



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SOBRE LA AUTOESTIMA Y  
REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL  
COMPORTAMIENTO ADICTIVO**

**PRESENTA:**

**MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ CAMACHO**

**DIRECTORA:**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DR. ARIEL VITE SIERRA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. ENA ERÉNDIRA NIÑO CALIXTO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES T.  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACLA**

**México D.F.**

**Diciembre 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

A mis padres María del Carmen Yolanda y Mario, quienes han apoyado cada uno de los proyectos en los que me he involucrado. Por sus sabios consejos y ejemplo que me han motivado siempre ha seguir adelante en busca de mis sueños y deseos. Por su infinita paciencia en los momentos difíciles, por su compañía, comprensión y sobretodo su gran amor que me han brindado de manera incondicional promoviendo mi crecimiento personal y profesional.

A mis hermanos Mario, Yolanda, Víctor y Jesús, quienes han sido un ejemplo de vida y crecimiento, por sus buenos consejos y su escucha, a ellos que sin importar donde se encuentren siempre tienen una palabra de aliento y motivación, una muestra de cariño y de quienes he aprendido a ser una mejor persona que disfruta día a día su quehacer profesional y una mejor hermana.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara quien con su ejemplo me ha enseñado a luchar por lo que creo, a entregarme sin medida a cada sueño y deseo, a no quedarme con las manos cruzadas esperando a que las cosas sucedan y a actuar en pro de los otros, a ser proactiva, creativa y mostrar al mundo que los estudiantes de la UNAM somos grandes profesionistas. Por su guía y su paciencia, por compartir tanto conocimiento y por sembrar una semilla de grandeza en mí.

Al Dr. Ariel Vite quien ha sido un ejemplo de perseverancia y decisión, por ser un excelente mentor y por mostrarme las múltiples posibilidades de acción en el campo de la prevención. Por su consejo constante y su paciencia.

A la Mtra. Ena E. Niño Calixto, quien con su dedicación, consejo y experiencia me aportó una visión más amplia sobre el trabajo en el área de la prevención. Su gentileza y compromiso reiterado con la Universidad y sus estudiantes.

A la Dra. Lydia Barragán, que aportó una cantidad innumerable de observaciones, consejos y conocimiento a mi trabajo. Por su entrega constante y compromiso desmedido, su pasión con el quehacer universitario.

A la Dra. Carolina Santillán Torres T., por su gran capacidad de compartir y enseñar, por su muestra incondicional de ayuda y disposición a colaborar con los otros. Por ser un ejemplo genuino de entrega, compromiso, y dedicación; que me ha impulsado a desear conocer más y entregarme a cada uno de mis sueños.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	11
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS. ....	11
1.1. Factores de protección comunitarios. ....	17
1.2. Factores de riesgo y protección asociados a los compañeros (iguales) y la escuela. ...	19
1.3. Factores de riesgo y protección familiares.....	23
1.4. Factores de riesgo y protección individuales.....	29
2. PREVENCIÓN.....	35
2.1 Definición y características de la Prevención del uso de drogas. ....	36
2.2. Principios de los Programas de Prevención. ....	39
2.3. Tipos de Prevención.....	42
2.4. Enfoque de Habilidades Para la Vida .....	48
2.5. Implementación de Programas de Habilidades para la Vida .....	58
3. AUTOESTIMA .....	61
3.1. Concepto de Autoestima.....	61
3.2. Elementos de la Autoestima.....	65
3.3. Autoestima como factor protector de las adicciones en los adolescentes.....	68
4. EMOCIÓN .....	74
4.1. Concepto y tipo de emociones.....	75
4.2. Teorías sobre las emociones. ....	78
4.3. Teoría de la Inteligencia Emocional. ....	80
4.4. Regulación Emocional como prevención de las adicciones. ....	83
MÉTODO .....	87
RESULTADOS.....	94
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	101
REFERENCIAS .....	110
ANEXOS.....	134

## **RESUMEN**

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que ha alcanzado niveles importantes de atención, siendo los niños y adolescentes los más vulnerables (NIDA, 2004). Estudios sobre dicha problemática sugieren que la prevención es la mejor arma para combatirla promoviendo factores como: autoestima y regulación emocional.

El presente trabajo implementó un programa preventivo para el consumo a través de un Taller preventivo titulado “Habilidades para la vida” en adolescentes de primer año de secundaria. Se trabajaron algunas habilidades para la vida: autoestima, regulación emocional, toma de decisiones, solución de problemas y temas referentes al consumo de sustancias psicoactivas (psicoeducación). Los resultados muestran un aumento poco significativo en autoestima y regulación emocional, y una disminución en la cantidad y frecuencia de consumo en algunos participantes.

Palabras claves: Adolescentes, Prevención, Adicciones, Habilidades para la Vida.

## **ABSTRACT**

The use of psychoactive substances is a problem that has reached significant levels of attention, being children and teenagers the most vulnerable (NIDA, 2004). Studies suggest that prevention is the best option for combating it, promoting factors such as: self-esteem and emotional regulation. This study implemented a preventive programme for consumption through a workshop entitled "Skills for life" in teenagers of first year of high school. It worked some skills for life: self-esteem, emotional regulation, decision making, problem solving and substance issues psychoactive (psychoeducation). The results show an increase in self-esteem and emotional regulation, and a decrease in the amount and frequency of consumption in some participants.

Key words: teenagers, prevention, addiction, life skills.

## INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas han tratado de determinar cómo comienza y avanza el uso de drogas implicando la participación de diversos factores, aunque resulta poco viable definir una sola causa. La conducta asociada a su consumo obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas (Rebolledo, Medina y Pillon, 2004).

En México, el consumo de sustancias adictivas es un problema de salud pública (ENA, 2008). Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), evidencian que a nivel nacional de 2002 a 2011, hubo un incremento significativo en la prevalencia y la dependencia al consumo de sustancias; en el caso del tabaco el aumento fue del 3.8% en 2002 al 8.1% en 2011, en el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias; de tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9% , en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%, especialmente en el grupo de adolescentes (de 12 a 17 años).

La mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con algún tipo de sustancias alrededor de los 16 años; sin embargo, esta edad ha disminuido paulatinamente; en la actualidad el inicio llega a presentarse en edades tempranas como los 12 ó 13 años o en anteriores, por lo que el uso y el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población joven es uno de los principales problemas de salud pública (Lamarca y Brceló, 2006, citados en Pacheco, 2014).

El origen temprano del problema hace importante la identificación de los factores de riesgo implicados con el fin de establecer estrategias preventivas (Calvete y Estévez, 200).



Los factores de riesgo son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar este riesgo (NIDA, 2004).

Ambos tipos de factores (riesgo y protección) pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, como el fracaso académico y problemas sociales, los cuales aumentan las posibilidades de que se abuse de las drogas en el futuro (NIDA, 2004).

Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, de manera que haya más factores de protección que situaciones de riesgo (Clayton, 1992 citado en Becoña y Cortés, 2010).

En los últimos años se ha avanzado de modo importante sobre el conocimiento de los mismos y un buen número de estudios han permitido conocer los que son más relevantes y los que tienen mayor poder predictivo. Con ellos es posible elaborar programas preventivos de modo más adecuado y específico para las personas que tienen esos factores de riesgo. También hoy sabemos que podemos potenciar los factores, o distintos factores de protección, para que así las personas consuman menos drogas (Becoña, 2002).

Son numerosas las teorías desde las que se ha intentado explicar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la adolescencia (Hansen y O'Malley, 1996; Petraitis, Brian y Miller, 1995). En varias de ellas, la autoestima es considerada como una variable relevante (citados en Musito y Herrera, 2003).

Sin duda alguna la autoestima es un componente de la personalidad en donde se establece un juicio valorativo hacia sí mismo y determina una evaluación que influye sobre las conductas y actitudes de la persona en el medio ambiente que lo rodea. En el caso de las adicciones la autoestima puede ser un factor esencial para prevenir el consumo y abuso de algún tipo de droga, que junto con otros factores como: comunicación, relaciones familiares significativas, la escuela y otros son una fuente importante de prevención (Medina, 2009).

Cuando una persona tiene una autoestima adecuada, tiene también la capacidad para identificar las situaciones que le favorezcan o perjudiquen; por lo que en primera instancia se alejará de aquellas situaciones que considere que afecten su seguridad y estabilidad; además, la persona sabe que el consumo de cualquier droga legal o ilegal puede provocarle daños físicos y emocionales, por lo tanto los evitará para no lastimarse (Moreno, 2006).

En un estudio de Romero, Luengo y Otero (1995), sobre la relación autoestima y delincuencia se encontró que los adolescentes usuarios de drogas tienden a poseer baja autoestima dentro de su familia y en la escuela; contrario a lo que ocurre en su grupo de iguales, ya que al participar en el consumo se sienten parte de ese grupo, lo que aumenta su autoestima (citados en Medina, 2009).

Otro de los factores de riesgo-protección que ha sido estudiado es la auto regulación emocional, especialmente el manejo y regulación de la agresividad, depresión y ansiedad. Es decir; las expresiones emocionales o la falta de la expresión y manejo emocional, como posibles fuentes de riesgo ante el consumo. Esto ha llevado a sugerir que el consumo de alcohol y tabaco (Wills, 1986; Wills, McNamara, Vaccaro y Hirky, 1996) y de otras drogas (Arellanez- Hernández, Díaz, Wagner-Echeagaray y Pérez, 2004; Griffin, Séller, Botvin y Díaz, 2001, citados Calvete y Estévez, 2009),

podrían representar intentos disfuncionales del manejo de estas dificultades emocionales.

Uno de los modelos que ha mostrado evidencia de esta relación es el basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) que explica la conducta humana como un fenómeno de aprendizaje basándose en las leyes del condicionamiento clásico, operante y vicario. Este modelo y los derivados del mismo, enfatizan la capacidad de autocontrol y/o autorregulación que el sujeto tiene sobre su conducta, derivándose tratamientos que implican el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y autocontrol (Aleixandre, Perelló Del Río, Palmer, 2004).

El objetivo del presente estudio fue analizar en una muestra de adolescentes estudiantes de 1er. año de secundaria; 1) el impacto de un Programa de Prevención de consumo de drogas, a través de un Taller preventivo titulado “Habilidades para la vida” (entre las que se incluyen las técnicas para favorecer la autoestima y regulación emocional) y 2) prevenir y reducir la conducta de consumo de alcohol y marihuana.

## **MARCO TEÓRICO**

### **FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS.**

Existen innumerables investigaciones relacionadas con el tema de interés; indicar que las adicciones son un problema de salud nacional e internacional, no es algo nuevo; ni para los profesionales dedicados al área de salud, ni para la población en general, que es quién vive de manera indirecta y muchas veces directa dicha problemática.

Así que más que mencionar los índices y niveles de consumo y el porcentaje de los sectores de la población más afectados por dicha problemática; se precisa de buscar acciones necesarias para reducir esta condición que afecta a una parte importante de la población y con quienes se convive diariamente. La clave entonces debería ser la prevención.

Hoy se sabe sobre el consumo de drogas, que: 1) existen factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en algunas personas respecto a otras, 2) es posible una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y 3) la existencia de una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio, mantenimiento, y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias (Becoña, 2007).

Es necesario comenzar a describir aquellos factores que se encuentran relacionados a la conducta de consumo de sustancias. Es importante entonces definir qué y cuáles son.

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15).

Por factor de protección se entiende: “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16).

Clayton (1992) señala que existen varios principios generales que se deben tener en cuenta cuando se habla de los factores de riesgo, los cuales son:

- 1) Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- 2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que ocurra el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello.
- 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- 5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de que se detecten algunos factores de riesgo y pueden favorecer su eliminación o reducción disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas (citado en Becoña, 2002).

A la fecha se han discutido un sin número de clasificaciones de los factores de riesgo y protección (Clayton, 1999; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Peterson et al. 1992; Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Pollard, Hawkins y Arthur, 1999; Moncada ,1997 y Muñoz-Rivas et al, 2001), clasificados en tres grandes grupos o categorías:

- Factores comunitarios
- Factores familiares
- Factores individuales

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO COMUNITARIO

<b>AUTOR</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprivación económica y social</li> <li>• Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria</li> <li>• Transiciones y movilidad</li> <li>• Disponibilidad de drogas</li> </ul>
Hawkins et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes y normas favorables hacia el uso de drogas</li> <li>• Disponibilidad</li> <li>• Deprivación económica extrema</li> <li>• Desorganización en el vecindario</li> </ul>
Moncada (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprivación social y económica</li> <li>• Desorganización comunitaria</li> <li>• Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias</li> <li>• La percepción social del riesgo</li> <li>• La movilidad de la población</li> </ul>

<p>Pollard et al. (1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo apego al vecindario</li> <li>• Desorganización comunitaria</li> <li>• Cambios y movilidad de lugar</li> <li>• Leyes y normas favorables al uso de drogas</li> <li>• Disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego</li> </ul>
<p>Muñoz Rivas et al. (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes y normas favorables hacia la conducta</li> <li>• Disponibilidad de la droga</li> <li>• Estatus socioeconómico</li> <li>• Deprivación económica extrema</li> <li>• Lugar de residencia</li> <li>• Desorganización del barrio</li> </ul>

El contexto social en el que cada individuo se desenvuelve es una gran influencia para el proceso de toma de decisiones. La gente, los lugares, las condiciones y características de estos definen a cada grupo y cada individuo que forma parte de ellos.

De ahí, que la comunidad y los grupos que conforman esta misma son elementos importantes a tomar en cuenta cuando se llevan a cabo acciones preventivas. Es importante recordar, que cada grupo y comunidad tiene características particulares y específicas; por lo tanto sus necesidades y maneras de resolverlas serán diferentes entre sí.

La Tabla 1 muestra algunos autores que han considerado varios de los factores de riesgo ambientales. Estos coinciden en la presencia de:

- *Deprivación económica y social.* La deprivación económica extrema, entendida como pobreza y hacinamiento tiene una participación importante en el consumo de drogas cuando la persona vive en una cultura donde otros tienen acceso a un gran número de bienes. La persona se siente aislada y marginada de ese sistema y sin posibilidades de acceder a los bienes de consumo que otros tienen, haciendo posible una unión entre la delincuencia y el consumo de drogas (Hawkins y cols., 1992).
- *Desorganización comunitaria.* Se refiere a aquel lugar en donde la persona vive y que no cumple unas normas adecuadas de buena organización (calles, aceras, cines, lugares de ocio y diversión); hay un claro deterioro físico, suciedad, malos servicios o inexistencia de los mismos; robos, delincuencia; etc. (Hawkins y cols., 1995).

En un ambiente con un importante nivel de desorganización comunitaria la persona tiene un mayor riesgo de verse, primeramente, implicado en conductas problema y, a partir de las mismas, de desarrollar conductas antisociales y de cometer más actos delictivos y comenzar tempranamente a consumir sustancias. Esto, asociado a muchos otros factores de riesgo individuales fortalece el inicio de consumo y las conductas socialmente inaceptadas (Moncada, 1997).

- *Cambios y movilidad de lugar.* Pertener a una comunidad y ser parte de un grupo, es una variable importante para la satisfacción personal y la necesidad de pertenencia. Ello implica una estabilidad en un lugar en específico y con un mismo grupo (familia, amigos, compañeros, etc.).

Si hay un cambio, esto implica un proceso de adaptación, al sitio, la gente, costumbres y en algunas ocasiones hasta el idioma; si el niño no se adapta bien a su



nuevo ambiente o incluso la familia no logra adaptarse; esto puede ser un factor de riesgo para el consumo. Este factor de movilidad puede promover y facilitar la aparición de otros (Hawkins, y cols., 1995).

Los lazos que establecen los niños con la sociedad con normas y reglas de comportamiento son factores de protección tanto para el uso de drogas como para otras conductas desadaptadas (Catalano et. al, citado en Moncada, 1997)

- *Creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas.* Cuando las normas y leyes se ajustan y se atienen a las costumbres del consumo de la sustancia, se hace evidente que se convierten en un factor de riesgo. Cuando estas no existen, o no son claras, el riesgo de abuso se incrementa. Si el grupo social aprueba el consumo de ciertas sustancias los miembros de la misma adoptarán esta norma como una regla de comportamiento y el consumo será aceptado e incluso promovido dentro del grupo.

Aunque el consumo de las sustancias ilegales no es aceptado por la sociedad en general, sí lo es dentro del grupo en el que se relaciona el adolescente consumidor; por lo tanto, estas normas se vuelven subjetivas y las leyes son descartadas como posibles pautas de comportamiento dando como resultado el consumo. Las normas de estos subgrupos condicionan el comportamiento de sus miembros (Hawkins y Fraser, 1985; citados en Moncada 1997).

- *Disponibilidad y accesibilidad a las drogas.* A mayor disponibilidad de sustancia mayor consumo, esto es un hecho que invariablemente se ha demostrado en muchos estudios. Sin embargo, también se ha visto que más que la disponibilidad es la accesibilidad la que juega un papel protagónico en el inicio

del consumo. Cuando el precio es bajo la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad es menor (Berenzon y cols., 1996).

- *Percepción social del riesgo de cada sustancia.* A mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo mayor consumo; este ha sido uno de los hallazgos más relevantes de los últimos años que ha conducido a un cambio en los mensajes de los responsables de la administración de distintos países sobre la prevención del uso de drogas (Berenzon y cols., 1996).

Cuando el joven tiene una baja percepción del riesgo sobre una sustancia la probabilidad de consumo es mayor; además de esto, cuanto mayor es el consumo de sustancias en un determinado contexto, menor es el grado de peligrosidad que se le adjudica (Moncada, 1997).

Un elemento negativo para formar una correcta percepción del riesgo en las drogas legales se produce por la publicidad de las mismas. La publicidad de las drogas legales va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo (especialmente del tabaco y del alcohol) o, si no consumen, que sean consumidores. Solo aquellos adolescentes que creen que el consumo de sustancias tendrá consecuencias negativas las consumen en menor grado que aquellos que piensan lo contrario (Becoña, 2002).

### *1.1. Factores de protección comunitarios.*

En cuanto a los factores de protección comunitarios, Becoña (2002) enlista los factores de protección de la comunidad de la siguiente manera:

1. Sistema de apoyo externo positivo: grupos de clubes deportivos, culturales, etc.

2. Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad: participar de las actividades de seguridad comunitaria, actividades culturales o juntas de asociaciones de vecinos.
3. Descenso de la accesibilidad de la sustancia; por ejemplo restringir a los negocios y tiendas la venta de las sustancias a menores de edad.
4. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes: oportunidades de estudio, empleo, programas de apoyo a los adolescentes en privación social.
5. Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

Kumpfer (1998), coincide con los factores protectores enlistados por Becoña, y agrega como elemento importante el rendimiento exitoso y apego a la escuela.

La ventaja de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, baja educación o conflictos familiares, los cuales tienen una clara incidencia en el consumo de drogas, como factores de riesgo (Becoña, 2002).

Ahora bien, hay que recordar que cuando se habla de factores de riesgo y protección comunitarios, la escuela es un elemento muy importante dentro de la comunidad; especialmente cuando se habla del tema de consumo de sustancias psicoactivas porque como bien lo reportan las encuestas de consumo (INJUVE 2012, ENA 2011, Consulta Juvenil sobre adicciones 2010-2012, etc.) es en la edad escolar cuando se da inicio en esta conducta.

