importa mucho la opinión de sus progenitores, así como que acepten sus cambios. (p. 454)

c) Relaciones amoroso-afectivas

Respecto a las relaciones amoroso-afectivas, (Nina, 2011) explica que en la adolescencia las relaciones de pareja asumen un rol significativo en el desarrollo de las habilidades sociales al intimar con otra persona. Es mediante estas experiencias que en la adolescencia se podrá establecer nuevas formas de relacionarse afectivamente; además proveen al y a la adolescente apoyo emocional y reafirman su identidad. Cabe destacar que las relaciones de pareja tienen un efecto en la adultez particularmente en lo referente a la autoestima, valores y otros aspectos como enamorarse, intimidad psicológica y sexualidad, (párr. 3).

La presión social se hace presente en este tipo de relaciones, se reconoce que los pares pueden presionar al adolescente para involucrarse sexualmente, por entender que es una manera de expresar amor en una relación romántica, (Nina, 2011, párr. 9).

Es mediante las relaciones románticas que los adolescentes intercambian diversos sentimientos o conductas afectivas como: amor, confianza, intimidad, compromiso, búsqueda de confianza y seguridad, (Nina, 2011, párr. 11).

2.7 Desarrollo del autocontrol en las etapas de la pubertad y adolescencia.

Como se ha revisado anteriormente, durante la adolescencia se transita por diferentes procesos emocionales tales como la búsqueda de identidad, formulación del autoconcepto y autoestima.

Respecto al autoconcepto y autoestima, afirman Rodríguez y Caño (2012) que los adolescentes con baja autoestima llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz y tienden a sobre generalizar los fracasos, esto se traduce en poca capacidad de autocontrol. Como referencia, se ha encontrado que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a incrementar el consumo de alcohol. (p. 394)

También se ha descrito la relación entre los hijos y los padres, la cual puede ser conflictiva porque los jóvenes tienden a desafiar a las figuras de autoridad y en respuesta, los padres solicitan cierto tipo de comportamiento típico de la adultez. Es entonces, que la nueva generación de adolescentes en muchos casos choca con las normas e ideales impuestas, tomando esto como una forma de exigencia y presión del entorno, lo que conlleva a que los adolescentes respondan por la deseabilidad social, necesidad de pertinencia, por aceptación en un grupo y no como una respuesta consciente, planeada o razonada, (Ojeda y Espinoza, 2010: 169).

Afirman Ojeda y Espinoza (2010) que, en base a esta necesidad de sentido de pertenencia o aceptación, los grupos de amigos tiene gran influencia en los actos que realizan los adolescentes. (p. 169)

Respecto a las relaciones interpersonales, la autoestima y el autoconcepto pueden influenciar en las decisiones y conductas de riesgo que se tomen, ya que los adolescentes con alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales, (Rodríguez y Caño, 2012: 391).

A juicio de Mejía y Rosales (2015) las necesidades que no se satisfacen en la familia o en la escuela pueden tratar de compensarse en otros contextos, principalmente,

con los amigos, compañeros o vecinos. En alguno de esos “ámbitos compensatorios” pueden presentarse conductas desviadas como el consumo de drogas. (p. 3)

Las conductas problema en esta etapa del desarrollo, son de origen multicausal, donde se ven implicadas diversas variables psicológicas y sociales, las cuales pueden vulnerar el autocontrol y conducir hacia la drogadicción.

Capítulo 3. Factores de riesgo en adolescentes

3.1 Conductas de riesgo: Definición y tipos

Durante la adolescencia se presentan numerosas condiciones o factores de riesgo. Afirma Páramo (2010) que en la adolescencia hay incrementos en el número de comportamientos considerados problemáticos o de riesgo como el uso de sustancias, ausentismo escolar, robos, vandalismo, sexualidad sin protección, por mencionar algunos. (p. 86)

Asimismo, entre los factores más comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud, se encuentran la edad, expectativas educacionales, calificaciones escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de la familia, calidad de la vida comunitaria y calidad del sistema escolar, (Páramo, 2010: 86).

Respecto a los tipos de conductas de riesgo, existe una distinción entre factores de riesgo de “amplio espectro” y factores de riesgo que son “específicos para un daño”. Refiere Páramo (2010) a los primeros, tales como la familia con pobres vínculos entre sus miembros, la violencia intrafamiliar, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, la deserción escolar, proyecto de vida débil o poco establecido, bajo autocontrol y bajos niveles de resiliencia aumentan en gran medida la probabilidad de presentar comportamientos problema en la población adolescente. Respecto a los factores de riesgo específicos, estos podrían ser: portar un arma blanca, viajar sin casco protector en motocicleta, incluso la ingesta excesiva de calorías. (p. 87)

3.2 Conductas de riesgo y prevalencia: Consumo de alcohol, tabaco y marihuana

El consumo de drogas como alcohol, tabaco y marihuana en la adolescencia son conductas de riesgo que predisponen a los jóvenes para adentrarse en el consumo de otro tipo de drogas, por el hecho de iniciarse en etapas tempranas de la vida, (Villareal et al. 2010, párr. 5).

El tabaco y el alcohol son las sustancias psicoactivas con más alta prevalencia y trascendencia social a nivel mundial, debido a las consecuencias y riesgos que provocan para la salud, tales como afecciones hepáticas, diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios graves, lesiones y accidentes automovilísticos. Estos padecimientos se ubican entre las primeras causas de enfermedad, invalidez y muerte prematura, (López et al. 2016: 128).

a) Consumo de alcohol en la adolescencia

Si nos preguntamos ¿Por qué el consumo de alcohol se ha arraigado culturalmente en la juventud? una respuesta podría ser, como lo exponen Telumbre y Sánchez (2015), que el alcohol, es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisiacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos. (p. 80)

Bajo este concepto, algunas de las causas del alcoholismo en la adolescencia, estarían ligadas con el ambiente y la forma en que se han formulado creencias y significados que favorecen el consumo.

Un acercamiento hacia la problemática existente del consumo de alcohol y sus comorbilidades psicológicas y neurológicas en esta etapa, lo brindan Rodríguez y Bisquerra (2014) quienes sustentan que de las patologías asociadas al consumo de alcohol durante la adolescencia son destacables los trastornos relacionados con el comportamiento hacia el alcohol (abuso o consumo perjudicial y dependencia del alcohol) y las alteraciones relacionadas con los efectos directos sobre el cerebro (intoxicación aguda, abstinencia alcohólica, delirium, trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow, demencia, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño). (p. 256)

Prevalencia del consumo de alcohol

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, el consumo de alcohol en adolescentes se ha agravado, principalmente, entre la población de 12-17 años, en quienes se apreció aumento del 31.7% en 2008 al 42.9% en 2011, (Tegoma y Cortaza, 2016: 2).

Un estudio realizado en adolescentes mexicanos en 2016 reporta que el inicio de consumo de alcohol fue a los 13.7 años, el 74% ha consumido alcohol en la vida, el 61.8% ha bebido en el último año, el 36.6% en el último mes y el 20.6% en la última semana. Las bebidas etílicas de preferencia fueron las bebidas preparadas (53.1%) y la cerveza (33.3%), el 26.7% tiene consumo de bajo riesgo, el 16.8% consumo dependiente y el 18.3% perjudicial, (Tegoma y Cortaza, 2016: 3).

b) Consumo de tabaco en la adolescencia

El consumo de tabaco en la adolescencia es un comportamiento complejo en el que se implican diversas variables relacionadas con las características individuales (genéticas y ambientales), familiares, sociales, culturales y políticas que actúan en conjunto, (Cogollo, Gómez y Campo, 2009: 260).

El entorno familiar ejerce principal influencia para esta problemática, como lo plantea Cogollo, Gómez y Campo (2009) la familia es uno de los sistemas que se asocia con mayor frecuencia al consumo de cigarrillo en adolescentes. Los padres son una influencia principal en la conducta de los hijos, en el caso del consumo de cigarrillo pueden actuar como modelo, facilitar el inicio de consumo de tabaco, influir en las opiniones y actitudes hacia el consumo. Otras fuentes de socialización como los amigos y el entorno escolar también pueden aumentar o disminuir la probabilidad de consumo. (p. 260)

Sin embargo, la misma influencia parental que determina el consumo de tabaco, puede ejercer un papel protector para la prevención de este, como lo sostienen Calleja y Aguilar (2008) los adolescentes que reciben de sus padres supervisión o monitoreo, apoyo y calidez se encuentran en menor riesgo de experimentar con el tabaco. (p. 388).

En una investigación con población escolar, se ratificó que el monitoreo paterno fue un factor protector importante para los adolescentes con respecto al consumo, (Calleja y Aguilar, 2008: 391).

Prevalencia del consumo de tabaco

Referente a las probabilidades porcentuales de consumo, Cogollo, Gómez y Campo (2009) describen que la observación de un padre fumador aumenta en un 10% que los hijos igualmente fumen, y si ambos padres lo hacen, 25% de los hijos fumarán. Así también, el tener un hermano mayor fumador y que en el contexto familiar existan otras personas fumadoras, actúan como factores de riesgo. (p. 260).

En el estudio sobre consumo de tabaco en adolescentes de Quinzan et al. (2015), la prevalencia fue de 29,0 %. De la población estudiada, el 41,2 % habían probado el cigarro alguna vez; cifras que los autores consideraron elevadas. Diversos estudios concuerdan con estos resultados, los cuales arrojaron cifras elevadas de prevalencia de tabaquismo en la población adolescente, (Quinzan et al. 2015: 1234). Los cuales coinciden a su vez, con los hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo, indicando alta prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes.

c) Consumo de marihuana en la adolescencia

De acuerdo con Dörr et al. (2009) el cannabis es la droga ilegal con más altos índices de consumo en el mundo con un ritmo de crecimiento sostenido, y una disminución preocupante de la edad de inicio en su consumo. Desde la perspectiva de salud pública, se considera que un inicio anterior a los 16 años acarrea consecuencias más

negativas que un inicio tardío, tales como un mayor consumo futuro de cannabis y otras drogas, así como dificultades para suspender el consumo. (p. 270)

Respecto al mantenimiento del consumo de marihuana en la adolescencia, continúa describiendo Dörr et al. (2009) que el entorno social influye de manera importante, aunado a la percepción de ausencia de daño respecto a su consumo, ya que se le atribuyen auras de “buena onda” que facilitan la inclusión y aceptación en los grupos de jóvenes, así como propiedades herbales y medicinales, las cuales sin duda existen, pero dentro de la delgada línea entre el uso y el abuso de sustancias, de lo cual hablaremos más adelante. (p. 271)

Prevalencia del consumo de marihuana.

Cifras especialmente preocupantes se reflejan en la juventud, de la mayor parte de los consumidores de cannabis, se concentra de manera principal la población de 15 a 34 años, (UNOCD, 2018, párr. 7).

3.3 Factores de riesgo interno: Inestabilidades, labilidades afectivas, cognitivas y conductuales

a) Labilidades afectivas

Para conocer mejor los factores de riesgo internos, es necesario hablar de las labilidades o inestabilidades en la adolescencia. En primer lugar, se define por labilidad afectiva a la presencia de cambios bruscos, repetidos y de breve duración del estado del ánimo, provocados o no por estímulos externos que son desproporcionados con la emoción que subyace, (Sánchez, Rangel y Jaramillo, 2010: 655).

En este sentido, las variaciones repentinas en los cambios de ánimo y emociones estarían actuando de manera influyente para la aparición de conductas riesgosas, en especial las de tipo negativo, como bien lo argumenta Vázquez et al. (2013) “los estados de ánimo negativo donde se presenta ansiedad o depresión actúan como desencadenantes de conductas de riesgo como el consumo de drogas en la población adolescente”. (p. 82)

En el estudio de García (2018), se encontró que la relación entre labilidad afectiva y autocontrol, en pacientes jóvenes adictos a las drogas, las relaciones eran significativas para ambas dimensiones. También se aceptó la hipótesis que plantea que las dificultades para analizar las emociones complejas y regular la respuesta emocional estaban relacionadas con un hábito frecuente de consumo. Revelaron incluso que la existencia de déficit en la regulación de las emociones y estados de ánimo es generadora de trastornos clínicos de personalidad, de aumento en el consumo de sustancias y baja autoestima en dichos casos. (p. 136)

b) Labilidades cognitivas

Referente a las labilidades cognitivas en la adolescencia, en específico el consumo de tabaco, expone Calleja y Aguilar (2008) que la interpretación que el joven hace de las sensaciones que experimenta cuando fuma sus primeros cigarrillos tiene origen en los esquemas cognitivos. De tal manera que las creencias y actitudes acerca de las consecuencias del tabaco son predictoras del comportamiento, también que es más probable que quienes ya fuman tengan creencias positivas acerca de fumar, tendrán menos creencias en los efectos negativos del cigarrillo. Esto puede aumentar la probabilidad de consumo para el tabaco y otras drogas. (p. 388)

c) Labilidades conductuales

Por otro lado, con respecto a las labilidades conductuales, los hallazgos obtenidos en investigaciones con adolescentes fumadores apoyan la hipótesis de que el comportamiento impulsivo predispone a los adolescentes para que tengan la intención

de fumar. Se ha reportado que los adolescentes fumadores, experimentales o regulares, obtienen puntajes más altos en rebeldía (romper las reglas, actuar impulsivamente y realizar comportamientos riesgosos), que los no fumadores (Calleja y Aguilar, 2008: 388).

La bibliografía señala que las conductas derivadas de los intentos por lograr independencia jugaron un papel en la intención de fumar en adolescentes, quienes buscaban relacionarse con amigos fumadores, así como creer que fumar tiene un valor instrumental que les proporcionará beneficios sociales, como la aceptación y la pertenencia al grupo, (Calleja y Aguilar, 2008: 388).

3.4 Factores de riesgo externos: en lo familiar, amistades y relaciones interpersonales.

Con relación a los factores de riesgo externos para el consumo de drogas, se encuentra el riesgo familiar. Siguiendo a Rodríguez, Sanchiz y Bisquerra (2014) el sistema familiar ejerce fundamental influencia en el consumo de alcohol en los hijos, así como las pautas de interacción familiar, la cohesión y adaptabilidad de los miembros y el consumo de los propios padres. (p. 256)

De acuerdo con Villareal et al. (2010) los adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia, en mayor medida que los no consumidores, como un contexto conflictivo en el que existe poco entendimiento entre los miembros de la familia, (párr. 6).

El entorno habitual, también influye hacia el consumo de drogas, los adolescentes con frecuencia encuentran mensajes ambiguos, diversas instancias denuncian los efectos nocivos del alcohol y por otro lado se estimula el consumo con campañas publicitarias que difunden mensajes asociados a imágenes de libertad y diversión. Es entonces que los efectos derivados del consumo de alcohol no constituyen sólo un problema individual, sino también comunitario. (Rodríguez, Sanchiz y Bisquerra, 2014; 256).

Las amistades también pueden estimular y potenciar la afiliación y la identidad a través de la adhesión a ciertas conductas rituales afianzadas en el grupo. Los iguales se convierten, de esta manera, en una influencia social dominante para el consumo de drogas (Villareal et al. 2010, párr. 7).

Capítulo 4. Drogadicción

4.1 Definición

Primeramente, para definir el concepto de “droga”, Berruecos (2010) argumenta que una droga viene a ser “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental”. (p. 63)

Continúa Berruecos (2010) con una definición puntual para drogadicción: “Se entiende por farmacodependencia o adicción a las drogas al estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento e impulsos por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación”. (p. 63).

a) Diferencia entre consumo y adicción.

