

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“HABILIDADES PARA LA VIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES Y NO
CONSUMIDORES DE ALCOHOL”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

SÁNCHEZ XICOTENCATL CARLOS OMAR

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
REVISORA DE TESIS: LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**

**SINODALES: MTRA. BLANCA GIRÓN HIDALGO
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES**

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Resumen.		5
Introducción.		6
1. Adolescencia.		
1.1	Cambios Físicos y psicológicos.	8
1.2	Teóricos de la Adolescencia.	11
	Hall.	
	Sigmund Freud.	
	Anna Freud.	
	Gesell.	
	Mead.	
	Piaget.	
2. Consumo de alcohol en la adolescencia.		
2.1	Datos epidemiológicos.	20
2.2	Efectos fisiológicos en la ingesta de alcohol.	24
2.3	Modelos teóricos de consumo de alcohol.	29
	Modelo Psicoanalítico.	
	Modelo de Capell y Herman (Reducción de tensión).	
	Modelo de Bandura (Aprendizaje social).	
	Modelo de Kandel (Puerta de Entrada).	
	Modelo de Jessor (Conducta Problema).	
	Modelo de Hull (Autoconciencia).	
	Modelo de Hawkins y Weis (Desarrollo social).	
	Modelo Genético.	
2.4	Factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol.	39
3. Habilidades para la vida.		
3.1	Programas preventivos.	47
3.2	Habilidades para la vida.	56
	Habilidades sociales.	
	Habilidades cognitivas.	
	Habilidades de manejo de emociones.	
3.3	Implementación de programas de Habilidades para la Vida.	65

4. Método.

4.1	Planteamiento y Justificación del Problema.	71
4.2	Pregunta de investigación.	71
4.3	Objetivo general.	72
4.4	Hipótesis.	72
4.5	Variables.	72
4.6	Definiciones conceptuales.	72
4.7	Definiciones operacionales.	73
4.8	Participantes.	73
4.9	Muestreo.	73
4.10	Tipo de estudio.	73
4.11	Diseño de investigación.	74
4.12	Instrumentos.	74
4.13	Procedimiento.	75

Resultados.	77
--------------------	----

Discusión.	91
-------------------	----

Limitaciones y sugerencias.	96
------------------------------------	----

Referencias.	98
---------------------	----

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de realizarme en lo académico y en lo personal.

A los miembros del jurado por todo el apoyo para conseguir esta meta

- Mtra. Blanca Girón Hidalgo
- Lic. Asunción Valenzuela Cota
- Dra. Patricia Andrade Palos
- Dr. Samuel Jurado Cárdenas
- Lic. Miriam Camacho Valladares

A la Dra. Patricia Andrade Palos por ser mi maestra y amiga, por apoyarme para concluir esta empresa.

A mis padres Julián Sánchez Sánchez y Alicia Xicotencatl Flores por todo el cariño y apoyo que siempre me han dado para conseguir las metas que nos proponemos.

A mis hermanos Fernando y Julián y a mi abuela María del Pilar por todo lo bueno que siempre he recibido de ustedes, gracias por la confianza y el apoyo incondicional que me han dado en mi vida.

A mis amigos Farid, Gabo, Javier, José, Oscar, Pablo, Pech y Víctor por todos los momentos que hemos compartido ha lo largo de los años.

A Johann Sebastian Bach y José Alfredo Jiménez por los momentos de inspiración.

Resumen

México es un país en el que el consumo de alcohol está aumentando, este problema afecta tanto a hombres como mujeres de diferentes clases sociales en zonas rurales y urbanas, además los adolescentes consumen cada vez más alcohol, lo que constituye un reto para los responsables del área de salud que deben desarrollar nuevos métodos para la prevención de adicciones; un enfoque que ha demostrado ser una herramienta eficaz para desarrollar estos programas es el de habilidades para la vida.

En esta investigación participaron 5650 adolescentes de bachilleratos públicos seleccionados de forma aleatoria, hombres (46.7%) y mujeres (50.7%) de 14 a 25 años de edad con una media de 16.7 años, estudiantes de los tres años de bachillerato de ambos turnos. Se utilizó el cuestionario de habilidades para la vida de Andrade, et al. (no publicado), que mide habilidades para la vida genéricas: planeación a futuro, autocontrol, empatía, comunicación asertiva, expresión emocional, manejo del enojo y solución de conflictos; y habilidades específicas para el consumo de sustancias: aceptación a la presión de pares, aceptación a la presión de la pareja y resistencia a la presión de pares. Este instrumento es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”, dividido en once escalas, siete de las cuales se refieren a habilidades genéricas y tres habilidades específicas para el consumo de drogas. Para medir el consumo de alcohol se utilizó un indicador de riesgo donde el valor “0”= nunca ha bebido alcohol en la vida, “1” =si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año, “2”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año, “3”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes y “4”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.

Para conocer si existen diferencias significativas en las habilidades para la vida de los adolescentes consumidores y no consumidores, se realizó un análisis de varianza de una sola vía (ANOVA). Los resultados arrojan que cuando se hace el análisis a la muestra total, existen diferencias significativas en todas las habilidades excepto en comunicación asertiva y expresión de emociones, sin embargo, al hacerlo para cada sexo, en los varones existen diferencias significativas en todas las habilidades, mientras que las mujeres no presentan diferencias en las habilidades de comunicación asertiva y expresión de emociones teniendo a las demás habilidades como significativamente diferentes.

Los resultados de esta investigación servirán como base para implementar programas de prevención enfocados a las habilidades para la vida en población mexicana escolarizada.

Palabras clave: Habilidades para la vida, adolescentes, alcohol, prevención.

Introducción.

El consumo de alcohol es un tema primordial en materia de salud pública en nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), en México 32.2 millones de personas entre 12 y 65 años consumen bebidas alcohólicas, siendo los adolescentes un grupo afectado ya que el 25% de la población de entre 12 y 17 años ha consumido alcohol. Por otro lado, la última encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes del Distrito Federal, donde participaron 10,523 adolescentes; 50.5% hombres y 49.5% mujeres, el consumo de alcohol se ha incrementado y es prácticamente igual en hombres y mujeres (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador, et al., 2007). Además, reportes de los servicios de emergencia asocian al consumo de alcohol con violencia, accidentes, homicidios, lesiones autoinflingidas y diversas enfermedades (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye, Rosovsky, 2003). Debido a esto es necesario tomar las medidas necesarias para que los jóvenes no se inicien en el consumo, siendo la prevención un tema fundamental para evitar problemas con el uso de sustancias, es así que existe la imperiosa necesidad de realizar investigación que ayude a identificar factores que influyan en el joven para que no se involucre con el consumo.

Los programas preventivos enfocados a la adquisición de habilidades para la vida, definidas por las OMS como *las destrezas que permiten a los adolescentes adquirir las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria*, son poderosas herramientas que ayudan al adolescente a vivir de manera saludable, si éste es capaz de desarrollarlas, tendrá más oportunidades de alejarse del consumo (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001); debido al crecimiento de población adolescente que se está iniciando en el consumo de alcohol y a la falta de evidencia empírica que demuestre las diferencias en las habilidades para la vida de los adolescentes, el objetivo de esta investigación es conocer si existen diferencias significativas en las habilidades para la vida de adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol.

Adolescencia

La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, es una etapa considerada como un puente en la vida de todos los sujetos, un puente entre la infancia y la vida adulta, durante esta época el adolescente descubrirá un nuevo horizonte de posibilidades existenciales.

Esta etapa caracterizada por cambios físicos y psicológicos, donde se alcanza la madurez sexual, emocional y social, además de adquirir nuevas responsabilidades, conductas y formas de pensar que llevarán al joven a participar en el mundo adulto. Es un periodo que tendrá una influencia muy importante en las etapas posteriores de la vida.

1.1 Cambios Físicos y Psicológicos

Durante la adolescencia se da una maduración biológica y dicho proceso se da bajo un control genético estricto. Este proceso de maduración se presenta más temprano en las mujeres que en los hombres. Los cambios físicos son provocados por la acción de hormonas, la producción de dichas hormonas empieza en el hipotálamo ubicado en la base del cerebro, el cual manda señales bioquímicas a la hipófisis para que produzca hormonas que estimulen las glándulas suprarrenales, este recorrido se conoce como el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal, de aquí surgen las hormonas que se van a encargar de activar los mecanismos para que los cambios físicos comiencen. Una de las hormonas más importantes es la *hormona liberadora de gonadotropinas*, que activa a las gónadas para que se de un aumento en la producción de hormonas sexuales, las hormonas que provocan la maduración de las gónadas son la hormona foliculoestimulante y la hormona luteinizante. En los hombres la principal hormona es la testosterona que es el andrógeno más importante producido por la gónada masculina, ésta se da bajo el estímulo de la hormona luteinizante, y en las mujeres el estradiol es el

estrógeno más importante, éste es producto de folículos ováricos que son estimulados por la hormona luteinizante y principalmente por la hormona foliculoestimulante del ovario. En los hombres la acción de la testosterona es la que se encarga de que aparezcan los caracteres sexuales secundarios, como son el vello púbico, axilar, facial, corporal y torácico, el aumento de tamaño de la laringe lo que origina el cambio de voz, el inicio de la función de las glándulas apocrinas, la piel se hace más gruesa y se estimula la producción de grasa por las glándulas sebáceas, el crecimiento de testículos y pene y la primera eyaculación; en las mujeres, los estrógenos actúan de la misma forma que la testosterona en los hombres, provocando cambios como la aparición del vello púbico, axilar y corporal, el cambio de tono de voz, el ensanchamiento de caderas, el inicio de la función de las glándulas apocrinas, el desarrollo de las glándulas mamarias y el primer periodo menstrual. Durante esta etapa hay un aumento de estatura, los hombres pierden la grasa que habían ganado unos años antes, mientras que las mujeres la conservan, distribuyéndose en diferentes partes del cuerpo. Los sistemas cardiovascular y respiratorio se desarrollan provocando un aumento en la resistencia y la fuerza principalmente en los hombres (Dulanto, 2000a).

En los adolescentes también se da un cambio a nivel psicológico y cognitivo, en esta etapa se comienza a tener un pensamiento abstracto, además de que crece la capacidad de planear y prever las cosas, se empieza a reflexionar sobre los propios pensamientos, se adquiere la capacidad de hacer conjeturas acerca de las consecuencias de las cosas, también se desarrollan estrategias más eficientes para resolver problemas. El rasgo más destacado de los cambios cognitivos es que los adolescentes son capaces de pensar en términos de posibilidad y no sólo en términos de realidad (Berger, 2004).

El desarrollo en la adolescencia no se da en forma sincronizada, mientras que las características biológicas se van desarrollando rápidamente, los aspectos psíquico, afectivo, emocional y social llevan otro ritmo de desarrollo, esta falta de uniformidad en el proceso de maduración aunque normal, puede causar conflictos

en los adolescentes, además los aspectos culturales y socioeconómicos que dan las pautas de vida de cada generación, son influencias significativas en cada adolescente. Una de las tareas principales del adolescente es lograr su maduración psicosocial, para poder integrarse a la sociedad de los adultos (Dulanto, 2000b).

López (2000) menciona que es en esta etapa donde la transformación de la sexualidad es un aspecto que además de ser evidente, preocupa mucho al adolescente afectando todas las líneas del desarrollo psicológico. El desarrollo psicosexual incluye varios factores incluyendo los mecanismos biológicos que permiten la descarga de la tensión sexual, los cambios psicológicos en el esquema mental como la atracción por el sexo opuesto, la inseguridad o el enamoramiento y los fenómenos psicosociales que se dan en el medio en donde crece el adolescente, por ejemplo, las actitudes familiares respecto al sexo.

Uno de los aspectos más importantes en la vida del adolescente es el sistema familiar, es donde los jóvenes entienden, valoran y desarrollan habilidades y actitudes de convivencia social, con esto el sujeto ayudado por su desarrollo individual y familiar encontrará un sitio en la sociedad, hecho indispensable para realizarse como persona independiente contribuyendo al funcionamiento social. Las familias de los adolescentes empiezan a cambiar conforme se va desarrollando el sujeto, aparece una mayor independencia hacia los padres y debido a esto se tienen que renegociar los papeles en casa, pero aún con las modificaciones que se dan en la familia, los padres siguen influenciando las creencias y las conductas de los adolescentes (Craig, Baucum, 2001; Dulanto 2000b).

La transición de la infancia a la vida adulta implica modificar las relaciones con los adultos y esto provoca diferentes emociones en los adolescentes, en esta etapa el individuo tiende a sentirse inseguro, ya que muchas de las cosas que está viviendo son nuevas además de la adquisición de nuevos valores y actitudes, es

por eso que el adolescente encuentra en el grupo de pares que no está solo y que otros están viviendo algo similar, este cambio del modelo del grupo primario que son los padres al del grupo secundario que son los pares significa cambios psicológicos importantes. Dentro de este grupo, el sujeto puede tener un sentimiento de poder, pertenencia o seguridad, puede tener decisiones que él no tomaría solo y esto acrecenta la afirmación de sí mismo. La aceptación y la buena opinión que el grupo tenga de los integrantes es lo más importante para el adolescente (Martínez, 2000).

1.2 Teóricos de la adolescencia.

Aunque en la actualidad se sabe que la adolescencia es una etapa muy importante en la vida de las personas, apenas a inicios del siglo pasado se le empezó a poner atención. Desde entonces diferentes teóricos han tratado de explicar este periodo del desarrollo humano que llamamos adolescencia, a continuación se mencionan algunos de los más representativos.

Stanley Hall

Uno de los principales teóricos evolucionistas, Hall (1904, cit. en Muss 1984) fue el primero de los autores que escribió un volumen sobre adolescencia utilizando métodos científicos para su estudio, su teoría está basada en ideas darwinianas de la evolución, Hall propone que durante el desarrollo las personas atraviesan por las etapas que la humanidad ha vivido a lo largo de su historia, estas fases son heredadas y el desarrollo es inmutable, universal e inevitable además de ser independiente de la sociedad en la que vive el individuo.

Hall divide el desarrollo en cuatro etapas: infancia, niñez, juventud y adolescencia. La infancia abarca del nacimiento hasta los primeros cuatro de vida, en esta etapa se representa el periodo animal de la especie humana, el niño gatea, el desarrollo mental es muy primitivo y el aspecto sensorial es el más importante.

La niñez que es de los cuatro años a los ocho, es la representación del periodo en que el humano vivía en cavernas y sus principales actividades eran la caza y pesca, en esta etapa el niño juega a esconderse, utiliza armas de juguete, el lenguaje y la interacción social se empiezan a desarrollar.

La juventud que va de los ocho a los doce años, es el salvajismo, la fase que corresponde a la vida sedentaria de la humanidad, en esta etapa el niño está deseoso por disciplinarse, ejercer un oficio y en donde el entrenamiento físico es muy importante, es en la juventud cuando el niño puede aprender con mayor facilidad la lectura, escritura, música, idiomas extranjeros, matemáticas, entre otras actividades.

La adolescencia empieza a los doce (pubertad) y termina entre los veintidós y veinticinco años (adulthood), es la etapa histórica de la civilización, Hall describió a la adolescencia como un periodo de "*Sturm und Drang*" (tormenta e ímpetu), es en este periodo del desarrollo en el que la vida emocional fluctúa entre diversas tendencias contradictorias, así, la actividad, energía y exaltación se entremezclan con la indiferencia, el desgano y el letargo, la alegría y risas ceden ante la depresión y melancolía, el adolescente desea la soledad pero también le preocupa integrar grupos y tener amistades, en ocasiones es sensible y en otras es cruel. Por esto Hall pensaba que conductas socialmente inaceptables que tenían los adolescentes debían ser toleradas por los padres y maestros, ya que eran parte del desarrollo social normal y esas conductas con el tiempo desaparecerían. Hall se interesó mucho por este periodo, argumentó que la adolescencia es un segundo nacimiento por que es cuando surgen los rasgos más evolucionados y

más esencialmente humanos, con la adolescencia se llega al final del proceso evolutivo, el sujeto alcanza la madurez.

Sigmund Freud

La teoría psicoanalítica propuesta por Sigmund Freud tiene una orientación biológica que contempla a la adolescencia, en esta teoría el desarrollo de la libido (energía por la que podemos medir los procesos y las transformaciones de la excitación sexual) se divide en cinco etapas psicosexuales llamadas así por que tienen un papel fundamental los instintos sexuales, estas etapas que están genéticamente determinadas son: la etapa oral, anal, fálica, latencia, y genital que es la que marca el inicio de la adolescencia, es durante esta etapa cuando resurgen los impulsos sexuales que estaban latentes en la etapa anterior, esto provoca que el nuevo objetivo sexual sea la reproducción, la sexualidad durante la etapa genital se manifiesta por la excitación externa de la zona erógena, por la necesidad fisiológica de dar salida a los productos sexuales y por que ahora se tiene una excitación sexual psicológica (Freud, 1985).

Freud describe a la adolescencia como la etapa en donde se dan los cambios definitivos en la vida sexual del individuo, durante la infancia se buscaba la satisfacción por medio de distintas zonas erógenas pero al llegar a la pubertad la zona genital se convierte en la más importante, de esta manera se da una unificación de los instintos sexuales. Esta subordinación de las zonas erógenas al nivel genital es uno de los acontecimientos más importantes de este periodo (Freud, 2004).

Según Freud durante la adolescencia se da un resurgimiento del complejo de Edipo como consecuencia de la tensión sexual acrecentada que tiene el adolescente, la nueva situación edípica es resuelta gracias a las barreras que el superyó ha desarrollado contra el incesto, debido a esto se puede solucionar otra

tarea fundamental de la etapa que es el establecimiento de nuevos objetos sexuales fuera de la familia, para lograrlo el adolescente debe liberarse del apego hacia la madre y de la dominación del padre. Durante la adolescencia existe una preocupación por no desintegrar la personalidad, la cual se ha edificado durante las etapas anteriores, en la pubertad existe una lucha entre el ello que constituye las fuerzas biológicas (instintos) y el superyó que son las conductas socialmente aceptadas, por esto el adolescente debe reprimir sus impulsos sexuales y soportar las exigencias de la sociedad (Freud, 1985).

Anna Freud

Anna Freud (1992) propone que la adolescencia es resultado de fuerzas pulsionales desarrolladas en la pubertad, las cuales causan un desequilibrio psíquico. En la etapa de latencia el superyó (normas, valores y principios morales) del niño se sigue desarrollando y existe una tregua entre el ello y el yo alcanzando un equilibrio interno, el cual llega a su fin en la adolescencia, durante la pubertad se dan luchas que el yo (entidad encargada de controlar los impulsos) tiene que librar para solucionar los conflictos que los instintos originan, cuando el yo cede ante los impulsos del ello, entra en conflicto con las normas internalizadas del superyó, además las organizaciones del yo y del superyó se modifican para formar la sexualidad adulta. Este resurgimiento de fuerzas libidinales es consecuencia de la interacción entre los procesos fisiológicos que se dan en esta etapa como el inicio de la función de las glándulas sexuales y la esfera psicológica del adolescente.