Por lo tanto es muy importante dedicar una parte de este apartado a la revisión de los factores de riesgo y protección asociados a la escuela y las relaciones entre iguales (compañeros de la escuela).

Tabla 2. FACTORES DE RIESGO ESCOLAR

<b>AUTOR</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>
Hawkins et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia de cumplimiento de la política escolar</li> <li>• Poco apego a la escuela</li> <li>• Fracaso escolar o abandono de la escuela</li> <li>• Dificultades en el paso de un curso a otro</li> </ul>
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temprana conducta antisocial</li> <li>• Fracaso escolar</li> <li>• Bajo apego a la escuela</li> </ul>
Moncada (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso escolar</li> <li>• Asociación con compañeros consumidores</li> <li>• Presión de los pares hacia el consumo</li> </ul>
Pollard et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo rendimiento académico</li> <li>• Bajo grado de apego a la escuela</li> </ul>
Muñoz Rivas et.al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono y fracaso escolar</li> <li>• Tipo y tamaño de la escuela</li> </ul>

*1.2. Factores de riesgo y protección asociados a los compañeros (iguales) y la escuela.*

La escuela es el segundo grupo social de importancia para todo adolescente y estudiante. Es ahí donde se genera un intercambio de posibilidades para conocer su entorno, su mundo y su persona, al mismo tiempo se comienza a gestar la independencia de la familia. Por lo tanto este escenario juega un papel preponderante en cuanto a los factores de riesgo y protección asociados a conductas antisociales, incluyendo el consumo. Las investigaciones señalan que el 12% de los consumidores

refieren que el grupo de iguales ha ejercido sobre ellos una presión directa hacia el consumo (Swadi, 1989 citado en Becoña y Cortés, 2010).

Los factores de riesgo de los compañeros e iguales que se consideran más importantes son los de: los compañeros que consumen drogas, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la conducta antisocial o la delincuencia temprana y el rechazo por parte de los iguales (Becoña y Cortés, 2010).

En el caso de los compañeros e iguales, aunque la persona no tenga factores de riesgo previos, el relacionarse con otras personas que tienen dichas actitudes, o incluso que ya han consumido, aumenta las probabilidades de consumo, tanto por efectos de conformidad, como de modelado (Becoña, 2002). Como era de esperarse, las actitudes de los compañeros, y la percepción que el adolescente tenga sobre aquéllas, también es un factor de riesgo, al incidir en las propias actitudes y conductas.

Ya se había mencionado que las actitudes positivas hacia el consumo tanto de los padres como de la comunidad representan un factor de riesgo. Ahora bien, si los mejores amigos también tienen una actitud positiva por el consumo, es muy probable que el adolescente que aún no consume comience a hacerlo como parte de la aceptación dentro del grupo. Percepciones positivas llevarán a mayor consumo y menor percepción del riesgo o consecuencias negativas (Becoña, 2002).

Existe evidencia de la relación entre el consumo de sustancias y la conducta antisocial; especialmente la conducta delictiva (Muñoz-Rivas, et. al. 2002, Ensminger y Juon, 1998). Iniciarse en el consumo puede llevar a una posterior práctica de conductas delictivas; estar cerca o pertenecer a un grupo que frecuenta y gusta de participar en conductas antisociales es un fuerte predictor del futuro consumo.

La relación entre estos factores no es directa ni forzosamente causal, depende de muchos otros factores asociados y que se conjuguen en determinado momento y circunstancias (Moncada, 1997). El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas socialmente problemáticas socialmente. Detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es importante tanto para ellos como para el resto de la sociedad, ya que al estar inmersos en un grupo social deben cumplir con las reglas y normas de este promoviendo una convivencia sana y segura.

Un factor de riesgo que se ha sugerido en relación al consumo de drogas se deriva del rechazo o de una aceptación limitada de la persona por parte de sus iguales, especialmente cuando tiene pocos años, lo que facilita conductas de bajo rendimiento escolar y delincuencia. Aunque esta relación no se ha visto tan clara en los estudios realizados, se ha encontrado que cuando un niño es tímido, esta característica puede convertirse en un factor protector; sin embargo, si un niño agresivo es rechazado por sus iguales, esta característica se convierte en un factor de riesgo para el consumo así como de conductas violentas o antisociales (Becoña, 2002).

Otro aspecto a tomar en cuenta es el tamaño y disposición de la escuela. En un centro escolar muy grande, la atención y el apoyo a los estudiantes es menor, se suele recurrir a medidas de control de tipo autoritario promoviendo el bajo apego a la institución, las inasistencias y la falta de agrado por las actividades que se proponen dentro del centro educativo. Por el contrario, cuando estos son más pequeños, la atención es constante, hay una relación más cercana entre el profesorado y los alumnos, lo que permite una constante comunicación y apoyo promoviendo sensación de satisfacción y bienestar. Con ello se facilita que puedan funcionar más autónomamente y que se encuentren mejor consigo mismos y tengan menos conductas problemáticas (Díaz y García-Aurrecochea, 2008).

El rendimiento escolar forma parte de este grupo de factores. El riesgo de consumo puede aumentar cuando existe un fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010, citado en Becoña, 2010).

Tabla 3. FACTORES DE RIESGO FAMILIAR, O RELACIONADOS CON LA FAMILIA

<b>AUTOR</b>	<b>FACTORES RIESGO</b>
Hawkins et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas</li> <li>• Divorcio o separación de los padres</li> <li>• Problemas en el manejo de la familia</li> <li>• Bajas expectativas para los niños para el éxito</li> </ul>
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia familiar de alcoholismo</li> <li>• Problemas de manejo de la familia</li> <li>• Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positiva hacia su uso</li> </ul>
Moncada (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia familiar de alcoholismo</li> <li>• Pautas educativas</li> <li>• Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, conflictos familiares</li> </ul>
Pollard et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobre supervisión familiar</li> <li>• Pobre disciplina familiar</li> <li>• Conflicto familiar</li> <li>• Historia familiar de conducta antisocial</li> <li>• Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial</li> <li>• Actitudes parentales favorables hacia el uso</li> </ul>

<p>Muñoz-Rivas et al. (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura y composición familiar</li> <li>• Estatus socioeconómico familiar</li> <li>• Disciplina familiar</li> <li>• Relaciones afectivas y comunicación</li> <li>• Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas</li> </ul>
--------------------------------------	---

### 1.3. Factores de riesgo y protección familiares.

Una de las áreas que ha tomado gran relevancia dentro de los estudios dedicados a las posibles explicaciones tanto del inicio como del mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas es la familia. La familia juega un rol esencial en el desarrollo y socialización de los individuos, es ahí donde se dan las primeras pautas de socialización con los otros, aprende como funciona su sociedad y los patrones de conducta que le van a permitir funcionar de manera efectiva en la misma (Becoña, 2010).

Dentro de los aspectos que se han estudiado se encuentran: estructura y composición, disciplina familiar, relaciones afectivas, comunicación, cohesión familiar, conflicto familiar, actitudes y conductas favorables frente al consumo, entre otras (Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur, 1997, Muñoz 1997).

Los factores de riesgo de tipo familiar basada en las revisiones de Hawkins et al. (1992) y Petterson (1992) incluyen:

- *Desintegración y/o seria desorganización de la familia.* En la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos que se tienen. La investigación muestra que la carencia de uno de



los padres, en muchos casos debido al divorcio de ellos, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando viven solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos fuesen consumidores disminuye (Becoña, 2002).

- *Conflictos entre padres e hijos.* Cuando existe una situación de conflicto familiar o ruptura familiar, incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas. Por el contrario, cuando en una familia las relaciones son positivas con implicación y apego, resulta un factor de protección (Becoña, 2002).
- *Estilos de crianza (democráticos, autoritarios, permisivos, indiferentes).* Distintos tipos de crianza influyen en la conducta de los hijos. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño.

Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, limitados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autocondescendientes, impulsivos y socialmente ineptos; aunque también pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres democráticos son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1997; citado en Becoña 2007).

- *Poca comunicación o comunicación inadecuada.* Cuando la comunicación es deficiente los problemas surgen tanto en el consumo de drogas como en otros.
- *Falta de expresión de afecto entre los miembros de la familia.* Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial, el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es buena. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia (Muñoz-Rivas, 2000).
- *Bajo apego a la familia* Cuando en la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía y la madre no se implica en actividades con ellos, se relaciona con la iniciación al uso de drogas (Becoña, 2002).
- *Castigos excesivamente severos e inconsistentes para la conducta no deseada.* Se ha encontrado que la inconsistencia en la aplicación del reforzamiento, ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres; son factores que facilitan el consumo o, al menos, el inicio. Distintos estudios han reportado que resulta de gran relevancia el papel de la madre en la crianza para explicar el consumo o no de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983; citados en Becoña, 2002).
- *Actitudes positivas hacia el uso de drogas.* Es bien conocida la relación entre el alcoholismo de los padres y el que sus hijos tengan problemas relacionados con el alcohol y las drogas. A su vez un consumo de alcohol o drogas por parte de los padres lleva a unas prácticas de crianza pobres y a veces desordenadas

o poco consistentes. El uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso es otro factor de riesgo (Becoña, 2002).

Las familias en las que los padres consumen abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Cuando los padres no consumen, y existe una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos.

- *Estatus socioeconómico familiar.* Las condiciones económicas bajo las que viven las familias, son importantes en la convivencia armónica. Aquellas familias donde los padres trabajan demasiado tiempo, viven bajo presiones económicas y/o en donde las características de la vivienda no son satisfactorias; suelen prestar menos cuidado a la educación de los hijos dado el esfuerzo dedicado a la solución de estas presiones. Esto puede dar como resultado intransigencia, castigo desmedido, falta de reforzamiento a conductas positivas, o en problemas más graves como maltrato físico y consumo.

Existe una posible relación entre el mayor consumo de alcohol y mayor nivel de estudios por parte de los padres, y probable mayor nivel socioeconómico. Es decir, por una parte mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a mayor número y cantidad de sustancias; y por otra, a mayores problemas económicos, afectivos y de otro tipo se incrementa el consumo como una vía para salir o escapar de los mismos (Becoña, 2002).

La literatura señala evidencias de que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de drogas lícitas e ilícitas. Las familias de dependientes de drogas presentan disfunciones en áreas involucrando expresiones de afecto y de establecimiento de límites, y papeles en la estructura familiar (Rebolledo et. al., 2004).

Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; citados en Becoña, 2002).

Los factores de protección de la familia son consistentes con los mencionados anteriormente. Características contrarias de los factores de riesgo protegen a las personas de iniciar alguna conducta de riesgo, ya sea relacionada con las sustancias psicoactivas o con otras conductas problema.

Entre los factores protectores reportados por los diferentes estudios, se pueden mencionar los siguientes: (Muñoz-Rivas, 2000; Becoña, 2002, 2010; Moncada, 1997; Petterson, 1992; Hawkinss, 1992; Pollard, 1997)

- Relaciones positivas con implicación y apego
- Vinculación afectiva
- Conformación de la familia con presencia de ambos padres
- Actitudes negativas hacia el consumo de sustancias
- Adecuados estilos de crianza
- Resiliencia, etc.

La siguiente Tabla, muestra de manera resumida los factores de riesgo individuales que se han encontrado al tratar de explicar el consumo de drogas.

Tabla 4. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL (BIOLOGÍA, CONDUCTA Y PERSONALIDAD) PARA EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS

<b>AUTOR</b>	<b>FACTORES RIESGO</b>
Hawkins et al. (1992)	<p>Genéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas</li> </ul> <p>Constitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso temprano de drogas (antes de los 15 años)</li> <li>• Dolor o enfermedad crónica</li> <li>• Fisiológicos</li> </ul> <p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud mental</li> <li>• Abuso físico, sexual o emocional</li> </ul>
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alienación y rebeldía</li> <li>• Conducta antisocial en la adolescencia temprana</li> <li>• Actitudes favorables hacia el consumo de drogas</li> <li>• Primeros consumos tempranos de drogas</li> </ul>
Moncada (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los valores</li> <li>• La agresividad</li> <li>• La búsqueda de sensaciones</li> <li>• Otros problemas de conducta (hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, dificultad para relacionarse, alienación, conducta antisocial, búsqueda de placer, disconformidad con las normas, violencia, delincuencia)</li> <li>• La actitud hacia las drogas</li> </ul>

Pollard et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rebeldía</li> <li>• Búsqueda de sensaciones</li> <li>• Temprana iniciación en la conducta antisocial</li> <li>• Actitudes favorables hacia la conducta antisocial</li> <li>• Actitudes favorables hacia el uso de drogas</li> </ul>
Muñoz Rivas et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores genéticos</li> <li>• Factores biológico-evolutivos (sexo, edad)</li> <li>• Factores psicológicos</li> <li>• Depresión</li> <li>• Características de personalidad</li> <li>• Búsqueda de sensaciones</li> <li>• Personalidad antisocial</li> <li>• Actitudes favorables hacia la droga</li> <li>• Ausencia de valores ético-morales</li> </ul>

#### 1.4. Factores de riesgo y protección individuales.

Debido a la gran variedad de factores tanto de riesgo como de protección incluidos en esta categoría, es imposible enumerar todos y hacer referencia a cada uno de ellos. Por esta misma razón la literatura hace referencia a la agrupación que hace Kumperf (1998), como la manera más sintética y puntual de enumerar estos factores.

Kumperf (1998) enumera los factores de riesgo y protección individuales en tres categorías:

1. Biológicos. Factores de predisposición, genéticos y constitucionales.
2. Psicológicos. Factores de personalidad, comorbilidad con trastornos psicológicos.
3. Conductuales. Conductas antisociales, actitudes, valores.

## Factores biológicos.

El estudio de los factores biológicos ha estado restringido a la revisión de la predisposición de consumo del alcohol. La gran mayoría de estas investigaciones reportan resultados obtenidos de padres consumidores e hijos de padres consumidores, teniendo más probabilidad de consumo aquellos que tienen antecedentes familiares de consumo que los que no lo tienen. Es decir, parece existir mayor probabilidad de consumo cuando alguno de los progenitores es consumidor o dependiente de algunas sustancias (vulnerabilidad genética) (Gil, 2008).

Los estudios con gemelos e hijos adoptivos indican, que hijos de padres biológicos consumidores tienen mayor índice de alcoholismo que los que no tienen padres biológicos consumidores. Está bien documentado que la prevalencia de alcoholismo familiar entre alcohólicos varones es del 50%. Los jóvenes alcohólicos suelen tener familiares también alcohólicos, con una edad temprana de comienzo y una forma más severa de adicción. Al tener una historia familiar de alcoholismo responden peor al tratamiento que cuando no la tienen (Becoña y Cortés, 2010).

Dentro de los factores biológicos, el sexo y la edad son dos variables especialmente relevantes en el uso de sustancias, ya que como se reporta en los resultados arrojados en las diferentes encuestas de consumo, los varones siguen consumiendo más y tienen mayor probabilidad de presentar abuso que las mujeres. Respecto a la edad, la probabilidad de consumo a los 6 años es baja, mientras que a los 16 es alta, esto coincide con la etapa juvenil o con la pubertad (Becoña y Cortés, 2010).

## Factores psicológicos y conductuales.

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose

la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007, citados en Becoña y Cortés, 2010).

Parece haber una relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso en la adolescencia.

En este contexto suelen encontrarse relaciones entre distintos problemas psicopatológicos, como la depresión, los trastornos de conducta y otros problemas de salud mental y el consumo de drogas.

La investigación indica que la existencia del estado de ánimo depresivo durante la adolescencia desencadena y posibilita el consumo. El consumo de cannabis parece ser una estrategia de alivio ante los síntomas de dicha condición, a la vez que dicho consumo favorece o facilita tener más problemas emocionales (Paton, Kessler y Kandel, 1977).

Las patologías asociadas habitualmente al consumo son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de trastorno de conducta y TDAH, respectivamente, lo hacen también para algún trastorno por uso de sustancias (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997). Además, los pacientes con TDAH comienzan a consumir antes, presentan abusos más severos y tienen mayores probabilidades de presentar trastornos de conducta.

La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y la adolescencia, es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008). Cuando la



conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo es frecuente.

La existencia en la infancia de eventos traumáticos; como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, en especial con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000).

Dentro de esta categoría se incluye la presencia o ausencia de valores ético-morales, la ausencia resultaría en un factor de riesgo hacia el consumo; es decir, la falta de pautas del comportamiento aceptado socialmente (Muñoz- Rivas, et. al. 2000).

La actitud hacia el consumo también forma parte de esta categoría, se sabe que la actitud positiva hacia el consumo promueve una falta de percepción de riesgo, mayor experimentación, creencias erróneas sobre las consecuencias, mayor disposición al consumo y menor resistencia a la presión social; la familia, la comunidad y los amigos contribuyen a la formación de ésta.

Como parte de los factores psicológicos ha existido una gran cantidad de estudios que se han dedicado a buscar una posible relación entre el consumo y la personalidad de los consumidores. Dos de los aspectos que mayor atención han recibido son la búsqueda de sensaciones como rasgo de personalidad y la personalidad antisocial (Becoña, 2002).

Marvin Zuckerman define la búsqueda de sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al

deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (citado en Becoña y Cortés, 2010).

Este constructo está compuesto por cuatro dimensiones:

- a) Búsqueda de emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos;
- b) Búsqueda de excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente;
- c) Desinhibición, relacionada con conductas de extraversión social; y,
- d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía.

Existe clara evidencia de la relación positiva entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias, pudiendo incluso predecir su presencia o ausencia; siendo un factor de riesgo para el uso y el abuso (Becoña y Calafat, 2006).

Respecto a la personalidad antisocial la literatura señala que este tipo de personalidad se ha asociado a conductas disruptivas, agresividad, y violencia, lo que promueve el inicio temprano del consumo. Este tipo de personalidad se ha encontrado en adictos que están en tratamiento (Becoña y Calafat, 2006).

Como parte de los factores protectores individuales, la literatura propone: la religiosidad, aspiraciones en el futuro, creencia en el orden moral, habilidades sociales (Pollard, et. al. 1997), temperamento o disposición positiva, habilidades de afrontamiento, creencia en la autoeficacia y habilidades para adaptarse a circunstancias cambiantes (Kumperf y cols. 1998).

Otros autores plantean la inteligencia y la resiliencia como factores protectores. Sus investigaciones han presentado resultados a favor de estas. La alta inteligencia, baja

conducta de búsqueda de novedades y evitación de amistades con iguales delincuentes promueve actividades en contra del consumo; y finalmente, habría que indicar, que la resiliencia puede ser un adecuado factor de protección en aquellas personas que han tenido problemas importantes en su infancia; se encontró que los niños resilientes tenían mayor habilidad para resolver problemas y mayor creencia en su autoeficacia (Fergusson y Lynskey, 1996, Rutter, 1985, Plagia y Room, 1999; Calafat y cols. 2000, y Morrison y cols. 2000).

Es más que evidente que la presencia de los factores de riesgo puede significar una alta probabilidad de inicio en conducta de riesgo psicosocial; por lo tanto, tomar en cuenta la individualidad, personalidad, necesidades y deseos de los individuos expuestos a estos mejorará la eficacia y eficiencia de los programas y acciones preventivas a llevar a cabo.