Sin embargo, existe un horizonte para diferenciar el uso del abuso de las drogas, para ello, Berruecos (2010) propone el esquema de Gleen, que explica de manera clasificada los diferentes tipos de conductas asociadas al uso y abuso de las drogas: la primera es la experimental, la cual se da en un contexto social-recreacional, la segunda implica niveles de búsqueda más recurrente, la tercera es la disfuncional y la última es la suicida. (p. 63)

Dicho entonces, la conducta suicida hace referencia al abuso en el consumo de drogas. Por su parte Arévalo y Oliva (2015) definen el concepto de abuso de drogas “como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro significativo en

las obligaciones personales o se consume en situaciones de riesgo o se asocia a problemas legales o el sujeto continúa consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona, en áreas significativas como salud física, psíquica, relaciones familiares, laborales y sociales”. (p. 4).

Bajo esta aseveración, entonces podemos definir que el abuso de una sustancia psicoactiva se da cuando hay uso frecuente a pesar de las consecuencias negativas que se originan del mismo

4.2 Tipos de drogas

Expone Ruiz (2018) una breve descripción de las drogas más usadas a nivel mundial, (párr. 1).

Marihuana: Es la droga “ilegal” preferida por los usuarios. Los efectos al fumar marihuana incluyen falta de coordinación física, taquicardia, somnolencia y depresión. La Fundación por un Mundo Libre de Drogas, señala que el humo de la marihuana contiene alrededor de 70% más de sustancias causantes de cáncer que el humo del tabaco. Describe Guachichulca y Reynoso (2016) que la marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas, picadas de la planta de cáñamo. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa los efectos de alteración mental que acompañan la intoxicación por esta droga. (p. 25)

Cocaína: Es un estimulante del sistema nervioso que genera una fuerte adicción. El efecto inmediato de la cocaína se presenta en síntomas como la paranoia, enojo y ansiedad, los riesgos de consumo son: ataque cardíaco, falla respiratoria y apoplejía, que pueden causar la muerte repentina.

Inhalable: Son causantes de irritación de las mucosas nasal y bucal. El Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (coneVvT), órgano de la Secretaría de Educación Pública (SEP), indica que, los síntomas inmediatos de esta adicción

pueden ser la anorexia, mareos, sueño y cambios en la percepción del entorno. Los daños más graves son la ceguera, infarto cerebral, pérdida de memoria y problemas cardíacos.

Alcohol: Los efectos inmediatos del alcohol son la euforia y desinhibición, mareos, náuseas, vómitos y una sensación repentina de bienestar. El consumo excesivo de alcohol causa daños permanentes al cerebro, que se presentan como convulsiones y delirios, además de dificultar la absorción de las vitaminas B, E, A, K y C.

Tabaco: Ha sido vinculado al desarrollo de cataratas y neumonía. El tabaco reduce la esperanza de vida al ser causante de cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago.

Tranquilizantes: Son medicamentos utilizados para tratar el estrés, ansiedad y auxiliares para conciliar el sueño. A corto plazo generan aislamiento, cansancio, disminuyen la reacción emocional, y cambian el estado anímico. A largo plazo el uso de tranquilizantes genera cambios en el peso y el apetito, dificultad para conciliar el sueño, alteración de los periodos menstruales, y una necesidad fuerte hacia su consumo.

Anfetaminas: Son un tipo de droga, estimulante del sistema nervioso y que por lo general se presenta en cápsulas o pastillas. Aumenta el estado de alerta y genera comportamiento agresivo y violento. Su consumo causa daños psicológicos, como agitación, euforia, confianza y energía momentáneas, y también daños fisiológicos, como taquicardia, insomnio, hipertensión, sudoración y trastornos digestivos. Lo más común es generar pérdida del apetito.

Éxtasis: de acuerdo con reportes de la Secretaría de Seguridad Pública, en México se consumen al año alrededor de 400 kilogramos de éxtasis. A diferencia de los alucinógenos, esta droga no produce trastornos sensoriales. Potencializa la capacidad de memoria, tiene efectos antidepresivos y analgésicos, es utilizado para “aguantar más”. Esta droga, contrario a lo que podría pensarse puede causar la muerte repentina, ya que lleva a la deshidratación y daño cerebral.

Heroína: provoca boca seca, piel rojiza, pesadez del cuerpo y alteraciones del sistema nervioso central. El consumo de esta droga puede incluir aborto espontáneo, colapso venoso y enfermedades infecciosas por el uso de jeringas entre las que pueden estar la hepatitis y el VIH/SIDA.

LSD: Es una droga altamente alucinógena, y contiene sustancias químicas que alteran el estado de ánimo. Causa daños en el sistema nervioso central. Los efectos alucinógenos pueden durar hasta 12 horas, lo que causa mayor sensibilidad. Puede ser causa de muerte, esquizofrenia y paranoia, quien la consume está constantemente angustiado.

4.3 Consecuencias del consumo de drogas.

a) Consecuencias neurológicas.

Hacen una descripción de los efectos neuronales Quimbayo y Olivella (2013) quienes mencionan que, asociado al consumo de drogas como la marihuana, se encuentran afectaciones en la capacidad de aprendizaje, memoria y funciones cognitivas superiores, como el juicio y el placer, la capacidad de concentración para realizar tareas complicadas y el estado de alerta para conducir. (p. 35)

Asimismo, Guachichulca y Reynoso (2016) describen que “este tipo de drogas producen una agudización de las percepciones visuales, auditivas, táctiles, así como una ligera distorsión del espacio y tiempo. Paralelamente se altera la memoria reciente y existe dificultad en la concentración, disminución de la atención e incoordinación motora”. (p. 25)

Cabe resaltar que el uso continuo y el abuso de drogas lleva a cambios en la neurotransmisión cerebral y modifican el circuito VTA-Accumbens-PFC. La integridad de este circuito es imprescindible para que se manifieste la adicción y se encuentra relacionada con la capacidad de autocontrol, (Velázquez y Ortiz, 2014: 23)

Los factores de asociación respecto a la adicción son diversos ya que está acompañada por cambios muy duraderos una vez que se establece, tan impactantes son los cambios que pueden reactivar la estimulación de dicho circuito sólo con la imagen del consumo, (Velázquez y Ortiz, 2014: 23). Lo anterior nos indica una relación estímulo-respuesta, de tipo conductual, originada desde procesos orgánicos.

De las consecuencias a nivel orgánico del consumo de drogas, continúan argumentando Quimbayo y Olivella (2013) que, en el sistema neuroendocrino, se presentan efectos en la función sexual y reproductiva, disminución libidinal, ciclos anovulatorios, oligospermia, alteración en la movilidad de los espermatozoides. En el sistema inmune, se suprimen respuestas humorales y celulares in vivo e in vitro, se da un aumento en la susceptibilidad a infecciones. (p. 35).

Afirman Quimbayo y Olivella (2013) que en los pulmones “Los fumadores frecuentes de tabaco y marihuana, tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, bronquitis y enfisema pulmonar. Así también, los efectos cardiovasculares dependen en gran medida de la dosis. Dosis bajas o moderadas incrementan la actividad generando taquicardia y aumento del gasto cardiaco. Dosis elevadas producen activación parasimpática que ocasiona bradicardia e hipotensión”. (p. 35)

b) Consecuencias internas

Sostienen Quimbayo y Olivella (2013) que la fobia social, la ansiedad social y el trastorno afectivo bipolar están causalmente relacionados con el desarrollo de la dependencia de sustancias, mientras que el ataque de pánico, depresión mayor y trastorno por uso de sustancias resultan en parte como consecuencia de situaciones familiares complejas, siendo estos determinados como factores de tipo familiar con relación a las afectaciones psicológicas. (p. 35)

Es alarmante revelar que respecto al consumo en etapas tempranas y su relación con el nivel de afección psicológico Quimbayo y Olivella (2013) destacan que la edad de inicio funge como predictor de trastornos posteriores y factor mediador para el posible daño psicológico a largo plazo. (p. 35)

c) Consecuencias externas

Respecto al consumo de drogas en adolescentes, Dörr et al. (2009) sostiene que las principales afectaciones se presentan en el rendimiento escolar sin causas aparentes, existen cambios en los grupos de amigos y aislamiento de la familia. (p. 271)

Enfatiza Espada et al. (2003) que los problemas escolares, así como la deserción escolar, se encuentran estrechamente relacionados con el consumo de alcohol. (p. 10)

Por otra parte, Berruecos (2010) menciona que en el ámbito interpersonal los efectos del abuso del alcohol son inmensos: desintegración y empobrecimiento familiar, alta coincidencia con hechos criminales, ausentismo laboral, entre muchos otros. (p. 70)

Otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias en adolescentes es el sexo no planificado. Siguiendo a Espada et al. (2003) las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar, argumenta que un tercio de las experiencias sexuales entre adolescentes tenían lugar después de haber tomado drogas. Aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, el consumo de drogas actúa como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud. También señala los accidentes de tráfico. El riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el consumo de sustancias. Incluso, el comportamiento delictivo entre los adolescentes consumidores existe con mayor probabilidad, el daño deliberado a bienes públicos, el robo de artículos y las peleas físicas son otras de las consecuencias externas en adolescentes consumidores de drogas. (p. 10)

4.4 Panorama actual mundial de la drogadicción.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas 2020, alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el 2018, lo cual supone un

aumento de 30% con respecto al 2009, mientras que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas. La situación actual global respecto a la pandemia de COVID-19 es analizada por este informe, el impacto en los mercados de drogas aún no se conoce plenamente, sin embargo, se han identificado restricciones fronterizas vinculadas con la pandemia que han provocado escasez de drogas en las calles, lo cual ha dado lugar a un incremento en los precios y a una reducción de la pureza, (UNOCD, 2020, párr. 1).

De los riesgos asociados a la situación sanitaria mundial, también se encuentra el aumento en el desempleo y la disminución de oportunidades causadas por la pandemia, lo que pueden afectar de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas, así como al tráfico y cultivo para ganar dinero, señala el Informe, (UNOCD, 2020, párr. 2).

Por otro lado, las tendencias crecientes en el consumo de drogas han ponderado al cannabis en primer lugar, fue la sustancia más utilizada en todo el mundo durante el 2018, con un estimado de 192 millones de personas consumidoras. Por su parte los opioides siguen siendo las drogas más perjudiciales, ya que, durante la última década, el total de muertes relacionadas con su consumo aumentó un 71%, con un incremento del 92% entre las mujeres, en comparación con el 63% entre los hombres, siendo los adolescentes y adultos jóvenes quienes representan la mayor parte de quienes consumen drogas, mientras que los jóvenes son también los más vulnerables a los efectos de las drogas porque son quienes más consumen y sus cerebros están todavía en desarrollo. (UNOCD, 2020, párr. 6)

Cabe destacar que en la mayoría de los países latinoamericanos el uso de bebidas alcohólicas sigue formando parte de la vida cotidiana, como un acto social y cultural consolidado dentro de las costumbres sociales, (Telumbre y Sánchez, 2015: 80).

El consumo nocivo de alcohol causa 2.5 millones de muertes al año, unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el consumo de dicha sustancia, lo que representa un 9% de las defunciones en este grupo etario,

además de causar daños a la salud física y psíquica del bebedor (Telumbre y Sánchez, 2015: 80).

4.5 Panorama en México

Respecto a prevalencias del consumo de drogas en nuestro país, describe Villatoro (2016) los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) muestran que a nivel nacional el 17.2% de los jóvenes de secundaria y bachillerato han consumido drogas alguna vez en la vida, en los hombres 18.6% y en las mujeres 15.9%; particularmente, por nivel educativo la prevalencia cambia de 12.5% en secundaria a 25.1% en bachillerato. Las prevalencias estatales de consumo más altas las encontramos en Ciudad de México (25%), Quintana Roo (22%), Estado de México (21.1%), Jalisco (20.1%) y Chihuahua (19.8%). (p. 200)

Haciendo referencia a los grupos vulnerables para el consumo de drogas, Villatoro (2016) menciona que las drogas de preferencia entre los adolescentes son la marihuana (10.6%), seguida de los inhalables (5.8%) y la cocaína (3.3%), siendo la edad de inicio en el consumo de drogas los 13 años, de forma similar entre hombres y mujeres. (p. 200)

Continúa exponiendo (Villatoro, 2016) que los comportamientos de consumo por sexo, en la mayoría de los indicadores el consumo de hombres y mujeres es similar en todos los Estados. De hecho, el mayor crecimiento de los últimos años los tiene las mujeres. (p. 200)

4.6 Drogadicción y el autocontrol

En un estudio referente a la relación que existe entre la drogadicción y autocontrol en adolescentes, Pérez (2012) revela que se identificaron siete escalas de habilidades para la vida que la literatura reporta como relacionadas con la prevención del consumo de drogas. Tales habilidades conforman la capacidad de autocontrol y la regulación emocional. (p. 155)

Continuando con Pérez (2012), dentro de la investigación de las habilidades antes mencionadas en jóvenes, los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas en la habilidad de resistencia a la presión y en el nivel de creencias hacia las drogas, donde el grupo de estudiantes que no había consumido sustancias como alcohol en el último mes, obtuvieron puntajes significativamente más altos en habilidades que conforman el autocontrol en jóvenes como autoconocimiento, manejo del enojo, expresión de las emociones, toma de decisiones y resistencia a la presión. (p. 157)

Lo anterior descrito ratifica la relación principal descrita en esta investigación respecto a la influencia de la capacidad para autocontrolarse y el consumo de drogas en la adolescencia. Afirma Pérez (2012) que las habilidades en jóvenes para la regulación emocional y autocontrol repelen de forma importante las adicciones a las drogas. Por el contrario, los adolescentes que presentan comportamientos antisociales, resistencias a las normas, impulsividad y agresión en sus relaciones interpersonales, tiene características de riesgo para la conducta de consumo. (p. 158)

Los aspectos cognitivos, también determinan a los adolescentes hacia el consumo, como lo sostiene Pérez (2012), las creencias a favor de las drogas se relacionan con el abuso de sustancias, principalmente en la etapa de iniciación en el uso de drogas suele ir precedida por actitudes favorables hacia el consumo. Además, los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobreestimar la prevalencia de consumo en su entorno. Queda claro que se requiere profundizar en el conocimiento sobre la relación entre las habilidades emocionales y cognitivas en el consumo adolescente. (p. 158)

Capítulo 5. Medidas de intervención y preventivas que se han hecho para jóvenes vulnerables a la drogadicción.

5.1 Diferencia entre intervención y prevención.

El término prevención en psicología hace alusión a la aplicación y fomento de programas integrales donde se prioriza la promoción de comportamientos saludables sobre colectivos o individuos, (Fernandes, Carmo y Jiménez, 2009: 3).

Por otro lado, el término intervención en psicología alude a la aplicación de principios y técnicas psicológicas a nivel individual o grupal con el fin de ayudarlas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de estos y/o a mejorar las capacidades personales, (Bados, 2008: 2).

Aunque ambos conceptos están relacionados, puede determinarse, que todas las acciones que se emprenden ya sean para promover, prevenir o tratar problemas de salud tanto colectivamente como individualmente puede denominarse "intervención", (Fernandes, Carmo y Jiménez, 2009: 3).

.

5.2 Niveles de intervención del psicólogo

La anterior aclaración se hace con el fin de comprender cuál es la acción del psicólogo en el área de prevención de los problemas de salud pública, como las adicciones, las cuales a su vez se clasifican en tres niveles, según Ríos (2012, p. 25) son:

a) Intervención primaria:

Los objetivos buscan intervenir factores que inciden en las conductas de riesgo y promover comportamientos saludables. Estas acciones incidirán sobre colectivos estructurados, los cuales influyen como posibles agentes de salud en otros individuos de la comunidad (padres de familia o maestros), de forma que se incremente la probabilidad de crear hábitos tempranos de salud en el colectivo infantil y juvenil.

b) Intervención secundaria:

Actuación sobre individuos en los que ya existen factores de riesgo, la interdisciplinariedad permite al equipo de salud intervenir en varios frentes, de forma que los tratamientos médicos se complementan con los psicológicos, potenciando sus efectos.