En la adolescencia todos los factores de la personalidad se ven afectados y el de la sexualidad es uno de los más importantes, el cual se caracteriza por que al principio se incrementan los elementos pregenitales, como son las respuestas sexuales agresivas, los jóvenes se muestran más crueles, sucios, egocéntricos y desconsiderados, pero después el impulso pregenital se convierte en genital. Durante la adolescencia la libido está a punto de separarse de los padres para

catectizar nuevos objetos, debido a esto es inevitable el duelo por los objetos del pasado y por las relaciones con adultos, aún así, esta etapa representa un riesgo para el adolescente ya que sigue actuando como un miembro de su unidad familiar y los impulsos genitales pueden dirigirse hacia los viejos objetos amorosos, por ejemplo sus padres. Anna Freud señala que en la adolescencia resurge el complejo de Edipo que provoca miedo a la castración en los varones y la envidia del pene en las niñas, estos impulsos llegan a la conciencia en forma de fantasías, es cuando el superyó interviene produciendo ansiedad y activando los mecanismos de defensa que el yo tiene a su disposición, principalmente la negación, la represión y el desplazamiento, estas defensas invierten los impulsos libidinales ocasionando temor, ansiedad y síntomas neuróticos. Anna Freud menciona que la incongruencia en los adolescentes es normal, los llamados trastornos de la adolescencia son los signos exteriores de los ajustes internos que han iniciado, por otro lado, la falta de conflictos es algo anormal en la adolescencia, los jóvenes que no muestran signos exteriores de inquietud tienen defensas muy fuertes contra todas las actividades de los instintos y este proceso defensivo detiene los procesos madurativos normales. (Freud, 1965).

Arnold Gesell

Arnold Gesell (1971) definió a la adolescencia como un periodo preeminentemente rápido y muy intenso en cuanto al desarrollo físico, durante este periodo se tienen profundos cambios que afectan a todo el organismo. La cultura y el medio son factores que influyen de manera significativa el desarrollo pero no generan la tendencia y la progresión del desarrollo, Gesell propone que el desarrollo es un proceso genéticamente determinado y que en cada año de maduración aparecerán conductas y tendencias características.

La conducta adolescente aparece alrededor de los once años y continua hasta los veinte, en los resúmenes descriptivos sobre los ciclos de desarrollo que Gesell

hizo, menciona que el crecimiento es espiral ya que existen algunas repeticiones en diferentes edades, por ejemplo, los niños de 11 y 15 años son rebeldes y los niños de 12 y 16 son estables.

Esta etapa se vive como una constante búsqueda, el autor menciona que la tarea central del adolescente es encontrarse a sí mismo. Esta tarea es difícil de lograr ya que el adolescente no ha alcanzado plenamente la madurez, en esta etapa todavía se siente confundido en sus argumentos, el yo adolescente sufre modificaciones conforme avanza el proceso de desarrollo, la cultura y los mecanismos de maduración son los factores que ayudan al adolescente a encontrarse a sí mismo. Durante la adolescencia se da un avance interrumpido de las actitudes concretas hacia las conceptuales y del egocentrismo ingenuo a la perceptividad del yo de los demás. Además durante la adolescencia se logra alcanzar conciencia del propio yo.

Margaret Mead

La antropología cultural niega la universalidad de que la adolescencia sea un periodo conflictivo, los estudios realizados en diferentes sociedades no occidentales en donde la estructura social y familiar eran diferentes no encontraron que la adolescencia fuera un periodo caracterizado por los problemas que en otras sociedades se observan, Mead (1978) con su “relativismo cultural” destaca las funciones de las instituciones sociales y la cultura para el desarrollo humano, menciona que la constitución biológica no determina la conducta y que la cultura no se transmite genéticamente. Para esta autora los cambios fisiológicos que los adolescentes tienen no bastan para explicar este proceso, y la facilidad o dificultad de esta transición de niño a adulto depende de la cultura en la que el adolescente está inmerso, el entorno social es de suma importancia para determinar la personalidad del individuo.

Esta teoría presenta a las personas como flexibles y adaptables, las cuales son más afectadas por las cuestiones culturales que por las fisiológicas. A diferencia de otras teorías niega la existencia de varios patrones de desarrollo universales, el único es la prohibición del incesto.

Jean Piaget

Piaget (1975) propone una teoría que se interesa en la manera en que se desarrolla el pensamiento del adolescente, para Piaget la adolescencia es el periodo en que el sujeto llega a desprenderse de lo concreto y a situar lo real en un conjunto de transformaciones posibles, donde la sociedad juega un papel muy importante, ya que no se puede separar al adolescente del medio en que se encuentra, es así que la tarea principal del adolescente es la inserción en el mundo de los adultos.

Los periodos del desarrollo cognitivo según Piaget son cuatro: la inteligencia sensoriomotora, el pensamiento preoperacional, las operaciones concretas y las operaciones formales, el pensamiento adolescente está relacionado con las dos últimas. En la fase de las operaciones concretas (aproximadamente entre los 7 y 11 años) el niño es capaz de ejecutar acciones sobre objetos que están presentes físicamente, no pueden hacer teorías generales sino que tienen que ir resolviendo problema tras problema conforme el entorno lo vaya exigiendo,. El periodo de las operaciones formales (inicia aproximadamente a los 11 años) se caracteriza por la capacidad de pensar sobre objetos no presentes, el futuro, posibilidades e hipótesis, el adolescente tiene la capacidad de elaborar teorías abstractas.

En esta etapa el sujeto ya no se preocupa solo por los problemas del día sino que se interesa por problemas futuros, empieza a planificar su vida, este logro se da gracias a que tiene la capacidad de razonar sobre lo que está pasando y lo que podría pasar, esta nueva capacidad trae como consecuencia un egocentrismo

intelectual aunque después disminuye cuando este nuevo pensamiento formal se reconcilia con la realidad.

Un aspecto relevante que se da en la adolescencia es la conquista de la personalidad, para Piaget la personalidad inicia a partir de esta etapa y necesita de varios factores para que se pueda dar, así la personalidad inicia con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad. Piaget menciona que la personalidad existe desde el momento en que el adolescente es capaz de hacer un “plan de vida”, y para lograrlo necesita del pensamiento y de la reflexión. Otro tema de suma importancia para el adolescente, es su inserción en la sociedad adulta. El adolescente se prepara para lograrlo con su proyecto de vida, planes sociales y políticos, durante este proceso los planes de vida superan la realidad, la sociedad que al adolescente le interesa es la que él quiere reformar, la real es despreciada y condenada, finalmente logra adaptarse a la sociedad y el momento clave para hacerlo es cuando el adolescente pasa de reformador a realizador, y aunque este hecho marca su inicio en la sociedad adulta la personalidad se sigue desarrollando.

Aunque la adolescencia es un periodo muy complejo debido a todos los cambios que se dan, estos enfoques teóricos son de suma importancia ya que dan un panorama muy amplio de la forma en la que los adolescentes van cambiando su manera de pensar y actuar, esto es fundamental para poder conocer y comprender a los adolescentes.

Debido a todos los cambios que el adolescente sufre, los jóvenes pueden caer en prácticas que afectan su salud como consumir drogas, violencia o prácticas sexuales de riesgo, específicamente el consumo de alcohol está creciendo entre los adolescentes y para poder prevenirlo, es necesario conocer la situación en la que el país se encuentra, por eso, la actualización en los datos epidemiológicos es esencial en la toma de decisiones que ayuden a contrarrestar el problema de salud que representan el alcohol y otras drogas.

Consumo de Alcohol en la Adolescencia.

2.1 Datos epidemiológicos.

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta a personas en todo el mundo, según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2007), existen en el mundo 200 millones de personas que han consumido drogas de entre 15 a 64 años, lo que representa un 5% de la población mundial, y aunque en México el índice de consumo es inferior al observado en otros países, diversos estudios muestran que el consumo de alcohol y otras drogas está aumentando, involucrándose cada vez más las mujeres y la población adolescente, disminuyendo la edad de inicio en el consumo, (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet, Medina-Mora, 2007; Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo, Tapia-Conyer, 2003; Medina-Mora, Rojas, 2003; Medina-Mora, Villatoro, Caraveo, Colmenares, 2001). Por otro lado, reportes de los servicios de emergencia asocian al consumo de alcohol con violencia, accidentes, homicidios, lesiones autoinflingidas y diversas enfermedades (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye, Rosovsky, 2003).

En México desde 1976 se han realizado esfuerzos para conocer la situación del consumo de sustancias creando sistemas de vigilancia epidemiológica como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), encuestas nacionales y en población estudiantil, todo con el fin de actualizar los conocimientos sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en el país.

Desafortunadamente el problema de consumo de drogas en nuestro país ha aumentado y la población adolescente es una de las más afectadas, en la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) se informó que 215,634 jóvenes de 12 a 17 años han usado drogas alguna vez en la vida, de los cuáles el 55.3% continuó consumiendo en el último año y de éstos un 37% las usó en el mes previo a la encuesta; la diferencia por sexo fue de 3.5 hombres por cada mujer, y al igual que en los adultos, el consumo es mayor en zonas urbanas que en zonas

rurales. Las drogas que más consumen los adolescentes son el alcohol y el tabaco, seguidos de marihuana, aunque ha aumentado el consumo de cocaína, metanfetaminas y heroína.

En cuanto al consumo de alcohol, según datos de la ENA 2002, en México 32.2 millones de personas entre 12 y 65 años consumen bebidas alcohólicas, este problema se observa en mayor proporción en las áreas urbanas que en las rurales. El grupo de edad más afectado es el de 18 a 49 años, sin embargo, llama la atención el aumento de adolescentes que consumen alcohol, ya que 3,522,427 adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo, este incremento en los varones pasó de 27% en 1998 a 35% en 2002 y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. El consumo al mes de cinco o más copas por ocasión aumentó entre los hombres de 6.3% a 7.8%, además de que el 2% de la población adolescente reportó tener en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV.

En el Distrito Federal el consumo de alcohol por parte de jóvenes estudiantes es alto y durante los últimos años ha presentado un incremento. En la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad México que se realizó en 2006 (Villatoro, Gutierréz, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador, et al., 2007) donde participaron 10,523 adolescentes, 50.5% hombres y 49.5% mujeres, de los cuales el 48.8% de ellos tienen 14 años o menos y la mayoría asisten a la secundaria (54.7%). Se encontró que el 68.8% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes, esto representa un incremento ya que en el 2000, el 61.4% de los adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro, Juárez, 2002), y en el 2003 era el 65.8% (Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Amador, Bermúdez, 2005).

Al igual que en encuestas pasadas, el consumo afecta a hombres (68.2%) y mujeres (69.4%). Los alumnos de bachillerato técnico son los que presentan mayor consumo en el último mes (57.6%), seguidos de los de bachillerato (54.6%) y por último los de secundaria (29.8%).

El SRID es un reporte que indica el uso de drogas en la Ciudad de México, en el que participan 44 instituciones de salud y justicia que captan población en general. En la evaluación 39 realizada en Noviembre de 2005 (Ortiz, Martínez, Meza, 2005) se captaron 653 casos de usuarios de sustancias, teniendo al alcohol como la segunda droga más utilizada con 456 casos solo después de la mariguana con 459. La mayoría eran hombres (85.6%), siendo el grupo de 15 a 19 años el segundo grupo más afectado (26.2%). Durante el tiempo que ha funcionado este reporte se han identificado varios aspectos importantes, entre ellos un incremento en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, un mayor número de mujeres que consumen y el aumento de poliusuarios; por otro lado, tanto hombres como mujeres creen que consumiendo drogas pueden resolver sus problemas, sin embargo, la percepción de los problemas aumenta una vez que inician su consumo, siendo los más importantes los de tipo familiar (Ortiz, Martínez, Meza, Soriano, Galván, Rodríguez, 2007; Ortiz, Soriano, Meza, Martínez, Galván, 2006).

El SISVEA es un sistema de vigilancia epidemiológica que recoge datos de centros no gubernamentales de tratamiento para las adicciones a nivel nacional. Los organismos que participan en el sistema son los Centros de Integración Juvenil, el Consejo Tutelar de Menores, el Servicio Médico Forense y el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Durante el 2006, el SISVEA captó 60,631 tratamientos, de los cuales el 27.7% reportó al alcohol como la droga que más problemas les ocasiona, además de ser la principal droga de inicio. Dentro de estos de los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) se registró que el alcohol sigue presentando un ascenso notable como droga de inicio con un 3.9% con respecto al año anterior y

al mismo tiempo se incrementó con un 2.8% como droga que más problemas les causa a los sujetos o “droga de impacto”; situándose en primer lugar como droga de mayor demanda motivo por el que acudieron a solicitar tratamiento. Se reportaron 16,475 pacientes con problemas relacionados al consumo de alcohol, el 91.1% eran hombres, de los cuales la mayoría tienen más de 35 años, solteros, su escolaridad era de primaria o secundaria y tenían un trabajo ocasional. La mayoría de los pacientes reportó beber diario (61.5%), e iniciar su consumo entre los 10 y los 19 años (76.3%), siendo el alcohol la droga de inicio más importante (82.4%).

Uno de los organismos que participan en el SISVEA son los Centros de Integración Juvenil que durante el 2006 atendieron a 23,363 pacientes que solicitaron ayuda, reportando al alcohol como la segunda droga de impacto más importante (18.6%), sólo después de la cocaína (23.6%). Con respecto a la droga de impacto, el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 19 años (26.3%) la mayoría eran hombres, y el 18% de las personas que acudieron a tratamiento eran estudiantes, iniciando el consumo de drogas principalmente con el tabaco (59.5%) y alcohol (27.2%).

Dentro del SISVEA, el Consejo Tutelar de Menores se encarga de informar acerca de los menores de edad que son detenidos por cometer infracciones. Durante el 2006 informó sobre 8,725 detenidos, el 52.3% mencionó consumo habitual de drogas y de estos 17.4% cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva. El alcohol es la tercera droga que más ocupan los menores infractores, la droga más utilizada entre los menores infractores es la marihuana con un 28.5%; seguida por el tabaco 18.9% y alcohol 17.2%. La mayoría de los detenidos usuarios de drogas son hombres, siendo el robo el delito más cometido.

El Servicio Médico Forense también participa en el SISVEA y en 2006 reportó 2,142 muertes relacionadas con el abuso de algún tipo de droga, siendo el alcohol la que más se reporta, y los accidentes de tránsito (18.3%) la causa de defunción

más común. La diferencia por sexo es importante, los hombres representaron el 91.1% y las mujeres 8.9%; el grupo de edad donde se reportaron un número mayor de muertes es el de mayores de 40 años (40.1%).

Otra fuente de información que participa en el SISVEA es el Servicio de Urgencias Hospitalarias, en donde participan 144 hospitales, que en 2006 registraron 672 relacionados con el consumo de sustancias, siendo el alcohol la droga más registrada.

En el caso del consumo de alcohol, México es un país en donde el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia al alcohol representan un problema, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias. Se ha estimado que en México los padecimientos asociados al abuso de alcohol como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones producidas por vehículos de motor, los homicidios y los suicidios representan causas importantes en cuanto a nivel de pérdida de años de vida saludable. Por lo que se refiere al individuo, el alcoholismo implica aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, dependencia económica y sufrimiento moral, con las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiar y comunitario (SSA, 2001).

Dada la importancia que representa el consumo de alcohol y otras drogas en México y el incremento que ha tenido en los adolescentes, se requiere de una colaboración multidisciplinaria para frenar el crecimiento del consumo entre la población, ya que el alcohol afecta diferentes áreas como la social, psicológica, política, económica.

El consumo de alcohol está relacionado con diversos problemas de salud como enfermedades del hígado o problemas cardiovasculares, los efectos dañinos del etanol en el cuerpo tienen graves consecuencias sobre todo en los adolescentes.

2.2 Efectos fisiológicos en el consumo de alcohol.

El alcohol etílico (etanol, $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), se obtiene de la descomposición de carbohidratos vegetales, este proceso es provocado por la acción catalítica de la *Saccharomyces cerevisiae*, una levadura que el hombre ha utilizado para obtener bebidas alcohólicas. El alcohol no es producto normal del metabolismo humano y aunque se producen cantidades mínimas de etanol en el intestino producto de la fermentación de carbohidratos por la flora bacteriana, el consumo elevado origina un desequilibrio metabólico (Ladero, 1998).

Los sujetos que consumen alcohol tienen ciertos cambios tanto orgánicos como psicológicos, el alcohol por sus efectos en el organismo es considerado como una droga de abuso. Martín del Moral y Lorenzo (2003) definen a las drogas de abuso como las sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, que tienen la capacidad de generar dependencia tanto física como psicológica y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social. La dependencia aparece cuando el consumo de la droga es frecuente y deteriora el funcionamiento del sujeto en los ámbitos psicológico, social y biológico, cuando la dependencia es de tipo psicológico, las acciones de búsqueda de la droga están determinadas por el deseo irresistible (*craving*) de repetir la administración de la sustancia para obtener los efectos placenteros y evitar el malestar de su ausencia. Por otro lado, en la dependencia física se tiene la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose así un vínculo sustancia-organismo. Existen dos clases de dependencia física, uno de ellos es la tolerancia, caracterizada por la disminución gradual de los efectos de una droga tras su administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a elevar la cantidad de droga para obtener el efecto inicial. El otro tipo de dependencia física llamado síndrome de abstinencia, aparece al suspender bruscamente la administración de la sustancia, este síndrome son manifestaciones de signos y

síntomas físicos y psicológicos, generalmente contrarios a los efectos que la sustancia provocaba.

El consumo de drogas provoca un cambio bioquímico en el cerebro, el principal mecanismo neurobiológico de los efectos de reforzamiento positivo de las drogas es el sistema dopaminérgico-mesocortilímbico y sus conexiones con el núcleo accumbens, la amígdala, el estriado y la corteza frontal, implicando principalmente a los neurotransmisores, ácido γ -aminobutírico (GABA), glutamato, dopamina, serotonina y péptidos opiodes. Al consumir alcohol y otras drogas psicoactivas provocan una desestabilización en la vía dopaminérgica que interviene en el sistema de recompensa y aprendizaje principalmente por aumentar de manera directa o indirecta la neurotransmisión de dopamina en el sistema límbico. La estructura cerebral con mayor importancia que participa en los mecanismos de reforzamiento en las conductas adictivas es el núcleo accumbens, sobre todo la porción medial del núcleo accumbens, aquí es donde las drogas tienen el mayor efecto reforzante debido a que su consumo aumenta la actividad de las neuronas dopaminérgicas, prolongando el efecto de la dopamina liberada y bloqueando la recapturación de la misma. Es en el accumbens donde las drogas de abuso producen la activación motora, es decir, donde las emociones se traducen en conducta (Jiménez, Ponce, Rubio, Jiménez, 2003; Ramos, Fernández-Ruiz, 2003).

El alcohol es un depresor del sistema nervioso, su efecto en el consumo agudo depende de la dosis, cuando ésta es baja, el efecto es estimulante debido a una desinhibición de la actividad cortical, por eso, la persona puede sentir euforia, labilidad emocional o una disminución de su autocontrol. A medida que la dosis aumenta, el efecto del alcohol llega a otros centros nerviosos subcorticales como el hipocampo o el cerebelo, esto se traduce en falta de coordinación motora, del habla y de la memoria, si el nivel de alcohol se eleva se puede afectar los centros del tronco del encéfalo que regulan la respiración, lo que puede provocar la muerte del sujeto (Ambrosio, 2003; Palomo, Ponce, 2002).

El recorrido que hace el alcohol por el cuerpo afecta diversos órganos, al ingerir bebidas alcohólicas la boca se reseca por la disminución de saliva segregada, además de que puede provocar halitosis o infecciones en las encías, paladar y amígdalas por la destrucción de flora microbiana no perjudicial encargada de que no se desarrollen otros microbios que sí causan enfermedades; la pared interna del esófago se irrita, al llegar al estómago se produce una inflamación en la mucosa y un aumento de la secreción ácida del estómago por la estimulación de las células de sus paredes produciendo gastritis, vómitos y hemorragias al romperse algunas pequeñas arterias o venas que hay en la mucosa estomacal, la mucosa del intestino también sufre una destrucción dependiendo de la cantidad de alcohol; el páncreas también es afectado, provocando pancreatitis aguda, en el hígado los efectos son graves, el alcohol provoca cirrosis; el sistema cardiovascular también es severamente afectado por el consumo de alcohol al producirse un debilitamiento del corazón, arritmias y aumento en la presión arterial, los riñones producen más orina al llegarles una mayor cantidad de agua, algunas personas consideran al alcohol como afrodisíaco aunque en realidad no lo sea, ya que afecta la erección del pene y la presión vaginal. Los daños al sistema nervioso son reflejados por dolor de cabeza, en general todo el cerebro sufre una continua degeneración con el consumo de alcohol, pueden aparecer vómitos, vértigos, dificultad para caminar y problemas con movimientos finos (Díaz, 2001; Uriarte, 2005).