Cabe señalar que como bien lo han comentado algunos autores (Becoña, 1999, 2010; Botvin, 2003; Hill, White, Chung, Hawkins y Catalano, 2000), los factores se relacionan entre sí de tal manera que la relación entre algunos de estos hace que se potencialicen o magnifiquen, dando como resultado un complejo de múltiples factores. Si a esto se le agrega la diversidad de sustancia involucradas, las modalidades de la vía de administración, la interacción entre cada tipo de droga, los efectos que tiene el consumo en el sistema nervioso central, etc.; no resulta difícil entender lo importante que es generar alternativas de acción que impacten sobre estos factores al reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de desempleo, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a los servicios médicos, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y

expresar sus opiniones; preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas (Becoña y Calafat, 2006).

Cuanto más y mejor se conozcan los factores de riesgo y protección; así como los otros factores relacionados al comienzo y mantenimiento del consumo de sustancias, más efectivas serán las maneras de prevenir dicho evento.

Junto a este conocimiento es importante saber a que nos referimos cuando hablamos de acciones preventivas, cuáles son las modalidades, manera y/o formas de hacerlo y cuáles son las maneras más adecuadas para cada población o individuo. En el siguiente apartado se abordarán algunos conceptos fundamentales del tema prevención.

## **2. PREVENCIÓN**

La palabra prevención se ha vuelto parte del discurso cotidiano, frecuentemente es usada por gran parte de la población y frases como: “mujer prevenida vale por dos” y “más vale prevenir que lamentar” pueden escucharse sin distinción de situación o del grupo que las utilice.

Casi todos pueden reconocer estar expuestos a una serie de factores de riesgos biopsicosociales que amenazan el bienestar y la salud. Sin embargo, esto parece solo suceder a nivel del discurso, ya que en la acción resulta inaplicable y en muchas ocasiones impensable reconocerlos y hacer algo en relación a estos. Es hasta que aparece el problema o las consecuencias de una inadecuada toma de decisión que actuamos, intentando recuperar, componer o reducir los posibles daños provocados.

Ante estas situaciones es necesario llevar a cabo acciones que favorezcan restituir el óptimo bienestar favorable.

Especialmente en el tema del consumo de sustancias psicoactivas, es bien sabido que las acciones reparadoras traen beneficios a aquellos sujetos que solicitan tratamiento y/o ayuda ante esta situación. Pero estas mismas medidas y acciones no son relevantes para aquellos que se encuentran en riesgo de iniciar el consumo. Por lo tanto las acciones preventivas son la respuesta más adecuada para estos sectores de la población.

### *2.1 Definición y características de la Prevención del uso de drogas.*

Generalmente cuando hablamos de prevenir nos referimos a tratar de evitar que algo suceda, es decir, preparar un conjunto de medidas o acciones con el objetivo de evitar que aparezca un problema o enfermedad.

No cabe duda que ahora uno de los factores decisivos en el campo de la salud, y que tiene que ver con las principales causas de muerte son las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de la conducta diaria en la salud y en la enfermedad.

Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce la conducta, los estados psicológicos y el contexto en el que se vive sobre la salud. La salud de los individuos depende en gran medida de comportamientos tales como realizar hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc. ( Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; Oblitas, 2000, 2003, 2004, 2004<sup>a</sup>, citados en Becoña, 2004).

Todo lo anterior ha desembocado hoy en una idea bien asumida de la necesidad de hacer prevención. Entendiendo la prevención como: 1) cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (fumar, beber, dieta) y 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y motivando a la gente a adoptarlos (programas de prevención de fumar entre los adolescentes) (Becoña, Palomares y García, 1994, citados en Becoña, 2004).

En materia de salud, prevenir se refiere a evitar desórdenes a través de la educación y saneamiento del medio psicosocial. Según Berruecos, Castro, Díaz-Leal, Mediana Mora y Reyes del Olmo (1994) prevención es la promoción y protección de la salud y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables, y la protección de los grupos de alto riesgo.

Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta los aspectos micro y macro sociales de las poblaciones objetivo tales como: dimensiones epidemiológicas del problema, disponibilidad de servicios y programas preventivos, representación social, zona geográfica, cultura, usos y costumbres, familia y aspectos legislativos, entre otros; así como las características de los individuos tales como edad y género, sustancias psicoactivas de uso, patrones de consumo y problemas asociados (NOMS 028, 2009).

De esta manera, todo Programa de Prevención deberá:

- a) Disponer de un marco filosófico, teórico y metodológico, basarse en un diagnóstico, conocimiento de las necesidades y evidencias científicas, contar con sistemas de seguimiento y evaluación, así como los recursos y el personal calificado.
- b) Considerar componentes de prevención universal, selectiva o indicada, ser proactivo, no discriminativo, y considerar los componentes culturales y de la región.

c) Incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, de acuerdo con la estratificación de los diferentes grupos sociales, tomando en cuenta sobre todo a la juvenil.

d) Contar con programas escritos que las mismas elaboren, y tener el aval por escrito del Consejo Nacional contra la Adicciones CONADIC (NOM 028, 2009).

Ahora bien si hablamos de prevención del consumo de drogas, la Norma Oficial Mexicana NOM028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de adicciones, la define como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no medico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de sustancias.

Para Martin (Becoña, 2002) prevención en drogas es “un proceso activo de implementación en iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva a la oferta de drogas” (pág. 66).

Los objetivos que se pretenden conseguir con la prevención del consumo en drogas son (Becoña, 2002):

- Limitar el tipo y número de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.

- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.
- Posponer la edad de inicio en el consumo.

La finalidad de los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo y modificar la interacción entre estas variables (Ammerman et al., 1999, citado en Becoña, 2002).

## *2.2. Principios de los Programas de Prevención.*

Uno de los organismos que actualmente tiene una fuerte e importante injerencia sobre el tema de prevención en el consumo de sustancias adictivas es el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés). El NIDA (2004) propone los principios en la prevención;

1. Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (ej., el tabaco o el alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales (ej., la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.



3. Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.
4. Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.
5. Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre las drogas (programas para la familia).
6. Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención temprana como en los años preescolares que se enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas (programas para la escuela).
7. Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura.
8. Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el uso de las drogas.

9. Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo (programas comunitarios).
10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.
11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.
12. Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación que incluyan: estructura, contenido, introducción.
13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención.
14. Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante.
15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
16. Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes.

Estos principios han sido la base para la conformación de muchos de los programas preventivos existentes hoy día.

Otro de los elementos que menciona el NIDA como características importantes de todo programa preventivo es la importancia de su elaboración bajo una base científica, ya que estos han resultado ser los más eficientes al aportar mayores beneficios.

### *2.3. Tipos de Prevención*

Las acciones preventivas en el ámbito de las drogas se agrupan tanto en reducción de la oferta como en el consumo; es decir, la demanda del producto. Para las primeras se crean programas que se dirigen a la sustancia, por lo que la reducción de la oferta es el principal objetivo, se procura que haya menos cantidad de sustancia disponible o circulando en el mercado. Para ello se establecen controles desde donde se produce la sustancia (cultivo y/o almacenaje), su transporte y almacenaje hasta el punto de venta medio y final (Pentz, Bonnie y Shopland, 1996).

Por otro lado las acciones preventivas enfocadas a disminuir la demanda de las drogas, se dedican a la población escolar, a los medios de comunicación, a la familia y en el trabajo. Estas acciones tienen el fin de educar a las personas para que cuando les ofrezcan la droga las rechacen y con ello se reduzca la demanda de drogas circulantes en el mercado. Este tipo de prevención es adaptable tanto para las drogas legales como ilegales (Becoña, 2002).

La prevención orientada a la reducción de la demanda de las drogas, se centra en cambiar las actitudes, percepciones, y conductas de las personas. Este tipo de prevención puede ser destinada a diferentes sectores de la sociedad (Becoña, 2002).

Esta concepción de realizar acciones preventivas de manera concreta y específica no siempre ha sido la misma, ha ido cambiando con el tiempo y con el surgimiento de

nuevos enfoques, lo que no significa que los anteriores hayan desaparecido solo que se han ido complementando y algunos han ganado más adeptos.

En los años 60's, el consumo y las conductas relacionadas a ello se observaban desde una perspectiva ético-legal, por lo que se consideraban comportamientos con faltas a la moral o delictivos. Debido a esta perspectiva la prevención se centraba en aislar al consumidor (Morales y Trujillo, 2009).

En los 70's se originó una perspectiva medico-asistencial la cual considera a la adicción como una enfermedad, esto dio paso al entendimiento de que la dependencia y la tolerancia que se desarrolla ante una adicción es más dominante que la voluntad del individuo. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo (Morales y Trujillo, 2009).

Durante los 80's con el enfoque social y cultural se reconoció que existían patrones de comportamiento que influían en el uso de drogas y que estos se podían modificar. En esta época la prevención fue orientada en presentar alternativas al uso de drogas las cuales son reforzadas socialmente. Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual (Becoña, 2007).

Para los 90's se identifican los factores de vulnerabilidad en el orden psicosocial y la prevención se orienta al desarrollo de habilidades protectoras para el individuo y la comunidad. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no solo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención del consumo de drogas. Se basa en la idea de

una multi causalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubre diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias. Uno de los programas más representativos en estos años son el *Entrenamiento en habilidades para la vida* («Life Skills Training», LST) de Botvin y cols. (1990, 1997).

Actualmente se utilizan los programas que se basan en la evidencia científica, y son fundamentalmente los basados en el aprendizaje de distintos tipos de habilidades.

Gorman (1996), clasifica a los programas preventivos de la siguiente manera

Años	Tipos de Programas
1960-1970	Basados en el conocimiento Basados en proporcionar información sobre el consumo de drogas y sus efectos
1970-1980	Programas afectivos Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal)
1980-1990	Programas basados en el modelo de influencia social Entrenamiento en habilidades de resistencia Entrenamiento en habilidades sociales
Actualidad	Programas basados en la evidencia científica

En el campo de la prevención del consumo de drogas hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980): prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta equivalía, de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar.

- En la prevención primaria se interviene antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable, busca reducir el riesgo para una población entera, de modo que aunque algunos puedan enfermar, el número se vea reducido; puede estar dirigida a padres, profesores, estudiantes y a toda la comunidad (Bisquerra, 1992). En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección.
- En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Los grupos de alto riesgo son objeto de atención especial. Las intervenciones se adaptan a cada caso particular (Bisquerra, 1992). En referencia al consumo de drogas, ésta se orienta a que si surge un problema con las drogas, se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor.
- La prevención terciaria se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos. Con respecto al consumo de drogas, este tipo de prevención se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia.

Ahora existe una nueva clasificación de la prevención (Gordon, 1987), misma que ha perdurado hasta el momento y se refiere a tres tipos diferentes de prevención: universal, selectiva e indicada.

- **Prevención Universal.** Es aquella que se dirige a toda una población, es decir si el objetivo son los adolescentes, entonces las acciones preventivas se dirigen a todos los adolescentes. Este tipo de prevención tiene la ventaja de tener amplias perspectivas, las cuales implican bajo costo, altos beneficios e impactan una gran cantidad de personas. De igual manera facilitan la posibilidad de limitarse sobre los factores de riesgo específicos de la comunidad y se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos.
- **Prevención Selectiva.** Se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores mayores que el promedio de los adolescentes. Se administra a grupos de riesgo.
- **Prevención Indicada.** Es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo.

En la siguiente Tabla se hace un comparativo entre la clasificación clásica y la actual.

*TABLA 1. COMPARATIVO ENTRE CLASIFICACIÓN CLÁSICA Y ACTUAL*

Clasificación	Tipos de Prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido, su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo sin distinción (ej. chicos de 12 a 14 años de edad).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Fuente: Becoña (1999)



Hay otra clasificación acerca de la prevención, ésta se diferencia de acuerdo al ambiente en el que se llevan a cabo las acciones; es decir, dependiendo del escenario. Así encontramos que también existe la prevención escolar, familiar, comunitaria, y laboral.

Las lecciones aprendidas de la investigación en adicciones, han reconocido a la prevención universal como la mejor alternativa para combatir el consumo de drogas en el mundo (NIDA, 2003). Por ello desde hace más de medio siglo, se han desarrollado programas preventivos de consumo de drogas. Actualmente existe una amplia evidencia científica sobre el éxito de los programas escolarizados con un enfoque de habilidades cuyo objetivo ha sido la prevención de consumo de drogas en niños y adolescentes (Botvin y Griffin, 2007).

#### *2.4. Enfoque de Habilidades Para la Vida*

En este momento los programas de prevención que se están utilizando están basados en la evidencia científica. Uno de los programas que mayor auge y alcance está teniendo gracias a esta base teórica que lo sustenta es el Programa de Habilidades para la Vida.

Carrasco y cols. (2001) en su libro de habilidades para la vida, plantea que en la educación es necesario integrar al curriculum formativo otros contenidos que contribuyan al desarrollo integral de los alumnos, como educación para la salud y enseñanza de una serie de recursos y habilidades que faciliten la integración y el desenvolvimiento satisfactorios tanto en lo individual como en lo social.

*Habilidades para la Vida en las Escuelas* es una iniciativa internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1993, con el objetivo de que

niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales que les permitan acceder a estilos de vida saludables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) ha denominado a estas habilidades como “habilidades para la vida”, que define como: *“aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria”* (pág. 24) y las ha dividido en tres categorías: sociales, cognitivas y emocionales.

Estas habilidades han demostrado ser eficaces no solo en la prevención del consumo de drogas, sino en una amplia gama de conductas de riesgo en niños y adolescentes.

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA SEGÚN LA OMS**

<p>Habilidades Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de comunicación</li> <li>• Habilidades de negociación y rechazo</li> <li>• Habilidades interpersonales para desarrollar relaciones sanas</li> <li>• Habilidades de cooperación</li> <li>• Empatía y toma de perspectiva</li> </ul>
<p>Habilidades Cognitivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de toma de decisiones y solución de problemas</li> <li>• Comprensión de consecuencias de las acciones</li> <li>• Determinación de soluciones alternas de los problemas</li> <li>• Habilidades de pensamiento crítico y pensamiento creativo</li> <li>• Análisis de la influencia de sus padres y de los medios de comunicación</li> <li>• Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales</li> <li>• Autoevaluación y clasificación de valores</li> </ul>

Habilidades para el control de las emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control del estrés</li> <li>• Control de los sentimientos incluyendo la ira</li> <li>• Habilidades para aumentar el locus de control interno, manejo de sí mismo y monitoreo de sí mismo</li> </ul>
---	--

El uso de enfoque de Habilidades para la Vida dentro de la comunidad escolar permite abordar desde conflictos o violencia, con lo que se logra en el aula un mejor clima de convivencia escolar hasta la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Montoya y Muñoz, 2009). El fortalecimiento de estas habilidades ha demostrado ser eficaz en la prevención de importantes conductas de riesgo en adolescentes como son la prevención del abuso de alcohol, tabaco, drogas ilegales y resistencia a la presión de pares (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001).

Con este enfoque, en 1979 Gilbert Botvin diseñó un programa para niños y adolescentes para prevenir y reducir el consumo de drogas. Sus resultados indican que los jóvenes fortalecen estas habilidades y disminuyen las conductas adictivas de tabaco, alcohol y otras drogas a largo plazo (Botvin y Eng, 1980).

Los programas de prevención más efectivos para adolescentes emplean habilidades sociales, cognitivas y conductuales para modificar el comportamiento y ayudar al adolescente a enfrentar los retos de la vida, incluyendo el uso de drogas (Botvin y Griffin, 2005, Villar, Gómez-Fraguela, Luengo-Martín y Romero-Triñanes, 2003; Bejarano, Ugalde y Morales, 2005).

Botvin (1995), ha evaluado e implementado exitosamente el entrenamiento en habilidades para la vida en adolescentes para la prevención universal del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, reduciendo la incidencia. El entrenamiento en habilidades para la vida enseña a los adolescentes a resistir las influencias sociales

para consumir drogas. En este modelo el consumo de sustancias es conceptualizado como el resultado de una interacción dinámica entre factores ambientales e individuales donde los pares, padres 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 a cerca de las drogas para evitar el consumo.

Consiste en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones. El objetivo principal del LST (*Life Skills Training Program*) es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o consumir drogas. Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases (Botvin, 1995).

El programa imparte conocimientos sobre el tabaco, el alcohol y el consumo de otras drogas y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidos a presiones interpersonales para fumar. A diferencia de los programas tradicionales de prevención de drogas, en este programa sólo se ofrece una información mínima sobre las consecuencias a largo plazo para la salud del consumo de drogas. En su lugar se ofrece información que se considera más importante para los adolescentes como son las consecuencias negativas inmediatas del consumo, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual de consumo entre los adultos y los adolescentes (Botvin, 1995).

El LST es un programa universal para estudiantes que les enseña habilidades sociales, cognitivas y emocionales además de proporcionar conocimientos sobre drogas y desmitificar creencias erróneas asociadas a éstas (NIDA, 2003). Este programa ha sido cuidadosa y ampliamente evaluado en los últimos 25 años a través de diversos estudios que han probado su eficacia. Las evaluaciones del programa han demostrado consistentemente reducciones de consumo de tabaco, alcohol y marihuana (del 50% o más) en estudiantes que recibieron el programa en relación con los controles, así como reducciones significativas en el uso de drogas ilegales y mejoras en una variedad de factores de riesgo y protectores para el abuso de drogas en adolescentes (Botvin y Griffin, 2005).

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

- I. Influenciar las actitudes y las creencias, dando información acerca del uso de drogas.
- II. Enseñando habilidades de resistencia social.
- III. Promover 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 y analizar, interpretar y resistir las influencias de los medios de comunicación.

Los fundamentos teóricos en los que se apoya el enfoque de habilidades para la vida son complementarios y variados. Diversas teorías provenientes de distintas disciplinas y áreas del conocimiento, relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje; entre otras, dan cuerpo a esta perspectiva.

- ***Teoría del Aprendizaje Social.*** También conocida como la teoría del Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social, está basada en el trabajo de Bandura (1982). Este autor concluyó que los niños aprenden a comportarse tanto por medio de la instrucción como de la observación.

La teoría del aprendizaje social ha tenido una gran relevancia y fue históricamente el eslabón entre los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de una conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde se prima fundamentalmente el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, atribuciones, etc.) (Bandura, 1982).

- **La teoría de la influencia social.** Basada en el trabajo de Bandura (1982), y en la teoría de la inoculación psicosocial. Desde aquí se reconoce que los niños y adolescentes bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo. Este enfoque fue inicialmente usado por Evans (1978), conocido como “educación sobre la resistencia a los pares”.
- **La solución cognitiva de problemas.** Basado en la idea de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema en niños a temprana edad, puede reducir y prevenir conductas negativas.

Este modelo de construcción de aptitudes de prevención primaria, se basa en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema (EISCP) en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas e impulsivas. La investigación muestra diferentes niveles de habilidades interpersonales de pensamiento en niños que exhiben conductas sociales positivas, en contraposición con niños que exhiben conductas de alto riesgo en forma temprana (incluyendo conductas antisociales, incapacidad para enfrentarse a la frustración, y malas relaciones con los pares). Las habilidades se enfocan tanto en la capacidad de generar soluciones alternativas a un problema interpersonal como a desarrollar el concepto de consecuencias de distintas conductas (OPS, 2001).

- **Teoría de las inteligencias múltiples** de Howard Gardner (1979), postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias (lingüística, musical, lógica-matemática, espacial, corporal-kinestésica, intrapersonal, interpersonal, y naturalista) pero que se desarrollan en grados distintos según las diferencias individuales y que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de formas diferentes. Fundamenta la enseñanza de una gama más amplia de habilidades y la utilización de métodos de instrucción diferentes en los programas de Habilidades para la Vida.