El objetivo fundamental del psicólogo en este nivel es intervenir sobre los comportamientos que propician los factores de riesgo.

c) Intervención terciaria:

El objetivo en este nivel será el de paliar en lo posible los efectos de los trastornos por adicciones, evitando las posibles recaídas y efectos secundarios no deseados. En los niveles anteriores se busca modificar comportamientos de riesgo, para este nivel la necesidad es imperiosa. No se habla de la posibilidad de padecer una adicción, esta ya se ha dado. Es entonces momento para instaurar un programa de cambio de hábitos, al mismo tiempo de programas para el mantenimiento de las prescripciones médicas indicadas para el paciente.

5.3 Procedimiento de la Intervención primaria de la drogadicción.

De acuerdo con Arbex (2002) los programas de intervención agrupados bajo la denominación de Prevención Selectiva van dirigidos a un segmento de población concreto que, por características personales, del entorno social, familiar, sociocultural y de relación, se hallan expuestos a diversos factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. (p. 45) En estos sectores de la población, generalmente los adolescentes tienen posibilidades de que el consumo de drogas se cronifique como tal, por tanto, el riesgo puede venir determinado por:

- Entornos de alto riesgo: extrema pobreza, desarraigo social, altos índices de delincuencia
- Familias multiproblemáticas
- Hijos de alcohólicos o drogodependientes

- Niños con una experimentación temprana con drogas
- Menores con problemas con la justicia
- Adolescentes buscadores de sensaciones

Concorde con Arbex (2002) en esta fase se procede al conocimiento de la realidad y del entorno social de los menores mediante la observación directa y la entrevista de recogida de información, mediante la cual el evaluador recoge y ordena información relevante (sistematizando los datos con relación a determinados indicadores) para una adecuada comprensión de la realidad social de los menores y la posibilidad de incidir sobre ella.

Tal información se contrasta con aquellos profesionales que están en contacto con la población analizada para contrastar la información. (p. 45)

Seguido a ello, la fase de captación precisa el momento del acercamiento y del contacto directo con el menor para su vinculación con los programas donde la comunicación se convierte en una importante herramienta de trabajo y debe servir para establecer lazos entre la población adolescente y los escenarios no institucionales. Como parte de las actuaciones preventivas se desarrollan las acciones necesarias para conseguir una aproximación progresiva al objetivo final educativo propuesto, (Arbex, 2002: 46).

5.4 Procedimiento de la Intervención secundaria y terciaria de la drogadicción.

De acuerdo con Arbex (2002) se define como prevención indicada a la intervención en menores que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático, por tanto, esta actuación es óptima para este nivel de intervención. (p. 68)

En las intervenciones secundarias y terciarias, las terapias cognitivo-conductuales suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias ya que representan la integración de los principios derivados de la teoría

del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva, (Becoña et al. 2008: 41).

Consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el sujeto tiene sobre sí mismo. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen: -Centrarse en el abordaje de los problemas actuales. -Establecer metas realistas y consensuadas con el paciente. -Buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes. -Utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas (Becoña et al. 2008: 41).

La estrategia terapéutica que sea exitosa para el tratamiento de las adicciones según (Souza, 2007) ha de enfatizar la prevención de la recaída, promover el crecimiento de los pacientes, su autodeterminación y autorregulación, cancelando en todo momento la dependencia a las sustancias. (p. 173)

Explica Becoña et al. (2008) que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es el mayormente aplicado para los problemas asociados al abuso de sustancias, el cual deriva de la terapia cognitivo-conductual, buscando desarrollar determinadas habilidades consideradas como deficitarias en los sujetos con adicción que no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo. Estas técnicas tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades de autocontrol del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales. (p. 42) De las cuales destacan:

a) Control de estímulos

Describe de forma concisa esta técnica Del nogal (2009) la cual consiste en hacer que el paciente se aleje de los facilitadores de consumo de manera transitoria, puesto que más adelante se le pedirá que se exponga a estos, haciendo uso de las habilidades adquiridas para resistir el impulso. Algunos ejemplos del control de estímulos aplicados en terapia serían: -Evitar por el momento los lugares en los que

solía consumir, y fomentar la estancia en lugares alternativos en los que sea más difícil hacerlo. -Evitar a la gente con la que solía consumir, y buscar o fomentar las relaciones con gente que no consumen drogas. -Eludir las conversaciones relativas a la sustancia y su consumo. -Empezar a desarrollar nuevos temas de conversación sobre cosas que antes le gustaban al paciente. -Festejar las alegrías y las celebraciones sin recurrir a los consumos. Recurrir a otras estrategias (comidas, cine, etc.) no vinculadas a los consumos. -Ante situaciones emocionales negativas, no recurrir a los consumos; sino afrontarlo con otros recursos de los que dispone, y contar con el apoyo de otras personas. -Comentar con la gente que te rodea, tu compromiso de no consumir más: pedirles que no te ofrezcan, que lo has dejado. -Ir descubriendo un nuevo mundo de olores (para el caso de los consumidores de cocaína) y de sabores (para el caso de consumidores de alcohol). -Buscar actividades alternativas agradables. -Si se tiene que entrar a un bar repetir 3 veces antes de entrar cuál será la bebida no alcohólica a ordenar. (p. 54)

b) Prevención de recaídas

Plantea Becoña et al. (2008) Si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control. (p. 43)

Mediante la prevención de recaídas el individuo logra:

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo, (Becoña et al, 2008: 43).

c) Manejo de contingencias

El MC se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de esta, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas. Este tipo de intervenciones requieren, por tanto, seleccionar y monitorizar frecuentemente y de forma muy precisa, la conducta objetivo. Entre los reforzadores más utilizados destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, el dinero en metálico o los vales y los descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad, contingentes a la abstinencia a sustancias durante el tratamiento, (Becoña et al. 2008: 44).

d) Técnicas cognitivas

Entre las técnicas cognitivas utilizadas para las adicciones pueden mencionarse: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, retribución, descentramiento, descatastrofización, uso de imágenes, manejo de supuestos personales, etc. (Becoña et al. 2008: 45).

e) Técnicas conductuales.

Entre las técnicas conductuales se encuentran la programación de actividades incompatibles, escala de dominio/placer, asignación de tareas graduadas, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, rol playing, exposición en vivo, etc. (Becoña et al. 2008: 45).

Capítulo 6. Investigaciones empíricas sobre autocontrol y drogadicción

Como bien lo expresa De Sola, Rubio y Rodríguez (2013) existen evidencias de que la conducta descontrolada es antesala del comportamiento adictivo en el ámbito del uso de sustancias. Subrayan los autores, que en la base de la adicción existe un trastorno del control de los impulsos y de tipo compulsivo. (p. 149)

Por tanto, se pretende en este capítulo, enfatizar la importancia del estudio y desarrollo del autocontrol en adolescentes como tratamiento para conductas autodestructivas como el consumo de drogas, basado en investigaciones empíricas.

Cabe mencionar, que las investigaciones con soporte empírico fortalecen la acción terapéutica y mejoran el posicionamiento de la disciplina psicológica, aumentando la confianza en la psicología clínica por parte de los usuarios potenciales al fomentar su uso extendido entre personas y grupos con dificultades emocionales o conductuales que requieran ayuda, (Londoño y Valencia, 2005: 163).

A continuación, se presentan aspectos relevantes de diferentes estudios sobre el autocontrol y estilos de afrontamiento, los cuales se relacionan en la incidencia de conductas de riesgo como el consumo de drogas y la conducta delictiva en adolescentes y adultos. Las variables “inteligencia emocional” o “habilidades para la vida” analizadas en los estudios, se correlacionan con el autocontrol ya que son dimensiones que conforman el constructo autocontrol.

Autocontrol y consumo de drogas (López, Peralta, Muñoz y Godoy, 2003).

Objetivos:

El estudio buscó comprobar la relación entre algunas variables de la personalidad como autocontrol, asertividad, estilo atribucional y autoeficacia con el consumo de drogas (cantidad y cronicidad de alcohol, hachís, cocaína y heroína), (López et al. 2003: 127).

Aspectos teóricos:

Expone López et al. (2003) que el autocontrol resulta de vital importancia en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado, a la inversa su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo. (p. 128)

Respecto a la variable estilo atribucional, los autores señalan su relevancia en el consumo de alcohol y drogas, relacionada con atribuciones inadecuadas, es decir, contrarias a percepciones favorables. De acuerdo con la bibliografía consultada los alcohólicos, en relación con los no alcohólicos poseen un estilo atribucional más externo e inestable (López et al. 2003: 128).

La siguiente variable analizada fue la asertividad, en relación con las drogodependencias data desde los años 70. Desde esta década, existe bastante consenso en incluir entrenamiento en asertividad dentro del tratamiento de alcohólicos y drogodependientes; una de las razones que se señalan es que los individuos presentan dificultades en la interacción social y eficacia interpersonal desde la infancia, las cuales son intervenidas mediante desarrollo de la asertividad, (López et al. 2003: 128).

Concerniente a la variable autoeficacia, cuanto más bajas sean las expectativas del sujeto, más vulnerable será en el momento del inicio de consumo, en la conducta de mantenimiento y en las posibles recaídas. Afirman los autores que la autoeficacia es una variable protectora para la abstinencia del alcohol, (López et al 2003: 128).

Metodología:

Participaron en este estudio 53 sujetos, 19 mujeres y 34 hombres, con una edad media de 27.42 años. Los sujetos que componen la muestra son consumidores de drogas, (López et al. 2003: 129).

Se analizaron las variables dependientes mediante las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo E.I.C.A (Cantidad de droga) y del Cuestionario de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo E.I.C.A (Cronicidad de droga). En relación con las variables independientes obtenidas

mediante las puntuaciones del Cuestionario de Estilo Atribucional de los éxitos y los fracasos de Peterson et al. (1982). El inventario de Asertividad de Rathus (1973). El cuestionario de autocontrol de Rosenbaum (1980), (López et al. 2003: 130).

El contraste de la hipótesis del estudio se realizó mediante dos análisis de regresión lineal múltiple, con el objetivo de determinar la relación entre estilo atribucional para los éxitos y estilo atribucional para los fracasos, asertividad, autocontrol, autoeficacia y consumo de drogas: cantidad y cronicidad de alcohol, hachís, cocaína y heroína consumidas, (López et al. 2003: 131).

Resultados del estudio:

Los resultados obtenidos resaltan que el consumo de drogas, definido como la cantidad y cronicidad del consumo de drogas (alcohol, hachís, cocaína y heroína) está relacionado de manera inversa con el autocontrol y de manera directa con la asertividad, (López et al. 2003: 132).

Concluye López et al. (2003) que el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta. Esta variable explica una parte importante de la variabilidad, tanto en la cantidad de consumo como en la cronicidad de este. (p. 132)

El segundo hallazgo fue la relación directa entre la asertividad y el consumo de drogas, tanto la cantidad de consumo como la cronicidad. De acuerdo con otras investigaciones, las expectativas de sentirse más asertivos bajo los efectos del alcohol se relacionan positivamente con la cantidad de alcohol (López et al. 2003: 133).

Es el momento: un metaanálisis sobre el vínculo autocontrol-desviación (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017).

Objetivo:

Examinar el vínculo entre el autocontrol y las medidas del delito y la desviación, haciendo un balance del estado empírico de la teoría del autocontrol, (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 48).

Aspectos teóricos:

El estudio analizó los resultados de publicaciones realizadas entre 2000 y 2010, que informaron una estimación de una asociación entre el autocontrol y la desviación o conducta delictiva, bajo el argumento principal de la teoría del autocontrol de Gottfredson y Hirschi, quienes afirman que el bajo autocontrol es un predictor consistente de conductas criminales y desviadas (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 49).

Cabe destacar, que dentro de la teoría de Gottfredson y Hirschi, se identifican las prácticas de socialización de los padres dentro de los primeros diez años de vida como uno de los principales precursores del desarrollo del autocontrol. Sin embargo, estos factores no son totalmente determinantes, ya que, según los autores, el autocontrol es maleable y puede abordarse en el trabajo de prevención e intervención durante la niñez y adolescencia, (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 49).

El estudio analizó a fondo la relación entre el bajo autocontrol y la desviación al comparar los efectos del bajo autocontrol en manifestaciones específicas de conductas desviadas, tales como: desviación general, violencia física, abuso de sustancias, deshonestidad académica y organizacional, (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 49).

Metodología:

Se revisaron un total de 796 estudios para los criterios de inclusión / exclusión y se obtuvo una muestra de estudio final de 99 estudios (88 tamaños de efecto transversales y 19 longitudinales, analizados por separado), (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 50).

Resultados:

Se encontró un apoyo empírico sustancial en los estudios analizados para el argumento principal de la teoría del autocontrol de Gottfredson y Hirschi, el cual sostiene la existencia del vínculo transdisciplinario entre el autocontrol y las medidas del crimen y la desviación. Por tanto, el bajo autocontrol es un predictor consistente de conductas criminales y desviadas, (Vazsonyi, Mikuška y Kelley, 2017: 56).

Estudio de la regulación de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos (Casullo, G, 2011).

Objetivo:

Analizar la relación entre la Inteligencia Emocional y la Percepción de Autocontrol frente al Riesgo en adolescentes.

Aspectos teóricos:

En el marco de la psicología positiva, se han introducido diversos conceptos de inteligencia emocional que la definen como la habilidad para percibir, valorar, comprender y manejar las emociones. Desde una perspectiva preventiva se plantea la necesidad de estudiar las emociones y su relación con las conductas de riesgo en los adolescentes. En este sentido, la percepción del autocontrol frente a diversas situaciones de riesgo permite conocer en qué medida los adolescentes pueden anticiparse y/o evitar el compromiso con el riesgo, (Casullo, 2011. 29).

Una de las áreas fundamentales en las cuales la falta de inteligencia emocional provoca o facilita la aparición de problemas de conducta entre jóvenes, es el caso de la aparición de las conductas disruptivas. La adolescencia se caracteriza por el inicio de algunas actividades amenazantes o imprudentes como fumar, beber, consumir drogas, manejar vehículos, entre otras, (Casullo, 2011. 29).

Metodología:

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio en población adolescente, la muestra estuvo conformada por 40 alumnos de una escuela pública de nivel secundario en Argentina, (Casullo, 2011 :30).

Para evaluar el constructo Inteligencia Emocional se administró el Cuestionario de Rasgo de Inteligencia Emocional de Petrides y Furnham, 2001, el cual abarca dimensiones como la empatía, impulsividad, asertividad, autoestima; así como elementos de la inteligencia social y de la inteligencia personal, (Casullo, 2011 :30).

Para evaluar la Percepción de Autocontrol se administró la Escala de Percepción de Autocontrol frente al Riesgo de Casullo, 2002, el cual se compone de 5 dimensiones, Consumo de Drogas, Violencia e Inseguridad pública, Salida Exogámica, Accidentes en la Vía Pública o de Tránsito, Presión del Grupo de Pares, (Casullo, 2011: 30).

Resultados:

Los resultados de los análisis estadísticos realizados reflejan que aquellos adolescentes que tienen una mayor percepción de habilidades a la hora de regular sus emociones informan de un mayor autocontrol en la vía pública, adoptando conductas de cuidado, por ejemplo no conducir vehículos habiendo bebido alcohol o evitando viajar en un auto cuyo conductor se encuentra alcoholizado; y un mayor autocontrol frente al consumo del alcohol y drogas, no aceptando consumir o no excediéndose en su consumo. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que demuestran que aquellos adolescentes con mayores habilidades percibidas para atender, comprender y manejar sus propias emociones tienen un menor consumo de sustancias. Una alta regulación emocional se relaciona con un menor número de conductas autodestructivas (Casullo, 2011: 31).

Retardo de la gratificación y autocontrol de jóvenes antisociales: características asociadas al género (López, López y Freixinos, 2003).