El alcohol se absorbe completamente a través del tubo digestivo, sobre todo en el intestino delgado, la rapidez de este tránsito por el aparato digestivo (intestino delgado y estómago) depende de factores como la cantidad de bebida alcohólica que se consuma, la concentración o graduación de la bebida, el momento del día y la presencia de alimentos en proceso de digestión. Una vez que es absorbido se distribuirá a través del torrente sanguíneo por todas las partes del cuerpo. Después de su absorción se distribuye a través de todos los fluidos corporales, casi todo el alcohol es metabolizado en el hígado por la enzima alcohol

deshidrogenasa y solo un porcentaje mínimo es excretado sin cambios a través de los pulmones (Julien, 1998).

En un episodio agudo de consumo de alcohol, se pasan por diferentes etapas Díaz (2001) describe cuatro fases:

1. Al principio se experimenta un estado de excitación y euforia en donde las personas se sienten fuertes y seguras, seguidas de una pérdida de autocontrol, los reflejos, la coordinación ojo-mano y el tiempo de reacción disminuyen, también las alteraciones visuales son importantes, existe una interferencia en la visión binocular lo que provoca problemas en la percepción correcta de distancias y velocidades, así como dificultad en acomodar la visión a los cambios de luz. Es durante esta etapa en la que existe un mayor riesgo de cometer un delito y de sufrir accidentes de tránsito.
2. La segunda fase se caracteriza por la anulación de la acción inhibitoria de los centros superiores del sistema nervioso central, lo que conduce a una alteración de la conducta de los sujetos, se liberan los impulsos primitivos provocando una exaltación del erotismo y trastornos de la afectividad.
3. En la tercera fase se hacen notorios los síntomas narcóticos: las funciones sensitivas y motoras están profundamente afectadas. La persona tiene dificultades de equilibrio, las percepciones sensoriales se ven muy disminuidas y alteradas, la vista y el tacto están afectados, puede haber vómitos.
4. La cuarta fase es la más peligrosa ya que si el nivel de alcohol sobrepasa los 4 ó 5 gramos por litro de sangre, se alcanza la narcosis total del sistema nervioso, entrando el sujeto en coma.

Debido al proceso de desarrollo en el que el adolescente se encuentra, existen diversos factores que hacen al consumo de alcohol más nocivo para los adolescentes que para los adultos.

Durante la adolescencia el cerebro se sigue desarrollando, en esta etapa se empieza a tener un balance entre las funciones límbicas-subcorticales y el lóbulo frontal. Algunas estructuras como el cuerpo caloso, la amígdala, el hipocampo y el cerebelo incrementan su volumen de manera considerable durante la adolescencia, además se multiplican los receptores de dopamina en el estriado y en el núcleo accubens, y aumentan los receptores de GABA en el núcleo septal medial, cerebelo y en otras estructuras subcorticales. Debido a que dichas estructuras y neurotransmisores están fuertemente ligados a la acción del alcohol, estos cambios cerebrales tienen impacto en los efectos que el alcohol tiene en el funcionamiento cerebral (Hiller-Sturmhöfel, Swartzwelder, 2004/2005; McAnarney, 2008; Sunderwirth, 2005).

El consumo de alcohol durante la adolescencia puede provocar graves daños en la estructura y el funcionamiento del cerebro, ya que al estar en crecimiento, el alcohol puede interferir con su desarrollo normal, provocando deterioro en el funcionamiento neuropsicológico, reflejado por las dificultades que el joven tiene para realizar tareas que involucren memoria, atención, coordinación motora y visoespacial, planeación, y pensamiento abstracto. El adolescente al consumir alcohol, afecta la actividad eléctrica y circulatoria del cerebro, además algunas estructuras cerebrales pierden su volumen significativamente, las más afectadas son el cuerpo caloso, involucrado en la integración de la actividad de ambos hemisferios; el hipocampo y la amígdala cuyas funciones son fundamentales en la memoria, el aprendizaje y lenguaje; el cerebelo encargado entre otras cosas en las funciones motoras, también el lóbulo prefrontal encargado de tareas como planeación a futuro, toma de decisiones y control de impulsos y el lóbulo temporal asociado con procesos de lenguaje y emociones. (Brumback, Cao, King, 2007; Giedd, 2008; Tapert, Caldwell, Burke, 2004/2005).

2.3 Modelos teóricos de consumo de alcohol.

A través del tiempo varios autores han tratado de explicar el consumo de alcohol, debido a que éste es un fenómeno complejo y multifactorial, el panorama que los diferentes teóricos dan acerca del consumo de alcohol es muy importante para poder entenderlo, a continuación se revisarán algunos modelos de mayor importancia.

Teoría Psicoanalítica.

De acuerdo con el punto de vista psicoanalítico, el alcoholismo es causado por conflictos inconscientes que se originan en la infancia temprana, estos conflictos toman forma de fijaciones o de regresiones a los estadios psicosexuales pregenitales, es decir, si existen frustraciones orales el niño se enfurece con sus padres pero éste no puede expresar sus impulsos hostiles hacia ellos, debido a esto dirige los impulsos hacia sí mismo, así las drogas cumplen una doble función, la primera es la de proporcionar la satisfacción oral y la segunda es la de gratificar sus tendencias autodestructivas (Freud, 1992).

La adicción reside en la estructura psíquica del sujeto, éste es una persona que usa las drogas para satisfacer el arcaico anhelo oral (sexual), los adictos tienen la esperanza de que por medio de las drogas se realice un deseo primitivo, a ellos no les interesa la sexualidad genital, estos sujetos se caracterizan por ser narcisistas, pasivos y sólo se interesan por su satisfacción, no les importan los demás, a los que ven como proveedores de satisfacción. En los alcohólicos podemos encontrar características de personalidad que observamos en bebés que están en la etapa oral, algunas de estas características son la dependencia y la baja tolerancia a la frustración, además en la teoría psicoanalítica se ha relacionado al alcoholismo

masculino con dificultades sexuales como problemas con su orientación sexual (Fenichel, 2000).

Teoría de la Reducción de Tensión.

El objetivo principal de la reducción de la tensión es el de explicar el papel reforzante que el alcohol tiene en los sujetos. Cappell y Herman (1972, cit. en Greeley & Oei, 1999) se enfocaron en la pregunta ¿el alcohol reduce la tensión? esta es la hipótesis principal de la teoría de la reducción de tensión. Estos autores mencionan que el alcohol reduce el miedo cuando existe un estado aversivo a través de un mecanismo de evitación, por ejemplo una persona bebe alcohol por que se siente ansioso, en este caso el consumo de alcohol se refuerza por la reducción de ansiedad que el sujeto experimenta, por esta continua búsqueda de un estado satisfactorio las personas pueden llegar a volverse adictos.

A través de los diferentes experimentos realizados, se adoptaron dos vertientes para comprobar si el alcohol reduce la tensión, la primera fue la de suministrar alcohol a sujetos con problemas de ansiedad, y la segunda era someter a sujetos alcohólicos a situaciones de estrés y observar el comportamiento de consumo de alcohol en estas circunstancias.

En el primer tipo de experimentos, el efecto que tiene el alcohol sobre las emociones no es del todo consistente, ya que en algunos experimentos las consecuencias emocionales fueron positivas, en otros fueron negativas y en algunos casos no modificó el estado emocional, esto es causado por diferentes factores como la dosis de alcohol, el tiempo transcurrido desde que se comenzó a beber, el estado de ánimo que el sujeto tiene antes de beber y las expectativas que tenían acerca de los efectos del alcohol, sin embargo, se llegó a la conclusión general de que cuando se empieza a tomar alcohol, el estado emocional tiende a ser positivo, pero si el consumo aumenta durante un intervalo de tiempo mayor las

emociones se tornan negativas (Rimm, Bridell, Zimmerman y Caddy, 1981; Warren y Raynes, 1972 cit. en Secades y Fernández, 2003).

En el segundo tipo de experimentos, el contexto en donde el sujeto se encuentre tiene mucho que ver con los efectos del alcohol. Las emociones placenteras se presentaban con mayor frecuencia cuando el sujeto estaba en una reunión que cuando estaba en el laboratorio. El sexo del sujeto también es importante ya que las mujeres esperan del alcohol un efecto más relajante que los hombres, además en los hombres se presentan más emociones positivas que en las mujeres.

Las características de personalidad son otro factor de importancia, ya que las personas con características similares a la de los alcohólicos tienden a reaccionar más intensamente ante el alcohol, y los sujetos bajo condiciones de estrés con dichas características tienden a experimentar este tipo de situaciones como más estresantes que los sujetos sin estas características de personalidad (Konovsky, Wilsnack, 1982; Sher, 1985 cit. en Secades y Fernández, 2003).

Teoría del Aprendizaje Social.

La teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura (1977), explica de manera general el comportamiento humano determinado por estímulos externos, sistemas internos de procesamiento y códigos regulatorios, así como por sistemas de reforzamiento respuesta-feedback.

Bandura propone cuatro principios fundamentales, el primero es el reforzamiento diferencial, que se refiere a los cambios que tiene un mismo comportamiento en diferentes escenarios, por ejemplo el beber alcohol en una fiesta y el tomarlo en el lugar de trabajo, mientras que en el primer escenario es una conducta aceptada, en el segundo puede traer consecuencias negativas para el sujeto.

El segundo principio es el de aprendizaje vicario o modelamiento, esto es que los humanos adquieren nuevos conocimientos a través de la observación de otros o a través de la comunicación simbólica, por ejemplo si un niño observa a su padre consumir alcohol, éste puede adoptar la conducta de consumo.

El tercer principio es el de los procesos cognitivos, es decir, la información que viene del exterior es procesada cognitivamente, lo cual lleva a determinar el tipo de conducta que se va a seguir. El individuo tiene funciones autoregulatorias como el producir apoyos cognitivos o generar consecuencias de sus propias acciones, esto tiene la ventaja de que el humano puede tener cierto grado de control en su comportamiento, dichas funciones son adquiridas a través de la interacción con el medio. La autoeficacia del individuo es otro constructo muy importante y se refiere a las creencias individuales con respecto a la conducta necesaria para alcanzar los resultados que se desean, Bandura menciona que los modelos de padres y pares pueden formar una autoeficacia positiva y una autoeficacia negativa, por ejemplo, si un adolescente observa a un igual comprar y consumir alcohol puede obtener el conocimiento necesario para conseguir y consumir alcohol (autoeficacia negativa), en cambio si observa en sus iguales una conducta de no consumo el adolescente puede decidir evitar el consumo de alcohol (autoeficacia positiva).

El cuarto de los principios es el del determinismo recíproco, el cual explica que el comportamiento puede ser controlado por el ambiente, por lo tanto el medio puede afectar la conducta, es recíproco por que existe una acción mutua entre los factores ambientales y se le llama determinismo por que existe una producción de ciertos efectos provocados por los factores que intervienen en el medio. Este principio señala que las personas, el medio y la conducta, están conectadas entre sí, y que la forma en que cada una influye a la otra depende del escenario y del tipo de conducta que se esté dando.

En cuanto al consumo de alcohol, Bandura (1969) se enfoca a la reducción del estrés como la acción farmacológica más importante del alcohol y como el agente más importante de reforzamiento negativo. Además de que las normas culturales son las que van a permitir el uso y la cantidad, esto dependiendo de las circunstancias en que se dé el consumo, estas normas son aprendidas de la sociedad.

Bandura propone que el inicio en el consumo de alcohol se da en situaciones no estresantes como parte de un proceso de socialización, pero las situaciones de consumo pueden aumentar cuando el sujeto es reforzado negativamente con la disminución de estrés cada que bebe alcohol, si este reforzamiento se da, el individuo buscará el alcohol cada vez que se sienta estresado, lo que provoca un desarrollo de abuso. Este patrón de consumo se da más en familias que tienen padres alcohólicos, ya que esta estrategia para afrontar las situaciones estresantes es observada por el niño quién tiende a adoptarla, o sea que en esta teoría el factor más importante para la adquisición de patrones de consumo de alcohol es el del modelamiento, los adolescentes que observan a sus modelos consumiendo sustancias, se formarán expectativas positivas de cuestiones sociales, psicológicas o personales, por ejemplo, si un adolescente ve que sus padres o amigos consumen alcohol o alguna otra droga para relacionarse con los demás los adolescentes se formarán creencias de las consecuencias positivas y dirigirán sus actitudes hacia el consumo.

Bandura (1986) menciona que el alcohol tiene diversos efectos psicosociales, por ejemplo, efectos en las relaciones interpersonales (agresividad) y también en las intrapersonales (ansiedad), esto se atribuía principalmente a la acción que tiene el alcohol sobre el sistema nervioso.

Teoría de la Puerta de Entrada.

Kandel (1975) propuso un modelo evolutivo caracterizado por una progresión en el consumo de drogas, es decir, el consumo de drogas pasa por diferentes etapas evolutivas, iniciando con drogas legales como el alcohol y tabaco, las cuales sirven como facilitadores para llegar al consumo de drogas ilegales principalmente la marihuana y después a otras drogas ilegales más potentes. La progresión del consumo se da en cuatro etapas, la primera el sujeto inicia consumiendo cerveza o vino, después cigarrillos o licores, esta segunda etapa es la última para iniciar en las drogas ilegales, la marihuana es la primera y por último se pasa a otras drogas ilegales. Dentro de estas etapas las drogas legales son el elemento intermedio entre el no consumo de sustancias y el consumo de marihuana, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales.

La evolución al uso regular de sustancias es explicada varios factores, el más importante es la edad de comienzo, las drogas legales se consumen a edades más tempranas que las ilegales; le siguen una historia familiar de psicopatología, como trastornos emocionales, bebedor excesivo o de dependencia del alcohol, fundamentalmente en el padre, y bajo rendimiento académico años antes, estos patrones son similares para hombres y mujeres (Kandel, Logan, 1984; Yamaguchi, Kandel, 1984a).

Kandel (1996) menciona que el consumo de drogas ilegales resulta de la interacción entre las características del individuo y las influencias sociales, siendo las principales la familia y los pares. El adolescente adquiere sus conductas y valores a través de las relaciones sociales, este proceso se da primero por imitación, en donde el joven observa y retiene las conductas de otros en función de su modelo de conducta o actitudes, tanto de los iguales como de los padres, por ejemplo, si el padre consume alcohol, tienen más probabilidad de consumir; por otro lado el reforzamiento social, los adolescentes responden a lo que los padres o iguales definen como conductas y valores apropiados en relación con

temas específicos. Como un ejemplo, si los padres expresan su punto de vista de que consideran que ellos no deben fumar marihuana, esto facilita parcialmente el disuadirles de que la consuman.

También factores individuales y otras conductas desviadas influyen la conducta de consumo, por ejemplo, existe una relación entre depresión y abuso de sustancias es decir, los jóvenes en riesgo de iniciar el consumo de sustancias realizan más conductas desviadas que sus iguales y vienen de familias donde los padres tienen alguna forma de problemas psicológicos (Yamaguchi, Kandel, 1984b).

Teoría de la Conducta Problema.

La Teoría de Conducta Problema elaborada por Jessor (1977) explica la naturaleza y el desarrollo del consumo de alcohol, drogas y otros problemas de conducta en el adolescente, por ejemplo conductas criminales o la actividad sexual, ofrece una estructura psicosocial para explorar la interacción entre factores de riesgo y de protección que operan en el desarrollo de patrones de conducta antisocial o prosocial. Jessor (1987) señala que los adolescentes que desarrollan un problema de conducta, además pueden desarrollar otro problema de conducta, es decir, los jóvenes que tienen conductas criminales pueden consumir algún tipo de droga.

Jessor (1977) define una conducta problema como la conducta que se aparta de las normas sociales y legales de la mayoría de la sociedad, la cual surge de la interacción del adolescente con su medio. Esta conducta teóricamente es causada por la influencia de tres sistemas, el primero de ellos es el sistema de personalidad, que incluye los valores, motivaciones, creencias, orientaciones hacia si mismo y hacia los demás; el segundo de los sistemas es el ambiental, en éste se encuentran las influencias, expectativas, el apoyo, los controles y modelos de los demás, y el tercer sistema es el conductual, que son las funciones y propósitos

aprendidos socialmente. Esta conducta es el resultado de la interacción de los tres sistemas.

Dos temas fundamentales de este modelo son los factores de riesgo y de protección, que actúan dentro de los tres sistemas. Los factores de riesgo más importantes que intervienen en la conducta desviada son: una baja autoestima, una pobre expectativa de éxito, sentimiento de desesperación (sistema de personalidad); una orientación hacia amigos y padres antisociales, la desconexión con instituciones convencionales y la falta de éxito escolar (sistema conductual); modelos de padres y amigos consumidores de drogas y conductas criminales, ambiente laboral y el lugar en donde vive (sistema ambiental). Los factores de protección que son los que contrarrestan el impacto de los factores de riesgo para que no se produzcan problemas de conducta, Jessor destaca como factores protectores a las relaciones con los adultos, el apoyo familiar, la percepción de un control normativo desde el exterior, modelos de conducta convencionales de amigos, éxito escolar, el involucramiento en grupos prosociales y actividades sociales positivas, actitud positiva hacia la escuela y fe religiosa (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, Turbin, 1995).

Teoría Social-Psicológica del Comportamiento Humano.

En 1981 Hull propuso *el modelo de autoconciencia*, para explicar los efectos del alcohol en el comportamiento social, el enfoque de este modelo está basado en una teoría social-psicológica del comportamiento humano (Hull y Levy, 1979), los factores que influyen en la conducta de beber son la conducta antisocial, ansiedad social y conducta sexual, aunque los dos principales factores son la agresividad y la ansiedad.

El alcohol provoca un decremento en la autorregulación con respecto a los estándares de comportamiento, esto es que el individuo con efectos de alcohol no puede elaborar los procesos necesarios para tener autocontrol y esto puede provocar una conducta agresiva, por otra parte, la intoxicación provocada por el alcohol reduce la autoconciencia y en consecuencia la persona se auto evalúa de forma displacentera, el resultado de esta autoevaluación es que el sujeto tenga ansiedad y esto aumenta la posibilidad de que inicie la conducta de consumo.

Teoría de Desarrollo Social.

Hawkins y Weis (1985, cit. en Leonard & Blane, 1999) propusieron un modelo que se enfoca principalmente en el desarrollo social y en las interacciones sociales inmediatas. En esta teoría el proceso de socialización es de suma importancia ya que toma en cuenta factores familiares, escolares y a los pares.

Según este modelo, la socialización se da a través de cuatro constructos, estos son las oportunidades percibidas para interactuar con los demás, el grado de interacción e implicación, las habilidades para participar en actividades sociales y el reforzamiento que los adolescentes perciben como próximo en la ejecución de las actividades.

Los autores proponen que los adolescentes que no tienen un vínculo con los padres o con otros modelos de roles convencionales pueden ser atraídos por pares consumidores, que son un factor de riesgo importante para el inicio del consumo de alcohol y otras drogas, así el adolescente puede relacionarse con pares consumidores si las oportunidades de interacciones en casa y en la escuela son malas y poco frecuentes y si son pocas las habilidades necesarias para el éxito en las relaciones interpersonales, es decir, cuando en los adolescentes no hay habilidades interpersonales ni académicas, o cuando estas habilidades no son recompensadas por los padres y los maestros, existe el riesgo de involucrarse

fácilmente con las drogas, debido a que el joven puede sentir que tiene poco que perder ya que los sistemas familiares y sociales no les dan la importancia que ellos necesitan.