Daniel Goleman (1995), profundizó en este pensamiento. Define dos inteligencias: la intrapersonal (habilidad para comprender los propios sentimientos y motivaciones) y la interpersonal, (la habilidad para entender y discernir los sentimientos e intenciones de otros). Sostiene que saber cómo controlar las emociones es tan importante para tener éxito en la vida como lo es el intelecto (Viana y Lima, 2011).

- **Teoría de la resiliencia y riesgo de Bernard.** Trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras.

Plantea la existencia de factores internos y externos que protegen y fortalecen a las personas contra condiciones adversas o de riesgo del entorno, tales como la pobreza, la precariedad y la violencia, que pueden resultar en conductas poco saludables. Dentro de los factores de protección interna, están: la autoestima, las habilidades socio cognoscitivas, la aptitud social, las habilidades de resolución de conflictos y el locus de control interno; mientras que los factores de protección externa incluyen la existencia de relaciones positivas con la familia, los pares, la escuela y la comunidad (Rutter, 1987).

- **Psicología constructivista.** Las teorías de Piaget y Vygotsky sugieren que el desarrollo cognitivo está centrado en el individuo y sus interacciones sociales. Sostiene que el desarrollo cognitivo individual es el resultado de la colaboración con otras personas.

Para Vygotsky, el *contexto social* influye en el aprendizaje más que las actitudes y las creencias; tiene una profunda influencia en cómo se piensa y en lo que se piensa. El contexto forma parte del proceso de desarrollo y, en tanto tal, moldea los procesos cognitivos, el contexto social debe ser considerado en diversos niveles: 1.- El nivel interactivo inmediato, constituido por el (los) individuos con quien (es) el niño interactúa en esos momentos. El nivel estructural, constituido por las estructuras sociales que influyen en el niño, tales como la familia y la escuela. 3.- El nivel cultural o social general, constituido por la sociedad en general, como el lenguaje, el sistema numérico y la tecnología (Álvarez, 2002).

- **Teoría del desarrollo infantil y adolescente.** Basada en las teorías sobre el desarrollo humano; propone que los cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituyen la base de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.



*TABLA 3. IMPLICACIONES DE LAS TEORÍAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA*

<p>Teoría de desarrollo del niño y del adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La adolescencia temprana (10-14 años) se singulariza como un momento crítico para formar habilidades y hábitos positivos, puesto que en esa edad se está desarrollando la autoimagen y habilidad para pensar en forma abstracta y resolver problemas</li> <li>▪ El contexto social más amplio de la adolescencia temprana y media provee situaciones variadas, en las cuales se pueden practicar habilidades nuevas con pares y otros individuos fuera de la familia.</li> <li>▪ Se reconoce que el desarrollo de habilidades y aptitudes es crítico en el desarrollo de un niño y para alcanzar un sentido de sí mismo como un individuo autónomo.</li> </ul>
<p>Teoría del Aprendizaje Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La enseñanza de habilidades para la vida requiere copiar los procesos naturales por los cuales los niños aprenden conductas (modelos, observación, interacción social).</li> <li>▪ Los niños necesitan desarrollar habilidades internas (autocontrol, reducción de estrés, control de sí mismos, toma de decisiones) que puedan apoyar conductas positivas externas.</li> </ul>

<p>Teoría del Influencia Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se puede evitar la presión social y la de los pares para practicar conductas insanas si se tratan antes de que el niño o adolescente se vea expuesto a estas presiones, apuntando así hacia la prevención temprana en vez de una intervención más tarde.</li> <li>▪ Es más efectivo enseñar a los niños habilidades de resiliencia para reducir las conductas problemáticas que darles información o provocar miedo a los resultados de la conducta.</li> </ul>
<p>Solución Cognitiva de Problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La falta de habilidades para resolver problemas está relacionada con conductas sociales insuficientes. Esto indica que es necesario incluir la solución de problemas como un aspecto de los programas de habilidades para la vida.</li> <li>▪ Enseñar habilidades para la solución de problemas interpersonales en las etapas tempranas del proceso de desarrollo (niñez, adolescencia temprana) es sumamente efectivo.</li> </ul>
<p>Inteligencias Múltiples</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una visión más amplia de la inteligencia humana apunta hacia el uso de varios métodos de instrucción, utilizando diferentes estilos de aprendizaje.</li> <li>▪ El control de emociones y la comprensión de los propios sentimientos y los sentimientos de los demás son críticos en el desarrollo humano, y los niños pueden aprenderlos de la misma forma que se aprende a leer o las matemáticas.</li> </ul>

<p>Teoría de resiliencia y riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las habilidades socio-cognitivas, la aptitud social y las habilidades para la solución de problemas pueden servir como mediadores de la conducta.</li> <li>▪ Las habilidades específicas tratadas en los programas de habilidades para la vida forman parte de los factores internos que ayudan a los jóvenes a responder ante la adversidad, y son los rasgos que caracterizan a los jóvenes resilientes.</li> </ul>
<p>Teoría Psicológica Constructivista</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El proceso de aprendizaje ocurre a través de la interacción social en el aprendizaje de los pares, grupos cooperativos o situaciones de discusión abierta.</li> <li>▪ El desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes, como cualquier otro proceso de aprendizaje, está lleno de creencias y valores culturales.</li> <li>▪ El desarrollo de habilidades por medio de la interacción individual y el medio sociocultural puede llevar a cambios tanto en el individuo como en el medio (grupo de pares, clase, familia, grupo de jóvenes).</li> </ul>

### *2.5. Implementación de Programas de Habilidades para la Vida*

Basados en lo anterior, se han llevado a cabo programas con orientaciones conductuales cognitivos, afectivos, sociales y de habilidades para la vida; siendo estos últimos los que han reportado tener más éxito en la prevención de adicciones, tanto en diferentes países del mundo como con diferentes tipos de sociedades y grupos poblaciones.

En México, existen diversos programas dirigidos a combatir el consumo de drogas en diferentes niveles de intervención (universal, selectiva o indicada). Algunos de los programas que tienen estos componentes son los programas de Chimalli, “Yo quiero, yo puedo”, “Construye tú vida sin Adicciones”.

El programa Chimalli, es un modelo de prevención basado en los riesgos psicosociales. Su objetivo principal es hacer educación preventiva y crear una protección en los individuos y en las comunidades. Entre las áreas psicosociales en las que trabaja se encuentra la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes a través del fortalecimiento de habilidades de protección entre las que se cuentan habilidades sociales, emocionales y cognitivas (Llanes, Bonifaz, Margain, 1997).

El programa “Yo quiero, yo puedo”, tiene por objetivo desarrollar en niños las habilidades que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales como el abuso de drogas. Este programa se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que éstos repliquen el programa con sus estudiantes (Pick y Givaudan, 2007).

El programa “Construye tú vida sin adicciones” tiene como principal objetivo la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciar con ellos condiciones que mejoren la calidad de vida de las familias y comunidades, por consiguiente prevenir el desarrollo de adicciones. Está dirigido a adolescentes, jóvenes y adultos y cuenta con materiales específicos para cada población (Castro, Llanes, y Carreño, 1999; citados en Pérez de la Barrera, 2011).

El programa de Habilidades para la Vida de la Facultad de Psicología de la UNAM, también ha aportado gran evidencia a la importancia de la prevención cuyo objetivo es desarrollar destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida. El programa está dirigido para adolescentes de escuelas secundarias técnicas y cuenta con materiales específicos para cada grado escolar correspondiente a la educación media. La repetición en la aplicación del mismo ha permitido constatar la necesidad de llevar a cabo un trabajo preventivo ya que los estudiantes que se han visto beneficiados por el mismo reportan un aumento en las habilidades de rechazo al consumo así como de los diferentes habilidades entrenadas (autoestima, solución de problemas, habilidades sociales, conciencia emocional y sentimientos negativos), es aún más evidente este beneficio en los adolescentes que aún no han consumido alguna droga; en este caso los resultados reportan un aumento más significativo en estos que en aquellos que ya consumieron (Pacheco, 2014).

Estos programas han mostrado su eficacia en el trabajo preventivo, ya sea porque han hecho materiales preventivos que se diseminan, porque promueven la formación de promotores o bien por el número de personas a las que impactan; así como, a la gran cantidad de artículos publicados dando cuenta de la efectividad en la implementación de sus estrategias preventivas (Pérez de la Barrera, 2011).

Es por todo ello que el modelo de Habilidades para la Vida es efectivo para la promoción de la salud y prevención de conductas de riesgo como el consumo de drogas y, constituye una poderosa metodología al promover el desarrollo saludable del adolescente, manteniendo conductas saludables y buenas relaciones consigo y con los demás.

Las habilidades para la vida han confirmado fungir como agentes facilitadores de conductas saludables en adolescentes, conductas que definitivamente mantengan a

los niños y jóvenes alejados de las drogas. La enseñanza de estas habilidades en los programas preventivos de consumo de drogas resulta por tanto una labor prioritaria.

En los dos apartados siguientes se abordarán dos conceptos que han mostrado relación íntima con el desarrollo de habilidades para la vida en la prevención del inicio y mantenimiento del consumo de sustancias: autoestima y regulación emocional.

### **3. AUTOESTIMA**

La historia de la Autoestima como concepto comenzó con escritos de algunos de los más reconocidos teóricos de la Psicología. Durante varios años se consideró la Autoestima como la piedra angular de la personalidad humana.

La Autoestima expresa la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que le rodea y su posición ante la sociedad (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). Es a su vez, un recurso con el que cuentan las personas para afrontar las situaciones difíciles y los acontecimientos vitales estresantes que deben afrontar a lo largo de su ciclo vital (Cava y Musitu, 2000). Desde esta perspectiva podría decirse que una baja autoestima es un factor de riesgo importante para la iniciación y estabilización del consumo de drogas (López, Martín y Martín, 1998; citados en Musitu y Herrera, 2003).

#### *3.1. Concepto de Autoestima*

La autoestima generalmente se define como la evaluación global del valor que cada individuo tiene de sí mismo; es decir, el grado de satisfacción personal. Este valor que nos damos a nosotros mismos está de acuerdo con la manera en que nos percibimos, la forma en que pensamos sobre nuestra persona y en nuestra conducta general como seres humanos. Implica tener confianza en nuestra capacidad de compartir

afecto sin distinciones, estar dispuestos a ser amados por nuestras virtudes, disposición y comprensión de las diferencias de los demás, sin dejar de lado nuestra singularidad (Moreno, 2006).

Una buena autoestima significa:

- Tener buenas opiniones de uno mismo
- Tener confianza en nuestro valor como persona
- Tener una actitud positiva
- Estar satisfechos de uno mismo la mayor parte del tiempo, y
- Plantearse objetivos realistas.

Se sabe que la autoestima tiene como antecedentes las experiencias de aprendizaje vividas en los primeros años de vida para la formación del concepto de sí mismo, y en donde el vínculo con los miembros del núcleo familiar juega un papel fundamental (Jasso y Muñoz, 2002).

Existen factores en la familia que intervienen en la formación de la autoestima, como son: la conducta de los padres y las consecuencias de las reglas que establecen para sus hijos. El periodo importante para la formación de la autoestima es la adolescencia, en donde se establece la auto identidad y se empieza a desplazar la vida infantil a un estilo de vida adulto; inicia su pensamiento abstracto y piensa acerca de sus propias opiniones y de cómo los otros lo perciben. Así, la autoestima es un constructo psicológico de gran importancia para un desarrollo armónico con las crecientes demandas biológicas, psicológicas y sociales del adolescente (Coopersmith, 1976; en Espinoza, 2000).

Rosenberg (1973) dio las siguientes definiciones de autoestima; “La autoestima son pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como objeto”. En tanto la autoestima alta es: “Sentirse suficientemente bueno, es decir, sentirse capaz

de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa”. Y la autoestima baja: “Es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo” (pag.36).

La autoestima es un medio del autoconcepto, a través del cual el individuo reconoce sus limitaciones, sus expectativas de desarrollo y percibe los niveles de autoeficiencia. Cuando una persona tiene una baja autoestima, siente un auto-rechazo, auto-insatisfacción y auto-desprecio. Teniendo de esta manera una auto-representación desagradable deseando ser de otra forma (Valdez, 2005).

Para otros autores (Gil, 1997; Verduzco, 2003; Moreno, 2003), la autoestima es la percepción de nuestro valor, nuestras habilidades y nuestros logros; la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos. Es decir, es la suma de la confianza y el respeto que sentimos hacia nuestra persona y refleja el valor que le damos a nuestra persona para hacerle frente a los desafíos de la vida. Este valor es el resultado de la forma en cómo nos percibimos, cómo nos sentimos y comportamos con nosotros mismos.

Según Branden (1995), la autoestima es una necesidad básica debido a que proporciona una contribución esencial para el proceso vital y es indispensable para un desarrollo normal y saludable, y tiene un valor para la supervivencia. Una autoestima saludable no nos garantiza que no vayamos a sufrir ansiedad y síntomas depresivos pero, nos hace menos susceptibles y nos prepara mejor para afrontarlas, rechazarlas y superarlas, es el requisito fundamental para una vida plena.

Coopersmith (1967), propuso una Teoría de la Autoestima, determinada principalmente por el ambiente familiar. Retoma la competencia como un elemento importante dentro de la determinación de la autoestima. Indica que las propias experiencias de competencia y autoestima de los padres son los factores significativos en el desarrollo de ésta. Los niños se evalúan observando a sus padres,



reconociendo sus puntos buenos y también sus deficiencias, así como enfrentando la crítica.

Desarrolló un instrumento de evaluación respaldado en la creencia de una estructura unidimensional de la autoestima, al mismo tiempo sugiere tres factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

- a) El valor que el niño percibe de otros hacia sí mismo expresado en afecto, reconocimiento y atención.
- b) La historia de éxito del niño, o sea la posición o estatus que uno percibe tener en relación a su entorno.
- c) El estilo del niño para manejar la crítica o retroalimentación negativa.

Coopersmith (1967), pone especial atención en la influencia de los padres en el desarrollo de una sana autoestima y sostiene que la aprobación y la atención que el niño reciba de su familia influirán en gran medida en su autoestima.

El valor de la autoestima nos permite responder a los desafíos y oportunidades de la vida cotidiana con mayor ingenio y a través de conductas menos riesgosas, o que nos pueden poner en algún peligro. Implica un adecuado desarrollo en el proceso de identidad (mismo que se va formando a través de las relaciones con los otros), del conocimiento y valoración de sí mismo, del sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de ciertas habilidades de comunicación social, familiar y del sentimiento de ser útil y valiosos para otros (Medina, 2009).

De acuerdo a distintos planteamientos psicológicos, la autoestima tiene dos componentes: el componente cognitivo (conocimiento de uno mismo) y el componente evaluativo (Moreno, 2006).

El componente cognitivo, se refiere a la aceptación de las distintas concepciones o ideas que tenemos de nosotros mismos; este tipo de ideas se refieren generalmente a nuestras habilidades, capacidades y valores que se nos atribuyen con base en nuestras experiencias pasadas y que están presentes continuamente en diversos tipos de actividades. El conocimiento de nosotros mismos nos ayuda a elegir objetivos más cercanos a nuestras capacidades y eso nos permite disfrutar de los resultados (Moreno, 2006).

El componente evaluativo, es el valor que nos atribuimos a nosotros mismos. Corresponde al hecho de que amarnos o no, apreciarnos o despreciarnos, valorarnos o no y al impacto que estos componentes tienen sobre nuestro bienestar físico y psicológico habitual (Moreno, 2006).

Autores como Branden (1995), Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), Satir (1991) y Rogers (1993) coinciden al considerar a la Autoestima como un proceso que con el tiempo, paciencia y ejercitación se puede fortalecer en toda persona.

### *3.2. Elementos de la Autoestima*

Para Branden (1995) la Autoestima básicamente consiste de dos aspectos:

1. Sentirse eficaz y ser capaz de confiar en la propia capacidad para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones.
2. El respeto por uno mismo y la confianza al derecho de ser feliz.

De acuerdo con Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998), la autoestima está conformada por elementos que se desarrollan consecutivamente, es decir cada uno

brinda los elementos para que el siguiente nivel pueda desarrollarse, para que en conjunto conformen los que los autores llaman “Escalera de la Autoestima”.

Está compuesta por:

- I. *AUTOCONOCIMIENTO*. Es conocer las partes que componen al “Yo”, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades, los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es el mismo. Conocer por qué, cómo actúa y cómo se siente.
- II. *AUTOCONCEPTO*. Es una serie de creencias acerca de uno mismo que se manifiestan en la conducta. Si un niño se cree tonto, actuará como tal; si se cree inteligente o apto actuará como tal.
- III. *AUTOEVALUACIÓN*. Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas, si lo son para el individuo, ya que le satisfacen, son enriquecedores, interesantes, le hacen sentir bien y le permiten creer y aprender; y viceversa. Dicho de otra manera, es darse una calificación o valor a sí mismo.
- IV. *AUTOACEPTACIÓN*. Es admitir y reconocer todas las partes de uno mismo como un hecho, como nuestra forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede modificar lo que es susceptible de ello; es decir, aquello con lo que no estamos de acuerdo o no nos sentimos tan a gusto.
- V. *AUTORESPETO*. Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar en forma conveniente los sentimientos y emociones, sin hacer daño ni culparse. Es buscar y valorar todo aquello que haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

Branden (1995), propone una serie de “prácticas de vida” o factores que considera como los seis pilares en los que se fundamenta una autoestima sana.

- A. La práctica de vivir conscientemente.
- B. La práctica de aceptarse a uno mismo.
- C. La práctica de aceptar responsabilidades.

- D. La práctica de afirmarse a uno mismo.
- E. La práctica de vivir con un propósito.
- F. La práctica de vivir con integridad.

El siguiente cuadro presenta los “Seis pilares de la Autoestima de Branden” (1995) y la “Escalera de la Autoestima” (Rodríguez, Domínguez y Pellicer, 1998).

<b>Seis Pilares de la Autoestima</b>	<b>Escalera de la Autoestima</b>
<b>Vivir conscientemente.</b> Se refiere al “darnos cuenta” de cómo funcionamos mental y emocionalmente.	<b>Autoconocimiento.</b> Conocer las necesidades del sí mismo, como actúa y siente.
<b>Autoaceptarse.</b> Reconocer y aceptar nuestros sentimientos, defectos y cualidades.	<b>Autoaceptación.</b> Admitir y reconocer las partes de sí mismo como la forma de ser y sentir.
<b>Autorresponsable.</b> Es la habilidad de responder de nuestros propios actos, emociones y pensamientos.	<b>Autoconcepto.</b> Son creencias que se tienen acerca de sí mismo que se manifiestan en la conducta.
<b>Autoafirmación.</b> Ser firme y respetar nuestras convicciones, valores y sentimientos.	<b>Autorrespeto.</b> Atender y satisfacer necesidades y valores.
<b>Vivir con determinación.</b> Llevar a cabo las acciones con responsabilidad para cumplir con los objetivos deseados.	<b>Autovaloración.</b> Recapitulación personal, desechando lo que no es congruente y continuar con lo que nos hace crecer.
<b>Vivir con integridad.</b> Pienso, siento y actúo con congruencia.	<b>Autoestima.</b> Aceptación y respeto por los propios valores y las persona en su totalidad.