Objetivos:

Encontrar qué relación existe entre la variable autocontrol y la conducta antisocial/delictiva, (López, López y Freixinos, 2003: 5).

Aspectos teóricos:

La carencia de autocontrol y el comportamiento impulsivo han sido considerados como características sobresalientes de los individuos antisociales. La impulsividad es entendida como un fracaso para planificar respuestas adecuadas e inhibir las respuestas inadecuadas como la tendencia a responder con la conducta más fácilmente disponible, interrumpir frecuentemente a otros, no atender las normas e incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus consecuencias, (López, López y Freixinos, 2003: 7).

Referente a las comorbilidades del autocontrol con distintas patologías psicológicas, se ha encontrado fuerte asociación en adolescentes con problemas de adaptación a las normas sociales, impulsividad y el consumo de sustancias, (López, López y Freixinos, 2003: 7).

El autocontrol hace referencia a un conjunto de habilidades cognitivo-emocionales, con fuerte influencia del ambiente a través de los procesos de aprendizaje implicados en la crianza, que determinan la inhibición de respuestas rápidas, que producen más satisfacción al momento, para poner en marcha conductas elegidas intencionalmente, que exigen un esfuerzo mantenido, con el fin de obtener una meta valiosa a largo plazo (López, López y Freixinos, 2003: 8).

La relevancia del autocontrol y de los procesos de autorregulación, en el desarrollo del comportamiento humano saludable y adaptado personal y socialmente tiene un fuerte componente cognitivo. Desde las primeras propuestas conductistas más radicales en cuanto a la determinación ambiental del control personal, se ha pasado

a propuestas claramente cognitivas, en las cuales son centrales los conceptos de autodirección y regulación personal, entendidos como aplicación deliberada de principios de cambio personal, y aumentando la importancia del reforzamiento intrínseco, no supeditado a reforzadores externos, (López, López y Freixinos, 2003: 8).

Metodología:

La muestra estuvo compuesta por 324 adolescentes entre 12 a 17 años, se aplicó el cuestionario de Conducta Antisocial-Delictiva (AD) y el cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA). Las puntuaciones normalizadas obtenidas se relacionaron mediante análisis de correlación y regresión (López, López y Freixinos, 2003: 11).

Resultados:

Dentro de los hallazgos en el estudio, López, López y Freixinos (2003) ratifican la relación entre el bajo nivel de autocontrol y la conducta antisocial, la incapacidad para aplazar recompensas en las personas se encuentra asociada con la conducta antisocial, ya que, de las cuatro escalas para medir el autocontrol, la de retardo en la gratificación (no dejarse llevar fácilmente por las apetencias inmediatas más impulsivas) aparece fuertemente relacionada con la conducta antisocial-delictiva. Los resultados concuerdan con otros estudios y teorías que muestran que la impulsividad y la falta de autocontrol están directamente relacionadas con las conductas antisociales, delictivas e incluso con la psicopatía. (p. 17)

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

Objetivo:

Evaluar la asociación entre estresores, esquemas cognitivos, impulsividad, bajo autocontrol y consumo de drogas en adolescentes, (Calvete y Estévez,2009: 49).

Aspectos teóricos:

El estrés es un factor asociado a la conducta adictiva. La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social, (Calvete y Estévez, 2009: 50).

Describe McGinn y Young en (Calvete y Estévez 2009: 50) que los esquemas cognitivos se activan por los ambientes estresantes que son relevantes a cada esquema particular. Cuando se activan, los esquemas generan emociones muy intensas en la persona y conducen directa o indirectamente a una serie de problemas psicológicos tales como depresión, sentimientos de soledad, relaciones destructivas, adicciones al alcohol y drogas, entre otros.

Metodología:

La muestra estuvo compuesta por 367 chicas y 290 chicos, provenientes de 6 centros escolares de Bizkaia, España. Se relacionaron los hábitos de consumo a sustancias como (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, speed, LSD, éxtasis, hachís), con acontecimientos estresantes tales como: autocontrol insuficiente, el cual implica un déficit en el autocontrol y en la tolerancia a la frustración para lograr los objetivos personales o para controlar la excesiva expresión de los impulsos propios. También se estudiaron otros esquemas como grandiosidad y estilo impulsivo o descuidado de resolución de problemas, el análisis se realizó a través de regresiones múltiples jerárquicas, (Calvete y Estévez, 2009:4).

Resultados:

Los resultados demostraron que, dentro de los esquemas cognitivos consistentes, el autocontrol insuficiente se asoció significativamente al consumo de drogas en adolescentes. Lo que reflejan en definitiva un estilo cognitivo consistente que

relaciona la falta de límites, impulsividad y el consumo de drogas, (Calvete y Estévez, 2009:7).

Es además un estilo resultante en buena medida de pautas cada vez más permisivas de crianza, las cuales fallan en el establecimiento de límites y disciplina adecuados. Estos resultados tienen, por tanto, implicaciones para la intervención en las adicciones, y sugieren que las acciones formativas dirigidas a padres y madres, que resalten la importancia del establecimiento de límites y el desarrollo de la tolerancia a la frustración, pueden contribuir positivamente a la prevención primaria de conductas adictivas, (Calvete y Estévez, 2009:7).

El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias (Cano, V. A., Miguel, T. J., González, H., Iruarrizaga, I., 1994)

Objetivo:

Hacer una valoración de la relación afrontamiento y ansiedad de los sujetos que intentan dejar el hábito de fumar, (Cano et al. 1994: 145)

Aspectos teóricos:

Se habla de estrés para referirse, bien a situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo o bien a las reacciones, biológicas o psicológicas, que el individuo desarrolla ante dichas situaciones, (Cano et al. 1994:146).

Frecuentemente los términos 'ansiedad' y 'estrés' se utilizan a veces como sinónimos, en ambos casos se hace hincapié en el estudio de las variables cognitivas (valoración y afrontamiento) que están implicadas en la interpretación de la situación ansiógena que da lugar a una reacción del organismo que puede ser observada en tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor, (Cano et al. 1994:146).

Enfatiza Cano et al. (1994) en las diferencias individuales respecto al rasgo de ansiedad, asociada con distintos tipos de situaciones y distintas áreas situacionales. Por lo tanto, el rasgo debe ser considerado multidimensional y deben evaluarse también rasgos específicos de ansiedad, ansiedad en situaciones sociales, por ejemplo. (p.147).

De acuerdo con Cano et al. (1994), es necesario evaluar en qué situaciones se producen estas respuestas de ansiedad. La ansiedad está estrechamente relacionada con algunas situaciones o estímulos, como han puesto de manifiesto los modelos del aprendizaje. Por otro lado, existen diferencias individuales ligadas a situaciones sociales que suelen generar ansiedad en casi todos los individuos, pero pueden causar más en unas personas que en otras. Por tanto, es necesario evaluar los distintos tipos de respuesta de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor) en las situaciones potencialmente ansiógenas y determinar qué situaciones perturban más al sujeto, así como el perfil de reactividad cognitivo fisiológico-motor que presenta. (p. 148).

Argumenta Cano et al. (1994) que la ansiedad surge porque el sujeto valora la situación que está viviendo como una amenaza para él, y no percibe que su capacidad de afrontamiento para enfrentarse a dicha situación sea suficiente para neutralizar tal amenaza. Por tanto, la ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de esa amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito. La percepción que tenemos de este malestar se traduce en pensamientos y sentimientos negativos, percepción de alta activación fisiológica, entre otras. (p. 149)

Respuestas como comer, beber o fumar en exceso, pueden reducir este malestar ante determinadas situaciones, especialmente las de carácter social, las cuales están asociadas con el consumo de algunas sustancias ya que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad o incluso mejorar el estado de ánimo, (Cano et al. 1994: 150).

Inicialmente el consumo de sustancias psicoactivas puede aumentar la seguridad personal, cambiar el estado de ánimo hacia sensaciones más agradables, por tanto, en largo plazo. el consumo de estas sustancias puede hacerse más necesario, para conseguir los mismos efectos, o puede generalizarse a otras situaciones y los síntomas de ansiedad pueden llegar a ser más intensos; especialmente, cuando no es posible seguir consumiendo, por las razones que sean, dichas sustancias. Se produce entonces un incremento en espiral, tanto de la necesidad de consumir, como de la ansiedad que se intenta eludir, (Cano et al. 1994: 150).

En el tratamiento de algunas adicciones, la ansiedad es por lo tanto un fenómeno importante para tratar. El objetivo será reducir las manifestaciones de ansiedad sin consumir drogas, (Cano et al. 1994: 150).

Metodología:

Se trabajó con una muestra de 99 personas (52 mujeres y 47 varones), con una edad media de 34 años, en su mayoría médicos y enfermeros de profesión. Se les aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y el inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), (Cano et al. 1994: 154).

Resultados:

Se encontró una fuerte relación entre la ansiedad que los sujetos experimentan si intentan dejar de fumar y el rasgo general de ansiedad. Los sujetos más ansiosos son los que poseen menos estrategias de afrontamiento para intentar dejar de fumar, así como menor intención para dejar de fumar, (Cano et al. 1994: 154).

Posteriormente se dividió la muestra en dos subgrupos, los que muestran una mayor intención de dejar de fumar y los que menos, encontrándose diferencias significativas en los tres sistemas de respuesta de ansiedad, en el nivel o rasgo generales de ansiedad, así como en tres de los cuatro rasgos específicos de ansiedad del ISRA: de evaluación, interpersonal y situaciones cotidianas. En todos los casos, la ansiedad es mayor en el grupo de sujetos con menos intención en dejar de fumar, alcanzado niveles patológicos, comparados con las muestras de baremación de la prueba. Estos sujetos perciben que tendrán una mayor ansiedad fisiológica si intentan dejar de fumar, que el grupo de sujetos que no se muestra tan herméticamente cerrado a dejar de fumar, (Cano et al. 1994: 154).

Concluye Cano et al. (1994). que las personas que presentan niveles más altos de ansiedad valoran la posibilidad de dejar de emitir su respuesta de consumo como una amenaza (se incrementará su ansiedad y malestar) y presentan déficits en su capacidad de afrontamiento, es decir, no poseen respuestas alternativas al consumo. (p. 154)

Sostiene Cano et al. (1994), que cuando el consumo de sustancias cesa de repente, se suele producir el síndrome de abstinencia (dependiendo de la sustancia consumida). En los distintos cuadros de síndrome de abstinencia aparece la ansiedad, como emoción negativa, con alta activación fisiológica, elevado malestar subjetivo, e inquietud motora. Una vez pasado el síndrome de abstinencia los ex-drogodependientes siguen mostrando niveles más altos de ansiedad que los grupos de control. (p. 154)

6.1 Estudios sobre intervención de la drogadicción en adolescentes en el contexto Mexicano

En este apartado se muestran algunos estudios realizados en población adolescente en situación de riesgo hacia el consumo de drogas y consumidores iniciales, en los cuales se aplicaron programas de intervención psicológica a nivel primario y secundario en México. Se esboza también un estudio sobre las habilidades para la vida, las cuales hacen referencia a las habilidades de inteligencia emocional y su relación con el consumo de drogas en adolescentes mexicanos, así como la documentación de diferentes programas de intervención preventiva en el ámbito nacional e internacional.

Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008).

Objetivo:

Evaluar el impacto del modelo de intervención breve sobre el patrón de consumo en adolescentes que abusan del alcohol u otras drogas; así como de las variables de autoeficacia y problemas relacionados con el consumo, (Martínez et al. 2008: 120).

Aspectos teóricos:

Entre los esfuerzos de investigación para el desarrollo de programas de tratamiento, resaltan las intervenciones breves, las cuales han demostrado su efectividad en la

reducción de las tasas de consumo y problemas relacionados. Estas intervenciones consisten en la identificación temprana de individuos que consumen alcohol y otras drogas con la oferta de un programa antes de que lo soliciten o de que adviertan que su patrón de consumo puede generar problemas. Además, se caracterizan por ser motivacionales y favorecer en el individuo la elección entre la abstinencia y la reducción del consumo como meta viable del cambio, (Martínez et al. 2008: 121).

Los programas de intervención breve (PIBA) se basan en la Teoría del Aprendizaje Social, en la cual se plantea que el consumo de alcohol y otras drogas se aprende mediante la exposición y experimentación de patrones de comportamiento. Estos patrones pueden ser modificados a partir de nuevas situaciones de aprendizaje, siendo las propias personas el ingrediente activo en el proceso de cambio de su consumo, y en el empleo de estrategias para controlar su consumo y evitar las recaídas, (Martínez et al. 2008: 121).

La aplicación de las intervenciones breves se ha realizado principalmente en adultos, pero actualmente se realizan los primeros intentos por adaptar este modelo a población adolescente que abusa de las sustancias pero que aún no presenta dependencia, (Martínez et al. 2008: 121).

Metodología:

La edad promedio de los usuarios fue de 16 años, siendo 19 hombres y 6 mujeres. De los 25 sujetos, 17 consumían alcohol y 8 mariguana. Como instrumentos y técnicas de medición se utilizaron entrevistas, cuestionarios de tamizaje de los problemas en adolescentes (POSIT), listas de tamizaje de indicadores de dependencia, línea base retrospectiva, autoregistro de consumo de alcohol y otras drogas, cuestionario de confianza situacional versión breve y reportes de seguimiento, (Martínez et al. 2008: 122).

De acuerdo con Martínez et al. (2008) la intervención incluyó seis fases y se implementó en escuelas de nivel medio superior:

1. Detección de casos: Promoción del (PIBA) por medio de pláticas informativas al personal docente y escolar de las escuelas con el propósito de identificar posibles casos.

2. Sesión de admisión: Evaluación de los adolescentes identificados para determinar si eran candidatos para recibir la intervención. Para identificar los problemas que presentaban los adolescentes se utilizó el POSIT, en tanto que para seleccionar a los que abusaban de las sustancias se empleó la lista de tamizaje de indicadores del DSM-IV-TR.

3. Sesión de evaluación: Evaluación del patrón de consumo a través de la línea base retrospectiva (180 días); evaluación del nivel de autoeficacia situacional percibida, el cual se midió por medio del Cuestionario de confianza situacional; y evaluación de la percepción de la severidad del consumo, la cual se midió mediante indicadores de la entrevista inicial.

4. Sesión de inducción al tratamiento: Promover el ingreso al tratamiento mediante el empleo de técnicas propuestas por la Entrevista motivacional y la Inducción de roles.

5. Tratamiento: Constó de cuatro sesiones semanales de forma individual. Las principales estrategias utilizadas durante las sesiones fueron técnicas de autocontrol y prevención de recaídas. En la primera sesión se discutieron los costos y beneficios del consumo y se estableció una meta de consumo. Los adolescentes tuvieron como opciones de cambio la abstinencia o su reducción. En la segunda sesión los adolescentes identificaron sus principales situaciones de consumo y planearon acciones para enfrentarlas. En la tercera sesión se analizó el impacto del consumo de alcohol y/u otras drogas en sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. Por último, en la cuarta sesión se revisó el progreso de los adolescentes en cuanto a la meta elegida. El autoregistro se empleó para monitorear la ingesta de alcohol y el consumo de drogas durante el tratamiento.

6. Seguimientos: Se midió el patrón de consumo de los adolescentes, la autoeficacia y los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas en un periodo de 180 días. (p. 122)

Para determinar los efectos del programa sobre el patrón de consumo, se compararon los porcentajes de días de consumo moderado y excesivo, y los días de abstinencia, en las fases de línea base y seguimiento, así como los promedios de consumo entre las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. También se compararon los promedios de consumo semanal de cada adolescente, entre las fases de línea base y seguimiento, utilizando pruebas t para muestras dependientes. Por otra parte, se comparó, por medio del análisis de varianza, el nivel de autoeficacia y los problemas relacionados del total de sujetos que participaron en el estudio, antes y después de la intervención. Se comparó la percepción de gravedad del consumo de los adolescentes durante la evaluación y el seguimiento, (Martínez et al. 2008: 122, 123).