Debido a esto, en los programas preventivos se requiere desarrollar habilidades interpersonales y académicas, la infancia es la etapa adecuada para que se tengan creencias específicas acerca de las sustancias y no se involucren con pares consumidores que aparecen como el factor más importante para que se inicie el consumo en la adolescencia.

Teoría Genética.

Heat (1995) señala que existe una importante contribución de la genética a la variación de patrones de consumo, es decir, las diferencias que existen entre la frecuencia de uso de alcohol y la cantidad que se consume están influenciadas por factores genéticos.

Este enfoque además de darle mucha importancia a los factores biológicos, también toma en cuenta los factores ambientales, ya que el medio en donde se desarrolla el individuo influye en su aprendizaje, además que puede amplificar los efectos del fenotipo y del genotipo (Bouchard, 1994).

La mayoría de la evidencia de la teoría genética deriva de estudios con gemelos y con niños adoptados. Se ha observado que los hijos de alcohólicos tienen muchas más posibilidades de consumir alcohol que los hijos de padres no alcohólicos, además en los casos de niños adoptados en donde los padres biológicos eran alcohólicos y los hijos vivían en un ambiente donde no se consumía alcohol, tenían más riesgo de consumir que los niños adoptados que sus padres biológicos no eran alcohólicos, por otro lado, cuando el hijo adoptivo tenía padres biológicos no consumidores y algún miembro de la familia adoptiva consumiera alcohol, no

se aumentaba el riesgo de consumo (Díaz, 2001; Martín del Moral, Gerona, Lizasoain, 1998; Freixa, 1996; Heath, 1995).

La constitución corporal y las variaciones genéticas en el metabolismo del alcohol, es otro factor que influye en el consumo de alcohol, por ejemplo, la mayor tolerancia gastrointestinal al alcohol, es decir, la capacidad de consumir cantidades elevadas de alcohol sin que aumenten los efectos negativos, es un factor de riesgo importante para el consumo entre ellos los hijos de alcohólicos que suelen sentirse mejor después de haber ingerido alcohol. Por esta razón, tienden a repetir el consumo. Por el contrario, una persona con poca tolerancia tiene menos posibilidades de convertirse en alcohólico, por que no se adapta bien a la presencia de esa sustancia en el cerebro y experimenta sensaciones negativas como náuseas, vómitos dolor de cabeza, sensación de malestar en general (Díaz, 2001; Freixa, 1996; Heat, 1995).

2.4 Factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol.

Existen diversos factores de riesgo que facilitan el consumo de alcohol y otras drogas, Tapia (2001) los define como las situaciones o eventos individuales, interpersonales, sociales o de influencia ambiental, que están presentes en los ambientes claves en los que se desarrollan los individuos y que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo.

El estudio de factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes es muy importante, Hawkins, Catalano y Miller (1992) mencionan que las estrategias más efectivas para evitar el consumo de sustancias se deben enfocar en dichos factores, ya que están presentes antes del consumo y se asocian con un incremento en la probabilidad de un abuso de drogas relacionado con problemas y disfunciones en algún aspecto de la vida del adolescente.

Desde hace algunos años se han reconocido varios factores que se asocian con el consumo de alcohol y drogas, Milkman y Wanberg (2005) clasifican a los factores de riesgo en biológicos, psicológicos, psicosociales y familiares, en la tabla 1 se observan los principales.

Tabla 1. Factores de riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas.

Biológicos	Psicológicos	Psicosociales	Familiares
Búsqueda de sensaciones.	Baja autoestima.	Bajo rendimiento académico.	Apego inseguro en la familia.
Traumas craneales o exposición a contaminantes ambientales.	Déficits cognitivos (pocas expectativas de éxito).	Pares consumidores.	Consumo por parte de los padres.
Factores genéticos.	Actitudes positivas hacia el consumo.	Facilidades para conseguir la sustancia.	Enfermedades mentales de los padres.
	Pocas habilidades comunicación.	Desempleo y pobreza.	Pobre monitoreo de los padres.
			Relaciones familiares conflictivas.
			Divorcio.
			Maltrato físico y abuso sexual.

Los aspectos familiares y su influencia en el consumo de alcohol y otras drogas han sido bien documentados y se ha encontrado que los adolescentes en riesgo perciben menor funcionamiento familiar positivo, poco apoyo y comprensión, problemas entre sus padres, poca confianza y unión con los hermanos, además de un apego a la familia pobre, es decir, las interacciones entre padres e hijos se caracterizan por poca cercanía, la ausencia de involucramiento materno en las actividades de los niños y el divorcio (Andrade, 2000; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Ponce de León, Castellanos, Solís, Alfaro, 2000).

La probabilidad de que los jóvenes consuman alcohol y otras drogas es mayor si los padres tienen actitudes positivas hacia el alcohol (Miller, Plant, 2003; Yu, 2003), si padres y hermanos son alcohólicos o consumen otras drogas ya que los adolescentes pueden percibir tolerancia hacia el consumo (Bahr, Hoffmann, Yang, 2005; Kuendig, Kuntsche, 2006; McCauley, Hesselbrock, 2008; Natera-Rey, Borges, Medina-Mora, Solís-Rojas, Tiburcio-Sainz, 2001; Urquieta, Hernández-Ávila, Hernández, 2006), por otro lado, la permisividad de los padres hacia el consumo de alcohol también aumenta el riesgo de consumo (Voisine, Parsai, Marsiglia, Kulis, Nieri, 2008). Estos factores tienen mucha importancia, ya que el modelo de los padres consumidores de drogas da oportunidad de aprender este comportamiento, proporcionando un fácil acceso a las drogas (Jessor, 1987).

La relación con los pares es muy importante para los adolescentes e influye en la decisión de consumir drogas, los amigos que todavía no han sufrido las consecuencias del consumo, se presentan como la mejor prueba de que el riesgo de consecuencias adversas no es tan grande (Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo, Tapia-Conyer, 2003), de esta manera, el consumo del grupo de pares es un factor que predice el involucramiento del adolescente en las drogas (Andrade, Betancourt, 2008; Poelen, Engels, Van Der Vorst, Scholte, Vermulst, 2007; Walters, Roudsari, Vader, Harris, 2007).

La escuela constituye uno de los lugares donde el adolescente lleva a cabo procesos de socialización y el ámbito escolar da oportunidad para desarrollar conductas saludables, sin embargo, problemas escolares como el bajo rendimiento o si el ambiente escolar es poco motivador y el poco apoyo de los maestros, constituyen predictores del consumo de sustancias (Anaya-Ocampo, Arillo-Santillán, Sánchez-Zamorano, Lazcano-Ponce, 2006; López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Berenzon, 1996).

El medio donde se desarrolla el adolescente influye en la conducta de consumo, es así que los jóvenes con más oportunidades de conseguir droga tienen mayor riesgo de consumir (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Zambrano, Orozco, Fleiz, Rojas, 2007; Wagner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora, Anthony, 2003), además si en el vecindario existe pobreza, desempleo, una alta densidad poblacional, ausencia de lugares públicos, elevado índice criminal y tráfico de drogas, el riesgo aumenta (Bernstein, Galea, Ahern, Tracy, Vlahov, 2007; Hoffman, 2002). En el ámbito legal, las restricciones como los impuestos, los precios y las leyes de venta, son factores que afectan el consumo de alcohol, en lugares donde las leyes y las normas tienen una mayor tolerancia hacia el consumo se presenta más prevalencia de uso y abuso de alcohol (Paschall, Grube, Black, Ringwalt, 2007). Por otro lado, el papel de los medios es importante en el consumo, adolescentes con mayor receptividad a los anuncios de bebidas alcohólicas están en mayor riesgo de iniciar el consumo (Henriksen, Feighery, Schleicher, Fortmann, 2008).

Algunas características individuales influyen en el consumo, como componentes genéticos, expectativas positivas hacia el alcohol y otras drogas, la búsqueda de nuevas sensaciones, mayor tolerancia, percepción menor de riesgo y un pobre control de impulsos son importantes predictores de uso de alcohol y drogas, así como, eventos traumáticos como maltrato y abuso sexual (Mora-Ríos, Natera, Juárez, 2005; Schmid, Hohm, Blomeyer, Zimmermann, Schmidt, Esser, Laucht, 2007; Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Juárez, Bérenzon, López, Rojas, Carreño,

1996). Otros factores de riesgo individuales son la baja autoestima, sentimientos de desesperanza, pocas expectativas de éxito, pobres habilidades de comunicación y problemas de conducta (Arellanez-Hernández, Díaz-Negrete, Wagner-Echeagaray, Pérez-Islas, 2004; Masona, Hitchings, Spoth, 2008; Milkman, Wanberg, 2005; Musitu, Jiménez, Murgui, 2006).

Además el consumo de alcohol y otras drogas se relaciona con trastornos psiquiátricos incluyendo el trastorno bipolar (Wilens, Biederman, Adamson, Henin, Sgambati, Gignac, Sawtelle, Santry, Monuteaux, 2008), déficit de atención e hiperactividad (Fergusson, Horwood, Ridder, 2007; Galéra, Bouvard, Messiah, Fombonne, 2008), depresión (Pardini, Raskin, Stouthamer-Loeber, 2007); y es un factor de riesgo para otras conductas que ponen en riesgo la vida de los consumidores, como conducir en estado de ebriedad (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora, Cherpitel, 2001; Heng, Hargarten, Layde, Craven, Zhu, 2006), intentos suicidas (Brady, 2006; Gutiérrez-García, Contreras, Orozco, 2006; Swahn, Bossarte, 2007), conducta sexual de riesgo (Palacios, Bravo, Andrade, 2007) y delincuencia, violencia y homicidios (Borges, Mondragón, Cherpitel, Ye, Rosovsky, 2003; D'Amico, Orlando, Miles, Morral, 2008; Quigley, Leonard, 2004/2005; Thompson, Sims, Kingree, Windle, 2008).

A pesar de que en el medio donde vive el adolescente existen situaciones que lo ponen en riesgo de consumir sustancias, también les proporciona fuentes de protección para evitar el consumo, Jessor (1993) define a estos factores protectores como los recursos personales, sociales e institucionales que promueven el éxito en el desarrollo del adolescente y que contrarrestan los factores de riesgo que pueden comprometer el desarrollo saludable del joven.

Dentro de la familia se encuentran los factores de protección más fuertes, en estos se incluyen una fuerte unión familiar, buena comunicación con los padres y que éstos participen en la vida de sus hijos interesándose por las actividades extraescolares de sus hijos, apoyo familiar, recompensas adecuadas por buen comportamiento, así como el establecimiento de límites y reglas claras dentro de

la familia (Guo, Hawkins, Hill, Abbott, 2001; Litrownik, Elder, Campbell, Ayala, Slymen, Parra-Medina, Zavala, Lovato, 2000; Macaulay, Griffin, Gronewold, Williams, Botvin, 2005).

No sólo en la familia el joven encuentra el apoyo necesario para no consumir, se destacan como factores de protección de tipo psicosocial a las relaciones con los adultos, la percepción de un control normativo desde el exterior, modelos de conducta convencionales de amigos, éxito escolar y actitud positiva hacia la escuela con programas académicos que aumenten su rendimiento escolar, el apoyo de los maestros, el involucramiento en grupos prosociales participando en programas culturales y deportivos que son altamente motivadores para los jóvenes lo que significa que se debe de dar más apoyo a este tipo de programas para que los adolescentes manejen de forma adecuada su tiempo libre, la religión y vivir en una comunidad saludable en la que se desarrolle una cultura normativa donde adultos, instituciones y organizaciones se encarguen de dar lo necesario a los adolescentes para que éstos se conviertan en ciudadanos, vecinos, padres y trabajadores responsables (Fletcher, Bonell, Hargreaves, 2008; Jessor, 1993; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995; Milkman, Wanberg, 2005; Ritt-Olson, Milam, Unger, Trinidad, Teran, Dent, Sussman, 2004; Steinman, Zimmerman, 2004).

El estudio de los factores de riesgo y protección nos da un panorama de la complejidad del fenómeno del consumo de alcohol y otras drogas, por otro lado, proporcionan herramientas muy valiosas para elaborar programas preventivos promoviendo factores protectores para contrarrestar los efectos de los factores de riesgo.

Habilidades para la Vida

La Organización Mundial de la Salud ha llamado “Habilidades para la Vida” a un conjunto de habilidades sociocognitivas que ayudan a los jóvenes a enfrentar de manera adecuada los problemas de la vida diaria. El desarrollo de estas habilidades se ha utilizado en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

La prevención de adicciones es un tema de suma importancia para el desarrollo saludable de los jóvenes, estudios indican que los adolescentes que tienen un consumo elevado de alcohol, generalmente caen en un abuso y dependencia en la adultez y tienen más problemas de salud física (enfermedades del corazón, hipertensión, cirrosis, trastornos de sueño) y mental, en comparación con los adolescentes que no tienen un consumo elevado, además, el uso de alcohol también afecta la salud indirectamente al tener conductas de riesgo como manejar en estado de ebriedad, falta de control de impulsos, delincuencia, relaciones sexuales no protegidas, violencia y uso de sustancias (Komro, Toomey, 2002; Oestrlé, Hill, Hawkins, Guo, Catalano, Abbott, 2004; Taylor, 2006; Weiner, Pentz, Turner, Dwyer, 2001).

Generalmente durante la adolescencia se comienza a experimentar con alcohol, tabaco y otras drogas, los jóvenes que inician el consumo casi siempre están acompañados por un grupo de pares, esta influencia de los pares es un factor para iniciar o evitar el consumo, la presión que ejerce el grupo incrementa durante mediados de la adolescencia, alcanzando su pico alrededor de los 14 años y luego disminuye, desafortunadamente, al igual que la presión de los pares las cantidades que se consumen aumentan durante la adolescencia llegando a su máximo en los inicios de la adultez, coincidiendo con la etapa de la vida en donde se empieza a tener mayor libertad y autonomía, aún así, para la mayoría el consumo decrece a medida que aumenta la edad, cuando se empiezan a tener responsabilidades de gente adulta, sin embargo, hay algunos en donde el consumo continua o se incrementa desarrollando problemas relacionados al uso de sustancias, es por eso que es primordial implementar intervenciones

preventivas en los inicios de la adolescencia que tomen en cuenta el desarrollo de los patrones de consumo y de los factores sociales y personales que influyen en el uso de sustancias (Botvin, Griffin, 2007; Steinberg, Monahan, 2007).

En la actualidad existen diferentes aproximaciones que tratan de evitar que los jóvenes se inicien en el consumo, algunos de estos programas de prevención se han enfocado a enseñar habilidades para la vida, a continuación se describen los más importantes.

3.1 Programas preventivos.

En México se han hecho programas de prevención de uso de sustancias. Preocupados por el consumo de alcohol, en el 2001 la Secretaría de Salud presentó el programa de acción contra las adicciones, el objetivo del Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas es contribuir al Plan Nacional de Desarrollo y al Programa Nacional de Salud mediante las acciones de la sociedad organizada, para disminuir la prevalencia del alcoholismo, los daños a la salud, los problemas psicológicos, económicos y sociales producidos por el abuso del alcohol y proporcionar tratamiento oportuno a quienes los padecen.

Las estrategias y acciones propuestas se enmarcan en el campo de la normatividad, en la prevención, el tratamiento y rehabilitación, en la investigación y en la formación de recursos humanos. Las principales estrategias para combatir las adicciones son:

1. Fomentar en la población las actitudes, los valores y los hábitos para el autocuidado de la salud que promuevan la responsabilidad en el consumo de alcohol, esto mediante la creación contenidos educativos en textos de educación básica y media para el fortalecimiento de estilos de vida saludables; la difusión en los medios de mensajes que fomenten la responsabilidad en el consumo de

bebidas alcohólicas, dirigidos a los grupos de mayor vulnerabilidad, principalmente jóvenes y elaborar material educativo para poblaciones residentes en áreas rurales y comunidades indígenas.

2. Para proporcionar tratamiento oportuno, eficaz y de calidad a quienes presentan daños en su salud por el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo es necesario diseñar y evaluar modelos para el tratamiento del alcoholismo; mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para la detección y el manejo de los problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y atender en los servicios de urgencias a personas intoxicadas por alcohol o con síndrome de abstinencia.

3. Para la formación y capacitación del personal requerido para las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas se promueve la inclusión del tema en la formación de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otras carreras afines, además la incorporación de información sobre riesgos y factores protectores, en la formación de los maestros de niveles de primaria y secundaria.

4. Para mantener actualizada la normatividad se revisa la misma, relacionada con la producción, comercialización, publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas, también se incrementan los impuestos a las bebidas alcohólicas con la finalidad de desalentar su consumo entre la población más vulnerable.

5. Para generar información sobre tendencias en el consumo de diversos grupos de la población, es necesario efectuar encuestas a nivel estatal y en comunidades rurales y de origen indígena, monitorear el consumo de alcohol y la percepción de riesgo entre mujeres, estudiantes y población de origen indígena, extender la cobertura del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), a las principales

ciudades del país y crear bases de datos sobre los daños a la salud y mortalidad asociados al abuso y dependencia del alcohol.

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) también han implementado un modelo de prevención, el objetivo de este programa es disminuir, retardar o erradicar el proceso adictivo y de los daños asociados al consumo de sustancias. Para cumplir este objetivo la estrategia consiste en elaborar, desarrollar y dar seguimiento a un programa preventivo de alcohol, tabaco y otras drogas con base en las evidencias científicas y empíricas adaptable a las condiciones regionales y locales. La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. Un componente importante del programa preventivo es el desarrollo de tecnologías aplicadas para el diseño, instrumentación y evaluación de materiales didácticos, así como de herramientas que permiten la disseminación y replicación de los proyectos de prevención. La población a la que va dirigida el programa comprende edades de entre los 10 y 54 años, aunque se identifica como población prioritaria la comprendida entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas. Algunas estrategias de intervención incluyen:

- La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas, haciendo énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de los factores de protección, así como dar la información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones.
- La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
- El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.

- La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores.
- El diseño de metodologías de intervención breves del tipo de la consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción.
- Presencia constante de la institución en zonas de alto riesgo.
- Capacitación al personal seleccionado por las instituciones para la conformación de redes y su vinculación (SSA, CONADIC, 2003).

El Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR) ha desarrollado el Modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli que tiene como fin producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico. Este modelo se aplica a maestros, alumnos y padres en primarias, secundarias y prepas, también es replicado en comunidades abiertas. El Chimalli tiene tres componentes primordiales: una red voluntaria (vecinal, escolar y/o de grupos específicos); trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección; y la autoevaluación con instrumentos sistematizados que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar el primer contacto y reducir el abuso de sustancias en los participantes del programa. El Chimalli interviene en las áreas de consumo de sustancias y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilos de vida. Propone el desarrollo de 26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección en las que se incluyen: técnicas psicocorporales (respiración, relajación y trabajo con imágenes), técnicas psicosociales (empleando viñetas en tercera persona, construidas por el propio grupo intervenido), técnicas psicoeducativas (juegos de educación preventiva) y por último acciones sociales educativas que se expresan en prácticas comunitarias solidarias (Llanes, Castro, Margain, 2003).

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), es otra institución que ha diseñado programas e intervenciones buscando mejorar la calidad de vida de personas, familias y comunidades. El programa “Yo quiero, yo

puedo” está enfocado en el desarrollo de habilidades para la vida con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública. El objetivo del programa es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitirán 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 sustancias psicoactivas. Estudios muestran que el programa “Yo quiero, yo puedo” favorece la adquisición de habilidades relacionadas con la prevención de abuso de sustancias (SSA, CONADIC, 2003).