Fuente. Salazar y Uriegas (2006).

Esto permite coincidir con diferentes investigadores, al decir que autoestima no es estática sino un proceso continuo y cambiante en cada una de las etapas de la vida. Así mismo existe un acuerdo al decir que es, al mismo tiempo una experiencia psicológica y el producto de una actividad de reflexión y conocimiento personal que se hace evidente en nuestra conducta social. Esta afirmación significa que se construye de manera progresiva y su desarrollo es resultado de un proceso dinámico (Salazar y Uriegas, 2006).

### *3.3. Autoestima como factor protector de las adicciones en los adolescentes*

El interés que se ha generado en las últimas décadas sobre el concepto autoestima, ha hecho posible que se relacione directamente con lo que se conoce en la actualidad como factores de riesgo y protección de la salud.

La autoestima se considera entonces un factor protector para diferentes conductas de riesgo social, ya que es un factor crítico que afecta el ajuste psicológico y social. Algunos investigadores se han dado a la tarea de estudiar de manera exhaustiva las consecuencias y problemáticas derivadas de niveles bajos en diferentes áreas del desarrollo.

Niveles bajos de autoestima de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos como: reacciones de ansiedad, expresiones de síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas (Fickova, 1999; Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003; Newbegin y Owens, 1996, Overholser, Adams, Lehnert y Brinkman, 1995; Robins, Donnellan, Widaman y Conger, 2010; Rodríguez Naranjo y Caño, 2010; Whisman y Kwon, 1993; citados en Rodríguez y Caño, 2012).

Alcántar et al. (1999) evaluaron la autoestima y el rendimiento escolar de estudiantes; encontrando que la medida más alta de autoestima positiva se ubicaba en los estudiantes de bachillerato, tanto en hombres como en mujeres. Otro dato relevante es que la autoestima de las mujeres era mayor que la de los hombres. Además, encontraron que la autoestima es un factor importante que ayuda al adolescente a tener éxito académico. Postulan que la relación entre autoestima y rendimiento escolar es más alta entre las mujeres que en los hombres, lo cual se puede relacionar con diferencias en la formación cultural tradicional. Lo que a su vez se traduce en mayor protección emocional y atención a las mujeres y un trato menos tolerante o permisible en comparación con los hombres. Concluyeron que es un factor que puede influir en la conducta del estudiante y en su rendimiento académico.

Los jóvenes con una autoestima elevada informan que disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso (Dodgson y Wood, 1998; Tashakkori, Thompson, Wade y Valente, 1990).

Mantener un autoconcepto elevado en el ámbito académico favorece, junto al éxito en dicho ámbito, una mejor percepción de autoeficacia y el uso de más y mejores estrategias de aprendizaje, las cuáles facilitan un procesamiento profundo de la información (García Fernández *et al.*, 2010; Gargallo, Garfella, Sánchez, Ros y Serra, 2009; Núñez et al., 1998).

Cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobregeneralizar los fracasos (Kernis, Brockner y Frankel, 1989) y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen (Park y Maner, 2009). Como indican Crocker y Wolfe (2001), el individuo que desde edades tempranas aprende respuestas de evitación para afrontar experiencias que le

producen emociones negativas puede llegar incluso a tener dificultades para afrontar eficazmente estas situaciones, lo que hace probable que los fracasos se repitan, retroalimentando así una baja autoestima. Esto puede contribuir, a su vez, a que sus conductas se dirijan, incluyendo las socialmente conflictivas, a satisfacer su autoestima aún a expensas de otras metas que podrían resultarle más satisfactorias.

Es destacable que una autoestima baja durante la adolescencia es un factor de riesgo para diversos problemas en la edad adulta. En un estudio longitudinal, Trzesniewski y cols. (2006) encuentran que los individuos con baja autoestima en la adolescencia tienen un riesgo mayor de sufrir una peor salud física y mental en la edad adulta, una peor proyección laboral y económica, y una mayor probabilidad de verse implicados en actuaciones criminales, en comparación con los adultos que presentaban una elevada autoestima cuando eran adolescentes (Valdez, 2005).

Este conjunto de hallazgos permite concluir que mejorar la autoestima en adolescentes puede resultar útil para prevenir un amplio rango de problemas de conducta, emocionales y de salud tanto en la propia adolescencia como en la vida adulta.

Son numerosas las teorías desde las que se ha intentado explicar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la adolescencia; en varias de ellas, la autoestima es considerada como una variable relevante. La Teoría del Autodesprecio (Kaplan, Martín y Robins, 1982,1984) se centra en la autoestima en general; el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1991) se centra en el estrés relacionado con la escuela y en la autoeficacia; el modelo de aprendizaje social multidimensional (Simons, Conger y Whitbeck, 1988) se centra en la autoestima, en las habilidades de interacción, habilidades de afrontamiento y el estrés emocional.

Los hallazgos en torno a la relación entre autoestima y consumo son más consistentes cuando se analiza la autoestima desde un enfoque multidimensional. En concreto, la investigación muestra que una autoestima baja en los contextos familiar y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo en adolescentes (Romero, Luengo y Otero López, 1995) y actúan como variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo (Jiménez, Estévez, Musitu y Murgui, 2008). Karatzias, Power y Swanson (2001) encuentran que una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación con alcohol y drogas, y una alta autoestima en el contexto de relación con iguales predice la experimentación con drogas y un abuso continuado del alcohol. Otros hallazgos han mostrado también que los jóvenes que se sienten poco valorados por sus padres presentan un mayor consumo de drogas ya desde la preadolescencia (Pinazo, Pons y Carreras, 2002), y que los jóvenes que muestran una autoestima alta en el contexto social presentan un mayor consumo de alcohol y drogas principalmente en las edades medias de la adolescencia (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

Los aciertos en la investigación refieren que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a un incremento en el consumo de alcohol (Scheier, Botvin, Griffin y Díaz, 2000; Zimmerman et al., 1997). Becker y Grilo (2006) encuentran, en adolescentes hospitalizados por motivos psiquiátricos, que una baja autoestima predice el consumo de alcohol en mujeres, pero no en varones. En población universitaria, Kavas (2009) reportó que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, García, Zaldívar, López y Molina (2009) muestran; también en población universitaria, que la autoestima y el consumo no se encuentran relacionados (Rodríguez y Caño, 2012).

En un estudio de Romero, et al. (1995) sobre la relación de autoestima y delincuencia se encontró que los adolescentes usuarios de drogas tienden a poseer baja



autoestima dentro de su familia y en la escuela, contrario a lo que ocurre en su grupo de iguales donde muestran niveles altos de autoestima (Flores y Maldonado, 2000).

Kaplan (2001) considera que una baja autoestima puede inferir de cierta manera en la involucración del adolescente en el consumo de drogas. Cuando hay un consumo de drogas la autoestima de cierta manera se incrementa debido a que la autoaceptación que el individuo experimenta en el grupo de iguales fortalece su autoevaluación dentro de este círculo. Una baja autovaloración puede ser también un factor, puesto que la poca relación con los grupos convencionales puede ocasionar que el sujeto busque grupos de referencia alternativos y nuevas vías de acción a través de las que pueda restablecer su autoestima.

Sin embargo, la investigación empírica que examina las relaciones entre la autoestima y el consumo de sustancias es mixta, con estudios que informan de una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables (McGee y Williams, 2000; Scheier, et al., 200; Wright y Moore, 1982; Young, et al., 1989) y otros que fracasan en encontrar tales relaciones (Jessor, Donovan y Costa, 1991; Shedler y Block, 1990; Steffenhagen y Steffenhagen, 1985). Recientemente, Scheier, et al. (2001) constatan que la autoestima es parte de un conjunto dinámico de fuerzas etiológicas que promueven el uso de alcohol en la adolescencia y, en relación con el consumo de tabaco Miller, Plant, Choquet y Ledoux (2001) han observado que el alto consumo está asociado con una baja autoestima, tanto en chicos como en chicas.

Valdez (2005), en un estudio sobre las posibles diferencias de la autoestima entre géneros encontró diferencias significativas siendo los hombres lo que presentaban una autoestima positiva más elevada que las mujeres; pero no encontró diferencias significativas en la relación entre la autoestima y la ingesta de alcohol, concluyendo que no es un factor relacionado al consumo.

Medina (2009) llevó a cabo un estudio que tenía como objetivo conocer la relación de la autoestima con los factores de protección al consumo de sustancias psicoactivas; los resultados del estudio arrojaron una ausencia de relación entre estas variables.

Por su parte, López, et al. (1998) han constatado que el grupo de jóvenes que no consumen sustancias muestra una autoestima más elevada que los grupos de consumidores de alcohol con y sin utilización conjunta de drogas ilícitas. Sin embargo, los consumidores que utilizan únicamente drogas ilícitas presentan una autoestima aún más elevada que el grupo de no consumidores, lo que alimenta aún más el debate acerca de la autoestima como factor de vulnerabilidad en el uso continuado de drogas. Schroeder, et al. (1993) concluían, a partir de una exhaustiva revisión; que gran parte de la investigación estaba impregnada de problemas conceptuales y metodológicos, destacando entre ellos la pobre medida de la autoestima (citados en Rodríguez y Caño, 2012).

En general son muchos los investigadores que creen que la baja autoestima está asociada al consumo de drogas. Un pobre autoconcepto y bajas evaluaciones de uno se relacionan positivamente y, en consecuencia generan el consumo de sustancias (Musitu y Herrero, 2003).

Los que proponen esta relación mantienen que puesto que el consumo de sustancias es doloroso y perjudicial, para la salud, solo aquellas personas con baja autoestima estarían dispuestos a ingerir tales sustancias (Musitu y Herrero, 2003). En consecuencia, se han invertido grandes esfuerzos para la prevención y tratamiento de las drogas a partir de la potenciación de la autoestima de los jóvenes.

En el siguiente apartado se aborda la variable regulación emocional, misma que ha sido estudiada como parte fundamental de las habilidades para la vida en el campo de la prevención y rechazo del consumo de drogas.

#### **4. EMOCIÓN**

Las emociones resultan eventos intangible en el ser humano, pero que se denota y se observa en las consecuencias (reacciones, motivaciones y conductas que se derivan) son evidentes después de que un sujeto experimenta una situación que le genera una emoción; y ¿qué situación de la vida cotidiana está exenta de la presencia de éstas?

Prácticamente ninguna, ya que en la vida cotidiana todos experimentamos emociones como: ira, miedo, felicidad, amor, sorpresa, disgusto, tristeza, vergüenza, culpa, celos, apatía, etc.; entre otras. Se pueden convertir en valiosos avisos que bien reconocidos e interpretados pueden guiarnos para favorecer nuestro crecimiento tanto individual como social; es decir, con los otros (Moreno, 2006).

Y es que aunque esta idea parezca redundante, es muy importante recalcar que las emociones juegan un papel relevante dentro de la interacción social (relaciones interpersonales) en las que participan y desempeñan las personas.

Las emociones entonces, bien pueden influenciar su comportamiento puesto que dependiendo de la emoción emergente es como el sujeto adaptará o acondicionará su comportamiento y las decisiones que tome en ese momento. La influencia que éstas generan sobre el comportamiento puede ser un elemento clave para entender por qué se toman ciertas decisiones o por qué se llevan a cabo ciertos comportamientos; así como de las consecuencias que se obtengan y; a su vez éstas, promoverán la futura repetición y/o desaparición de dicho comportamiento debido a la emoción provocada. Es un círculo que se retroalimenta.

Para poder entender este proceso complejo y lleno de vértices, comenzaremos por dar a conocer algunas definiciones que han aportado varios autores sobre el tema de las emociones.

#### *4.1. Concepto y tipo de emociones*

La emoción es intensa, provoca cambios psicológicos y fisiológicos de breve duración, y motiva el comportamiento (Reidl y Jurado, 2006).

La emoción genera tendencias conductuales encaminadas a la adaptación o el bienestar, para cambiar o mantener las interacciones con el ambiente causadas por situaciones evaluadas por el sujeto como relevantes, urgentes o significativas (Frijida, 1986; Gross, Srivastava, Tamir, McGonigal y Jonh, 2009; Reidl y Jurado, 2006), que modifican los estados internos del organismo.

Según Lazarus (1991), existe una interacción entre los procesos de cognición y emoción; “la cognición precede a la emoción”; por tanto, la evaluación cognitiva de la interacción persona-ambiente es suficiente para producir una emoción. La experiencia emocional, previa al acontecimiento emocional, puede influir en la evaluación cognitiva de éste.

Izard (1999) mencionó los siguientes principios para describir el proceso de emoción:

- La emoción deriva de la evolución y el desarrollo neurobiológico.
- Las emociones constituyen el componente motivacional de las operaciones mentales y la conducta.
- Las emociones organizan y motivan acciones rápidas que son críticas para las respuestas adaptativas ante desafíos inmediatos, supervivencia y bienestar.
- La emoción interactúa con la cognición, la experiencia de la emoción, la motivación, y el aprendizaje de habilidades cognitivas, sociales y conductuales.
- Los esquemas de la emoción distorsionados están relacionados con la psicopatología, son el resultado del aprendizaje de conexiones maladaptativas entre emoción, cognición y acción.

Bisquerra (citado en Redota, Obiols y Bisquerra, 2006) refiere a una emoción como: “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (pág.24).

La respuesta emocional es un fenómeno multidimensional, por lo tanto tiene varios elementos:

1. *Neurofisiológico*. Es la manifestación de una respuesta ante un estímulo; como la taquicardia, la sudoración, la hipertensión, el rubor, la sequedad de la boca, la respiración, etc.
2. *Conductual o social*. La observación del comportamiento de una persona nos permite inferir qué tipo de emociones está experimentando: la expresión facial, el lenguaje no verbal, el tono de voz, el volumen, los movimientos del cuerpo; etc.
3. *Sentimiento*. Es el elemento cognitivo o vivencia subjetiva. Esto hace que califiquemos un estado emocional y le demos nombre. Junto con la voluntad un sentimiento puede durar semanas, meses, años o toda la vida.

Existe una gran controversia y debate científico sobre el cómo clasificar las emociones, según lo propuesto por Redirta, Obiols y Bisquerra (2006) en lo referente a cómo nos afectan, las emociones pueden ser:

- *Negativas*: resultan de una evaluación desfavorable respecto a nuestro bienestar, tales como el miedo, la ira, la tristeza, la culpa, la vergüenza, la envidia, etc., dado que nos hacen sentir mal.
- *Positivas*: resultan de una evaluación favorable respecto a nuestro bienestar, tales como el amor, la alegría, el afecto, etc.
- *Ambiguas*: depende de la situación, por ejemplo: la sorpresa, la compasión, la esperanza.

Las emociones tienen diversas funciones:

- *Adaptativas*: facilitan la adaptación de la persona al medio ambiente.
- *Motivadoras*: una emoción predispone a la acción, lo cual es una forma de motivación. Permiten la flexibilidad conductual, porque el repertorio conductual puede ser específico al tipo de emoción y adaptarse a diferentes situaciones (Fijda, 2004 en Nájera, 2011).
- *Informativa*: la expresión emocional comunica a los otros las intenciones e informan al sujeto de lo que está sintiendo. El lenguaje verbal y corporal favorece la comunicación de nuestros estados emocionales a los otros por medio de la expresión facial, el contacto físico y el tono de voz (Oatley, 2006 en Nájera 2011).
- *Social*: sirve para comunicar a los demás cómo nos sentimos, facilitando la interacción social y promoviendo la conducta social, modulan las interacciones porque motivan conductas de ayuda, empatía y reciprocidad entre los miembros de una sociedad (Whitesell y Harter, 1996).
- *Dirigen la atención hacia situaciones relevantes en la obtención de metas individuales*. Si el sujeto obtiene la meta o la situación es congruente con la meta experimentará emociones positivas como la alegría, el orgullo o el amor; en cambio, si existen obstáculos o la situación es incongruente con la meta, experimentará emociones negativas (Lazarus, 1991 en Nájera 2011).

Las emociones son capaces de generar sensaciones de efecto inmediato que pueden ser placenteras o desagradables; pueden durar sólo un instante, tener un efecto a corto o mediano plazo, orillarnos a tomar decisiones; hacernos actuar de forma positiva o negativa, o marcar nuestro futuro como consecuencia de lo que percibimos en ese momento. Con relación al entorno, son un instrumento esencial para nuestra interacción social; las emociones pueden ser facilitadores u obstructores en el establecimiento de relaciones de cualquier tipo (Moreno, 2006).

Una de sus funciones más importantes es que influyen en la percepción de nuestro ambiente. La realidad se construye a partir de quién la evalúa; cada individuo percibe el medio en función de sus propios intereses, conocimientos y experiencias (Moreno, 2006).

#### 4.2. Teorías sobre las emociones

La emoción es un proceso complejo que se ha estudiado desde distintas perspectivas teóricas: fisiológica, evolutiva, motivacional y cognitiva entre otras.

A manera de resumen, se presentarán los elementos más importantes de cada una de las perspectivas mencionadas anteriormente.

- *Perspectiva Fisiológica.* En 1984 y 1985, James y Lange propusieron en su teoría que la percepción de un estímulo ambiental precedía a la emoción provocando cambios fisiológicos que causaban una experiencia de emoción; es decir, la emoción era causada por las reacciones corporales ante el estímulo ambiental.

Más tarde Cannon contradujo esta teoría al considerar que la emoción no era resultado de la activación fisiológica sino que la expresión de las emociones coincide con la activación del organismo. Encontró la existencia de circuitos y regiones cerebrales relacionadas con las emociones, localizadas en el hipotálamo y el sistema límbico (Petri y Goven, 2006).

- *Perspectiva Evolutiva.* Darwin influyó en la forma de estudiar las emociones, basándose en la observación de expresiones emocionales tanto en los animales como en seres humanos. Afirmó que las emociones son innatas y tienen un nexo con nuestro pasado evolutivo como especie (Petri y Govern, 2006).

Para Lazarus la emoción puede ocurrir antes que la cognición o incluso sin cognición. Zajonc apoya esta teoría al considerar que las reacciones afectivas aparecen sin la voluntad del sujeto, porque es difícil modificar las instancias de la emoción y es complicado utilizar la expresión verbal para describir las emociones con palabras (Petri y Govern, citados en Nájera, 2011).

- *Perspectiva Motivacional.* Arnold (1960) propuso que las emociones están basadas en la evaluación de los eventos que provoca atracción o repulsión hacia el objeto; posteriormente el sujeto considera a la emoción como positiva o negativa. Clasifico a las emociones como: impulsivas y de contención.

Según Tomkins las emociones son: amplificadores de las pulsiones de hambre, sed y sexo; intensifican la motivación; y son indispensables para la activación de la conducta (Petri y Govern, 2002).

- *Perspectiva Cognitiva.* De acuerdo con los enfoques cognitivos, la evaluación de una situación es indispensable para sentir una emoción; sin embargo, los cambios corporales son insuficientes en la experiencia emocional (Petri y Govern, 2002).

La evaluación cognitiva ocurre por la interpretación de los estímulos o situaciones en relación al nivel de inteligencia, habilidades sociales, estilos de afrontamiento y formas de pensamiento del sujeto (Plutchik, 2002 en Nájera 2011).