Resultados:

Se demostró que el PIBA, reduce el patrón de consumo en los adolescentes consumidores de alcohol y mariguana. Al respecto, se encontró que los análisis grupales mostraron una disminución en las medias de consumo entre las fases de línea base y tratamiento, y entre las fases de línea base y seguimiento, lo que sugiere que el programa no sólo fue efectivo en la reducción del patrón de consumo, sino que el cambio logrado se mantuvo hasta seis meses después de concluido el tratamiento, (Martínez et al. 2008: 125).

También se observó un incremento de la autoeficacia y autocontrol de los adolescentes para enfrentar las situaciones de consumo, y en la reducción del número de problemas asociados a éste. Los resultados coinciden con otras investigaciones que utilizaron intervenciones cognitivo-conductuales en la población mexicana consumidora de cocaína, alcohol y marihuana (Martínez et al. 2008: 126).

Así también, se observó una disminución tanto en el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol como en el de mariguana. En la fase de línea base, el área con un mayor número de problemas relacionados por el consumo fue la escolar, seguida de las áreas financiera y legal. En la fase de seguimiento, se observó una disminución en los problemas reportados por los adolescentes en las diferentes

áreas, siendo las más significativas la escolar, la interpersonal y familiar (Martínez et al. 2008: 125).

Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso (Salazar, Valdez, Martínez & Pedroza, 2011).

Objetivo:

Aplicar dos modalidades de intervención breve, a fin de determinar sus efectos sobre la cantidad de consumo, nivel de riesgo, problemas asociados, autoeficacia situacional y autocontrol, (Salazar et al. 2011: 803).

Aspectos teóricos:

Se han desarrollado programas de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) que inician el consumo de alcohol y otras drogas con éxito en otras investigaciones, así también, el Consejo Breve de una sola sesión, ha mostrado resultados efectivos, para detectar y atender de manera temprana a los adolescentes que consumen alcohol en exceso. Ambas aproximaciones son intervenciones breves derivadas de un enfoque conductual, que se caracterizan por tener un tiempo breve de duración, incluyendo una evaluación inicial, un asesoramiento breve y el seguimiento de los casos, (Salazar et al, 2011: 804).

Metodología:

La muestra se conformó por 24 adolescentes de Aguascalientes, con edades entre 14 y 18 años, consumidores de alcohol. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición: Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT), Línea Base Retrospectiva, Autorregistro de Consumo de Alcohol y otras Drogas, Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS), se pilotearon 2 tipos de intervención, la sesión de Consejo Breve y el Programa de intervención breve (PIBA). La muestra final se detectó mediante la instrumentación de pláticas preventivas en las que al final se aplicó el (POSIT). Las variables que se analizaron fueron el patrón

de consumo, nivel de riesgo, problemas relacionados, autoeficacia situacional y autocontrol, (Salazar et al. 2011: 805).

Resultados:

Respecto a las razones del consumo, el 94.4 % reportó que los adolescentes consumen alcohol en exceso debido a la presencia de problemas familiares, 44.4% expresó que el consumo es visto como una forma de diversión y 38.8 % argumentó que es una forma de convivir con los amigos, (Salazar et al. 2011: 807).

Los análisis mostraron que los adolescentes disminuyeron de manera significativa el promedio de tragos estándar consumidos y su nivel de riesgo, de la evaluación al seguimiento. Se confirmó la efectividad de la terapia de intervención breve (PIBA) y el consejo breve. También se observó una disminución significativa en el número de problemas relacionados, el incremento en el nivel de autoeficacia situacional y autocontrol, (Salazar et al. 2011: 808).

Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008).

Objetivo:

Determinar la efectividad de un programa de consejo breve sobre el patrón de consumo de alcohol de adolescentes escolares, (Martínez et al. 2008: 245).

Aspectos teóricos:

De acuerdo con Martínez et al. (2008) estudios sobre el consumo de alcohol en la adolescencia y su prevención son importantes debido al incremento en el consumo y a su relación con problemas sociales, tales como: accidentes automovilísticos, suicidios, homicidios, delincuencia, prácticas sexuales de riesgo. Considerando el patrón de consumo de los adolescentes, su nivel de riesgo y el tipo de consecuencias asociadas al consumo de alcohol, se debe contar con múltiples aproximaciones para

la prevención, debido a que algunos programas que pueden ser de utilidad para un grupo o un individuo pueden afectar poco o nada en otros casos. (p. 246)

Argumenta Martínez et al. (2008) la existencia de diversos programas preventivos para jóvenes que no consumen alcohol, sin embargo, los programas para adolescentes que presentan problemas asociados con el consumo del alcohol sin presentar síntomas de dependencia son escasos, para este tipo de casos se recomiendan los programas de prevención dirigida, llamados, de intervención breve. (p. 246)

Los objetivos principales de las intervenciones breves para el tratamiento de las adicciones son la disminución del patrón de consumo, la identificación de situaciones de riesgo para el consumo, el desarrollo de estrategias para enfrentarse a estas situaciones, y reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo, (Martínez et al. 2008: 247).

Considerando el planteamiento del Modelo de Atención Escalonada de Sobell & Sobell (Martínez et al. 2008: 248), las intervenciones iniciales deben ser lo menos intensas y costosas posibles, y cuando la persona no se beneficie con una intervención de este tipo, debe ofrecérsele una más intensiva. Las intervenciones breves de una sola sesión o de "intervención mínima", también pueden ser una herramienta en el tratamiento de consumo de alcohol y otras sustancias en grupos de adolescentes escolares.

Siguiendo a Martínez et al. (2008) la intervención breve de una sola sesión es un proceso sistemático que tiene como procedimiento central la entrevista motivacional, la cual consiste en acompañar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales en el momento actual, a fin de que las personas realicen acciones para el logro del cambio. Las estrategias empleadas para tal propósito son la retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol, y el planteamiento de metas claras y factibles. (p. 248)

Metodología:

En el estudio participaron 52 adolescentes estudiantes del estado de Aguascalientes, con un promedio de edad de 16 años, los cuales fueron asignados de manera aleatoria a un grupo experimental (n = 26) y a un grupo control en lista de espera (n = 26). Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes, entrevista inicial, Línea Base Retrospectiva y entrevista de seguimiento (Martínez et al. 2008: 249).

Para determinar los efectos del programa de consejo breve se analizó el patrón de consumo de alcohol de los adolescentes entre las fases y entre los grupos. Se utilizaron pruebas t para muestras independientes con el propósito de comparar los totales de consumo de alcohol del grupo experimental contra el consumo total del grupo control en cada una de las fases. También, se utilizaron ANOVA's de medidas repetidas para comparar el consumo de alcohol entre las fases de línea base y seguimientos a los tres y seis meses, para cada uno de los grupos (Martínez et al. 2008: 252).

Resultados:

Los resultados mostraron una reducción en el patrón de consumo de los adolescentes del grupo experimental que conllevan un riesgo elevado de sufrir consecuencias negativas, tanto para hombres como para mujeres, en comparación con adolescentes del grupo control. Los adolescentes del grupo experimental disminuyeron en promedio un 62% su consumo de copas estándar a los seis meses de la sesión de consejo breve. En cambio, los adolescentes del grupo control mantuvieron su consumo de alcohol de la línea base a la fase de seguimiento a los seis meses. Los resultados coincidieron con otras investigaciones, donde la reducción de consumo fue del 66% al término de la intervención, (Martínez et al. 2008: 257).

Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos (Pérez, 2012).

Objetivo:

validar siete escalas de habilidades para la vida que la literatura reporta como relacionadas con la prevención del consumo de drogas; que sirvieran para identificar diferencias en dichas habilidades, en adolescentes estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, (Pérez, 2012: 153).

Aspectos teóricos:

Las lecciones aprendidas de la investigación en adicciones han reconocido a la prevención universal como la mejor alternativa para combatir el consumo de drogas en el mundo, (Pérez, 2012: 154).

Por ello desde hace más de medio siglo, se han desarrollado programas preventivos de consumo de drogas. Actualmente existe una amplia evidencia científica sobre el éxito de los programas escolarizados con un enfoque de habilidades cuyo objetivo ha sido la prevención de consumo de drogas en niños y adolescentes Botvin y Griffin en (Pérez, 2012: 154).

La Organización Mundial de la Salud, ha denominado a estas habilidades como “habilidades para la vida”, que define como: “aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria”, las cuales se dividen en tres categorías: sociales, cognitivas y emocionales, (Pérez, 2012: 154).

Estas habilidades han demostrado ser eficaces no solo en la prevención del consumo de drogas, sino en una amplia gama de conductas de riesgo en niños y adolescentes tales como en la prevención del embarazo adolescente e Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo al SIDA, prevención de la violencia, entre otras, (Pérez, 2012: 154).

Los programas escolares universales con bases científicas cuya eficacia en la prevención del consumo de drogas ha sido probada, han incluido diversas habilidades que han sido documentadas como relacionadas con la prevención del consumo de drogas en población adolescente, entre las cuales destacan las habilidades cognitivas: autocontrol, habilidades sociales: comunicación, asertividad, empatía,

resistencia a la presión y negociación y habilidades emocionales: expresión de emociones, manejo del enojo y estrés, (Pérez, 2012: 155).

Entre los programas desarrollados con un enfoque de habilidades para la vida en el ámbito internacional, destaca el Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida, el cual enseña habilidades sociales, cognitivas y emocionales a los estudiantes. Evaluaciones del programa han demostrado reducciones del 50% de consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes que recibieron el programa en relación con los controles, así como reducciones significativas en el uso de drogas ilegales y mejoras en una variedad de factores de riesgo y protectores para el abuso de drogas en adolescentes, Botvin y Griffin en (Pérez, 2012: 154).

En México, existen diversos programas dirigidos a combatir el consumo de drogas en diferentes niveles de intervención, uno de ellos es el programa Chimalli, el cual es un modelo de prevención basado en los riesgos psicosociales. Su objetivo principal es hacer educación preventiva y crear una protección en los individuos y en las comunidades. Entre las áreas psicosociales en las que trabaja Chimalli se encuentra la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes a través del fortalecimiento de habilidades de protección entre las que se cuentan habilidades sociales, emocionales y cognitivas, Castro, Llanes, y Carreño en (Pérez, 2012: 154).

Por otra parte, el programa “Construye tu Vida sin Adicciones” tiene como objetivo la formación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciar con ello condiciones que mejoren la calidad de vida de las familias y comunidades, por consiguiente, prevenir el desarrollo de adicciones. Está dirigido a adolescentes, jóvenes y adultos y cuenta con material específico para cada población, (Pérez, 2012: 154).

Asimismo, el programa “Yo quiero yo puedo” tiene por objetivo desarrollar en niños las habilidades que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales como el abuso de drogas. Este programa se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, (Pérez, 2012: 154).

Metodología:

La muestra estuvo constituida por 425 estudiantes de nivel medio superior que cursaban sus estudios en una institución privada del Estado de Morelos: 196 (46.1%) hombres y 229 (53.9%) mujeres. La media de edad fue de 15.8 años, (Pérez, 2012: 155).

Se diseñó un instrumento para medir las habilidades para la vida, la elaboración y redacción de los ítems se llevó a cabo con base en una revisión detallada de la literatura especializada en los temas de drogas y habilidades para la vida en adolescentes escolarizados. Los ítems fueron sometidos a evaluación por 6 jueces expertos en el área y fueron depurados con base en la retroalimentación recibida, (Pérez, 2012: 155).

El cuestionario final quedó conformado por un apartado de datos generales que permitió identificar las características sociodemográficas de los participantes, una subescala del patrón de consumo de drogas con los indicadores de la Encuesta Nacional de Adicciones (CONADIC, 2008) que permitió identificar las conductas de consumo y por siete subescalas de habilidades: Creencias conductuales hacia las drogas, Empatía, autoconocimiento, Manejo del enojo, Planeación del futuro, Expresión de emociones, Habilidad de toma de decisiones, Habilidad de resistencia a la presión. Los resultados se obtuvieron mediante análisis correlacionales, (Pérez, 2012: 154).

Resultados:

Argumenta Pérez (2012) que los resultados obtenidos permitieron identificar las habilidades de empatía, planeación del futuro, resistencia a la presión y creencias en contra del consumo de drogas, como variables relacionadas con la prevención del consumo de tabaco, alcohol, inhalables y marihuana en los participantes. (p. 158)

Al analizar cada una de las habilidades, destaca la resistencia a la presión como una habilidad clave en la prevención del consumo de tabaco, marihuana e inhalables.

Cabe mencionar que los hallazgos de esta investigación son concordantes con múltiples estudios que la reportan como uno de los factores predictores más importantes en el consumo de drogas en adolescentes, (Pérez, 2012: 158).

También se observaron diferencias significativas en la habilidad de planeación del futuro por consumo de inhalables. El grupo de estudiantes que no consume inhalables lucha en mayor medida por conseguir lo que desean, tiene metas definidas en la vida, logra lo que se proponen y evita dejar su futuro a la suerte. Estos hallazgos señalan que adoptar un proyecto de vida objetivo y realista previene el abuso de consumo de drogas en adolescentes. En contraparte, se ha reportado que los adolescentes que no tienen un proyecto de vida definido están más propensos a consumir drogas debido a que se encuentran en un estado de desesperanza que se traduce en una serie de expectativas negativas o pesimistas acerca del presente y del propio futuro, (Pérez, 2012: 158).

Se identificó a la habilidad empática, como protectora del consumo y facilitadora de una socialización positiva. Por el contrario, un adolescente con comportamientos antisociales, resistente a las normas y agresivo en sus relaciones interpersonales, tiene características de riesgo para la conducta de consumo de drogas, en tanto dichos aspectos perturban la socialización y por lo tanto la consolidación de la identidad, tanto individual como social, (Pérez, 2012: 158).

Referente a las creencias conductuales hacia las drogas de los estudiantes consumidores y no consumidores, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las drogas consideradas en la investigación. Se comprobó que las creencias a favor de las drogas se relacionan con el consumo adolescente. La iniciación en el uso de drogas suele ir precedida por actitudes favorables hacia el consumo; además los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobreestimar la prevalencia de consumo en su entorno, (Pérez, 2012: 158).

Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes (Linage y Lucio, 2012).

Objetivo:

Identificar si las estrategias de afrontamiento (funcionales y no funcionales) predicen el consumo de sustancias en una muestra de jóvenes estudiantes expuestos a sucesos de vida estresantes de la Ciudad de México, (Linage y Lucio, 2012: 55).

Aspectos teóricos:

Diversas investigaciones han documentado una relación positiva entre el consumo de sustancias, el afrontamiento (funcional y no funcional) y el estrés; algunos estudios colocan al consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento evitativa y por lo tanto disfuncional que resulta de la exposición al estrés. Por otro lado, el afrontamiento de tipo funcional (activo, orientado al problema, buscar apoyo social) actúa como un factor protector ante el consumo de sustancias y situaciones estresantes, (Linage y Lucio, 2012: 56).

Cabe resaltar que el uso de estrategias funcionales de afrontamiento puede tener un papel protector frente al desarrollo de conductas psicopatológicas y traducirse en mayor bienestar psicológico para los jóvenes, Zanini en (Linage y Lucio, 2012: 56).

Metodología:

La muestra estuvo compuesta por 116 estudiantes entre 14 y 17 años, de los cuales 45 eran no consumidores y 71 consumidores de alcohol, tabaco y otras drogas. Los materiales utilizados fueron: AUDIT para medir el consumo de alcohol. El Test de Fagerström de dependencia a la nicotina. El Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias y el Cuestionario de sucesos de forma de vida de adolescentes. El estudio fue correlacional de campo y transversal, con un diseño no experimental y ex post facto para dos muestras independientes. El análisis estadístico

de la información se realizó por separado mediante un análisis de contenido las respuestas, (Linage y Lucio, 2012: 158).