Como se ha revisado, las aproximaciones preventivas de uso de drogas se pueden realizar en varios escenarios como escuelas o espacios comunitarios y con diferentes poblaciones, las cuales pueden incluir padres de familia, estudiantes y grupos de alto riesgo, sin embargo, debido a que rara vez las adicciones empiezan después de la segunda década de vida, los programas de prevención de uso de sustancias generalmente van dirigidos a jóvenes durante el inicio de la secundaria, enseñando los efectos negativos que las drogas provocan en la salud, para que de esta manera los adolescentes tengan actitudes negativas hacia las drogas. Dentro de los diferentes tipos de programas, los que han demostrado mayor efectividad y mayor duración en los efectos de prevención son los que se enfocan a desarrollar habilidades sociales y personales de resistencia al consumo, ayudando a los adolescentes a traducir sus conocimientos y actitudes sobre las drogas en conductas saludables, resaltando sus habilidades personales y sus competencias sociales. Estos enfoques reconocen el rol que juegan varias influencias sociales como la presión social de los pares y el modelamiento de la conducta de uso de drogas por parte de los padres y los medios de comunicación (Botvin, 2000; Eisen, Zellman, Murray, 2003; Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino, Lemma, 2005; Hecht, Marsiglia, Elek, Wagstaff, Kulis, Dustman, Miller-Day, 2003; Macaulay, Griffin, Botvin, 2002; Robertson, Susan, David, Rao, 2004).

Los programas de prevención están enfocados principalmente al uso de tabaco, alcohol y marihuana, debido a que son las sustancias más consumidas y por que la experimentación con estas sustancias se da en las primeras etapas de un uso y abuso de drogas, además de que si se previene el uso de estas sustancias se puede reducir o prevenir el uso de otras drogas (Botvin, Griffin, 2005; Botvin, Griffin, Diaz, Scheier, Williams, Epstein, 2000; Saddichha, Prasad, Khess, 2007).

Algunos programas utilizan los medios de comunicación como una herramienta valiosa en la prevención del uso de sustancias, las campañas antidrogas ocupan mensajes acerca de las consecuencias del consumo de sustancias, otra herramienta importante es el ámbito legal, dado que el consumo de drogas es influenciado por factores legales y económicos, las leyes que dificultan el acceso de drogas legales e ilegales a los adolescentes son fundamentales para apoyar las campañas preventivas, las estrategias que se han utilizado incluyen el aumento a los impuestos de drogas legales, el aumento de la edad legal para la venta de alcohol y tabaco, constante vigilancia en los lugares donde se vende alcohol y tabaco y castigos severos para quién venda alcohol o tabaco a menores de edad. Los dos programas aunque importantes, por sí solos no tienen el efecto esperado, es por eso que deben ser el complemento de las aproximaciones preventivas que se dan en las escuelas (Evans-Whipp, Beyers, Lloyd, Lafazia, Toumbourou, Arthur, Catalano, 2004; Longshore, Ghosh-Dastidar, Ellickson, 2006; Morin, Collins, 2000).

Otro tipo de programas preventivos se enfocan a los padres de familia. Las intervenciones con los padres y las familias son importantes para reducir los factores de riesgo del inicio de consumo de sustancias en los adolescentes, estas intervenciones familiares basadas en los modelos de aprendizaje social, enfatizan la importancia de reglas específicas de parentalidad como comunicación, monitoreo y supervisión, resolución de problemas y negociación, con el entrenamiento de estas habilidades se busca mejorar las relaciones entre los

miembros de la familia (Park, Kosterman, Hawkins, Haggerty, Duncan, Duncan, Spoth, 2000; Sanders, 2000).

Aunque los programas mencionados anteriormente han demostrado tener un impacto positivo en la prevención del uso de sustancias, en esta investigación se profundizará en los programas escolares enfocados en el desarrollo de habilidades sociales y personales, dichas aproximaciones son las que han demostrado tener mayor eficacia en la prevención del consumo de drogas. La escuela tiene muchas funciones muy importantes para el desarrollo del adolescente como promover la interacción social de manera respetuosa, ayudar en la adquisición de competencias básicas, hábitos de estudio y valores, practicar conductas sanas y positivas, es por esto que la escuela es el lugar más apropiado para realizar los programas de prevención, además en la mayoría de los casos durante esta etapa se inicia el consumo de sustancias y en ningún otro sitio se tiene el acceso a un gran número de jóvenes, (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino, Lemma, 2008; Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks, Resnik, Elias, 2003).

Según Robertson, Susan, David y Rao (2004), los programas de prevención de uso de sustancias en las escuelas deben incluir los siguientes aspectos:

- Deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Para mejores resultados, los programas deben tener una continuidad, ya que, los beneficios obtenidos en las primeras sesiones disminuyen si no hay programas de seguimiento.
- Deben incluir entrenamiento a los profesores con técnicas que ayuden a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes de los alumnos con la escuela.

- Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y utilizando juegos de roles, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
- Se deben concentrar en la adquisición de habilidades sociales y personales como el mejoramiento de las relaciones interpersonales, autocontrol, solución de problemas, comunicación, autoeficacia, y habilidades para rechazar las drogas; además estos programas deben aumentar la competencia académica de los adolescentes con hábitos de estudio y apoyo académico.

El programa de prevención de sustancias dirigido a adolescentes de secundaria que ha demostrado tener mayor eficacia es el Life Skills Training (LST) propuesto por Gilbert Botvin. El LST es un programa escolar de prevención primaria diseñada para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes, su intención es crear una sola estrategia de prevención que pueda enfocarse en varios patrones de conducta relacionados con el uso de sustancias, este programa enfatiza el entrenamiento de habilidades psicosociales específicas para fortalecer la resistencia de las influencias sociales y otras habilidades generales para la vida. En el modelo de Botvin, el consumo de sustancias es conceptualizado como el resultado de una interacción dinámica entre factores individuales y ambientales donde los padres, pares y otras influencias sociales interactúan con aspectos individuales vulnerables del adolescente que promueven el inicio del consumo, es por esto que se busca influenciar el conocimiento y las actitudes acerca de las drogas para evitar el consumo. Este programa se preocupa por cuestiones psicosociales del adolescente, ya que las influencias sociales tienen un efecto más fuerte en adolescentes que tienen expectativas positivas al consumo, pocas habilidades personales y sociales, además de pobres habilidades de resistencia, también afectan más a los jóvenes con baja autoestima, poca autoeficacia, y ansiedad (Botvin, Kantor, 2000).

El programa LST está diseñado para hacer cambios a nivel individual a través de tres acciones:

1. Influenciar las actitudes y las creencias, dando información acerca del uso de drogas.
2. Enseñando habilidades de resistencia social.
3. Promoviendo el desarrollo de habilidades sociales y personales como resolución de problemas y toma de decisiones, empatía, autocontrol, comunicación asertiva, manejo de estrés, además de identificar, analizar, interpretar y resistir las influencias de los medios de comunicación.

Una de las tareas principales del programa es desarrollar competencias sociales, este tipo de competencias envuelven una variedad de normas sociales y aptitudes que juegan un papel importante en el desarrollo del adolescente, y que están asociadas con el uso de sustancias durante esta etapa del desarrollo. Se ha demostrado que un déficit de competencias sociales está relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas, además que el inicio es a muy temprana edad. Los adolescentes competentes socialmente poseen habilidades de rechazo y por lo tanto aceptan menos presión de pares y el consumo de alcohol es menor. Un joven socialmente competente no percibe que el uso de sustancias ayude en su vida, por otro lado, la actividad social y la habilidad que tiene el adolescente para ganarse el apoyo social de sus pares y de los adultos puede servir como un factor de protección, para reducir la fuerza de otros factores que promueven el uso de sustancias y otros problemas de conducta. La competencia social tiene un efecto protector en el consumo de alcohol aumentando el bienestar psicológico, reduciendo las expectativas positivas hacia las drogas y aumentando las habilidades de rechazo en forma asertiva, es decir, los jóvenes más asertivos y con mejores habilidades de comunicación consumen menos que los adolescentes que no poseen estas habilidades, éstos adolescentes con un déficit en sus

competencias sociales comienzan a fumar y a beber alcohol por que perciben beneficios sociales como tener más amigos y divertirse o aparentar mayor edad. Otro aspecto fundamental del programa LST son los factores de riesgo y protección asociados con el inicio de un consumo de drogas, al adolescente se le enseñan habilidades relacionadas con la resistencia social y las competencias personales como las habilidades para rechazar las drogas, tener autocontrol y desarrollar habilidades sociales para incrementar su competitividad, éstas habilidades protegen al adolescente del consumo y por lo tanto están asociadas con una disminución de riesgo de que el joven use drogas (Botvin, Griffin, 2004; Epstein, Zhou, Bang, Botvin, 2007; Griffin, Epstein, Botvin, Spoth, 2001).

El programa LST también se ha realizado con éxito en grupos de jóvenes en riesgo. Los adolescentes inmersos en un grupo con riesgo de consumo de sustancias que han participado en el LST reportan menos consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas que los que no han participado en el programa. En este tipo de población se ha encontrado que el LST tiene mayores resultados en el cambio de conductas adictivas que solo el dar información sobre los efectos de las drogas, además los resultados del programa se pueden ampliar a la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, debido a que el consumo de alcohol, y otras drogas está relacionado con conductas sexuales de riesgo (Griffin, Botvin, Nichols, 2006; Griffin, Botvin, Nichols, Doyle, 2003; Roe, Becker, 2005).

El Life Skills Training es uno de los programas escolares preventivos más evaluados, en diferentes estudios se ha demostrado su efectividad, los adolescentes que lo han recibido, tienen efectos conductuales positivos en cuanto a la prevención de uso de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas (Botvin, Griffin, 2004; Botvin, Griffin, Diaz, Scheier, Williams, Epstein, 2000; Macaulay, Griffin, Botvin, 2002; Robertson, Susan, David, Rao, 2004; Zollinger, Saywell, Muegge, Wooldridge, Cummings, Caine, 2003).

Estos programas preventivos enseñan habilidades que el adolescente necesita para una transición saludable a la madurez y la adopción de conductas positivas, la OMS las ha llamado “Habilidades para la Vida”, y las define como las destrezas que permiten a los adolescentes adquirir las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (OMS, 1997).

3.2 Habilidades para la Vida.

La OMS (1997, 2003) reconoce un grupo de habilidades básicas como el núcleo de la realización de los programas de promoción de la salud física y mental. Las 10 habilidades para la vida que la OMS propone son:

- ❖ Toma de decisiones. Ayuda al manejo constructivo de las decisiones que afectan la vida de la persona y la de los demás. Esta habilidad permite que el adolescente no espere que otras personas resuelvan sus problemas, además la salud beneficia si se toman las decisiones adecuadas sobre qué estilo de vida quiere tener.
- ❖ Solución de problemas. Esta habilidad permite enfrentar de forma constructiva los problemas de la vida. La solución de problemas debe ser constructiva, creativa y pacífica, para resolver los pequeños y grandes problemas con los que los jóvenes se enfrentan a diario.
- ❖ Pensamiento creativo. Nos ayuda a ver más allá de la experiencia directa, aún cuando no exista un problema, o no se haya tomado una decisión, el pensamiento creativo permite responder de manera adaptativa y flexible a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana. Esta habilidad

consiste en utilizar procesos básicos de pensamiento para desarrollar o inventar ideas relacionadas con conceptos basados en la razón.

- ❖ Pensamiento crítico. Es la habilidad de analizar información y experiencias de manera objetiva, ayuda a reconocer los factores que influyen en nuestras actitudes, comportamientos y los de los demás.
- ❖ Comunicación efectiva. Esta habilidad permite expresarse, tanto verbal como no verbal, en forma adecuada a la cultura y a las situaciones.
- ❖ Establecer y mantener relaciones interpersonales positivas. Nos ayuda a relacionarnos con los demás en forma positiva, con las personas con las que interactuamos, es necesaria para iniciar y mantener relaciones.
- ❖ Conocimiento de sí mismo. Es la habilidad de conocerse, saber cuáles son las capacidades y limitaciones que se tienen.
- ❖ Establecer empatía. Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, esta habilidad ayuda a aceptar a las personas diferentes a nosotros y a mejorar las relaciones interpersonales.
- ❖ Manejo de emociones. Permite conocer los sentimientos y emociones de la persona y de los demás, esto ayuda a tener conciencia de la manera en la que influyen en el comportamiento social y a responder a ellos en forma adecuada.
- ❖ Manejo de tensiones. Esta habilidad ayuda a identificar y enfrentar las fuentes de estrés y sus efectos en el cuerpo.

El enfoque de habilidades para la vida pretende contribuir al desarrollo saludable del adolescente. Uno de los aspectos fundamentales para un buen funcionamiento del adolescente, es la adquisición de habilidades socio-cognitivas y emocionales para que pueda enfrentar problemas, este desarrollo de habilidades permite fortalecer los factores de protección, así como promover la competitividad social (Mangrulkar, Whitman y Posner; 2001).

Aunque las habilidades se adquieren principalmente en el hogar a través del proceso de socialización, existen varios factores que influyen este proceso, el grupo de pares y los medios masivos de comunicación son los principales. Este enfoque les ayuda a los jóvenes a reconocer y afrontar de manera positiva las presiones sociales que promueven conductas perjudiciales. La adquisición de habilidades para la vida ayuda a los jóvenes a recuperar el control sobre su conducta y a tomar decisiones para que adquieran patrones de conducta positivos.

Las habilidades para la vida se relacionan con el concepto de competencia psicosocial, es decir, “la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria”. Estas destrezas ayudan a las personas a transformar conocimientos, actitudes, valores y conductas en forma positiva, es decir, saber qué hacer y cómo hacerlo. Además, hay que tener en cuenta que la motivación y la capacidad para comportarse en forma saludable también se relacionan con el apoyo social y los factores culturales y ambientales.

Las habilidades para la vida poseen dos características principales:

- Las habilidades para la vida tienen una especificidad cultural, es decir, las habilidades están constituidas por normas y valores que son considerados como apropiados dentro del contexto cultural en el que individuo esté inmerso.

- Las habilidades psicosociales tienen una naturaleza genérica, es decir, una sola habilidad se puede utilizar para manejar diferentes situaciones de la vida cotidiana tanto en la niñez como en la adolescencia y se utilizan varias habilidades para enfrentar con éxito una sola situación.

Los principales fundamentos teóricos de los programas de prevención que se enfocan en las habilidades para la vida, provienen de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, y de la Teoría de la Conducta Problema de Richard Jessor; estos enfoques conceptualizan al uso de drogas como una conducta socialmente aprendida a través de procesos de modelamiento, imitación, y reforzamiento, que es influenciada por actitudes y creencias positivas hacia el consumo, estos factores si se combinan con pobres normas sociales y personales incrementan la susceptibilidad de los adolescentes hacia el consumo de drogas, es decir el consumo de drogas es el resultado de la interacción entre factores sociales y personales (Botvin, 2000).

Las habilidades para la vida se pueden clasificar en tres grupos: sociales, cognitivas y habilidades para el control de emociones.

Habilidades sociales.

Durante la adolescencia, se producen cambios en ámbito social de los jóvenes, las antiguas relaciones con los padres, amigos y las demás personas, se vuelvan más complejas, las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para que el adolescente pueda funcionar exitosamente en la casa, la escuela y en el trabajo, los niños que a una edad temprana no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable son rechazados por sus pares y se enfrascan en conductas poco saludables, por eso el entrenamiento en habilidades sociales es muy importante.

Dentro de las habilidades sociales encontramos: habilidades de comunicación, habilidades de negociación / rechazo, asertividad, habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas), cooperación, empatía y toma de perspectivas.

Las habilidades de comunicación son clave en el desarrollo del adolescente, este conjunto de habilidades tiene que ver con la capacidad de expresar verbal y no verbalmente lo que se cree, piensa y siente de manera clara, directa y en un momento oportuno, respetando el propio derecho y el de los demás. Este tipo de habilidad llamada asertividad es un constructo multidimensional que incluye una variedad de conductas, expresadas de forma verbal y no verbal. La conducta verbal incluye la expresión de sentimientos (enojo, felicidad), hacer peticiones y no aceptar algo que no se quiere, dar y recibir opiniones e iniciar relaciones de amistad o de pareja, las conductas van a ser mas o menos asertivas dependiendo el contexto cultural en el que se de la situación. Algunos programas de prevención buscan enseñar este tipo de habilidades sociales para que los adolescentes puedan enfrentar la presión social de los pares y las situaciones de riesgo de la mejor forma posible, el poseer estas habilidades es un predictor de conductas positivas. Un déficit en las habilidades de rechazo provoca que el adolescente inicie el consumo, por lo que enseñar estas habilidades en los programas de prevención es primordial. Las habilidades de rechazo incluyen aspectos verbales y no verbales que se usan en diferentes situaciones de riesgo. Los programas enseñan varias formas verbales de rechazar de manera asertiva las ofertas de drogas, la forma más común es decir “no” o “no gracias”. Dentro de los programas de prevención de abuso de sustancias un aspecto fundamental es el entrenamiento asertivo y estrategias de comunicación para el rechazo y la negociación, solución de problemas, y toma de decisiones. Una de las habilidades que ayudan a comprender a los demás, es la empatía, los adolescentes empáticos comprenden las experiencia de los demás desde su marco de referencia, esta habilidad les permite tomar conciencia de los sentimientos y las preocupaciones de los demás (Borbely, Graber, Nichols, Brooks-Gunn, Botvin, 2005; Graber,

Nichols, Lynne, Brooks-Gunn, Botvin, 2006; Mangrulkar, Whitman, Posner, 2001; Nichols, Graber; Brooks-Gunn, Botvin, 2006).

Habilidades cognitivas.

En las habilidades cognitivas están: habilidades de toma de decisiones / solución de problemas, comprensión de las consecuencias de las acciones, determinación de soluciones alternas para los problemas, habilidades de pensamiento crítico, análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación, análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales y autoevaluación y clarificación de valores

La resolución de problemas y toma de decisiones tienen un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Esto requiere que el adolescente que tome la decisión, sea capaz de identificar diferentes acciones o soluciones para un problema y determinar cual es la mejor alternativa de solución.

En la adolescencia ya se adquirieron varias habilidades a través de reforzamiento y modelamiento, el desarrollo de las habilidades incluyendo competencias sociales, depende de la observación, la práctica y el perfeccionamiento; los adolescentes con pobres habilidades comienzan el consumo de alcohol como alternativa para obtener popularidad o estatus social. Otro factor protector que influye en los jóvenes es el bienestar psicológico. Si se tienen estas habilidades es difícil que se caiga en el consumo. Adolescentes que se sienten más competentes (medido por la toma de decisiones y la autoeficacia) tienen mejor salud mental (medida por el bienestar psicológico). Tener habilidades de toma de decisiones incrementa la percepción de bienestar y autoeficacia, los adolescentes con estas habilidades desarrolladas no necesitan alcohol para solucionar sus problemas. Los

medios de comunicación son considerados como una de las principales influencias en la conducta de los adolescentes, ante el actual bombardeo de mensajes al que están expuestos todos los días, es muy importante que los jóvenes sean capaces de analizar y criticar los mensajes de los medios, que en muchas ocasiones incluyen consumo de alcohol y tabaco. El déficit en estas habilidades se relaciona con uso de sustancias. (Epstein, Botvin, 2008; Epstein, Griffin, Botvin, 2002; Epstein, Zhou, Bang, Botvin, 2007).

Habilidades de manejo de emociones.

Las habilidades para el control de emociones tienen que ver con la capacidad de identificar y entender los sentimientos y las emociones que experimentamos, la expresión de éstas es importante, no se trata de ocultar o negar lo que sentimos sino de manejarlas y expresarlas de una manera adecuada.

Las habilidades para el control de las emociones incluyen: el control de estrés y el control de sentimientos, incluyendo la ira y las habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo).