Cada una de estas perspectivas pone de manifiesto la complejidad del fenómeno de las emociones, mismo que ejerce cada vez más una fuerte influencia cuando se trata de estudiar y entender los procesos de los que echa mano una persona para enfrentar los múltiples sucesos que ocurren en su día a día, la manera en que decide, la manera en que se relaciona con los otros y la manera en que se relaciona consigo mismo.



### 4.3. Teoría de la Inteligencia Emocional

Otra de las perspectivas que hoy día ha tomado mucha fuerza en el estudio de las emociones es la Teoría de la Inteligencia Emocional.

Según nos refiere Juárez (2006) el término de Inteligencia Emocional fue utilizado por primera vez en 1990 por los psicólogos Peter Salovey y John Mayer (1990); quienes lo definieron como: la capacidad de identificar, percibir, usar y manejar las emociones para con uno mismo y con los demás. “Es una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestros pensamientos y nuestros comportamientos” (pág. 189).

Las características de la Inteligencia Emocional según Salovey son cinco principales:

- *Conocer las propias emociones.* Tener conciencia de uno mismo; es decir, reconocer una emoción mientras ocurre, esto es la clave de la inteligencia emocional.
- *Manejar y regular las emociones.* Manejar las emociones para que sean adecuadas es una capacidad que se basa en la conciencia de uno mismo y permite recuperarse fácilmente de los reveses y momentos difíciles de la vida.
- *La propia motivación.* Ordenar las emociones al servicio de un objeto es esencial para prestar atención, para la automatización y para el dominio y la creatividad. El saber postergar la gratificación y contener la impulsividad son pruebas de autodominio y sirven de base para toda clase de logros. Este elemento en particular es de suma importancia cuando hablamos de la prevención de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas.

- *Reconocer las emociones de los demás.* Las personas que tienen empatía están mucho más adaptadas a las sutiles señales sociales que indican lo que otros necesitan o quieren.
- *Manejar las relaciones.* El arte en las relaciones es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones con los demás.

El estudio de la Inteligencia Emocional como estrategia para afrontar las adicciones se incorporó hace relativamente pocos años a la investigación, pero en la actualidad ya ha generado un buen número de publicaciones que la convierten en un factor potencial para la prevención del consumo de drogas.

En un metaanálisis desarrollado por Kun y Demetrovics (2010) encontraron 51 artículos que incluían la relación de Inteligencia Emocional con problemas adictivos. Comprobaron que los niveles bajos se asocian con el comportamiento de fumar compulsivamente, un mayor uso de alcohol y de otras drogas ilegales. Riley y Schutte (2003, en García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez y Marzo, 2013) concluyeron en su estudio con población adulta, que los niveles bajos son predictores de un mal afrontamiento con los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

Parece haber datos más que consistentes que apuntan a que factores tales como la capacidad percibida para manejar las emociones durante la adolescencia limitan el consumo futuro de drogas (Limonero, Tomás- Sábado y Fernández-Castro, 2006). Las personas con una falta percibida de habilidades emocionales pueden recurrir al consumo de drogas como forma externa de autorregulación para mitigar estados emocionales negativos o para provocar estados emocionales más placenteros (Trinidad y Johnson, 2002).

Los estudios realizados evidencian que una baja Inteligencia Emocional es un factor clave en la aparición de conductas disruptivas en las que subyace un déficit emocional. Los adolescentes con bajos niveles presentan mayor impulsividad y un menor manejo emocional, lo cual aumenta el riesgo de consumo de sustancias adictivas (Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, 2009).

La Inteligencia Emocional también juega un papel representativo en la prevención del consumo de cocaína. En un estudio llevado a cabo en Málaga, se reportó que una capacidad menor para percibir adecuadamente las emociones correlaciona con un mayor consumo de cocaína entre adolescentes de 12 a 18 años. Según los autores (Ruiz-Aranda, et. al. 2009), el consumo de esta sustancia en niveles emocionales bajos se convierte en una forma de autorregulación emocional; concluyeron que actúa como un factor de protección al consumo de cocaína.

Por otra parte la Inteligencia Emocional baja, disminuye la capacidad de percibir emociones o utilizarlas para facilitar mejores cogniciones, está asociada a resultados negativos con el uso de sustancias, incluidas el alcohol y el tabaco; así como relaciones problemáticas con los amigos (Brackett, Mayer y Warner, 2004, en García del Castillo, et. al., 2012).

Otros estudios llevados a cabo con adolescentes concluyen que los que tienen una Inteligencia Emocional alta presentan una interrelación apropiada con sus iguales, además de ser más resistentes a la presión de grupo (Trinidad y Johnson, 2002).

Las investigaciones que relacionan la Inteligencia Emocional y las adicciones son todavía insuficientes, pero en todas ellas se puede apreciar que niveles altos representan un factor de protección moderadamente potente independientemente de la sustancia, y actúa como variable moduladora del comportamiento. Es decir puede actuar como una medida preventiva de eficacia en los programas de prevención de las adicciones.

#### *4.4. Regulación Emocional como prevención de las adicciones*

Otro elemento de la Inteligencia Emocional que ha sido fuertemente estudiado y considerado como una fuente protectora ante el consumo de sustancias es el proceso de regulación emocional. Como se menciona en el apartado anterior, las emociones pueden influir de manera significativa sobre la conducta del ser humano, si estas emociones no son identificadas, son intensas, no se expresan o se expresan de maneras inconvenientes y/o no adecuadas, pueden generar conductas problemáticas y riesgos psicosociales; el desajuste emocional es un gran factor de riesgo de cara al consumo abusivo de sustancias adictivas.

Conocer las emociones y lograr reconocerlas con sus diversos efectos en nuestra persona y en los demás, es una habilidad indispensable para la vida cotidiana; si no se cuenta con ella se puede ser más vulnerable a la equivocación. Además de reconocer las emociones, es fundamental aprender a manejarlas y a no ocultarlas, puesto que tratar de reprimir los sentimientos solo con la fuerza de voluntad no resulta de mucha ayuda y puede ser contraproducente. A esta habilidad se le conoce como regulación emocional (Moreno, 2006).

Eisenberg (2004) define la regulación emocional como: “el proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de los procesos fisiológicos, metas, y/o respuestas conductuales de los estados emocionales internos para la obtención de metas” (pág. 335).

La regulación emocional es una forma de autocontrol que ocurre antes, durante y después del episodio emocional, involucrando esfuerzos voluntarios en el manejo de los cambios fisiológicos, la motivación, la atención, la expresión de la emoción y las situaciones que provocan la emoción (Denham, 1998; Eisenberg et. al., 2004; Rusell, 2003; en Nájera, 2011).

La capacidad de regular emociones es una habilidad para iniciar, mantener, modular o inhibir una conducta, que depende del repertorio conductual del individuo y la naturaleza del evento emocional.

La autorregulación emocional permite:

- a) Valorar las propias propiedades.
- b) Afrontar los obstáculos de la vida cotidiana.
- c) Motivar la inhibición o expresión de conductas apropiadas o necesarias para la consecución de metas.

Desde que Freud estudió la relación de las emociones con el consumo de sustancias adictivas en 1930, la investigación de este fenómeno se ha mantenido hasta nuestros días. Desde la perspectiva de las teorías psicoanalíticas se entendía que las personas consumían sustancias para poder regular sus emociones (Kun y Demetrovics, 2010), igualmente Wurmser (1974), justificaba el consumo de sustancias como consecuencia de la incapacidad de regulación de las emociones.

Conforme ha ido avanzando la investigación, las evidencias empíricas han acompañado a estos planteamientos demostrando que existen relaciones entre el consumo de sustancias y los problemas de regulación emocional. En este sentido, varios autores han realizado estudios de comorbilidad identificando desórdenes del estado de ánimo basados en la desorganización de la regulación emocional (Brooner, King, Kidorf, Schmidt, y Bigelow, 1997; Christenson et al., 1994; Fernández-Berrocal y Extremera, 2002; Merikangas y Gelernter, 1990).

Diferentes estudios han mostrado que los consumidores de sustancias adictivas tienen una menor capacidad para conocer e interpretar el significado de sus emociones así como una menor habilidad para expresar sus emociones y para

empatizar con los sentimientos de los demás (Ciarrochi, Forgas y Mayer, 2001). Algunos estudios han puesto de manifiesto cómo la capacidad para percibir y usar las emociones se relaciona con el abuso de drogas ilegales y alcohol, relación que sigue siendo significativa incluso una vez que se controlan los rasgos de personalidad (Brackett y Mayer, 2003; en Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006).

Ruiz-Aranda, et al. (2006), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue encontrar la posible relación entre la regulación emocional y el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. Los resultados encontrados ponen de manifiesto la alta relación entre estas variables; de manera especial concluyen que los adolescentes que tienen una mayor percepción de habilidad a la hora de regular sus estados emocionales informan de un menor consumo de tabaco y alcohol; una alta regulación emocional se relaciona con un menor número de conductas autodestructivas. Los adolescentes con una mayor capacidad percibida para manejar sus emociones son más capaces de afrontarlas en su vida cotidiana facilitando un mejor ajuste psicológico y teniendo así un menor riesgo de consumo abusivo de sustancias.

Según López-Torrecilla, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy (2003), el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa; es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que sí un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta.

En los estudios más actuales se encuentran evidencias significativas que identifican la regulación emocional como un factor de protección ante conductas de consumo de sustancias como el alcohol, formando parte de un sistema integrado de diferentes variables psicosociales como la percepción de apoyo social, la resistencia a la presión

de grupo o la percepción de riesgo que en última instancia explican el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes (García del Castillo-López, 2012).

Es posible entonces, que aquellos adolescentes con mayor repertorio de competencias afectivas basadas en la comprensión, el manejo y la regulación de sus propias emociones no necesiten utilizar otro tipo de reguladores externos (tabaco, alcohol y drogas ilegales) para reparar los estados de ánimo negativos provocados por la variedad de eventos vitales y acontecimientos estresantes a los que están expuestos en esta edad tan crítica.

Por lo tanto es necesario brindar estrategias; especialmente a los grupos vulnerables (adolescentes), para que los ayuden a saber expresar y manejar aquellos estados emocionales que pudieran interferir en los diferentes aspectos de su vida, alentarlos a verbalizar como una forma de enfrentar sus conflictos y preocupaciones, enseñarles a mantener la calma y a negociar en lugar de discutir (Moreno, 2006). Es de vital importancia transmitir estrategias y técnicas que los ayuden a conocerse y autorregularse, con la finalidad de que logren anticiparse a las consecuencias de sus actos, previendo problemas y evitando que se presenten efectos desagradables que alteren su bienestar.

## **MÉTODO**

### **PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

El uso de sustancias psicoactivas es un tema primordial en materia de salud en nuestro país, ya que en la población general se ha registrado un aumento en el uso; especialmente en los grupos vulnerables como los niños, sobre todo en aquellos que se encuentran en periodos de transición (estudiantes que transitan de la primaria a la secundaria); además el inicio del consumo es a edades cada vez más tempranas.

En México, el consumo de alcohol es un problema de salud pública que ha crecido exponencialmente a lo largo de los últimos 20 años (ENA, 2008). La prevalencia y la dependencia al consumo de alcohol de los mexicanos ha aumentado significativamente; este patrón de crecimiento también se ha observado en la población adolescente de 12 a 17 años, el porcentaje de personas que consumieron alcohol por primera vez antes de los 17 años incrementó en 2008 a 55.2% en 2011 (ENA, 2011).

La literatura apunta que los programas preventivos enfocados a la adquisición de habilidades para la vida son herramientas que ayudan a vivir de manera saludable; si éste es capaz de desarrollarlas, tendrá más oportunidades de alejarse del consumo e incrementar conductas positivas como mejoramiento del rendimiento escolar, establecimiento de mejores relaciones interpersonales, conocimiento y reconocimiento de sus habilidades y áreas de oportunidad, así como el manejo adecuado de sus emociones y solución de conflictos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve los programas de enseñanza de habilidades para la vida con la finalidad de que niños, adolescentes y jóvenes adquieran la capacidad de elegir modos de vida saludables y un óptimo bienestar físico, psicológico y social (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Las habilidades para la vida se agrupan en habilidades sociales e interpersonales,



habilidades cognitivas y habilidades para manejar emociones. La investigación ha demostrado que estas habilidades son mediadoras de la conducta en la adolescencia y los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, etc. (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

Es por esto que en esta investigación se estudió el impacto de un Taller de Habilidades para la vida sobre los factores protectores de autoestima y regulación emocional, con el fin de aportar nuevo conocimiento que ayudará a crear programas preventivos en poblaciones de adolescentes (estudiantes de secundaria) mexicanos.

#### OBJETIVO GENERAL.

Determinar si el Taller de Habilidades para la vida impacta en los niveles de autoestima y regulación emocional en estudiantes de 1er. año de secundaria.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer los posibles cambios en el consumo de los estudiantes de 1er. año de secundaria; permanencia del consumo, retraso o posible cese del mismo.

#### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Los estudiantes que participaron en la aplicación del Taller de Habilidades para la vida, ¿tienen cambios en las habilidades de autoestima y regulación emocional?

¿Qué diferencias existen en el consumo del alcohol y la marihuana después de la participación en el Taller de Habilidades para la vida?

## HIPÓTESIS

A partir de la aplicación del Taller de Habilidades para la vida existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades de autoestima y regulación emocional en los estudiantes.

Después de la aplicación del Taller los adolescentes presentarán cambios (posible disminución) en el consumo de alcohol y marihuana.

## TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio utilizado para esta investigación es pre-experimental pretest-postets; ya que el grupo se compara consigo mismo con la aplicación de los dos instrumentos (al inicio y al final del taller).

## VARIABLES.

Definición conceptual.

**Habilidades para la vida.** Aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (OMS, 2001).

**Autoestima.** Percepción de nuestro valor, nuestras habilidades y nuestros logros; la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos. Es decir, es la suma de la confianza y el respeto que sentimos hacia nuestra persona y refleja el valor que le damos a nuestra persona para hacerle frente a los desafíos de la vida. Este valor es el resultado de la forma en cómo nos percibimos, cómo nos sentimos y comportamos con nosotros mismos (Gil, 1997; Verduzco, 2004; Moreno, 2003).

**Regulación Emocional.** Proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de los procesos fisiológicos, metas, y/o

respuestas conductuales de los estados emocionales internos para la obtención de metas (Einsenberg , 2004).

*Consumo Experimental.* El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2003).

Definición Operacional.

Habilidades para la vida. Medidas a través del Cuestionario de Educación Emocional compuesto por 35 reactivos, con una escala de tipo Likert y las siguientes dimensiones: Identificación de pensamientos negativos, autoestima, solución de problemas y conciencia emocional

Autoestima. Es la medida que se obtendrá de la aplicación del Cuestionario de Educación Emocional.

Regulación Emocional. Es la medición que se obtendrá de la aplicación del Cuestionario de Educación Emocional.

Consumo de alcohol y marihuana. Medida tomada a través del Cuestionario de Hábitos para poder indagar en la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y marihuana.

## PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por 63 adolescentes estudiantes de primer año de secundaria, distribuidos en dos grupos, que cursaban sus estudios en una institución pública al Sur de la Ciudad de México.

## INSTRUMENTOS

*Cuestionario de Educación Emocional (CEE)* de Álvarez y Bisquerra (2001)

( $\alpha = 0.88$ )

El CEE se propone para servir de instrumento en la evaluación de programas de educación emocional, tanto en el análisis de necesidades como en la evaluación de la eficacia de los programas de intervención. Las dimensiones que componen el cuestionario son: identificación de pensamientos negativos ( $\alpha=0.86$ ), autoestima ( $\alpha=0.82$ ), solución de problemas ( $\alpha=0.79$ ), habilidades sociales ( $\alpha=0.75$ ) y conciencia emocional ( $\alpha=0.71$ ).

Cabe mencionar que si bien el Cuestionario de Educación Emocional define a la dimensión referente a las emociones como Conciencia Emocional, los reactivos pertenecientes a esta van dirigidos a evaluar la habilidad de regulación emocional incluyendo aspectos como; identificación de emociones en sí mismo y en los demás, control de las emociones, análisis de las situaciones disparadoras de emociones y estrategias para resolver situaciones que generan estados emocionales intensos. Debido a esta razón en este estudio se denominó a la variable a estudiar como regulación emocional.

*Cuestionario de Hábitos de Consumo de alcohol y marihuana.* Elaborado para conocer el consumo de alcohol y marihuana, compuesto por 13 reactivos; ocho evalúan patrón de consumo de alcohol y cinco ítems para el consumo de marihuana; con respuestas escala tipo Likert y dicotómicas (elaborado para el Programa “Habilidades para la Vida para la prevención y disminución del consumo de alcohol y marihuana”; de la Facultad de Psicología de la UNAM).

## PROCEDIMIENTO.

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

- Se dio a conocer a las autoridades de la escuela participante, el programa de intervención “Taller Habilidades para la Vida”, objetivos y temáticas; así como, las necesidades (materiales, instrumentos, espacios y tiempos) para su implementación.
- Para la selección de la muestra, se hizo la recomendación a la escuela secundaria de comenzar la implementación de dicho programa con los alumnos de 1er. grado, esto basado en las recomendaciones que hace el NIDA sobre los períodos de transición de los niños.” Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños (NIDA ,2004).
- Se aplicó el Taller de Habilidades para la Vida, cuya duración fue de nueve sesiones semanales de 120 minutos cada una, en dos de los grupos de 1er. grado.
- Las nueve sesiones que integran el taller se repartieron de la siguiente manera (**ver anexo 1**).
- Para llevar a cabo la implementación de las sesiones se hizo uso de técnicas grupales de integración, modelamiento, moldeamiento, roll playing, círculos de discusión, collage, lluvia de ideas, debate, reflexión, imaginaria, reestructuración del pensamiento, técnicas de manejo emocional; principalmente las técnicas de manejo de enojo y ansiedad como: tiempo fuera, cambio de pensamiento, relajación y respiración profunda, y psicoeducación sobre elementos destacables de las sustancias psicoactivas (mitos y creencias, efectos y daños, riesgo y protección).
- Para las sesiones correspondientes a las habilidades que se midieron como variables de interés del estudio se utilizaron las técnicas de manejo de las

emociones (enojo y ansiedad), entrenamiento en asertividad; y para autoestima, técnicas como sensibilización, identificación y reestructuración de pensamiento, modelamiento y moldeamiento de conductas y respuestas ante diferentes situaciones, psicoeducación, e imaginación.

- El grupo de talleristas que participó en la impartición del taller, estuvo compuesto por cuatro integrantes, los cuales contaban con experiencia en el trabajo frente a grupos, así como conocimiento de las diferentes técnicas que se utilizaron en cada una de las sesiones del taller.
- Al término de la intervención se hizo entrega a los alumnos de una constancia de participación; así como un presente significativo por su colaboración.
- Con base en el análisis de los datos obtenidos, se entregó un reporte general a las autoridades del plantel.

## RESULTADOS

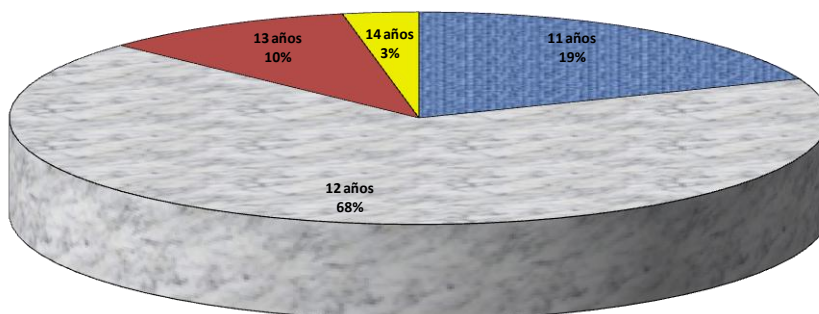
A continuación se presentan los resultados de los distintos análisis realizados.

Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS en su versión 21, con el objetivo de conocer las posibles diferencias en las variables de autoestima, regulación emocional y consumo de sustancias; una vez terminada la intervención.

Primero se presentarán los datos descriptivos de la muestra, la cual estuvo conformada por 63 alumnos de 1º año de secundaria. En segundo lugar se presentarán los resultados del análisis inferencial sobre las variables de autoestima, regulación emocional y consumo de sustancias.

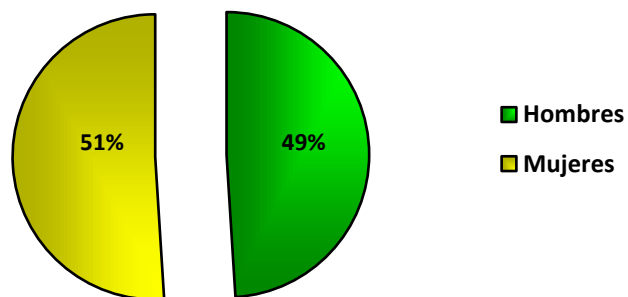
Datos descriptivos de la muestra

*Gráfica 1. Distribución de la muestra por rangos de edad*



La muestra estuvo conformada por 63 sujetos, con un promedio de edad de 12 años (68%), la edad mínima fueron 11 años (19%) y la máxima 14 (3%). El 68% de los participantes tenía 12 años.

Gráfica 2. Distribución de la muestra por sexo.



La muestra estuvo conformada por 32 hombres (51%) y 31 mujeres (49%).

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de autoestima y regulación emocional se realizó un análisis con la prueba t de Student para muestras relacionadas antes y después de su participación en el taller.



*Tabla 1. Comparación de medias y prueba t de los factores del Cuestionario de Educación Emocional, antes y después del Taller de Habilidades para la Vida.*

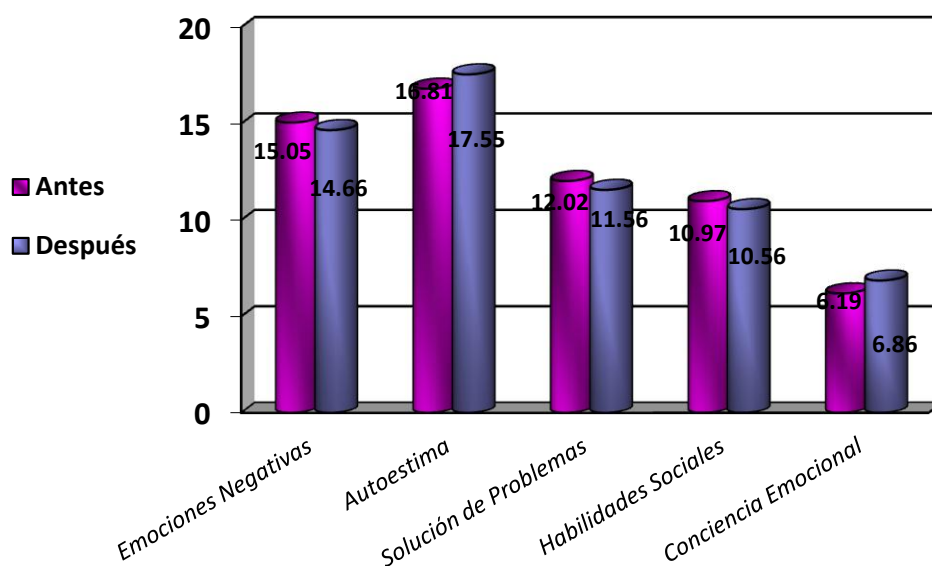
Factores	Pre evaluación	Post evaluación	t	P
Emociones negativas	15.05	14.66	.62	<b>.53</b>
Autoestima	16.81	17.55	-1.14	<b>.25</b>
Solución de problemas	12.02	11.56	.82	<b>.41</b>
Habilidades sociales	10.97	10.56	.94	<b>.38</b>
Conciencia emocional	6.19	6.86	-1.46	<b>-.14</b>

La Tabla 1 muestra las diferencias en las medias de los cinco diferentes factores (emociones negativas, autoestima, solución de problemas, habilidades sociales y conciencia emocional) medidos por el Cuestionario de Educación Emocional.

Los valores resultantes no muestran diferencias estadísticamente significativas, ya que los valores encontrados en los dos momentos de medición (antes y después del tratamiento) son muy parecidos. Para la variable de autoestima se puede observar que hubo un aumento en las medias (16.81 ,17.55), pero esto no es estadísticamente significativo. Lo mismo se encontró en el caso de la variable regulación emocional, hubo un incremento pero no fue significativo (6.19 , 6.86).

En el caso de la variable emociones negativas, se encontró como se esperaba una disminución pero no fue significativa ( $p= .53$ ).

Gráfica 3. Comparación de las medias de los cinco factores del Cuestionario de Educación Emocional



Los resultados del Cuestionario de Educación Emocional, muestran que no existieron diferencias significativas en las dos variables estudiadas (autoestima y regulación emocional), por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo; no existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima y la regulación emocional en estudiantes de 1er. año de secundaria antes y después del Taller de Habilidades para la Vida.

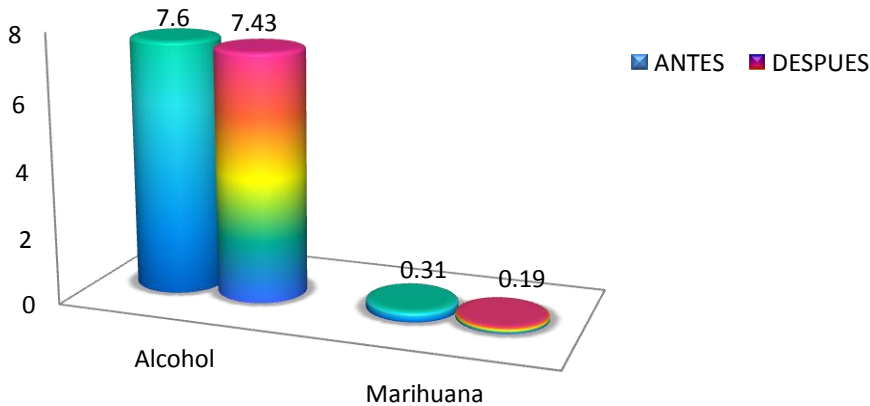
Para conocer el efecto del Taller de Habilidades para la Vida en la variable de consumo de alcohol y marihuana, se realizó una comparación de las medias a través de una prueba t de Student para muestras relacionadas; así como un análisis de las frecuencias de números de copas y número de cigarrillos reportados en los reactivos del Cuestionario de Hábitos de Consu

*Tabla 2. Comparación de las medias y prueba t del consumo de sustancias (alcohol, marihuana) en los dos momentos de medición.*

<i>Factores</i>	<i>Pre evaluación</i>	<i>Post Evaluación</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Alcohol	7.6	7.4	.62	<b>.53</b>
Marihuana	.31	.19	.64	<b>.54</b>

Como se observa en la Tabla 2, las diferencias entre los puntajes de las medias del alcohol y la marihuana no son estadísticamente significativas ( $p \leq 0.05$ ), aunque en promedio si hubo una disminución en el consumo de marihuana.

*Gráfica 2. Comparación de las medias del consumo de sustancias (alcohol, marihuana) antes y después del Taller Habilidades para la Vida.*



Para saber si existían diferencias en el consumo de alcohol y marihuana se compararon las respuestas del Cuestionario de Hábitos en los dos diferentes momentos de evaluación; referentes a la frecuencia (has consumido alcohol/marihuana: si o no), cantidad de consumo por ocasión (cuántas copas por día

semana, mes y año; y cuantos cigarrillos de marihuana por: día, semana, mes y año), y ocasiones de consumo (última semana y último mes). Ver Tablas 3, 4 y 5.

*Tabla 3. Comparación de frecuencias de las respuestas sobre consumo de alcohol y marihuana durante último mes y última semana, antes y después del Taller Habilidades para la Vida.*

Sustancia	Consumo	Último mes		Última semana	
		Antes	Después	Antes	Después
<b>Alcohol</b>	Sí	9	5	10	4
	No	54	58	53	59
<b>Marihuana</b>	Sí	1	0	2	1
	No	62	63	61	62

Como se puede observar en esta Tabla las frecuencias de consumo tanto para la marihuana como para el alcohol; en todas las ocasiones disminuyó después de haber concluido el taller.

*Tabla 4. Comparación de respuestas de cantidad de consumo de alcohol por ocasión.*

Alcohol	1 copa		2 copas		De 3 a 6 copas		Más de 6 copas		Hasta ponerme borracho	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
	21	8	6	4	4	3	1	3	0	1

La Tabla 4 muestra de manera clara la disminución en la cantidad de consumo de alcohol después del programa con respecto a una, dos y tres ó más copas; es importante resaltar que el consumo excesivo (más de seis copas y hasta ponerme borracho) muestra un aumento en la medición hecha después del tratamiento.

*Tabla 5. Comparación de frecuencia por ocasión de consumo de marihuana, antes y después del tratamiento*

	Consumo	Antes	<b>Después</b>
Marihuana	Nunca	62	62
	Pocas veces al año	0	0
	Pocas veces al mes	1	<b>0</b>
	Pocas veces a la semana	1	1
	Todos los días	1	<b>0</b>

En la Tabla 5 se muestran los cambios en las frecuencias de consumo una vez terminado el taller; con respecto a pocas veces al año y todos los días se observó una disminución; aún se presentó un caso de consumo con respecto a pocas veces a la semana.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En esta investigación se planteó como objetivos conocer el impacto de un Programa de Prevención de consumo de drogas, en los factores protectores de autoestima y regulación emocional a través de la impartición de un Taller de Habilidades para la Vida; y los posibles cambios en el consumo de alcohol y marihuana.

Diversos autores reconocen la autoestima como un factor protector para el rechazo al consumo de sustancias psicoactivas (Kaplan,(2001), Flores Maldonado (2002), Rodríguez y Caño (2012), Park y Maner (2009), Romero, et. al. (1995), Jiménez, et. al. 2008).

Investigaciones como las de Kaplan (2001) mostraron que una baja autoestima puede derivar en el inicio del uso de drogas en los adolescentes, ya que cuando el adolescente decide consumir su nivel de autoestima está afectado y una vez que hay un consumo, la autoestima de cierta manera se incrementa debido a que se siente aceptado por el grupo, fortaleciendo su autoevaluación dentro del círculo de iguales. Esto puede ser más importante para el adolescente cuando existe una baja autovaloración en relación con los grupos convencionales, lo que lo lleva a buscar una inserción en estos grupos. Flores y Maldonado (2002) concuerdan con esto al concluir que los adolescentes que tienen baja autoestima dentro de su familia y en la escuela, les sucede el efecto contrario en su grupo de iguales; especialmente cuando en estos grupos llevan a cabo conductas alternativas fuera de lo convencional convirtiéndolas en la manera en que se relacionan y a través de las cuales logran la pertenencia e introducción al grupo.

Medina (2009) menciona que el valor de la autoestima permite responder a los desafíos y oportunidades de la vida cotidiana con mayor ingenio y a través de conductas menos riesgosas. Buena parte del trabajo que se realizó en el taller fue el reconocimiento de los elementos de la autoestima como herramientas de rechazo al consumo: autovaloración de las cualidades y oportunidades de crecimiento y

mejoramiento, auto respeto a las decisiones y acciones, autocuidado de la salud, del físico y de las emociones, y auto reconocimiento de las capacidades y habilidades para actuar ante circunstancias desfavorables y/o desagradables.

Esto sugiere que las intervenciones cuyo objetivo sea acrecentar las habilidades relacionadas con el fortalecimiento de la autoestima promueven la prevención ante el consumo de drogas. Los resultados de esta investigación constatan los hallazgos en la literatura; ya que al contar con un nivel elevado de autoestima los estudiantes de 1er. año de secundaria mantuvieron resultados favorables en la medición de dicha variable al término del taller, lo que en la mayoría de los casos promovió el rechazo y la disminución del consumo. Durante el taller el adolescente trabaja para conocer cada uno de sus aspectos personales, físicos y emocionales, para que a partir de ello se valore y acepte cada una de sus características siendo capaz de formar un concepto propio adecuado, se respete y tenga mayor confianza en sus acciones y decisiones.

Por otra parte, existe evidencia importante que reconoce la regulación emocional como un factor protector para el uso de drogas, esto implica aceptar la importancia del reconocimiento, expresión y manejo de las emociones; se considera que una persona que tiene la capacidad de expresar e interpretar de manera adecuada sus emociones tendrá mayor capacidad para lidiar con estos estados emocionales, mayor habilidad para enfrentarse a los problemas y experimentará mayores niveles de bienestar emocional, tomando decisiones y acciones en pro de su prosperidad (Fernández, Jorge, y Bejar, 2009). Los resultados reportan un aumento en dicha habilidad y una mejora en la toma de decisiones en cuanto al rechazo de las drogas causando una disminución en la mayoría de los casos; los adolescentes desarrollaron esta habilidad analizando sus pensamientos y las conductas que realizan. Es de suma importancia el trabajo con técnicas de regulación emocional como el manejo de la ira, emoción

que está muy presente en los adolescentes y que con mucha regularidad les deriva a problemáticas en la escuela y su familia.

En la teoría se mencionó que la influencia que ejercen las emociones en la conducta de las personas pueden ser un elemento clave para entender el proceso de toma de decisiones y las conductas sucesivas; ya sea su repetición o cese, debido a las consecuencias obtenidas. Este proceso de toma de decisiones se ha relacionado con la capacidad de reconocer, nombrar y manejar las propias emociones y las de los demás; es decir, con lo que se conoce como regulación emocional (Moreno, 2006). Como parte de los resultados derivados de esta investigación se puede constatar que la disminución en las emociones negativas es un antecedente significativo para el reconocimiento de las mismas y de las situaciones que las generan; es decir, los adolescentes que logran reconocer sus emociones pueden identificarlas de manera clara y nombrarlas, para entonces después poder regularlas, de tal manera que este proceso les permita tomar decisiones encaminadas al uso de técnicas apropiadas a cada una de ellas (como las entrenadas durante el taller).

Dentro del campo de la prevención de las adicciones la regulación emocional se ha propuesto y considerado como un factor protector, ya que la ausencia de ésta puede ser un factor que promueve el inicio en el uso de las drogas (Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, 2009; Brooner, King, Kidorf, Schmidt, y Bigelow, 1997; Christenson et al., 1994; Fernández-Berrocal y Extremera, 2002; Merikangas y Gelernter, 1990). La falta de habilidades para el reconocimiento, nombramiento, manejo y estrategias de afrontamiento de las emociones son un buen predictor de dicha condición. Trinidad y Johnson (2002) concluyen que las personas con una falta percibida de habilidades emocionales pueden recurrir al consumo de drogas como forma externa de autorregulación, para mitigar estados emocionales negativos o para provocar estados emocionales más placenteros. “El autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de



autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta”(López-Torrecillas, Peralta, Muñoz Rivas y Godoy; 2003).

De acuerdo con lo antes mencionado, es probable que los cambios no significativos en la variable de regulación emocional sean la respuesta a la falta de oportunidades, supervisión y reforzamiento en el uso de las mismas; es de suma importancia recordar que la regulación emocional es un proceso complejo que se encuentra inmerso de un número importante de habilidades; habilidades que los individuos deberán estar de manera constante ejercitando, poniendo a prueba y moldeando hasta lograr el dominio de las mismas. El taller proporcionó innumerables oportunidades para ello; sin embargo, aún es necesario que los adolescentes se muestren motivados y reforzados en cada ocasión que pongan en práctica las mismas, de tal manera que las adopten como alternativas de primera mano.

En relación con los resultados obtenidos con respecto al consumo de alcohol y marihuana en los estudiantes de secundaria, se puede concluir que éste se vio afectado una vez terminado el tratamiento; los adolescentes reportaron en la mayoría de los casos menor consumo, lo cual señala la utilidad de las acciones preventivas. Nuño-Gutiérrez, et al. (2008) mencionan que intervenciones similares para prevención del consumo han sido efectivas en estudiantes que no tienen establecido el hábito (como la gran mayoría de los adolescentes participantes en esta investigación); por ello es que durante el taller se trabajó de manera constante habilidades como: solución de problemas, comunicación y toma de decisiones; esto con el objetivo de promover el rechazo al consumo y a la presión de los pares por iniciarse en esta conducta; se observó que aquellos que reportaron consumo durante alguna de las sesiones al trabajar con ello se mostraban resistentes a la participación o bien rechazaban la información; en otros casos se mostraban identificados con la

información y agregaban datos, especialmente cuando se maneja el tema de efectos y daños, por otro lado fue evidente que los que aún no consumían tenían mayor conciencia de los daños y mayor número de alternativas para enfrentar situaciones desagradables.

En los estudios más actuales se encuentran evidencias significativas que identifican la regulación emocional como un factor de protección ante conductas de consumo de sustancias como el alcohol, formando parte de un sistema integrado de diferentes variables psicosociales como la percepción de apoyo social, la resistencia a la presión de grupo o la percepción de riesgo que en última instancia explican el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes (García del Castillo-López, 2012).

Los hallazgos encontrados por Trinidad y Johnson (2002) señalan la existencia de una asociación negativa entre regulación emocional y consumo de tabaco y alcohol. Concretamente, los sujetos con niveles más bajos de regulación emocional informaban de un mayor consumo de tabaco. Hechos similares se observan con respecto al consumo de alcohol, así los jóvenes con puntuaciones bajas habían bebido más alcohol en la última semana que aquellos que puntuaron alto. Según los autores, los adolescentes más inteligentes emocionalmente detectan mejor las presiones de los iguales y afrontan más eficazmente las discrepancias entre sus emociones y las motivaciones del grupo, lo que provoca una mayor resistencia grupal y un menor consumo de tabaco y alcohol (Fernández, et al. 2009).

La mayor parte de los adolescentes que reportaron consumo antes de la implementación del taller (pre evaluación), son consumidores experimentales pues reportan haber iniciado el consumo desde los 10 años, este consumo experimental puede convertirse en el trampolín para un consumo continuo o abusivo. Si bien es cierto que la adolescencia es un período crítico en el inicio y afianzamiento en el consumo de sustancias (ESTUDES, 2008), también es cierto que proporcionarles

habilidades de rechazo y promover la posibilidad de participar en actividades para el uso saludable del tiempo y del ocio (deportes, música, espacios recreativos) pueden ser una plataforma hacia la promoción de estilos de vida saludable.

Ahora bien, suponer que una persona cuenta con el repertorio completo de habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de riesgo psicosocial (en este caso en particular el uso de sustancias psicoactivas), es suponer que no es necesario ningún tipo de aprendizaje ni reforzamiento de sus habilidades; empero, esta condición no existe ni es posible, por lo tanto aunque los estudiantes hayan mostrado un repertorio de dichas habilidades es prudente de tanto en tanto reforzar estas habilidades; seguramente algunas se encuentran más o menos desarrolladas que otras, de ahí la importancia de hacer un diagnóstico previo muy específico sobre las necesidades particulares de cada grupo y/o individuo.