Resultados:

Se comprobó que el 100% de los participantes del estudio estuvieron expuestos a estrés en al menos en un área de su vida (familiar, social, personal) en los últimos 12 meses. La muerte de algún ser querido fue el suceso estresante que mayor número de jóvenes reportó. En segundo lugar, apareció la separación de algún ser querido, (Linage y Lucio, 2012: 61).

De acuerdo con Linage y Lucio, (2012) los análisis realizados confirmaron lo reportado en la literatura en cuanto a que el uso de estrategias funcionales como buscar soluciones a un problema o aproximarse al mismo, conlleva resultados favorables para el individuo. (p. 63)

Se encontró que los esfuerzos cognitivos para encontrar una solución al problema o reflexionar sobre sus posibles soluciones pueden tener un papel protector ante el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas ilegales; los resultados coinciden con lo reportado en otros estudios que afirman que las estrategias centradas en el problema disminuyen la aparición de conductas de riesgo, además cuando dicha solución es efectiva produce respuestas emocionales favorables para la salud mental de la persona (Linage y Lucio, 2012: 63).

Sostienen Linage y Lucio (2012) que, en el estudio, el apoyo social proporcionado sólo por los padres, resultó ser un factor de protección.

el apoyo dado por los amigos, hermanos o incluso por un profesional no resultaron, en términos estadísticos, ser factores de protección ante conductas adictivas. Respecto a ello, la búsqueda de apoyo social ha sido reconocido como un factor de protección en relación con conductas problemáticas como el uso de drogas, malestar psicológico y la psicopatología. (p. 63)

Capítulo 7. Metodología y Análisis

7.1 Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que ponen en riesgo el autocontrol y conducen a la vulnerabilidad para la drogadicción en adolescentes, y cómo se interviene en ellos?

7.2 Objetivo general:

Identificar los factores que ponen en riesgo el autocontrol en adolescentes y conducen hacia la vulnerabilidad para la drogadicción.

7.3 Objetivos específicos:

Definir qué elementos integran el autocontrol y cuáles son los factores internos y externos que lo ponen en riesgo.

Identificar las etapas de la adolescencia en aspectos neurológicos, cognitivos, emocionales y sociales que influyen en el autocontrol y los factores que lo ponen en riesgo.

Identificar la relación existente entre el autocontrol y las adicciones en adolescentes mediante la recabación de estudios empíricos.

Identificar los niveles de actuación del psicólogo frente a la drogadicción y cómo generar autocontrol.

Realizar un análisis que integre todos los aspectos investigados.

7.4 Justificación

El interés del autor en este trabajo de investigación para abordar temas referentes al autocontrol y drogadicción radica en la cercanía y conexión con adolescentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad hacia la drogadicción, quienes fueron influenciados por su entorno social y factores internos, principalmente con el autocontrol. Es entonces que se vuelve imperioso analizar cuáles son esos factores

que ponen en riesgo el autocontrol y peligran a los adolescentes para que adquieran una adicción.

Es esta etapa del desarrollo, donde generalmente existe falta de criterio propio y búsqueda de la identidad, los adolescentes son quienes presentan mayor vulnerabilidad hacia diversas problemáticas de la sociedad, como lo puede ser la drogadicción, ya que es precisamente el adolescente quien reta la orientación dada por los padres y comienza a comportarse de forma rebelde, intentando marcar su independencia.

Caer en la drogadicción puede resultar fácil para cualquier persona, sin embargo, se dispara esa probabilidad con adolescentes que se encuentran en plena formación, con carencias en su autocontrol, con poca inteligencia emocional, altos niveles de impulsividad, y entorno social de riesgo, siendo las anteriores una peligrosa conjugación que los lleva a tomar decisiones equivocadas y dejarse arrastrar hacia terrenos peligrosos de la sociedad.

7.5 Planteamiento del problema

La adolescencia es una edad donde se manifiesta un gran número de cambios físicos, emocionales y sociales en la vida de una persona, las acciones y decisiones tomadas, así como el ambiente en el que se desenvuelve, tienen injerencia directa en el desarrollo de una vida adulta plena. Es evidente que transitar por esta etapa de la vida, no es cosa fácil, la curiosidad, la experimentación y búsqueda de la identidad son el tema de cada día para el adolescente, quien se encuentra en plena definición y autoconocimiento, sin embargo, debido a estos factores, se corre el riesgo de ser arrastrado por uno de los mayores problemas de nuestra sociedad: la drogadicción, (Becoña, 2000: 27). Esto sucede si no se posee criterio propio y suficiente autocontrol para rechazar cualquier oferta de consumo de narcóticos que deriven en una terrible adicción que no se pueda controlar en el futuro.

Por lo tanto, el estudio del problema de la drogadicción implica examinar los factores de riesgo que vulneran a los adolescentes. Calvete y Estévez (2009), afirman que el

consumo de drogas es un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia, por tanto, el origen temprano del problema hace importante la identificación de los factores de riesgo implicados, con el fin de establecer estrategias preventivas. (p. 50)

Dentro de los factores de riesgo internos, los esquemas cognitivos podrían actuar como factor de riesgo para el consumo de drogas especialmente cuando existe un estilo impulsivo de resolución de problemas y carencia de autocontrol, al igual que se ha demostrado para otras conductas antisociales, (Calvete y Estévez, 2009: 50). Dentro de este patrón de comportamiento, el considerar pocas alternativas de solución a problemas, aceptar impulsivamente la primera idea que viene a la mente y valorar de forma descuidada las consecuencias de los propios actos, abren paso hacia la vulnerabilidad de los adolescentes y posibles adherencias a las adicciones.

Se propone entonces que la falta de autocontrol y límites motivarían el consumo de drogas en el adolescente cuando existe concurrencia con entornos sociales perjudiciales.

Actualmente, vivimos una decadencia acelerada de la estructura social, donde la violencia, delincuencia y desintegración parecen socavar la moralidad de la vida colectiva, (Goleman, 1996: 8). De ahí justamente parte esta investigación, enfatizando la importancia de cultivar y desarrollar el autocontrol, el cual nos otorga la capacidad para obrar de manera voluntaria y consciente, al dominar sobre cualquier creencia errónea, los impulsos inconscientes, reacciones no planeadas, emociones intensas como el miedo y el enojo, el carácter, situaciones desagradables, influencias sociales negativas, como lo son las malas amistades, entre otros aspectos de la vida misma.

Al abordar dichos factores de riesgo a edad temprana, podríamos prevenir problemas de abuso de sustancias en el futuro, especialmente durante la adolescencia, donde las intervenciones pueden reducir significativamente el impacto adverso y prevenir daños asociados.

Dentro de los daños asociados que impactan en nuestra sociedad, la transición de los adolescentes a la dependencia, el abuso de sustancias y las muertes a corta edad son pérdidas agregadas para las familias, que casi siempre desembocan en situaciones poco deseables para sus miembros.

Es indiscutible afirmar que la drogadicción causa problemas en la dinámica familiar, ya que la persona que se vuelve adicta tiene pérdida del autocontrol, lo que conlleva hacia situaciones de violencia cuando hay un exceso de droga en el cuerpo y cuando se pasa el efecto. Un efecto del abuso de drogas es el abandono. Una vez que las drogas han alterado las vías nerviosas, el deseo de consumirlas se vuelve más importante que los amigos y que la propia familia, (UNOCD, 2015: 44).

7.6 Metodología.

El presente trabajo es una investigación de tipo documental, donde se utilizaron diversos estudios científicos, atendiendo a las técnicas de resumen, esquematización, vaciado de contenidos, adición y descripción contextual de la información, asignación de vinculaciones con otros documentos y contenidos relacionados, (Hidalgo, 2017: 5).

El análisis fue realizado mediante el método de categorías de análisis, el cual responde a la jerarquización de parámetros conceptuales que facilitan la recogida, interpretación y estudio de la información, dicha metodología se centra en aspectos descriptivos, (López, 2002: 168).

Los datos analizados fueron filtrados por el investigador adoptando una subjetividad disciplinada, que requiere: autoconciencia, examen riguroso, reflexión continua y análisis recursivo. De igual forma el uso sistemático del criticismo externo y la ayuda de críticos u orientadores, (López, 2002: 169).

Las categorías y subcategorías de análisis se establecieron desde la formulación del problema ya que las principales categorías que definen el objeto propio de estudio están contenidas en el problema. Para comprender mejor, Seiffert (1977) argumenta que una categoría puede definirse como una abstracción de las características y atributos de los fenómenos, que contribuyen a organizar la visión de la realidad. (p. 45).

El término variable se utiliza para designar un atributo que puede asumir diferentes valores. Debido a la connotación cuantitativa del uso de este término, para esta investigación se utiliza el término “categoría”, como una denominación genérica amplia que abarca tanto las fases operativas como teóricas de la investigación, (Rico de Alonso, s/f, párr. 3).

Los ejes de análisis principales radican en factores internos y externos tanto para generar autocontrol como para conductas de riesgo, los cuales orientan y estructuran el análisis e interpretación de la información.

Respecto a la recopilación de la información, se recurrió únicamente a textos científicos, eligiendo en su mayoría fuentes actualizadas, de 2010 en adelante, que permitieran formular un criterio a partir de su escudriñamiento y análisis.

7.7 Enfoque

Esta es una investigación orientada a la psicología clínica, con enfoque cognitivo conductual.

7.8 Categorías de análisis

- 1.- El autocontrol y el ciclo de vida.
- 2.- Identificación de factores y conductas de riesgo para la generación de autocontrol en adolescentes.
- 3.- Los estudios nos prueban la importancia del autocontrol en la drogadicción en adolescentes

7.9 Análisis de la investigación

1.- El autocontrol y el ciclo de vida

A continuación, se analizan aspectos sobre el desarrollo del autocontrol en las etapas del ciclo de vida, del niño y el adolescente, también se determina la importancia de conocer el ciclo de vida para el desarrollo de autocontrol, así como la diferenciación en las etapas de niñez y adolescencia de lo que implica el autocontrol.

- ¿Cómo se va desarrollando el autocontrol en el ciclo de vida?

El autocontrol se va desarrollando durante el proceso de crecimiento y aprendizaje. De acuerdo con Ravines y Portal (2016):

El autocontrol es enseñado y reforzado por los padres durante las primeras etapas de la vida, mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento. (p. 42)

A esta primera orientación de autocontrol se le conoce como “control de impulsos o control inhibitorio”, (Romero, 2010: 59).

Por lo tanto, determino que, al pasar a la adolescencia, se van adquiriendo nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales, mediante una serie de cambios característicos de esta etapa, donde principalmente el autoconcepto, autoestima, e identidad determinan el autocontrol en el adolescente. Así también, identifico que los niveles altos de autoestima en adolescentes propician habilidades para el afrontamiento de las adversidades, por tanto, mayor capacidad de autocontrol.

- ¿Por qué es importante conocer el ciclo de vida?

Según los autores Ravines y Portal (2016):

Los jóvenes que desarrollaron mayor control de impulsos en etapas tempranas eran capaces de retardar la gratificación, fueron descritos por sus padres, como adolescentes competentes en el ámbito académico, con niveles elevados de habilidades sociales, seguros y confiados en sí mismos. (p. 42)

Conocemos que uno de los factores que influye en el autocontrol es la autoestima, la cual otorga autoconcepto positivo, seguridad y confianza en uno mismo, así también, sabemos que las habilidades sociales, son características de la inteligencia emocional, la cual conforma al autocontrol. Si bien, está demostrado empíricamente que “el autocontrol se encuentra inversamente relacionado con la drogadicción en adolescentes”, (López et al. 2003: 132). La importancia de conocer el ciclo de vida de donde se origina esta capacidad se vuelve imperativa.

Otra razón por la cual es importante conocer el ciclo de vida en el adolescente, es porque, de acuerdo con Serrano y García (2010):

En los casos donde la crianza fue deficiente o conflictiva, el autocontrol no fue desarrollado eficazmente y existieron condiciones poco alentadoras para la

regulación de las emociones. En estos adolescentes, la tensión, confusión y conflictos son continuos. (p. 276)

Por lo que, sin lugar a duda, estas desventajas los hacen vulnerables hacia las conductas de riesgo como lo puede ser la drogadicción, ya que esta problemática fue transmitida desde la crianza.

- Identificación de diferencias en el autocontrol en los ciclos de vida del niño y el adolescente

El autocontrol durante la etapa de la niñez es definido por Romero (2010) como:

Control de impulsos o control inhibitorio, el cual es enseñado por los padres durante la crianza a través de habilidades de afrontamiento. (p. 59)

Para Romero et al. (2010):

Los niños con habilidades de control de impulsos poseen habilidades para la iniciación de tareas, planificación, regulación, secuenciación, logro de objetivos y metas. (p. 62)

Por esta razón considero que los niños con lábil control de impulsos son más susceptibles a labilidades en el autocontrol, ya que el autocontrol en los adolescentes refleja autodominio personal y regulación constante de las propias acciones, mediante la emisión de respuestas controladas apropiadas donde se pondera el bienestar personal. Los adolescentes con autocontrol poseen alta autoestima, que los ayuda a soportar la presión social, esto es fundamental, ya pueden toparse con entornos donde se practiquen conductas de riesgo como el uso de drogas.

2.- Identificación de factores y conductas de riesgo para la generación de autocontrol en adolescentes.

Enseguida se describen las diferentes relaciones entre los factores que influyen el autocontrol y factores de riesgo en adolescentes, de tipo internos y externos, que conducen a su vez hacia la drogadicción. Al final, se describen cuáles son los factores de mayor riesgo y que pueden incidir en mayor manera en la drogadicción.

- Relación de los factores neurológicos con el autocontrol y la drogadicción.

La relación entre los factores neurológicos que influyen el autocontrol y la drogadicción ocurre mediante un patrón neurológico-conductual, donde ciertas condiciones como la hiperactivación del sistema nervioso, pueden vulnerar el autocontrol y conducir hacia la drogadicción.

Menciona (De Sola, Rubio y Rodríguez, 2013) que:

Previa a la conducta descontrolada hay una hiperactivación del sistema nervioso lo que genera malestar emocional, el cual es aliviado o remediado después de la realización de la conducta impulsiva. (p. 149)

Analizando lo anterior, el patrón neurológico-conductual de la drogadicción, se afianza mediante la ejecución de la conducta impulsiva, la cual promueve dicha conducta ya que se encuentra condicionada por la obtención de un reforzador.

- Relación entre factores cognitivos que influyen el autocontrol y labilidad cognitiva.

Se encontró que los factores cognitivos que influyen el autocontrol en el adolescente tienen relación con las labilidades o inestabilidades cognitivas que pueden conducir hacia la drogadicción en el adolescente, puesto que, Panadero (2016) afirma que:

La generación de respuestas controladas se debe a la interacción de los esquemas cognitivos, que interpretan la información e inhiben las respuestas inapropiadas. (p. 24)

Conjuntamente, Calleja y Aguilar (2008) afirman que:

En el caso del consumo del tabaco en el adolescente, la interpretación de las sensaciones al fumar se origina en los esquemas cognitivos, lo cual predice la conducta de fumar, ya que las creencias y actitudes respecto al tabaco serán positivas, siendo más probable que se aumente el consumo de tabaco. (p. 388)

Para ambos casos, identifico que los esquemas cognitivos son responsables de la generación tanto de respuestas controladas, como de respuestas inapropiadas, como lo puede ser el consumo de tabaco.

- Relación entre factores internos que influyen el autocontrol, autoestima y presión social.