El reconocer las fuentes de estrés y sus efectos, permite desarrollar una mayor capacidad de autocontrol y respuesta, ayudando al adolescente a realizar las acciones necesarias para reducir las fuentes de estrés que perjudican la salud. La calidad de salud es influenciada por los estilos de vida, el entrenamiento en habilidades de control de estrés promueve el automanejo para mantener hábitos saludables, por esto es importante el entrenamiento en estas habilidades, ya que, los conocimientos de los riesgos y beneficios acerca de las diferentes prácticas de salud, la autoeficacia percibida para ejercer el control sobre cada uno de los hábitos de salud, las expectativas sociales de autoevaluación, el costo-beneficio de los diferentes hábitos de salud, las metas que cada quien tiene y los planes y estrategias que se tienen para realizarlas, son elementos clave en el

mantenimiento de estilos de vida saludables. Si el adolescente es capaz de reconocer estos elementos por medio de habilidades emocionales, podrá realizar acciones para modificar el entorno físico y su estilo de vida, de tal manera que el estrés y las emociones no generen problemas de salud. Por otro lado, en los estudios que relacionan la autoeficacia y el comportamiento adictivo, los resultados muestran que 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. El autocontrol es otro elemento que resulta de vital importancia en el consumo de alcohol, pues hace que el individuo no sea capaz de tener un consumo moderado, su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo, el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, la cantidad y cronicidad del consumo de drogas aumentan. Las habilidades del control de estrés están muy relacionadas con el consumo de sustancias, ya que un factor de riesgo para el consumo es el no saber cómo enfrentar una situación estresante (Bandura, 2005; Gilchrist, Schinke, Bobo, Snow, 1986; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas, Godoy, 2003).

En el desarrollo de habilidades para enfrentar emociones se utilizan técnicas de relajamiento que enseñan a los jóvenes a calmarse para que sean capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración, además de tener un mayor control de ansiedad y fortalecer el locus de control.

Como se ha mencionado antes, las Habilidades para la Vida se agrupan en tres grandes grupos, esta clasificación nos permite ver de forma más clara los elementos que los adolescentes necesitan adquirir para que tengan un desarrollo saludable (tabla 2).

Tabla 2. Habilidades para la Vida.

(Mangrulkar, Whitman y Posner; 2001; OMS, 2003).

Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades en el control de emociones
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de comunicación. • Habilidades de negociación / rechazo. • Habilidades de aserción. • Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas). • Habilidades de cooperación. • Empatía y toma de perspectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad de toma de decisiones / solución de problemas. • Comprensión de las consecuencias de las acciones. • Determinación de soluciones alternas para los problemas. • Habilidades de pensamiento crítico (para analizar la influencia que tienen los pares y los medios de comunicación). • Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales. • Autoevaluación y clarificación de valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de estrés • Control de sentimientos • Habilidad para incrementar el autocontrol

Aunque las habilidades para la vida están clasificadas en tres grupos, éstas destrezas no se emplean de forma separada ante las distintas situaciones a las que se enfrenta cotidianamente el joven, sino que se usan conjuntamente, complementándose y reforzándose entre sí, por ejemplo, cuando un adolescente rechaza el consumo de alcohol, éste tiene que usar habilidades sociales como la comunicación asertiva, habilidades cognitivas como la toma de decisiones, y habilidades de control de emociones como el manejo de sentimientos y el control de estrés.

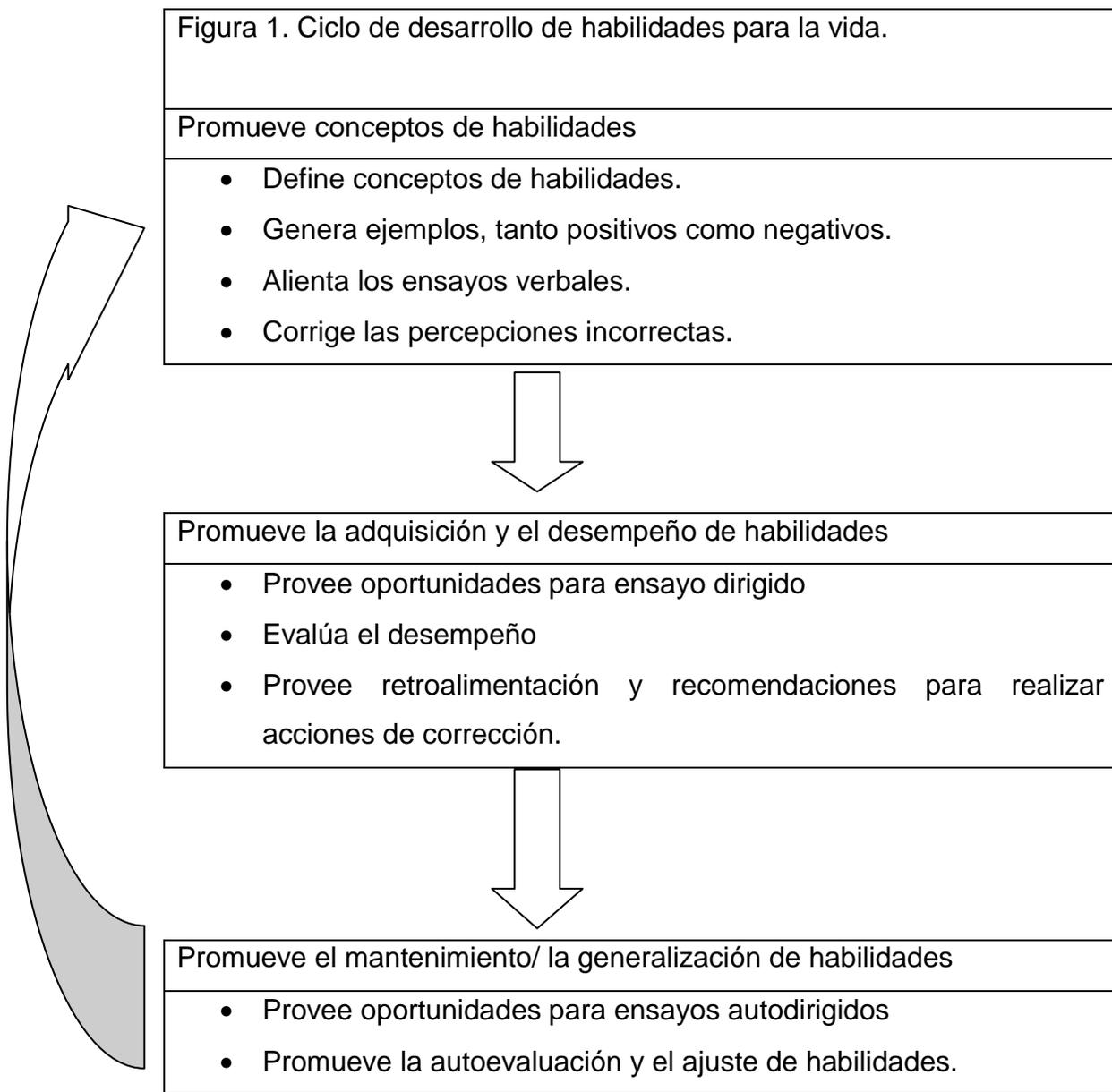
3.3 Implementación de programas de Habilidades para la Vida.

La metodología en la implementación de un programa de habilidades para la vida es fundamental para que sea eficiente. Las principales herramientas utilizadas en las sesiones del programa son: juegos de rol, análisis de situaciones, trabajos en grupos pequeños, debates, mapeo de decisiones o árbol de problemas, análisis de contenido literario, ejercicios de relajación y formación de confianza, juegos y ensayo de uno a uno. La efectividad de las técnicas interactivas tienen su fundamento teórico en la teoría del aprendizaje social, este enfoque propone que las personas aprenden que hacer y cómo hacerlo viendo a los demás, las conductas se adquieren por ensayos y se refuerzan por las consecuencias tanto positivas como negativas, además, este método facilita el apoyo de los pares, el aprendizaje cooperativo, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta y la crítica constructiva. Por esto las sesiones de forma interactiva son un aspecto crucial en la enseñanza de habilidades, estas técnicas didácticas son más efectivas que la instrucción tradicional (Ennett, Ringwalt, Thorne, Rohrbach, Vincus, Simons-Rudolph, Jones, 2003; Mangrulkar, Whitman y Posner; 2001; OMS, 1994).

Según Botvin y Kantor (2000) la enseñanza de las habilidades para la vida se debe llevar a cabo usando una combinación de las siguientes técnicas:

- *Instrucción y demostración.* Se le debe explicar al adolescente cómo y cuando usar la habilidad, y después mostrar a los estudiantes cómo realizar la habilidad.
- *Ensayos conductuales.* Una vez que se ha explicado y demostrado la habilidad, los adolescentes la practican usando juegos de roles, éstos se realizan al frente del salón o en pequeños grupos. Los escenarios del juego son descritos claramente por el encargado del grupo y las intervenciones son breves para asegurar que todos los jóvenes participen.
- *Retroalimentación.* Después que los alumnos han practicado la habilidad, el maestro hace ver a los adolescentes las fortalezas y debilidades de su intervención. Esta información se da en forma amable para que el adolescente entienda qué aspectos de la habilidad hizo bien y en cuales necesita mejorar.
- *Reforzamiento social.* El maestro refuerza a cada estudiante con los elementos positivos de la intervención en el ejercicio. Debido a que uno de los objetivos del programa es el mejoramiento de las habilidades y la autoeficacia de cada estudiante, el entrenamiento de cada alumno será evaluado individualmente.
- *Práctica fuera del salón de clases.* El último paso del entrenamiento de habilidades es extender su práctica fuera de la escuela, para hacerlo, los alumnos llevan tareas, como decir “hola” a una persona nueva todos los días o responder asertivamente en tres situaciones diferentes, esto permite al adolescente aplicar en diferentes situaciones las habilidades que ha adquirido en el programa.

Los programas de habilidades para la vida están determinados por el contexto del lugar en donde se quiere implementar, debido a esto, se debe poner mucha atención en la información-contenido del programa, en los métodos interactivos de enseñanza y en el desarrollo de habilidades, Mangrulkar, Whitman y Posner (2001), proponen el ciclo de desarrollo de habilidades para la vida que se observa en la figura 1.



Es importante la forma en que los instructores imparten el programa para que su efectividad sea la esperada, ya que además de estar bien capacitados, su experiencia juega un papel muy importante en la implementación del programa, Dusenbury, Brannigan, Hansen, Walsh y Falco (2005) mencionan que los maestros con mayor experiencia en programas de prevención replican mejor las sesiones, tienen más conocimiento sobre el programa, comunican mejor sus propósitos y objetivos, hacen más interactivas las sesiones y los alumnos se comprometen más con el programa.

El enfoque de Habilidades para la Vida es un modelo efectivo para la promoción de la salud y constituye una poderosa metodología para promover el desarrollo saludable del adolescente (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001), debido a esto, el programa de Habilidades para la Vida es importante al permitir al adolescente adquirir las habilidades que necesita para evitar conductas de riesgo como el consumo de sustancias, delincuencia o prácticas sexuales de riesgo. El programa al enfocarse en habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones, prepara al adolescente para que su proyecto de vida se realice, manteniendo conductas saludables y buenas relaciones consigo mismo y con los demás, es por esto que la adquisición y fortalecimiento de estas habilidades, así como la implementación de un programa integral como éste, son de suma importancia para el desarrollo saludable de todos los adolescentes.

A pesar de los esfuerzos que se han realizado, no están claras las diferencias en las habilidades para la vida de adolescentes consumidores y no consumidores de drogas legales e ilegales, existe una falta de uniformidad en los resultados acerca de estas habilidades, ya que algunos estudios mencionan que la falta de habilidades para resistir a la presión de grupo (Latimer, Floyd, Kariis, Novotna, Exnerova, O'Brien, 2004; Vargas, Castellanos, Villamil, 2005); un autocontrol pobre (Sussman, McCuller, Dent, 2003); la baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana por considerarlas poco peligrosas (Sun, Skara, Sun, Dent, Sussman, 2006), y pocas habilidades de comunicación asertiva

(McIntosh, McDonald, McKeganey, 2005), son factores muy importantes para que el adolescente consuma drogas, sin embargo, estudios muestran que adolescentes con buenas habilidades de asertividad (Suelves, Sánchez-Turet, 2001) y habilidades sociales también están en riesgo de consumir sustancias (Hanewinkel, Aßhauer, 2004).

Debido al crecimiento de población adolescente que se está iniciando en el consumo de alcohol y a la falta de evidencia empírica que demuestre las diferencias en las habilidades para la vida de los adolescentes, en esta investigación se buscará conocer si existen diferencias significativas en las habilidades para la vida de adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol, lo que ayudará en futuras investigaciones como guía en el diseño de programas preventivos de consumo de alcohol enfocados en las habilidades para la vida en la población estudiantil de México.

Método

4.1 Planteamiento y Justificación del Problema.

El consumo de alcohol es un tema primordial en materia de salud pública en nuestro país, ya que en la población en general se ha registrado un aumento de consumidores y los adolescentes son de los más afectados, además el inicio del consumo es a edades cada vez más tempranas. Debido a esto es necesario tomar las medidas necesarias para que los jóvenes no se inicien en el consumo, siendo la prevención un tema fundamental para evitar problemas con el uso de sustancias, es así que existe la imperiosa necesidad de realizar investigación que ayude a identificar factores que influyan en el joven para que no se involucre con el consumo.

La literatura indica que los programas preventivos enfocados a la adquisición de habilidades para la vida son poderosas herramientas que ayudan al adolescente a vivir de manera saludable, si éste es capaz de desarrollarlas, tendrá más oportunidades de alejarse del consumo además de incrementar conductas positivas como mejorar el rendimiento académico y establecer mejores relaciones interpersonales (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001); es por esto que en esta investigación se estudiarán las habilidades para la vida, con el fin de aportar nuevo conocimiento que ayudará a crear programas preventivos en población adolescente mexicana.

4.2 Pregunta de investigación.

¿Existen diferencias significativas en las habilidades para la vida en adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol?

4.3 Objetivo General.

Determinar si existen diferencias significativas en las habilidades para la vida de adolescentes que han y no han consumido alcohol.

4.4 Hipótesis.

Ho: No existen diferencias significativas en las habilidades para la vida entre adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol.

Hi: Existen diferencias significativas en las habilidades para la vida entre adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol.

4.5 Variables.

Independientes:

- Habilidades para la vida.

Dependiente:

- Consumo de alcohol.

4.6 Definición Conceptual.

Habilidades para la vida: Se refiere a las 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 (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001).

Consumo de alcohol: Frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas.

4.7 Definición Operacional.

Habilidades para la vida: Se medirá con el cuestionario de Habilidades para la vida de Andrade, et al. (no publicado).

Consumo de alcohol: Se medirá con los indicadores de riesgo de Andrade, et al. (2007).

4.8 Participantes.

La muestra fue seleccionada de forma aleatoria y estuvo constituida por 5650 estudiantes de bachilleratos públicos de la Ciudad de México; 2637 hombres (46.7%) y 2864 mujeres (50.7%); de 14 a 25 años de edad con una media de 16.7 años y una desviación estándar de 1.36; el 32% de los participantes eran de cuarto año, el 34.3% de quinto año y el 33.5% de sexto año, de los cuales el 50% eran del turno matutino y el 49.7% del vespertino, el 0.3% no informó este dato.

4.9 Muestreo.

Probabilístico, ya que se eligieron al azar un grupo de cuarto, quinto y sexto año en el turno matutino y vespertino en cada uno de los planteles que participaron en la investigación, así todos los alumnos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.10 Tipo de Estudio.

Correlacional, por que se midió la relación entre las habilidades para la vida y el consumo de alcohol (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.11 Diseño de Investigación.

No experimental ex post facto, ya que se observó el fenómeno en su contexto natural sin manipular las variables; transversal, por que se recolectaron los datos en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.12 Instrumento.

Se utilizó el cuestionario de habilidades para la vida de Andrade, et al. (no publicado), que mide habilidades para la vida específicas para el consumo de sustancias y habilidades genéricas de tipo social, cognitivo y emocional. El instrumento consta de 60 reactivos, dividido en diez escalas, siete de las cuales se refieren a habilidades genéricas y tres a las habilidades específicas para el consumo de drogas. Los reactivos de las habilidades para la vida genéricas fueron medidos en escala Likert con cuatro opciones de respuesta: “Siempre”, “Pocas veces”, “Muchas veces” y “Nunca” (en donde a mayor puntaje, mayor desarrollo de la habilidad). Los reactivos de las habilidades para la vida específicas fueron medidos en escala Likert con cuatro opciones de respuesta: “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”. Para medir el consumo de alcohol se utilizó un indicador de riesgo donde el valor “0”= nunca ha bebido alcohol en la vida, “1” =si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año, “2”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año, “3”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes y “4”= si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.

Habilidades genéricas:

1. Planeación a futuro, 6 reactivos ($\alpha = .76$).

2. Autocontrol (autoconocimiento), 7 reactivos ($\alpha = .74$).
3. Empatía, 9 reactivos ($\alpha = .78$).
4. Comunicación asertiva, 7 reactivos ($\alpha = .77$).
5. Expresión emocional, 5 reactivos ($\alpha = .77$).
6. Manejo del enojo, 6 reactivos ($\alpha = .70$).
7. Solución de conflictos, 5 reactivos ($\alpha = .68$).

Habilidades específicas:

8. Aceptación a la presión de pares, 8 reactivos ($\alpha = .80$).
9. Aceptación a la presión de pareja, 3 reactivos ($\alpha = .54$).
10. Resistencia a la presión, 4 reactivos ($\alpha = .57$).

4.13 Procedimiento

El instrumento fue aplicado en los salones de clase una vez que las autoridades del plantel lo permitieron, antes de iniciar se explicó a los alumnos el objetivo de la investigación enfatizando la confidencialidad de los datos, diciéndoles que los resultados serían presentados en forma global; el cuestionario fue contestado de forma individual y la participación de los adolescentes fue voluntaria, ya que los alumnos que no quisieron participar no se les obligó a contestar el cuestionario.

Resultados

Para conocer si existen diferencias significativas en las habilidades para la vida de los adolescentes que consumen y de los que no consumen alcohol, se realizó un análisis de varianza de una sola vía (ANOVA) (tabla1), además se realizó el análisis para hombres (tabla 2) y mujeres (tabla 3) por separado para obtener las diferencias entre sexos. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 15.0. Como se puede observar en la tabla 3, en comunicación asertiva y expresión del afecto no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de consumidores y los no consumidores, teniendo a las demás habilidades como significativamente diferentes entre ambos grupos.

Tabla 3. Diferencias en las Habilidades para la vida.

Habilidades para la vida	F	Sig.
Planeación a Futuro*	11.921	.000
Autocontrol*	13.678	.000
Empatía*	10.382	.000
Comunicación asertiva	1.943	.101
Expresión del afecto	.978	.418
Manejo del enojo*	17.228	.000
Solución de conflictos*	79.873	.000
Aceptación a la presión de pares*	86.646	.000
Aceptación a la presión de pareja*	20.565	.000
Resistencia a la presión*	74.389	.000

*p>.001

Respecto a las habilidades para la vida en hombres se observa que en todas las habilidades existen diferencias significativas entre los consumidores y no consumidores (tabla 4).

Tabla 4. Diferencias en las Habilidades para la vida de los hombres.

Habilidades para la vida	F	Sig.
Planeación a Futuro*	2.686	.030
Autocontrol*	5.269	.000
Empatía*	3.082	.015
Comunicación asertiva*	2.794	.025
Expresión del afecto*	2.524	.039
Manejo del enojo*	8.030	.000
Solución de conflictos*	29.184	.000
Aceptación a la presión de pares*	42.481	.000
Aceptación a la presión de pareja*	9.308	.000
Resistencia a la presión*	30.748	.000

*p>.001

A diferencia de los hombres, en las mujeres no se obtuvieron diferencias significativas en las habilidades de comunicación asertiva y expresión del afecto (tabla 5).