El autocontrol y la autoestima se encuentran relacionados. Dentro de los factores internos que influyen el autocontrol, el autoconcepto y autoestima son fundamentales, ya que Arana (2014) sostiene que:

El autoconcepto y autoestima determinan al autocontrol al reflejar autodominio personal y regulación constante de las propias acciones. (p. 54)

Así también, la baja autoestima se traduce en poca capacidad de autocontrol, como lo argumenta Rodríguez y Caño (2012):

Los adolescentes con baja autoestima llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. (p. 394)

Situación que denota bajo autocontrol e incluso puede influir en el consumo de alcohol. A su vez, el autocontrol derivado de la autoestima influirá en las decisiones y conductas de riesgo que tome el adolescente, tal como lo confirman Rodríguez y Caño (2012):

Los adolescentes con alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales. (p. 391)

- Relación de factores emocionales que influyen el autocontrol y labilidad emocional.

El autocontrol permite la regulación de las reacciones emocionales, dicha regulación permite controlar los impulsos, las excitaciones nerviosas y tener eficacia en la solución de problemas.

Bajo este concepto el autocontrol es fundamental para la protección de conductas de riesgo como el consumo de drogas, visto que, como sostiene Vázquez et al. (2013):

“Los estados de ánimo negativo donde se presenta ansiedad o depresión actúan como desencadenantes de conductas de riesgo como el consumo de drogas en la población adolescente”. (p. 82)

Puedo precisar entonces, que desarrollar autocontrol para poder regular las emociones, previene conductas perjudiciales para los adolescentes.

- Relación de los factores externos del autocontrol con su desarrollo en la etapa de la pubertad y adolescencia.

Distingo que factores como la crianza deficiente y los sistemas familiares conflictivos minan la adquisición de autocontrol y aumentan el riesgo de adicción en adolescentes.

Concorde con Serrano y García (2010):

Los padres deprimidos proporcionan deficiencias en la crianza, lo que repercute el desarrollo de habilidades reguladores de los adolescentes, quienes aprenden estrategias ineficaces para regular las emociones. (p. 276)

En este entendido, el autocontrol se ve afectado, ya que la regulación de las reacciones emocionales permite el control de impulsos y eficacia en la solución de problemas, como lo puede ser el consumo de drogas, por tanto, la probabilidad de consumo aumenta.

Para ello Rodríguez, Sanchiz y Bisquerra, (2014) expresan que:

El sistema familiar y las pautas de interacción, cohesión y adaptabilidad de los miembros ejercen fundamental influencia en el consumo de alcohol en los hijos. (p. 256)

Confirma lo anterior Villareal et al. (2010) al afirmar que:

Los adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia en un contexto conflictivo, donde existe poco entendimiento entre los miembros, (párr. 6)

Reconozco entonces, que las relaciones conflictivas entre hijos y padres pueden derivar en consumo de drogas. Esto lo explica Ojeda y Espinoza (2010) al mencionar que:

En este tipo de relaciones familiares, los padres solicitan a los adolescentes cierto tipo de comportamiento típico de la adultez, lo que choca con sus normas e ideales, tomándolo como una forma de exigencia y presión, para posteriormente responder ante tales exigencias solo por deseabilidad social, necesidad de pertenencia o aceptación, de manera no consciente, a modo de compensar las insatisfacciones con la familia. (p. 169)

- Relación entre factores externos, autocontrol y drogadicción.

Cabe precisar que el autocontrol y la drogadicción se encuentran asociados con los factores sociales y culturales. Destaca Ravines y Portal (2016) que:

Dentro de los factores que influyen el desarrollo del autocontrol, la cultura y la construcción social ejercen influencias ambientales que lo determinan, ya que puede ser moderado por la organización social, mediante las normas de un lugar o de la propia familia. (p. 45)

Otro de estos factores externos que influyen el autocontrol, es la aceptación social. Continúan argumentando Ravines y Portal (2016) que:

Las personas como seres sociales buscan la aceptación, modificando su comportamiento acorde a las normas del grupo. (p. 45)

Esto puede influir al adolescente hacia el consumo de drogas, ya que Villarreal et al. (2010) menciona que:

Las conductas rituales afianzadas en el grupo estimulan el consumo de drogas, particularmente cuando los pares y amigos practican consumos, (párr. 7).

Entonces puedo concluir que los adolescentes al buscar la aceptación del grupo social en el que se encuentran empiezan a practicar conductas que predominan en el grupo como el consumo de drogas, viéndose el autocontrol afectado ya que se modificó y adecuó para encajar con el entorno social.

- Factores de mayor riesgo para los adolescentes.

Los estudios empíricos señalan que los factores que pueden influir para el desarrollo de autocontrol en adolescentes son los externos, de los cuales destaca la crianza deficiente, los sistemas familiares conflictivos y la presión social, los que pueden derivar en mayor medida, en conductas de riesgo como la drogadicción, esto se afirma en concordancia con Páramo (2010) quien sostiene que:

La familia con pobres vínculos entre sus miembros, la violencia intrafamiliar y la pertenencia a grupos con conductas de riesgo aumentan la probabilidad de presentar comportamientos problema en los adolescentes. (p. 87)

Respecto a los factores internos que vulneran el autocontrol y que pueden conducir a la drogadicción, destacan los esquemas cognitivos, ya que son responsables de la generación de respuestas para determinadas situaciones como lo puede ser la decisión sobre el uso de alguna droga. Es de la interacción de los esquemas cognitivos, donde provienen las creencias, percepciones y acciones respecto al consumo. Lo anterior se sostiene, en acuerdo con Telumbre y Sánchez (2015) quienes afirman que:

Las causas del alcoholismo en la adolescencia estarían ligadas en la formulación de creencias y significados que favorecen el consumo. (p. 80)

De la misma forma, Dörr, et al. (2009) afirma que:

El mantenimiento del uso de la marihuana se debe a la percepción de ausencia de daño respecto a su consumo y a las atribuciones positivas respecto a esta droga, lo que facilita su inclusión y aceptación en los grupos de jóvenes. (p. 271)

Aunado a ello, el análisis de los estudios empíricos señala la relación entre factores externos como aprendizaje social, crianza deficiente y presión social, con los factores de riesgo cognitivos como la generación de respuestas inadecuadas ante situaciones de potencial consumo de drogas. Si bien el adolescente puede ser capaz de emitir respuestas controladas adecuadas, los factores de influencia social podrían ser determinantes cuando no se posea autocontrol suficiente.

3.- Los estudios nos prueban la importancia del autocontrol en la drogadicción en adolescentes

Se describen a continuación las características de la población que predomina en los estudios, los ámbitos en los que se desarrollaron, ya sea nacional e internacional, los principales factores de riesgo que predominan para el desarrollo de conductas de riesgo, así como los niveles de intervención que fueron desarrollados en los casos de adolescentes con adicciones y el enfoque de tratamiento utilizado por los psicólogos a cargo de dichas intervenciones.

- Características de los estudios.

Respecto a las características de los estudios empíricos, las poblaciones estudiadas fueron en su mayoría, adolescentes estudiantes, consumidores de alguna droga, solamente en dos de los estudios en el ámbito internacional, las muestras estuvieron constituidas por personas de edad adulta, quienes eran consumidores de drogas.

Concerniente a los estudios en el ámbito nacional, dos de los estudios se realizaron en población adolescente que ya presentaban consumos sistemáticos de drogas, los cuales se titulan: Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, de los autores Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, (2008). E Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso por los autores Salazar, Valdez, Martínez & Pedroza, (2011). Únicamente el estudio de los autores Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, (2008) titulado: Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol, se enfocó en la intervención sobre población adolescente que apenas iniciaba el consumo de alcohol.

Respecto a las características del contexto situacional de la población estudiada, solo se reportaron en 3 de los estudios del ámbito nacional, específicamente en el estudio de Martínez et al. (2008), titulado: Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Donde:

Las áreas escolar, interpersonal y familiar fueron reportadas como mayormente afectadas por la situación de consumo que presentaban los participantes. Sin embargo, se observó mejoría en estas áreas y disminución de los problemas

conforme avanzó la intervención, la cual se centró precisamente en técnicas de autocontrol y prevención de recaídas. (p. 125)

Prosiguiendo con las características del contexto de la población, en el estudio mexicano de Salazar, Valdez, Martínez & Pedroza, (2011), titulado: Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso se reportó que:

El 94.4 % consumen alcohol en exceso debido a la presencia de problemas familiares, 44.4% expresó que el consumo es visto como una forma de diversión y 38.8 % argumentó que es una forma de convivir con los amigos. (p. 807)

Por último, en el estudio mexicano de Linage y Lució (2012) titulado: Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes, se comprobó que:

El 100% de los participantes del estudio estuvieron expuestos a estrés en al menos un área de su vida (familiar, social, personal) en los últimos 12 meses. La muerte de algún ser querido fue el suceso estresante que mayor número de jóvenes reportó. En segundo lugar, apareció la separación de algún ser querido. (p. 61)

- Principales factores de riesgo en los estudios

De los factores de riesgo analizados en estos estudios, destacan los factores internos, específicamente los cognitivos, los cuales se definen en la mayoría de los estudios, como atribuciones, percepciones, interpretaciones y dificultades para emitir respuestas adecuadas e inhibir respuestas descontroladas inadecuadas, incluso con la generación de emociones intensas ante estímulos estresantes, los cuales son generados por los esquemas cognitivos, al ser activados por tales estímulos. Así también, se menciona en estos estudios, en concordancia con Cano et al. (1994) que:

Las interpretaciones de situaciones ansiógenas dan lugar a reacciones fisiológicas, motoras, emocionales y conductuales. (p. 146)

La descripción de estos factores cognitivos, también se encuentra el estudio de López, López y Freixinos (2003), mediante conceptos como:

Autodirección, regulación personal, aplicación de principios de cambio personal, reforzamiento intrínseco, el cual no se encuentra supeditado a reforzadores externos. (p. 8)

En estudios tanto nacionales como internacionales, identifico que los factores de riesgo cognitivo se asocian con el uso de drogas, así como con conductas disruptivas, desviadas, antisociales, delictivas y perjudiciales en adolescentes.

Sin embargo, es importante mencionar que los factores de riesgo cognitivos no son indeterminados, ni son originados por sí mismos, estos dependen en gran manera del aprendizaje social y de los estilos de crianza, a través de los cuales fueron enseñados por los padres las habilidades de afrontamiento a situaciones adversas o riesgosas.

Lo anterior, lo confirman Calvete y Estévez (2009), en los resultados de su estudio al afirmar que:

Las pautas cada vez más permisivas de crianza, las cuales fallan en el establecimiento de límites y disciplina adecuados, tienen implicaciones para la intervención en las adicciones, y sugieren que las acciones formativas dirigidas a padres y madres, que resalten la importancia del establecimiento de límites y el desarrollo de la tolerancia a la frustración, pueden contribuir positivamente a la prevención primaria de conductas adictivas. (p. 7)

Siguiendo en el contexto de los factores de riesgo externos hacia la drogadicción, destacan dentro de los estudios en el ámbito internacional, los factores de riesgo externos como la crianza y las prácticas de socialización de los padres, la cual hace referencia a los sistemas familiares y posibles dinámicas conflictivas durante el crecimiento. En específico, estos factores se analizan en el metaanálisis de Vazsonyi, Mikuška y Kelley, (2017) titulado: Es el momento: un metaanálisis sobre el vínculo autocontrol-desviación, en el cual:

Se comprueba de manera sustancial la evidencia empírica de la influencia de los factores de riesgo externos como precursores del autocontrol, el cual se asocia con las conductas desviadas o delictivas. (p. 56)

Otro estudio que incluye a los factores de riesgo externos relacionados con la drogadicción es el de López, López y Freixinos, (2003), titulado: Retardo de la gratificación y autocontrol de jóvenes antisociales. Características asociadas al género. Enfatizan los autores que:

La crianza deficiente, la escasa disciplina parental y la influencia social determinan la emisión de respuestas adecuadas en los adolescentes, lo que afecta a su vez al autocontrol, pudiendo desarrollar conductas antisociales, de las que se puede incluir el consumo de drogas. (p.9)

Inversamente, se demostró en el estudio de Linage y Lucio (2012) que:

El apoyo social proporcionado por los padres conforma un factor protector ante la drogadicción. La búsqueda de apoyo social es reconocida como un factor de protección con relación a conductas problemáticas como el uso drogas, incluso para el malestar psicológico. (p. 63)

Con base a lo anterior descrito en los estudios de Calvete y Estévez (2009), López, López y Freixinos (2003) y Linage y Lucio (2012), identifiqué que existe una relación de influencia entre los factores cognitivos como la generación de respuestas controladas adecuadas y factores de riesgo externos como la crianza deficiente, el aprendizaje social y la presión social.

Un factor analizado en los estudios y que conforma al autocontrol, fue la inteligencia emocional, la cual hace referencia a la habilidad para percibir, valorar, comprender y manejar las emociones. Este factor se analizó en algunos estudios del ámbito internacional, específicamente en el estudio de Casullo, (2011) titulado: Estudio de la regulación de emociones en adolescentes y su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos, donde:

Se relaciona la variable inteligencia emocional con conductas amenazantes o imprudentes en adolescentes como el consumo de drogas, encontrando evidencia que sustenta esta relación. (p. 31)

El segundo estudio sobre la variable inteligencia emocional, es el de Pérez (2012) el cual fue realizado en el ámbito nacional, titulado: Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. Si bien en este estudio, se utilizó el concepto “habilidades para la vida”, sabemos que hace referencia a las habilidades de inteligencia emocional de acuerdo con bibliografía consultada en este trabajo. En el estudio de Pérez (2012):

Se comprobó que las habilidades de inteligencia emocional previenen el consumo de drogas. (p. 158)

En este entendido, puedo determinar que los factores de riesgo interno, específicamente los relacionados con la falta de habilidades de inteligencia emocional, vulneran el autocontrol y conducen hacia comportamientos perjudiciales como la drogadicción.

Otro de los factores de riesgo internos que pueden incidir en la adquisición de adicciones, son los relacionados con los estilos de afrontamiento.

Siguiendo a Pascual y Conejero (2019) los perfiles de alta regulación emocional se asocian positivamente con estrategias de afrontamiento activo. Este concepto se analizó en el estudio de los autores Cano, V. A., Miguel, T. J., González, H., Iruarrizaga, I., (1994) titulado: El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias, el cual relaciona al tipo de afrontamiento realizado cuando se presentan estímulos estresantes. Argumenta Cano et al. (1994) que:

La ansiedad surge porque el sujeto valora la situación que está viviendo como amenazante y no percibe sus propias capacidades de afrontamiento para enfrentarse a dichas situaciones, siendo las respuestas como comer, beber o fumar en exceso, las que pueden reducir el malestar de la persona. (p. 149)

El afrontamiento como variable también fue analizado en el estudio mexicano de Linage y Lucio, (2012), titulado: la asociación entre el consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes, donde los autores lo clasifican en dos categorías, como afrontamiento funcional y no funcional, y comprueban su relación con el consumo de sustancias.

- Niveles de intervención de las adicciones.

Respecto a los niveles de intervención de los estudios, destacan solamente los realizados en el ámbito nacional, donde se emplea intervención secundaria, la cual busca principalmente el cambio de conductas, más que en su prevención. En específico el estudio de Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, (2008) titulado: Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. La intervención en este estudio fue dirigida hacia la modificación de patrones de consumo en adolescentes que ya realizaban consumos sistemáticos de drogas.

Otro de los estudios que señala una intervención a nivel secundario es el de Salazar, Valdez, Martínez y Pedroza, (2011) titulado: Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso, dicho estudio fue realizado en el ámbito nacional.

Por último, el estudio de Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez y Salazar, (2008) titulado: Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol, utilizó la intervención a nivel secundario, consiguiendo cambiar los consumos que empezaban a realizar los jóvenes, mediante una intervención corta, de una sola sesión.

Cabe mencionar que los tratamientos utilizados para estos casos fueron de tipo cognitivo-conductual, los cuales se basaron principalmente en el desarrollo de técnicas de autocontrol y prevención de recaídas. Lo que coincide con la literatura revisada en este trabajo, la cual informa sobre la utilización preferentemente de la terapia cognitivo-conductual para los casos de drogadicción en la población adolescente.