Tabla 5. Diferencias en las Habilidades para la vida de las mujeres.

Habilidades para la vida	F	Sig.
Planeación a Futuro*	9.515	.000
Autocontrol*	14.275	.000
Empatía*	4.676	.001
Comunicación asertiva	.785	.535
Expresión del afecto	.287	.887
Manejo del enojo*	15.211	.000
Solución de conflictos*	47.796	.000
Aceptación a la presión de pares*	35.920	.000
Aceptación a la presión de pareja*	7.708	.000
Resistencia a la presión*	36.414	.000

*p>.001

Planeación a futuro.

En la habilidad de planeación a futuro se encontraron diferencias significativas en los adolescentes que consumen y no consumen alcohol, esto se puede observar de manera más notoria en los que nunca han consumido y los que consumen más de dos veces en la última semana, es decir, los adolescentes que no consumen planean más su futuro que los que lo hacen. Esta diferencia se obtuvo tanto para hombres como para mujeres (tabla 6).

Tabla 6. Planeación a futuro y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	3.30	3.25	3.34
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	3.31	3.28	3.32
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	3.23	3.20	3.24
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	3.20	3.20	3.20
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	3.18	3.19	3.18

Autocontrol.

En esta habilidad también se encontraron diferencias significativas entre los grupos, encontrándose mayor habilidad de autocontrol en los que no beben, teniendo la mayor diferencia entre los que nunca consumen y los que lo hacen dos veces por semana; conforme el patrón de consumo va aumentando la capacidad de autocontrol va disminuyendo. En autocontrol las diferencias entre consumidores y no consumidores, hombres y mujeres fueron significativas (tabla 7).

Tabla 7. Autocontrol y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	2.99	3.01	2.97
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	2.99	3.07	2.93
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	2.92	3.00	2.85
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	2.89	2.98	2.80
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	2.85	2.92	2.77

Empatía.

La habilidad de empatía también mostró diferencias significativas entre los grupos, como se puede observar los adolescentes que no consumen alcohol son más capaces de ponerse en el lugar del otro, en cambio los que tienen un patrón de consumo elevado son los de menos habilidad de empatía (tabla 8). Nuevamente hombres y mujeres consumidores y no consumidores tienen diferencias en la habilidad de empatía.

Tabla 8. Empatía y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	2.90	2.78	3.00
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	2.92	2.81	3.00
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	2.85	2.77	2.93
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	2.84	2.71	2.97
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	2.82	2.76	2.92

Comunicación asertiva.

La asertividad no mostró diferencias entre los consumidores y no consumidores. Los adolescentes que nunca han consumido y los que lo hacen más de dos veces por semana son igual de asertivos, esto es muy importante ya que los jóvenes con buenas capacidades de comunicación asertiva también tienen riesgo de consumir. En caso del grupo de las mujeres no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, mientras que en los hombres si hubo diferencias significativas entre los consumidores y los no consumidores, teniendo como más asertivos a los adolescentes que consumen más, observándose un aumento en la habilidad mientras el patrón de consumo aumenta (tabla 9).

Tabla 9. Comunicación asertiva y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	3.03	3.00	3.05
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	3.04	3.03	3.05
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	3.03	3.04	3.03
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	3.05	3.05	3.05
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	3.07	3.07	3.07

Expresión del afecto.

No se encontraron diferencias significativas en esta habilidad, lo que nos dice que en esta muestra tanto los consumidores como los no consumidores expresan de igual forma sus emociones ya sean positivas o negativas, además ambos poseen la misma capacidad de identificar sus propias emociones (tabla 10). En la habilidad de expresión del afecto, el grupo de mujeres no obtuvo diferencias significativas entre grupos, mientras que los hombres tuvieron diferencias entre los consumidores y los no consumidores, teniendo a los consumidores de más riesgo con mayor expresión emocional.

Tabla 10. Expresión del afecto y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	3.06	2.94	3.16
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	3.10	3.01	3.16
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	3.07	3.00	3.14
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	3.08	2.99	3.17
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	3.11	3.07	3.18

Manejo del enojo.

En el manejo del enojo si hay diferencias entre los grupos, los adolescentes que nunca han consumido alcohol claramente tienen una mejor capacidad de manejar el enojo lo que le da más oportunidades de controlar emociones como la ira, además de prevenir la violencia (tabla 11). En el manejo de enojo tanto hombres como mujeres tuvieron diferencias significativas entre los consumidores y los no consumidores.

Tabla 11. Manejo del enojo y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	2.40	2.49	2.32
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	2.37	2.48	2.29
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	2.32	2.44	2.20
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	2.24	2.34	2.14
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	2.23	2.34	2.07

Solución de conflictos.

En la solución de conflictos se encontraron diferencias significativas. Los resultados indican que los adolescentes entre más consuman su habilidad de solución de conflictos va disminuyendo, la diferencia con los adolescentes que nunca han consumido es notable, esto indica los no consumidores son más capaces de solucionar problemas interpersonales. Los adolescentes hombres y mujeres tuvieron diferencias entre grupos de consumidores y no consumidores (tabla 12).

Tabla 12. Solución de conflictos y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	2.77	2.69	2.83
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	2.66	2.62	2.69
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	2.57	2.57	2.57
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	2.46	2.41	2.50
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	2.37	2.36	2.39

Aceptación a la presión de pares.

Los resultados indican que los adolescentes que nunca han consumido alcohol a diferencia de los que lo hacen, tienen menos intención de ceder ante la presión de amigos para consumir sustancias, las diferencias son significativas ya que el grado de intención de resistir va disminuyendo conforme el consumo va aumentando, es decir los que más consumen son los de mayor intención de ceder ante la presión, las diferencias entre grupos se dan tanto para hombres como para mujeres (tabla 13).

Tabla 13. Aceptación a la resistencia a la presión y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	1.34	1.40	1.29
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	1.40	1.45	1.36
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	1.52	1.57	1.48
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	1.61	1.66	1.56
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	1.71	1.80	1.59

Aceptación a la presión de la pareja.

Los hombres al igual que las mujeres que menos consumen tienen menos intención de ceder ante la presión que su pareja pueda ejercer para que consuman alcohol, estas diferencias son significativas entre los consumidores y los no consumidores (tabla 14).

Tabla 14. Aceptación a la presión de la pareja y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	1.19	1.25	1.15
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	1.20	1.28	1.15
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	1.24	1.29	1.19
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	1.30	1.34	1.26
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	1.35	1.43	1.24

Resistencia a la presión de pares y/o pareja.

En esta habilidad también se encontraron diferencias significativas, los hombres y mujeres adolescentes con mayor resistencia van a poder evitar el consumo, en la tabla 15 se observa que a medida que el adolescente aumenta su consumo, la habilidad de resistirse a la presión de pares y/o pareja en cuanto al consumo de alcohol va disminuyendo.

Tabla 15. Resistencia a la presión de pares y/o pareja y consumo de alcohol.

Frecuencia y cantidad de consumo	Población general	Hombres	Mujeres
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Nunca ha bebido alcohol en la vida.	3.60	3.54	3.65
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión en la vida pero no en el último año.	3.58	3.54	3.62
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión por lo menos una vez en el último año	3.45	3.41	3.48
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión una vez en el último mes	3.35	3.30	3.39
Si ha bebido más de cinco copas en una sola ocasión más de dos veces en la última semana.	3.24	3.21	3.29

Discusión

El consumo de alcohol en nuestro país representa un problema de salud pública y los adolescentes cada vez se involucran más en éste, es por esto que la prevención es un tema fundamental para evitar que los jóvenes mexicanos inicien el consumo. Por ello el conocimiento de los factores que ayudan al joven a protegerse contra el consumo es un tema fundamental para el diseño e implementación de futuros programas preventivos eficaces para la población mexicana.

La hipótesis central de esta investigación fue conocer si existen diferencias en las habilidades para la vida de adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol. Como se puede apreciar la hipótesis se probó parcialmente, debido a que los análisis realizados en la población general arrojaron que en habilidades como comunicación asertiva y expresión emocional no hubo diferencias significativas, sin embargo, al probar las diferencias para cada sexo, se encontró que los hombres tuvieron diferencias en todas las habilidades, mientras que en las mujeres las habilidades de comunicación asertiva y expresión emocional no tuvieron diferencias entre las consumidoras y no consumidoras.

La OMS (1993) menciona que los adolescentes con mayor capacidad de planear su futuro están más comprometidos con su proyecto de vida por lo tanto tendrán más conductas saludables, en esta investigación tanto hombres como mujeres no consumidores planean mejor su futuro que los consumidores, lo que indica que al fortalecer esta habilidad el joven podrá mantener conductas que lo alejarán del consumo de alcohol.

En cuanto al autocontrol asociado al control de emociones, a la capacidad de evaluar los resultados de sus conductas y de pensar antes de actuar así como de mantenerse tranquilos ante los problemas (Glassman, Werch, Jobli, 2007), los resultados para hombres y mujeres concuerdan con otras investigaciones que asocian un buen autocontrol con el bajo consumo de alcohol (Sussman, McCuller, Dent, 2003). En esta investigación conforme los adolescentes incrementan su

consumo la capacidad de autocontrol disminuye, de ahí la necesidad de incluir esta habilidad en el diseño de programas para la prevención del consumo.

La habilidad de empatía es de suma importancia para las relaciones interpersonales del adolescente ya que al poder ponerse en lugar del otro éstas mejorarán, además esta habilidad está relacionada con la prevención del consumo, (Mangrulkar, Whitman y Posner; 2001), lo que se corrobora con los resultados de esta investigación, ya que en los jóvenes que no consumen se observa mayor capacidad de empatía, a diferencia de los adolescentes que su consumo es elevado en los que esta habilidad casi no se presenta. Los resultados son los mismos en los dos sexos.

La comunicación asertiva es una habilidad necesaria para que los adolescentes puedan expresar sus pensamientos y demandas de forma clara y en la que no ofendan a los demás, algunas investigaciones mencionan que la comunicación asertiva es necesaria para poder evitar el consumo de sustancias (Epstein, Bang, Botvin, 2007; Epstein, Griffin, Botvin, 2000; McIntosh, MacDonald, McKeganey, 2005), sin embargo, en esta investigación no se encontraron diferencias entre los consumidores y no consumidores, lo que indica que los dos grupos tienen el mismo riesgo de iniciar el consumo o de mantenerlo. Por otro lado, cuando los análisis se hicieron por sexo, en los hombres sí existen diferencias entre los consumidores y los no consumidores, teniendo como más asertivos a los jóvenes que tienen el mayor riesgo (consumen cinco copas o más dos o más veces por semana), mientras que los que nunca han consumido alcohol muestran menor capacidad de expresarse asertivamente, lo que sugiere que los jóvenes consumidores pueden involucrar en el consumo a los que no lo hacen. En las mujeres no se encontraron diferencias entre los grupos, las adolescentes consumidoras y las que no lo hacen tienen el mismo riesgo de iniciar o de mantener la conducta adictiva.

Este hallazgo permite crear estrategias preventivas en las que no sólo se fortalezca la habilidad para ser asertivos sino para que los jóvenes que se comunican eficazmente no se involucren en conductas adictivas y sus habilidades de comunicación las dirijan a realizar conductas saludables. En cuanto los varones consumidores, los hallazgos se tendrán que tomar en cuenta para modificar la habilidad y al igual que en las mujeres darles las herramientas para que se alejen del consumo.

La habilidad de expresar las emociones como la alegría, tristeza y enojo, no sólo se refiere a su expresión, si no a la identificación de las mismas. En esta investigación no se encontraron diferencias entre los adolescentes que consumen y los que no lo hacen, lo que contradice estudios que mencionan que la expresión de las emociones están relacionadas con la prevención del consumo (Flores, Sarmiento, 2004; Gillham, 2002). Los análisis por sexo muestran que en los varones si existen diferencias entre los consumidores y los no consumidores, los resultados indican que los varones que más consumen expresan mejor sus emociones en comparación con los que no beben. En el grupo de mujeres no hubo diferencias significativas entre los grupos, es decir, las adolescentes que nunca han consumido y las que lo hacen de manera frecuente tienen el mismo de riesgo de involucrase en el consumo de alcohol.

En futuras intervenciones se deberá tomar en cuenta que esta habilidad se encuentra en consumidores y no consumidores, de tal forma que no sólo se tendrá que fortalecer la habilidad, sino que se deberán hacer esfuerzos para enseñarles a los adolescentes que no necesitan consumir alcohol para poder identificar y expresar sus emociones. Así como poner especial atención en cuanto a los varones, ya que se necesitará cambiar la tendencia de que entre más consumen más expresan sus emociones.

En esta investigación hombres y mujeres con mejor capacidad de controlar su enojo consumen menos alcohol a diferencia de los que no tienen tan desarrollada

esta habilidad, lo que concuerda con otras investigaciones que relacionan a la habilidad de manejar el enojo con la prevención del consumo (Kirisci, Tarter, Vanykov, Reynolds, Habeych, 2004; Wiener, Pentz, Turner, 2001).

La habilidad de solución de conflictos que se refiere a la capacidad de resolver los problemas a través de la negociación de forma creativa y pacífica (OMS, 1997), es otra de las habilidades que se relacionan con la prevención de consumo, y al igual que en otros estudios (Shope, Elliott, Raghunathan, Waller 2001; Sussman, 2004), en los resultados de esta investigación se observa que los adolescentes que no consumen tienen mayor habilidad de resolver sus problemas de la vida cotidiana que sus pares consumidores, estos resultados son iguales para hombres y mujeres.

En las habilidades específicas para el consumo de sustancias, la aceptación a la presión de pares, aceptación a la presión de pareja y resistencia a la presión de pares que se refieren a la intención de ceder ante la presión que la pareja o sus pares ejercen para que se inicie el consumo y a la intención de resistir dicha presión, los resultados obtenidos muestran que los hombres y mujeres que no consumen tienen mayores habilidades de resistencia, esto se observa con mayor claridad con los jóvenes que nunca han consumido, ya que conforme el patrón de consumo de alcohol aumenta las habilidades de resistencia disminuyen, es decir, los que más consumen son los de mayor intención de ceder ante la presión.

El fortalecimiento de estas habilidades se debe tomar en cuenta ya que son fundamentales para la elaboración de programas preventivos eficaces, debido a que la presión de pares y pareja es uno de los factores de riesgo más documentados para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Ennet, Ringwalt, Thorne, Rohrbach, Vincus, Simons-Rudolph, Jones, 2003; Latimer, Floyd, Kariis, Novotna, Exnerova, O'Brien, 2004; Mcintosh, MacDonald, McKeganey, 2005; Nuño, Flores, 2004; Scholte, Poelen, Willemsen, Boomsma, Engels, 2008).

La aportación principal de este trabajo es el estudio de las diferencias en las habilidades para la vida que existen entre los adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol. Los resultados de esta investigación ayudarán a realizar programas preventivos que sean eficaces para los estudiantes de bachillerato, ya que al conocer las diferencias que hay entre los consumidores, así como entre sexos, se podrán diseñar las estrategias necesarias para fortalecer las habilidades para la vida de los estudiantes con la finalidad de que mantengan conductas saludables y se alejen del consumo de alcohol.

Limitaciones y sugerencias.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, el presente estudio muestra los resultados con población escolarizada, lo que limita el conocimiento acerca de las habilidades para la vida de la población adolescente en general.

Por otra parte, para futuras investigaciones se podrán incluir las diferencias en las habilidades con otras drogas con la finalidad de conocer mejor el fenómeno del consumo de drogas tanto legales como ilegales, así como para tener más conocimiento acerca de las habilidades para la vida en los adolescentes consumidores y así diseñar programas preventivos eficaces.

Se sugiere seguir investigando las habilidades de hombres y mujeres por separado para conocer los componentes que las hacen diferentes, dato que ayudará a distinguir la forma en cómo distintas habilidades se desarrollan entre sexo.

Debido a que el fenómeno de las adicciones es multifactorial y afecta a todos los sectores de la sociedad, es importante la elaboración de un instrumento confiable y válido que evalúe las habilidades para la vida de adolescentes no escolarizados para realizar investigación en dicha población con la finalidad de realizar esfuerzos preventivos que fortalezcan las habilidades de jóvenes que no estudian.

Uno de los objetivos de esta investigación fue el de proporcionar conocimiento nuevo acerca de las habilidades para la vida en población mexicana con la finalidad de diseñar programas eficaces en materia de prevención de adicciones, para conseguir una visión más completa de éste fenómeno se sugiere que en otros estudios se incluyan en los análisis otras variables como rendimiento académico y nivel socioeconómico que son variables que la literatura menciona como factores de riesgo, esto ayudará a tener más elementos que sustenten los programas preventivos.

Referencias

- Ambrosio, E. (2003). Neurobiología del alcohol. En García, E., Mendieta, S., Cervera, G., Fernández, J. *Manual SET de Alcoholismo*. Sociedad Española de Toxicomanías. España: Editorial Médica Panamericana.
- Anaya-Ocampo, R., Arillo-Santillán, E., Sánchez-Zamorano, L., Lazcano-Ponce, E. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública de México*. 48 supl 1, S17-S29.
- Andrade, P. (2000) Ambiente familiar de jóvenes usuarios de alcohol y tabaco. *Psicología Social en México*. VIII, 590-595.
- Andrade, P., Betancourt, D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J., Betancourt, D. (comps.) *Investigaciones Psicosociales en Adolescentes*. México: UNICAH, UNAM.
- Arellanez-Hernández, J., Diaz-Negrete, D., Wagner-Echeagaray, F., Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 27(3), 54-64.
- Bahr, S., Hoffmann, J., Yang, X. (2005). Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *The Journal of Primary Prevention*. 26(6), 529-551.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. USA: Holt.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. USA: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. USA: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: an International Review*. 54 (2), 245-254.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Zambrano, J., Orozco, R., Fleiz, C., Rojas, E. (2007). Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the Mexico City Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence*. 90, 128–134.
- Berger, K. (2004). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. 6ª edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bernstein, K., Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Vlahov, D. (2007). The built environment and alcohol consumption in urban neighborhoods. *Drug and Alcohol Dependence*. 91, 244–252.

- Borbely, C., Graber, J., Nichols, T., Brooks-Gunn, J., Botvin, G. (2005). Sixth graders' conflict resolution in role plays with a peer, parent, and teacher. *Journal of Youth and Adolescence*. 34(4), 279-291.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C., Ye, Y., Rosovsky, H. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 1986-2003. *Salud Mental*. 26(5), 19-27.
- Botvin, G. (2000). Preventing drug abuse in school: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*. 25 (6), 887-897.
- Botvin, G., Griffin, K. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*. 25 (2) 211-232.
- Botvin, G., Griffin, K. (2005). Prevention science, drug abuse prevention, and Life Skills Training: comments on the state of the science. *Journal of Experimental Criminology* 1, 63-78.
- Botvin, G., Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*. 19(6), 607
- Botvin, G., Griffin, K., Diaz, T., Scheier, L., Williams, C., Epstein, J. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*. 25 (5), 769–774.
- Botvin, G., Kantor, L. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training: theory, methods, and empirical findings. *Alcohol Research & Health*. 24 (4), 250-257.
- Bouchard, T. (1994). Genes, environment and personality. *Science*. 17, 264, 5166, 1700-1701.
- Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol & Alcoholism*. 41(5), 473–478.
- Brumbach, T., Cao, D., King, A. (2007). Effects of alcohol on psychomotor performance and perceived impairment in heavy binge social drinkers. *Drug and Alcohol Dependence*. 91, 10–17.
- Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M., Cherpitel, C. (2001). El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental*. 24(5), 3-11.
- Craig, G., Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. 8ª Edición. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

- D'Amico, E., Orlando, M., Miles, J., Morral, A. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependence*. 93, (2008) 85–92.
- Díaz, F. (2001). *Alcoholismo. Guía Didáctica para Padres y Educadores*. España: San Pablo.
- Dulanto, E. (2000a). Crecimiento y desarrollo en la pubertad. En Dulanto, E. *El Adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Dulanto, E. (2000b). La adolescencia como etapa existencial. En Dulanto, E. *El Adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W., Walsh, J., Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*. 20 (3), 308-313.
- Eisen, M., Zellman, G., Murray, D. (2003). Evaluating the Lions–Quest “Skills for Adolescence” drug education program. Second-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors*. 28, 883–897
- Ennett, S., Ringwalt, C., Thorne, J., Rohrbach, L., Vincus, A., Simons-Rudolph, A., Jones, S. (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prevention Science*. 4 (1), 1-14.
- Epstein, J., Bang, H., Botvin, G. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?. *Addictive Behaviors*. 32, 700-713.
- Epstein, J., Botvin, G. (2008). Media resistance skills and drug skill refusal techniques: what is their relationship with alcohol use among inner-city adolescents?. *Addictive Behaviors*. 33, 528-537.
- Epstein, J., Griffin, K., Botvin, G. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*. 9, 33–39.
- Epstein, J., Griffin, K., Botvin, G. (2002). Positive impact of competence skills and psychological wellness in protecting inner-city adolescents from alcohol use. *Prevention Science*. 3 (2), 95-104.
- Epstein, J., Zhou, X., Bang, H., Botvin, G. (2007). Do competence skills moderate the impact of social influences to drink and perceived social benefits of drinking on alcohol use among inner-city adolescents?. *Preventive Science*. 8, 65-73.