7.10 Conclusiones

En este trabajo de investigación se logró determinar que el autocontrol permite la emisión de respuestas adecuadas ante situaciones de riesgo para los adolescentes, como lo puede ser el consumo de drogas. Esto se logra mediante la modificación de las reacciones impulsivas las cuales tienen consecuencias de gratificación

inmediatas, por respuestas planificadas que generalmente poseen consecuencias demoradas o a largo plazo, pero que son más benéficas para la persona. Esta emisión de respuestas sucede por la interacción de los esquemas cognitivos los cuales se encargan de generar las respuestas que se demandan para determinadas situaciones, las cuales pueden ser controladas o descontroladas.

Es importante mencionar que el control de impulsos es enseñado por los padres durante la niñez, mediante habilidades de afrontamiento activo, regulación de las emociones y habilidades de inteligencia emocional para la vida, los cuales van impactando aspectos cognitivos y emocionales del niño, que otorgan mayormente, dirección en la conducta, para posteriormente, concretarse tales habilidades y dar origen a la capacidad de autocontrol, ya en la etapa adolescente, donde se tendrán las habilidades necesarias para emitir respuestas controladas ante situaciones de peligro, mediante la interacción óptima y funcional de los sistemas cognitivos, emocionales y conductuales.

Pero no podemos olvidar, que estas son las condiciones preferentemente deseables para la crianza de los niños, sin embargo, no siempre es así. Por lo tanto, al existir conflictos en la dinámica de la familia, o crianzas deficientes; el autocontrol se puede ver afectado incluso desde edades tempranas, lo cual acarrea consecuencias en las siguientes etapas del ciclo de vida.

Lo anterior se evidencia en los múltiples estudios que asocian el bajo autocontrol con conductas peligrosas y de riesgo que son perjudiciales para el desarrollo del adolescente, no solo el consumo de drogas, cabe notar la incidencia del bajo autocontrol o alguno de sus componentes, como los estilos de afrontamiento centrados en las emociones o habilidades de inteligencia emocional deficientes, en conductas delictivas, desviadas, antisociales y en general perjudiciales.

Es preciso alertar sobre las consecuencias de las drogadicciones en adolescentes, las cuales van desde trastornos psicológicos, hasta trastornos neuronales y orgánicos, eso sin mencionar las consecuencias sociales como el empobrecimiento, la desintegración familiar, los accidentes de tráfico, el sexo no planificado, la conducta delictiva, entre otras, que tanto afectan a la sociedad.

Por todo lo que se ha expuesto en este trabajo de investigación, se vuelve primordial el fomento del autocontrol en adolescentes desde etapas tempranas. Esto adquiere gran valor para el enfoque psicológico, ya que es nuestra disciplina la más adecuada para ofrecer las muchísimas técnicas y tratamientos existentes para el abordamiento de esta problemática, no solamente a nivel secundario y terciario para lograr efectos rehabilitatorios y prevenir recaídas, sino también a nivel primario, para conseguir promover la importancia del desarrollo del autocontrol en adolescentes a modo de prevenir la drogadicción. Esto se podría lograr mediante la aplicación de talleres dirigidos a padres e hijos en el entorno escolar y comunitario. Así también, mediante la distribución de información educativa, haciendo énfasis en el cultivo de las habilidades de autocontrol desde etapas tempranas, por diversos medios. Incluso aprovechar el auge actual de las redes sociales para la diseminación de esta información y lograr la captación y canalización de casos de adolescentes que cumplan con los criterios de clasificación para situación de riesgo, de modo que puedan acceder a programas de intervención más dirigidos.

Estas acciones son fundamentales para la prevención de la drogadicción en adolescentes, ya que, de acuerdo con la estadística nacional reciente, esta problemática se encuentra en ascenso.

Los resultados de esta investigación teórica, se unen a un compendio de propuestas de diferentes enfoques para combatir la drogadicción por diversos frentes, el análisis aquí planteado se realiza desde la perspectiva psicológica, con la intención de que el combate de la drogadicción en adolescentes se realice de manera multidisciplinaria con ayuda de diversos equipos de profesionales.

Capítulo 8. Referencias Bibliográficas.

Arbex, S. C. (2002) *Guías de Intervención: Menores y Consumos de Drogas*. ADES. Madrid.

Arana, S. N. (2014). *Autocontrol y su Relación con la Autoestima en Adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Arévalo, C. E. y Oliva, F. E. (2015). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 5 (10), Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4981/498150318024>

Bados, L. A. (2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos*. Universidad de Barcelona. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

Berruecos, V. L. (2010). Drogadicción, Farmacodependencia y Drogodependencia: Definiciones, Confusiones y Aclaraciones. *Cuicuilco*, 17 (49), 61-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351/35117055005>

Becoña, I. E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, pp. 25-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807705>

Becoña, I. E., Cortés, T. M., Pedrero, J. P., Fernández, R. H., Casete, F. L., Bermejo, G. P., Secades, V. R., Tomas, G. V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Socidrogalcohol. Barcelona: España.

Cano, V. A., Miguel, T. J., González, H., Iruarrizaga, I. (1994). El Afrontamiento de la Ansiedad en las Drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), pp. 145-156. Disponible en https://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf

Calvete, E; Estévez, A. (2009). Consumo de Drogas en Adolescentes: El papel del Estrés, la impulsividad y los Esquemas Relacionados con la Falta de Límites. *Adicciones*, 21(1), pp. 49-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122882007>

Calzadilla, R. (2010). La crisis humana como una crisis en la formación de valores. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 11(2), pp. 57-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=410/41028422005>

Calleja, N. y Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20 (4), pp. 387-394. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2891/289122048009>

Cassullo, G. L. (2011). Estudio de la regulación de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-052/355>

Cogollo M. Z., Gómez, B. E., Campo, A. (2009). Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cartagena, Colombia: factores familiares asociados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (3), pp. 259-263. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12016344002>

De León S. B. & Silió S. G. (2010). La familia. Papel que desempeña en la educación de sus hijos/as y posibles consecuencias en la forma de interaccionar de los adolescentes con sus iguales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),327-333. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832324035>

De Sola, J., Rubio, G., y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Salud y drogas*, 13(2), 145-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83929573007>

Di-Colloredo, C., Aparicio, C., Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2),125-156. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297224996002>

Dörr, A., Gorostegui, M. E., Viani, S., Dörr B, M. Paz (2009). Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*, 32 (4), pp. 269-278. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58212276002>

Espada, J. P., Espada, J. P., Espada, J. P., Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), pp. 9-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77808402>

Fernandes, S., Marín, F., y Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. *Liberabit*, 16(2), pp. 217-226.

Fernández, P. A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50(2), pp. 445-466. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=342132463011>

García, M. E. (2008). *La formación del autoconcepto en la adolescencia y las repercusiones en su desempeño académico*. Tesis de licenciatura. Universidad Pedagógica Nacional, México.

García, P. A. (2018). El Desarrollo de la Estabilidad Emocional en Patología Dual: una Propuesta de Intervención Breve. *Clínica y Salud*, 29(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180657436004>

García, R. J. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, XIII (1), pp, 143-163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=654/65413105>

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós

Guachichulca, O. A., Reinoso, A. D. (2016). *Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes del primero de bachillerato del colegio "Técnico industrial Gualaceo"*. Tesis de licenciatura. Ecuador

Güemes, G., Hidalgo, M., Ceñal, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, V (1), pp. 7-22. Disponible en <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

Hernández, M. L. (2011). Adolescencia: ¿adolescer es padecer ?. *Salus*, 15 (2), pp. 5-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3759/375942300003>

Hidalgo, N. L. (2017) *Análisis documental de las revistas independientes en la colección hemerográfica de la Biblioteca "Dr. Luis Mario Schneider" de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Tesis de Licenciatura, UAEM. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67072/TESIS%20COMPLETA-split-merge.pdf?sequence=3>

Iglesias, D. J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII (2), pp. 88-93. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

León, Y. & Peralta, R. (2017). *Autoconcepto y Autocontrol en estudiantes del nivel secundario de instituciones privadas de Lima sur*. Tesis de licenciatura. Universidad Peruana Unión, Lima.

Linage, R. M., Lucio, G. M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 4 (1). Pp. 55-66. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v4n1/v4n1a4.pdf>

Luna, E., Gómez, J., y Lasso, T. (2013). Relación entre desempeño académico y autocontrol. *Revista Plumilla Educativa*, pp. 199-219. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/plumillaeducativa/article/view/354/454>

Londoño, P. C., Valencia L. S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: Alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 8 (1), pp. 163-182. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100009&lng=en&tlng=es

López, C. M., Castillo, A. M., Méndez, R. M., Armendáriz G. N. (2016). Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del estado de Nuevo León, México. *Salud y drogas*, 16 (2), pp. 127-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83946520006>

López, N. F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, XXI (4), pp. 167-179. Disponible en <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf>

López, S. C., López, L. J., Freixinos, R. M. (2003). Retardo de la Gratificación y Autocontrol en Jóvenes Antisociales: Características Asociadas al Género. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), pp. 5-21. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980992>

López, T. F., Peralta, I., Muñoz, R. M., Godoy, F. J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, *Adicciones*. 15 (2). Disponible en https://www.researchgate.net/profile/M_Munoz-Rivas/publication/28174660_Autocontrol_y_consumo_de_drogas/links/00b49531b528e66e06000000/Autocontrol-y-consumo-de-drogas.pdf?origin=publication_detail

Marina, J. A. (2014). Bases neurológicas del nuevo paradigma adolescente. *Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*. 1, pp. 21-36.

Martínez, M. K., Salazar, G. M., Pedroza, C. F., Ruiz, T. G., Ayala, V. H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud mental*, 31 (2), pp. 119-127. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006&lng=es&tlng=es

Martínez M. K., Pedroza, C. F., Vacío, M. M., Jiménez, P. A., Salazar, G. M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34 (2), pp. 247-264. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200008&lng=es&tlng=es.

Mejía, C., Rosales, C. (2015). Competencias prosociales y autocontrol en la adolescencia. *Centros de Integración Juvenil A. C.* Disponible en <https://docplayer.es/95220866-Centros-de-integracion-juvenil-a-c-competencias-prosociales-y-autocontrol-en-adolescentes.html>

Morales, R. y Penagos C. (2016). Efectos del aplazamiento de la gratificación en la duración de la fijación ocular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21 (2), pp. 202-207. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29248181011>

Nina, E. R. (2011). Significado del Amor en la Adolescencia Puertorriqueña. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 1 (3), pp. 473-486. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3589/358933582008>

Ojeda, G. A., Espinosa, G. D. (2010). Afrontamiento y Autocontrol en Adolescentes Michoacanos: Evaluando su Alternativa de ¿Migrar o no Migrar?. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (1), pp. 168-175. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28420640018>

Olvera, D. (2010). El autocontrol y las adicciones. *Elementos: Ciencia y cultura*, 17 (77), pp. 3-7. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29411989001> Redalyc

Organización Mundial de la Salud (2019). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Recuperado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf

Panadero, S. M. (2016). Mecanismos de control cognitivo y emocional procesos conscientes y no conscientes. *Dialnet*. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56480>

Páramo, M. A. (2010). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 29 (1), pp. 85-95. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>

Pascual, A. y Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2430/243058940007/html/index.html>

Pérez, B. C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24 (2), pp. 153-160. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2891/289122912008>

Quimbayo, D. J. y Olivella, F. C. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15 (1), pp. 32-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=422/42229179004>

Quinzán, L. A., Solano, Q. Y., López V. A., Pérez, P. L., Ramón J. R (2015). Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". *MEDISAN*, 19 (10), pp. 1232-1237. Recuperado en 20 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es&tlng=es.

Ravines, V. & Portal, B. (2016). *Autocontrol en adolescentes de padres convivientes y separados de Cajamarca*. Tesis de licenciatura. UPAGU, Perú.

Rezk, M. (1976). Auto-control: nociones básicas e investigación fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8 (3), pp. 389-397. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80580303>

Ríos, S. M. (2012). *Áreas de Aplicación de la Psicología en el Campo de la Salud*. Compilación de Bibliografía Complementaria. Fes-Iztacala SUAYED Psicología.

Rico de Alonso, A. (S/f). *Las categorías en la investigación social*. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Rico-de-Alonso-Et-al-CAP%C3%8DTULO-4-Categor%C3%ADas1.pdf>

Rodríguez, C., Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), pp. 389-403. Disponible en <https://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-anlisis-ES.pdf>

Rodríguez G. F, Sanchiz R. M, Bisquerra A. R. (2014) Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental*. 37. Pp. 255-260. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n3/v37n3a10.pdf>

Romero, C. A., Zapata, C. R., García, M. A., Brustad, R. J., Garrido Q. R., Letelier, L. A. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de

competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 19 (1), pp. 117-133. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235116414008>

Romero, L. M., Benavides, N., A., Quesada, C., A., Álvarez, B., Gloria. (2016). Problemas de conducta y funciones ejecutivas en niños y niñas de 5 años. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), pp. 57-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851776007>

Ruiz, C. (2018). *Top 10 de las drogas más consumidas en México*. Narconon Latinoamérica. Disponible en: <https://www.narcononlatinamerica.org/blog/top-10-de-las-drogas-mas-consumidas-en-mexico.html>

Salazar, G. M. L., Valdez, R. J. F., Martínez, M. K. I. & Pedroza, C. F. J. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10 (3), pp. 803-815.

Sánchez, R., Rangel, O., Jaramillo, L. E. (2010). Evaluación de la labilidad afectiva como síntoma del síndrome maniaco. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), pp. 654-664. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80619231001>

Seiffert, H. (1977). *Introducción a la Lógica*. Herder, Barcelona.

Serrano, M. E., García, A. D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria. *Multiciencias*, 10 (3), pp. 273-280. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90416328008>

Skinner, B. F. (1970) *Ciencia y conducta humana*. Traducido del inglés, Barcelona: Fontanella.

Soriano, L., Argente, J. (2017). Desarrollo y pubertad en el ser humano. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 8 (2). Disponible en <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E23/P1-E23-S1087-A428.pdf>

Souza, M. M. (2007). *Adicciones. Clínica y Terapéutica*. Alfil. México.

Tegoma, R. V. & Cortaza, R. L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería*

universitaria, 13 (4), pp. 239-245. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>

Telumbre, T. J. y Sánchez, J. B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de guerrero, México. *Salud y drogas*, 15 (1), pp. 79-86. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83938758008>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2015). Problemática de las drogas. UNODC. Disponible en
https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas. UNODC. Disponible en:
https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html

Vázquez, M. E., Muñoz, M. M., Fierro, U. A., Alfaro, G. M., Rodríguez M. L., Bustamante, M. P. (2013). Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Pediatría Atención Primaria*, XV (59), pp. e75-e84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3666/366639777003>

Vargas G. R. & Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24 (2), pp. 225-240. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3051/305128932003>

Vazsonyi, A. T., Mikuška, J., y Kelley, E. L. (2017). It's time: A meta-analysis on the Self-control-deviance. *Journal of Criminal Justice*. 48, pp. 48-63. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.10.001>

Verdugo, L. J., Ponce de León, P. B., Guardado, LI, R., Meda, L. R., Uribe, A. J., Guzmán, M. J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y*

Juventud, 11 (1), pp. 79-91. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=773/77325885021>

Villarreal, G. M., Sánchez, S. J., Musitu, G., Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19 (3), pp. 253-264. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1798/179817507006>

Villatoro, V. J., Medina-Mora, I. M., Campo, S. R., Fregoso, I. D., Bustos, G. M., Reséndiz, E. E., Mujica, S. R., Bretón C. M., Soto, H. I., Martínez, V. C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39 (4), pp. 193-203. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es.

Velásquez, M. M. y Ortiz, J. G. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 28 (117), pp. 21-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1332/133232675005>