- Evans-Whipp, T., Beyers, J., Lloyd, S., Lafazia, A., Toumbourou, J., Arthur, M., Catalano, R. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International*. 19 (2), 227-234.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*. In press.
- Fenichel, O. (2000). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México: Paidós.
- Fergusson, D., Horwood, L., Ridder, E. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*. 88S, S14–S26.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M. (2007). Uso de alcohol, tabaco, y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*. 30(5), 63-73.
- Fletcher, A., Bonell, C., Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*. 42, 209-220.
- Flores, L., Sarmiento, D. (2004). Programa TIPICA para la promoción de factores psicosociales de protección mediante la educación para la salud en la escuela. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 113-128.
- Freixa, F. (1996) *La Enfermedad Alcohólica. Modelo Sociobiológico del Trastorno Comportamental*. España: Herder.
- Freud, A. (1965). *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. 4ª edición. Argentina: Paidós.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y Adolescente*. 3ª reimpresión. España: Paidós.
- Freud, S. (1985). *Tres Ensayos sobre Teoría Sexual*. España: Sarpe.
- Freud, S. (2004). *Sexualidad Infantil y Neurosis*. España: Alianza Editorial.
- Galéra, C., Bouvard, P., Messiah, A., Fombonne, E. (2008). Hyperactivity inattention symptoms in childhood and substance use in adolescence: The youth gazel cohort. *Drug and Alcohol Dependence*. 94, 30–37.

- Gesell, A., Ilg, R. y Bates, L. (1971). *El Adolescente de 10 a 16 Años*. 4ª edición. Argentina: Paidós.
- Giedd, J. (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*. 42, 335-343.
- Gilchrist, L., Schinke, S., Bobo, J., Snow, W. (1986). Self-control skills for preventing smoking. *Addictive Behaviors*. 11(2). 169–174.
- Gillham, J. (2002). Positive youth development, prevention and positive psychology: commentary on positive youth development in the United States. *Prevention and Treatment*. 5(18), 110-112.
- Glassman, T., Werch, C., Jobli, E. (2007). Alcohol self-control behaviors of adolescents. *Addictive Behaviors*. 32, 590-597.
- Graber, J., Nichols, T., Lynne, S., Brooks-Gunn, J., Botvin, G. (2006). A Longitudinal Examination of Family, Friend, and Media Influences on Competent Versus Problem Behaviors Among Urban Minority Youth. *Applied Developmental Science*. 10(2), 75-85.
- Greeley, J., Oei, T. (1999). Alcohol and Tension Reduction. En Leonard, K., Blane, T. *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. USA: The Guilford Press.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist*. 58 (6/7), 446-474.
- Griffin, K., Botvin, G., Nichols, T. (2006). Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behaviors in young adulthood. *Prevention Science*. 7, 103-112.
- Griffin, K., Botvin, G., Nichols, T., Doyle, M. (2003). Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine*. 36, 1-7.
- Griffin, K., Epstein, J., Botvin, G., Spoth, R. (2001). Social competence and substance use among rural youth: mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of youth and adolescence*. 30, 4, 485-498.
- Guo, J., Hawkins, D., Hill, K., Abbott, R. (2001). Childhood and Adolescent Predictors of Alcohol Abuse and Dependence in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*. 62, 754-762.
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C., Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 29(5), 66-74.

- Hanewinkel, R., Aßhauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Education Research*. 19(2), 125-137.
- Hawkins, D., Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112 (1), 64-105.
- Heath, A. (1995). Genetic Influences on Drinking behavior in humans. En Begleiter, H. y Kissin, B. *The Genetics of Alcoholism*. USA: Oxford University Press.
- Hecht, M., Marsiglia, F., Elek, E., Wagstaff, D., Kulis, S., Dustman, P., Miller-Day, M. (2003). Culturally grounded substance use prevention: an evaluation of the keepin` it R.E.A.L. curriculum. *Prevention Science*. 4 (4), 233-248.
- Heng, K., Hargarten, S., Layde, P., Craven, A., Zhu, S. (2006). Moderate alcohol intake and motor vehicle crashes: the conflict between health advantage and at-risk use. *Alcohol & Alcoholism*. 41(4), 451-454.
- Henriksen, L., Feighery, E., Schleicher, N., Fortmann, S. (2008). Receptivity to Alcohol Marketing Predicts Initiation of Alcohol Use. *Journal of Adolescent Health*. 42, 28-35.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hiller-Sturmhöfel, S., Swartzwelder, H. (2004/2005). Alcohol's effects on the adolescent brain. What can be learned from animal models. *Alcohol Research & Health*. 28 (4), 213-221.
- Hoffman, J. (2002). The community context of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and Family*. 64(2), 314-330.
- Hull, J. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*. 90, 586-600.
- Hull, J., Levy, A. (1979). The organizational functions of the self. An alternative to the Duval and Wickland model of self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 756-768.
- Jessor, R. (1987). Problem behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*. 82, 331-342.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*. 48 (2), 117-126.

- Jessor, R., Jessor, S. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. USA: New York Academic Press.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*. 31 (6), 923-933.
- Jiménez, M., Ponce, G., Rubio, G. y Jiménez, M. (2003). Alcoholismo. Adicción y dopamina. En Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. *Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias*. España: Ars Médica.
- Julien, R. (1998). *A Primer Drug Action. A Concise, Nonthechnical Guide to the Actions, Uses and Side Effects of Psychoactive Drugs*. USA: W. H. Freeman and Company.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 190 (4217), 912-914.
- Kandel, D. (1996). The parental ad peer contexts of adolescent deviance; an algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*. 26(2), 289-316.
- Kandel, D., Logan, J. (1984). Patterns of drug use form adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*. 74, 660-666.
- Kirisci, L., Tarter, R., Vanykov, M., Reynolds, M., Habeych, M. (2004). Relation between cognitive distortions and neurobehavior disinhibition on the development of substance use during adolescence and substance use disorder by young adulthood: a prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*. 76, 12-133.
- Komro, K., Toomey, T. (2002). Strategies to prevent underage drinking. *Alcohol Research and Health*. 26 (1), 5-14.
- Kuendig, H., Kuntsche, E. (2006). Family bonding and adolescent alcohol use: moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol & Alcoholism*. 41(4), 464-471.
- Ladero, J. (1998). Alcohol. Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. España: Editorial Médica Panamericana.

- Latimer, W., Floyd, L., Kariis, T., Novotna, G., Exnerova, P., O'Brien, M. (2004). Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 15(4), 225-232.
- Leonard, K., Blane, T., (1999). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. USA: The Guilford Press.
- Litrownik, A., Elder, J., Campbell, N., Ayala, G., Slymen, D., Parra-Medina, D., López, E., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Berenzon, S. (1996). Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. *La Psicología Social en México*. VI. 561-568.
- Llanes, J., Castro, M., Margain, M. (2003). *Chimalli. Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales. Protección de la Comunidad ante Adicciones y Violencia. Estrategias de Intervención*. México: Pax. 1ª reimpresión.
- Longshore, D., Ghosh-Dastidar, B., Ellickson, P. (2006). National youth anti-drug media campaign and school-based drug prevention: evidence for a synergistic effect in ALERT plus. *Addictive Behaviors*. 31, 496-508.
- López, M. (2000). Desarrollo psicosexual. En Dulanto, E. *El Adolescente*. México: McGraw-Hill.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M., Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. 15(2), 127-136.
- Macaulay, A., Griffin, K., Botvin, G. (2002). Initial internal reliability and descriptive statistics for a brief assessment tool for the life skills training drug-abuse prevention program. *Psychological Reports*, 91, 459-462.
- Macaulay, A., Griffin, K., Gronewold, E., Williams, C., Botvin, G. (2005). Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 49(2), 67-83.
- Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner, M. (2001). *Enfoque de Habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- Martín del Moral, M., Gerona, J., Lizasoain, I. (1998). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso del alcohol. Tratamiento de la dependencia alcohólica. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Martín del Moral, M., Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. 2ª edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, J. (2000). El adolescente y sus pares. En Dulanto, E. *El Adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Masona, W., Hitchings, J., Spoth, R. (2008). The interaction of conduct problems and depressed mood in relation to adolescent substance involvement and peer substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. In press.
- McAnarney, E. (2008). Adolescent Brain Development: Forging New Links? *Journal of Adolescent Health*. 42, 321– 323.
- McCauley, C., Hesselbrock, V. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: the indirect effects of negative affect, conduct problems, and risk taking. *Journal of Adolescent Health*. 42, 198–200.
- McIntosh, J., Macdonald, F., Mckeganey, N. (2005). Pre-teenage children's strategies for avoiding situations in which they might be exposed to drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 12(1), 5-17.
- Mead, M. (1978). *Adolescencia y Cultura en Samoa*. 6ª edición. Argentina: Paidós.
- Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*. 45 supl. 1, S16-S25.
- Medina-Mora, M., Rojas, E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. *Salud Mental*. 26(2), 1-11.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Caraveo, J., Colmenares, E. (2001). Patterns of alcohol consumption and related problems in Mexico: results of two general populations surveys. En *Surveys of Drinking Patterns and Problems in Seven Developing Countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Milkman, H., Wanberg, K. (2005). *Criminal Conduct and Substance Abuse. Treatment for Adolescents: Pathways to Self-Discovery and Change*. USA: Sage Publications.
- Miller, P., Plant, M. (2003). The Family, peer influences and substance use: findings from a study of UK teenagers. *Journal of Substance Use*. 8, 19-26.

- Mora-Ríos, J., Natera, G., Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*. 28(2), 82-90.
- Morin, S., Collins, C. (2000). Substance abuse prevention: moving from science to policy. *Addictive Behaviors*. 25 (6), 975-983.
- Musitu, G., Jiménez, T., Murgui, S. (2006). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*. 49(1), 3-10.
- Muss, R. (1984). *Teorías de la Adolescencia*. Argentina: Paidós.
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora, M., Solís-Rojas, L., Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*. 43(1), 17-26.
- Nichols, T., Graber; J., Brooks-Gunn, J., Botvin, G. (2006). Ways to say no: refusal skill strategies among urban adolescents. *American Journal of Health Behavior*. 30(3), 227-236.
- Nuño, B., Flores, M. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*. 27(4), 26-34.
- Oestrlé, S., Hill, K., Hawkins, D., Guo, J., Catalano, R., Abbott, R. (2004). Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood. *Journal Studies of Alcohol*. 65 (4): 204-212.
- Organización de Naciones Unidas. (2007). *World Drug Report*. Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Enseñanza en los Colegios de las Habilidades para Vivir*. División de Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Programmes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programme on Mental Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Skills for Health. Skills-Based Health Education Including Life Skills: An Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz A., Martínez R., Meza D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 39, Noviembre de 2005. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Disponible en www.inprf.org.mx/avisos/srid
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, A., Galván, J., Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la Ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*. 30(4), 41-46.
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Salud Mental*. 29(5), 32-37.
- Palacios, J., Bravo, M., Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology Internacional*. 18(4), Appendix.
- Palomo, T., Ponce, G. (2002). Adicción a drogas y dopamina. En Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., Santo-domingo., J. *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Pardini, D., Raskin, H., Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*. 88S, S38–S49.
- Park, J., Kosterman, R., Hawkins, D., Haggerty, K., Duncan, T., Duncan, S., Spoth, R. (2000). Effects of the "Preparing for the Drug Free Years" curriculum on growth in alcohol use and risk for alcohol use in early adolescence. *Preventing Science*. 1 (3), 125-138.
- Paschall, M., Grube, J., Black, C., Ringwalt, C. (2007). Is commercial alcohol availability related to adolescent alcohol sources and alcohol use? Findings from a multi-level study. *Journal of Adolescent Health*. 41, 168–174.
- Piaget, J. (1975). *Seis Estudios de Psicología*. México: Seix Barral.
- Poelen, E., Engels, R., Van Der Vorst, H., Scholte, R., Vermulst, A. (2007). Best friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 88, 163–173.

- Ponce de León, M., Castellanos, L., Solís, R., Alfaro, L. (2000). El consumo de alcohol ente los adolescentes y su influencia en la familia y personalidad. *La Psicología Social en México*. VIII, 676-681.
- Quigley, B., Leonard, K. (2004/2005). Alcohol use and violence among young adults. *Alcohol Research & Health*. 28(4), 191-194.
- Ramos, J., Fernández-Ruiz, J. (2003). Mecanismos neuroquímicos de la drogodependencia. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. 2ª edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Ritt-Olson, A., Milam, J., Unger, J., Trinidad, D., Teran, L., Dent, C., Sussman, S. (2004). The protective influence of spirituality and “Health as- a-Value” against monthly substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescent Health*. 34,192–199.
- Robertson, B., Susan, D., David, L., Rao, S. (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes*. E.U: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIH.
- Roe, S., Becker, J. (2005). Drug prevention with vulnerable young people: A review. *Drugs: Education, Prevention and Police*. 12 (2), 85-99.
- Saddichha, S., Prasad, B., Khes, J. (2007). The role of gateway drugs and psychosocial factors in substance dependence in eastern India. *International Journal of Psychiatry in Medicine*.37, 257-266.
- Sanders, M. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors*. 25 (6), 929-942.
- Schmid, B., Hohm, E., Blomeyer, D., Zimmermann, U., Schmidt, M., Esser, G., Laucht, M. (2007). Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol & Alcoholism*. 42(3), 219–225
- Scholte, R., Poelen, E., Willemsen, G., Boomsma, D, Engels, R. (2008). Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*. 33, 1-14.
- Secades, R., Fernández, J. (2003). Modelos de Adicción. En García, E., Mendieta, S., Cervero, G. y Fernández, J. *Manual SET de Alcoholismo*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Secretaria de Salud (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas*. México. Disponible en conadic.salud.gob.mx/interior/programas.html

- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2003). *Modelos Preventivos*. México. Serie Planeación.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones*. 2002. México: CONADIC.
- Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. *Informe 2006*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica. Disponible en www.dgepi.salud.gob.mx/publicaciones/informesisvea.htm
- Shope, J., Elliott, M., Raghunathan, T., Waller, P. (2001). Long term follow-up of a high school alcohol misuse prevention program's effect on students subsequent driving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 25, 403-410.
- Steinberg, L., Monahan, K. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*. 43(6), 1531-1543.
- Steinman, K., Zimmerman, M. (2004). Religious activity and risk behavior among african american adolescents: concurrent and developmental effects. *American Journal of Community Psychology*. 33(3/4), 151-162.
- Suelves, J., Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*. 17(1), 15-22.
- Sun, W., Skara, S., Sun, P., Dent, C., Sussman, S. (2006). Project towards no drug abuse: long-term substance use outcomes evaluation. *Preventive Medicine*. 42, 188-192.
- Sunderwirth, S. (2005). Substance abuse and the adolescent brain. En Milkman, H. & Wanberg, K. *Criminal Conduct and Substance Abuse. Treatment for Adolescents: Pathways to Self-Discovery and Change*. USA: Sage Publications.
- Sussman, S. (2004). Project ALERT reduces initiation of cigarette and marijuana use in 12-14 year olds. *Evidence Based Mental Health*. 7(2), 53.
- Sussman, S., McCuller, W., Dent, C. (2003). The associations of self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*. 28, 1159-1166.
- Swahn, M., Bossarte, R. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Adolescent Health*. 41, 175-181.

- Tapert, S., Caldwell, L., Burke, C. (2004/2005). Alcohol and the Adolescent Brain. Human Studies. *Alcohol Research & Health*. 28(4).
- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas*. México: El Manual Moderno.
- Taylor, S. (2006). *Health Psychology*. USA: Mc Graw-Hill. 6th ed.
- Thompson, M., Sims, L., Kingree, J., Windle, M. (2008). Longitudinal associations between problem alcohol use and violent victimization in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 42, 21–27.
- Uriarte, V. (2005). *Psicofarmacología*. 5^a edición. México: Trillas.
- Urquieta, J., Hernández-Ávila, M., Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*. 48 supl 1:S30-S40.
- Vargas, N., Castellanos, C., Villamil, A. (2005). Resistencia a la presión de grupo. *Tipica. Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Disponible en http://www.tipica.org/pdf/12_e_resistencia_a_la_presion_de_grupo.pdf
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Amador, N., et al. (2007). *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Juárez, F., Bérenzon, S., López, E., Rojas, E., Carreño, S. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. *La Psicología Social en México*. VI, 569-574.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N., Bermúdez, P. (2005). La Encuesta de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28 (1); 38-51.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño 2000. *Salud Mental*. 25(1), 43-54.
- Voisine, S., Parsai, M., Marsiglia, F., Kulis, S., Nieri, T. (2008). Effects of Parental Monitoring, Permissiveness, and Injunctive Norms on Substance Use Among Mexican and Mexican American Adolescents. *Families in Society*. 89(2), 264-273.

- Wagner, F., González-Forteza, C., Aguilera, R., Ramos-Lira, L., Medina-Mora, M., Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 26(2), 22-32.
- Walters, S., Roudsari, B., Vader, A., Harris, T. (2007). Correlates of protective behavior utilization among heavy-drinking college students. *Addictive Behaviors*. 32, 2633–2644.
- Weiner, M., Pentz, M., Turner, G., Dwyer, J. (2001). From Early to Late Adolescence: Alcohol Use and Anger Relationships. *Journal of Adolescent Health*. 28, 450–457.
- Wilens, T., Biederman, J., Adamson, J., Henin, A., Sgambati, S., Gignac, M., Sawtelle, R., Santry, A., Monuteaux, M. (2008). Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: A controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*. 95, 188–198.
- Yamaguchi, K., Kandel, D. (1984a). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health*. 74, 668-672.
- Yamaguchi, K., Kandel, D. (1984b). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*. 74, 673-681.
- Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug and Alcohol Dependence*. 69, 253-262.
- Zavala, F., Lovato, C. (2000). Evaluation of a Tobacco and Alcohol Use Prevention Program for Hispanic Migrant Adolescents: Promoting the Protective Factor of Parent–Child Communication. *Preventive Medicine*. 31, 124–133.
- Zollinger, T., Saywell, R., Muegge, C., Wooldridge, J., Cummings, S., Caine, V. (2003). Impact of the Life Skills Training curriculum on middle-school students tobacco use in Marion County, Indiana, 1997-2000. *Journal of School Health*. 73(9), 338-346.