A lo largo de las dos últimas décadas se ha avanzado de forma notoria y diferentes autores han encontrado que en general, el impacto de los programas preventivos en la escuela es consistente aunque limitado. Es decir aún falta mucho por hacer dentro de los escenarios escolares; no encontrar diferencias estadísticamente significativas en las habilidades entrenadas no quiere decir que el trabajo es infructuoso o contradictorio a lo esperado; más por el contrario permite saber que hay que establecer actividades específicas para cada individuo, grupo, escenario, situación familiar y comunidad (comunidad entendida como escuela cuyas acciones deben incluir a la planta docente, las autoridades y padres de familia).

Un acierto que muestra el estudio es la posibilidad que les dio a los estudiantes de crear relaciones diferentes con las figuras de autoridad (talleristas), así como mirar en éstas una fuente de apoyo, escucha y entendimiento (posibilidades de acercamiento a personas adultas que fungieran como agentes de apoyo y acercamiento a instituciones dedicadas a la ayuda y el interés en la población adolescente). Por ello se propone como posibles acciones complementarias o reforzadoras del trabajo

realizado la posibilidad de llevar a cabo intervenciones de capacitación con el personal docente de la institución mismo que pudiera dar la oportunidad a los profesores de crear estos nuevos vínculos con los estudiantes así como ayudar al manejo del grupo, comprensión de las problemáticas individuales y familiares, las cuales en muchas de las ocasiones son las que generan el desinterés y falta de involucramiento con las actividades correspondientes a la institución (principio 14, NIDA, 2004).

Como líneas de acción futuras se propone la revisión del instrumento con el cual se evaluaron las diferentes habilidades para la vida, ya que durante la aplicación y evaluación del programa dicho instrumento se encontraba en proceso de validación para población mexicana. En segundo lugar la revisión y búsqueda de otros instrumentos que midan el repertorio de las dimensiones que se requieran entrenar y que hayan sido utilizados en poblaciones con características similares con la que se desee trabajar, y la posible construcción de un instrumento sensible en primer término a las características específicas de la población y a las habilidades requeridas.

NIDA (2004) menciona en su principio número 13: “los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención”; por ello se propone ampliar el Taller de Habilidades para la Vida con la posibilidad de ser entrenadas de manera exhaustiva y detallada cada una de las habilidades a medir así como complementar y reforzar aquellas en las que los cambios no fueron significativos. Como mencionan Stoil y Hill (1996) es muy probable que le ofrezcan drogas al adolescente y va a depender de él, el que las acepte o las rechace, que las pruebe o no, que las use o deje de usarlas, que del uso pase o no al abuso y del abuso a la dependencia; aunque la adicción hace que se pierda una parte de este poder de decisión, hay que facilitarles la toma de decisiones al máximo, para que pueda dejar

de consumir y/o tener adecuadas estrategias para poder hacerle frente al consumo. El entrenamiento en Habilidades para la Vida se orienta a ello.

Se propone la creación de mini talleres (talleres de corta duración), así como entrenamientos dosificados (esto en respuesta a las negativas sobre los horarios tomados para la impartición de los talleres y el cumplimiento de sus objetivos en las planeaciones de las clases), en los que se abarque solo una habilidad a la vez pero de manera profunda y sobre todo a través del ejercicio constante de las situaciones en las que dicha habilidad podría ponerse en práctica (juegos de roles, ensayos encubiertos, dramatizaciones, modelamiento y moldeamiento de conductas, y dinámicas lúdicas), dando oportunidad a que sean ensayadas una y otra vez de manera constante en situaciones que sean planteadas por los propios participantes.

El campo de la prevención de las adicciones ha avanzado en conocimientos en las últimas décadas (Donaldson et al., 1996; Stoil y Hill, 1996; Weinberg et al., 1998). Por ello, disponemos en la actualidad no sólo de esos conocimientos sino también de programas adecuados para conseguir que los adolescentes no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio o consuman de modo poco peligroso. Dados los múltiples factores asociados al consumo de drogas, la especificidad de la persona, de su familia, grupo de iguales, medio social, etc., exige también programas generales para unos, específicos para otros y de mayor nivel de intensidad para los grupos de mayor riesgo de consumo. Con ellos podemos conseguir el objetivo preventivo, entrenando a los jóvenes en aquellas habilidades que les permitan afrontar eficazmente las distintas situaciones que se le van presentando a diario en su ambiente. Por ello, entrenar a los jóvenes en habilidades es imprescindible y va más allá de la mera información, cambio de actitudes y creencias, compromiso público para el no consumo, etc. (Becoña, 1999).

Tanto el análisis de los factores de riesgo y protección, como el estudio de la adolescencia, y la realidad cotidiana, muestran que el objetivo que se debe conseguir es que como adolescentes y adultos sean capaces de vivir en un mundo de drogas sin ser destruidos. En vistas a la prevención, hay que asumir que los adolescentes viven en un mundo en el que encuentran un fácil acceso a las drogas. Por ello, como dice Funes (1996) “la pretensión básica ha de ser ayudarles a crecer, a madurar, a llegar a ser ciudadanos en un mundo en el que las drogas están presentes, sin que su uso -si es que las usan- les cree problemas, los destruya como personas. Habrán de aprender maneras constructivas de relacionarse con las drogas y en eso consistirá principalmente la tarea de la prevención” (p. 168), proponiendo que ello debe hacerse mediante la educación para la salud, superando la vieja educación sobre las drogas.

La evaluación de los programas es un elemento clave para garantizar el crecimiento de un campo que ahora se encuentra lejos de estar totalmente definido aportando verificaciones a las hipótesis que se generan sobre la influencia de los factores de riesgo y protección, las interrelaciones entre estos y las estrategias más efectivas para abordarlos. Por ello evaluar cada una de estas acciones es un paso primordial para conocer el impacto de estas diferentes estrategias preventivas, seguir haciendo uso de eso e incluso mejorarlas en cada ocasión que sean implementadas dejando como resultados nuevas aportaciones efectivas para la promoción de la salud y prevención del consumo de droga.

## REFERENCIAS

- Alcántar, E., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Navarro, C. y Blanco, J. (1999). ¿Es la autoestima un factor que ayuda al adolescente a tener éxito académico?. *Revista SESAM*, 3, 1, 5-8.
- Aleixandre, N., Perelló Del Río, M., y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Revista Adicciones*, 16, (4).
- Alfaro, L., Sánchez, M., Andrade, P., Pérez, C., y Montes de Oca, A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. 35, (1), 67-77.
- Alfonso, P., Huedo-Medina T. y Espada J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*. 25, (2), web (<http://revistas.um.es/analesps>): 1695-2294
- Álvarez, G. (2001). Diseño y Evaluación de programas de Educación Emocional. Monografías Escuela Española. Colección Educación Emocional. Ciss-Praxis.
- Álvarez, M. (2002). “Vygotski: Hacia la psicología dialéctica” Material Utilizado en el Seminario de Psicología Social de la Escuela de Psicología de la Universidad Bolivariana Santiago de Chile.
- Álvarez, A., Alonso, M.M., y Guidorizzi, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*.18, 634-440. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Consultado: 18/11/2013.

- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro, L., Sánchez, M. y López, A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21, 3: 243-250.
- Arellanez-Hernández, J. L., Díaz, D. B., Wagner-Echeagaray, F. y Pérez, 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, 54-64.
- Bandura, A. (1997). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid, España. Editorial Espasa-Calpe.
- Becker, D.F. y Grilo, C.M. (2006). Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: Comparisons by gender and substance type. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1431-1440.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicción para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España. Edit. Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. 28(1),11-20
- Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). "Promoción de los estilos de vida saludables". En *Investigación en Detalle* Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 28/02/2014. Disponible en Internet. URL:<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>



- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bejarano, J., Ugalde, F. y Morales, D. (2005). Evaluación de un programa escolar en Costa Rica basado en habilidades para vivir. *Adicciones*, 7(1), 71-80.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J., y Rojas, E. (1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. *Revista Salud Mental*, 19 (1), 1-5.
- Berruecos, L., Castro, M.E., Díaz-Leal, L., Medina Mora, M.E. y Reyes del Olmo, P. (1994). Curso básico sobre adicciones. México: Fundación Ama la Vida, I.A.P.
- Bisquerra, R. (1992). Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo. Barcelona. Boixar en Universitaria.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2003). Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars Medica: Barcelona.
- Botvin, G. y Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19, 607–615.
- Botvin, G., y 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., y Griffin, K. (2004). Life Skills Training. Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232
- Botvin, G., Griffin, K., Méndez, X. y Espada, J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas. Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3,(3), 333-356.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. y Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G. J. y A. Eng (1980). A comprehensive school-based smoking prevention program. *JSch Health*, 50(4), 209-13.
- Brackett, M., Mayer, J.D., y Warner, R. M. (2004). Emotional Intelligence and the prediction of behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Branden, N. (1995). Los seis pilares de la autoestima, Barcelona: Paidós.
- Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., y Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C, Gil, E., Palmer, A, Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calvete E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.

Cano, A., Escapa, S., Marí-Klose, M., y Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativo, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24(4), 309-318.

Canto, J., Fernández-Berrocal, P., Guerrero, F., y Extremera, N. (2005). Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. En R. Martínez y G. Mira (Eds.), *Psicología social y problemas sociales* (pp. 583-590). Madrid: Biblioteca Nueva.

Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Carrasco, G.T. y Luna A. M. (2001). *Habilidades para la vida. Entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, educación para la salud, autoestima, preparación para los cambios físicos asociados a la adolescencia*. España: Thomson Learning.

Castro, S.E., y Llanes, J. (2005). Ocho componentes básicos para un programa de prevención exitoso. *Liberadicctus* 85.

Castro, S.E., Llanes, J., y Margain, M. (2004). *Éntrale a las protecciones, estrategias de intervención para las escuelas secundarias*. México: Pax.

Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20, 389-395.

Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema* 18, 367-373.

Cava, M., y Musitu, G. (2000). *La potencialización de la autoestima en la escuela*. Barcelona. Paidós.

Cava, M. (1998). La potenciación de la autoestima. Elaboración y evaluación de un programa de prevención. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Cava, M., y Musitu, G. (1999). Evaluación de un programa de Intervención para la potencialización de la autoestima. *Intervención Psicosocial*, 8 (3), 369-383.

Centros de Integración Juvenil. Habilidades para la vida, guía para educar con valores (2006). Secretaria de Salud Pública.

Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwaan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., y Ekern, M. D. (1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 55, 5-11.

Ciarrochi, J., Forgas, J. P., y Mayer, J. D. (Eds.) (2001). Emotional Intelligence and every day life. (76-77). New York: Psychology by Press.

Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M.Glantz y R.Pickens. Eds. Vulnerability to drug abuse, pp.15-51. Washington, DC: American Psychological Association.

Coopersmith, S. (1967) The Antecedents of Self-esteem. San Francisco: W.H. Free-man.

Crocker, J. y Wolfe, C. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.

Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria 2006-2008 (ESTUDES). Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Encuesta escolar

Observatorio sobre drogas. La Rioja. Servicio Drogodependencias de la Comunidad Autónoma. Consejería de Sanidad.

Díaz Negrete B, y García-Aurrecochea R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev. Panamericana de Salud Pública; 24(4): 223–32.*

Dodgson, P.G. y Wood, J.V. (1998). Self-esteem and the cognitive accessibility of strengths and weaknesses after failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 75, 178-197.*

Donaldson, S. I., Sussman, S., MacKinnon, D. P., Severson, H. H., Glynn, T., Murray, D. M., y Stone, E. J. (1996). Drug abuse prevention programming; do we know what contents works? *American Behavioral Scientist, 39, 868–883.*

Eisenberg, N., y Fabes, R. (1992). Emotion, regulation, and the development of social competence. En M.S. Clark (Ed.). *Emotion and Social Behavior. Review of personality and social psychology, 14* , 119-150. Newbury Park, CA, Sage.

Eisenberg, N. y Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpen-ing the definition. *Child Development, 75, 334-339.*

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Alcohol. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz. Secretaría de Salud.

Encuesta Nacional de Adicciones (2008). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Enríquez, A. (2007). Habilidades para la vida en adolescentes de una secundaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

- Ensminger, M. E. y Juon, H. S. (1998). Transition to adulthood among high-risk youth. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior*, 365-391.
- Espinoza, E. (2000). La Autoestima: Un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., y Horwood, L.J. (1996). Los factores asociados con la continuidad y el cambio en los patrones de comportamiento perturbador entre la niñez y la adolescencia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (5), 533-553.
- Fergusson, D.M. y Lynskey, M.T. (1996). Resiliencia de los adolescentes a la adversidad familiar. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 37 (3), 281-292.
- Fernández, B., Jorge, V., y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo del tabaco y el alcohol. Una propuesta de intervención. *Psicooncología*. 6, (1),243-256.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 1-6.
- Flores, S. y Maldonado, X. (2002). Autoconcepto en adolescentes adictos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Funes, J. (1996). Drogas y adolescentes. Madrid: Aguilar.

- García del Castillo, J., García del Castillo-López, Á., Gázquez, M., y Marzo, J.C. (2013). Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, 13 (2),89-97.
- García del Castillo-López, A., García del Castillo, J.A. y Marzo, J.C. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*, 104, 100-111.
- García, J.M., Zaldívar, F., López, F. y Molina, A. (2009). The role of personality variables in drug abuse in a Spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 475-487.
- Gil, F. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*. 346, 291-313.
- Gil, R. (1997). Manual para tutorías y departamentos de orientación. Educar la autoestima-Aprender a convivir. Madrid: Editorial Escuela Española, S.A.
- Golleman, D. (1995). La Inteligencia Emocional. 38ª. Edición. (2003). México: Javier Vergara Editor.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), Preventing mental disorders (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gorman, D. M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505-520.

- Griffin, K., Séller, L., Botvin, G. J. y Díaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 194-203.
- Hawkins, J.D., Arthur, M.W., y Catalano, R.F. (1995). La construcción de una sociedad más segura: Enfoques estratégicos para la prevención del delito, la delincuencia y la justicia: *Una revisión de la investigación*, 19, 343-427.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol another drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hill, K., White, H.R., Chung, I., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2000). Early adult outcomes of adolescent alcohol use: Person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 892-901.
- Horner, B.R. y Scheibe, K.E. (1997). Prevalencia y consecuencias del trastorno de hiperactividad por déficit de atención en los adolescentes en tratamiento para el abuso de sustancias. *Diario de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 36, 30-36.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004). Como prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad 2da. Edición, versión abreviada.
- Jasso, A. y Muñoz, Y. (2002). Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo, autoestima y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.



- Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence : Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jiménez, T.I., Estévez, E., Musitu y Murgui, G. (2008). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en la adolescencia: el doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39.
- Juárez, (2006). *Pequeños emocionalmente grandes. Desarrolle la inteligencia de los niños*. México. Grijalbo.
- Kaplan, H.B. (2001). Self-esteem and deviant behavior: A critical review and theoretical integration. En T.J. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Eds.). *Extending self-esteemtheory and research. Sociological and psychological currents* (375-399). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. & Robins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Selfderogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.
- Karatzias, A, Power K.G. y Swanson, V. (2001). Predicting use and maintenance of use of substances in Scottish adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 . 465-484.
- Kavas, A. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44, 187-198.

- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kernis, M.H., Brockner, J. y Frankel, B.S. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714
- Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 25, 435-463.
- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M. (1998). Preventing substance abuse among children and adolescents: Familycentered approaches. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.
- Lara, L. (1999). Factores de riesgo en un grupo de adolescentes (para adicciones, violencia y embarazo temprano). Tesis de Maestría en Investigación de Servicios de Salud. Iztacala. UNAM.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.

Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95- 100.

López, J. (2012). Los factores protectores y de riesgo que inhiben o propician el consumo de drogas en el adolescente de la Escuela Secundaria Técnica No. 2. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM.

López, J.S., Martín M.J. y Martín, J.M. (1998). Consumo de drogas ilegales. En A. Martín et al. (Eds.), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales*. Madrid: Entinema.

López-Torrecilla, F., Peralta, Muñoz-Rivas, M., Godoy, F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. 15(2),127/136.

Llanes J., Bonifaz R., y Margain, M. (1997), *Modelo de prevención de los riesgos Psicosociales en la Adolescencia CHIMALLI*, México, Pax.

Llorens N., M., P., y Palmer, P. (2004). Estrategias de afrontamiento, factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*. 16(4), 1-6.

Mangrulkar L., Vince W., y Posner M. (2001): *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud .13-33

Mantilla C., Leonardo, E., y Chahín I. (2006-2007) *Habilidades para la Vida. Manual para aprenderlas y enseñarlas*. Fundación Edex.

- Martínez, J.M., y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*. 13(2), 222-228.
- McGee, R. y Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? (Published electronically). 569-582
- Medina Mora M., Villatorio J.A., López E., Berenzon S., Carreño S., y Juárez F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancia psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta. Medica. Mexicana*, 131(4):383-93.
- Medina. E. (2009). La autoestima y su relación con los factores de protección en la prevención de adicciones. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Méndez., M. (2009). El desarrollo de habilidades de afrontamiento para la prevención de adicciones en adolescentes. Tesina para Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Merikangas, K. R., y Gelernter, C. S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 613-632.
- Miller, P., Plant, M., Choquet, M., y Ledoux, S. (2001). Cigarettes, alcohol, drugs and self-esteem: a comparison of 15-16-years-olds from France and the UK. *Journal of Substance Use*, 7, 71-77.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las drogas.
- Montoya, I., Muñoz, I. Habilidades para la vida. En: COMPARTIM: Revista de Formación del Professorat. Nº 4. (Ejemplar dedicado a: Convivencia escolar). Consultado el:

20/10/2013 [http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02\\_com\\_habilidades\\_vida.pdf](http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf), consultados 18/05/2014.

Morales, D., Trujillo, M. (2009). Taller preventivo sobre adicciones dirigido a adolescentes de una escuela secundaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Moreno, K. (2006). Habilidades para la vida. México: Centros de Integración Juvenil

Moreno, Y. (2003). Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Morrison, G. M., Storino, M. H., Robertson, L. M., Weissglass, T. y Dondero, A. (2000). The protective function of after-school programming and parent education and support for students at risk for substance abuse. *Evaluation and Program Planning*, 23, 365-371.

Muñoz, M. (1997). Aplicación clínica de la técnica de exposición en un caso de adicción a la heroína. *Revista Adicciones*, 9, 347-362.

Muñoz-Rivas, J., Graña, J.L., Peña, M.E., y Andreu, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Revista Adicciones*, 14(3), 313-320.

Muñoz-Rivas, J., y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*. 13(1), 87-94

- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Musito, G. y Herrera, J. (2003). El rol de la Autoestima en el consumo de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 12(1), 285-306. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.Consultado> 28/04/2014.
- Musito, G., Buelga, S., Lila, M.S. y Cava, M.J. (2001). Familia y adolescencia, Madrid, Síntesis.
- Nájera, C. (2011). Estrategias de autorregulación emocional en niños de 9 a 12 años para las emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Nazar-Beutelspacher A., Tapi-Conyer, R., Villa-Romero, A., Romero-Álvarez, A., León-Álvarez, G., Medina Mora, M., y Salvatierra, B. (1994). Factores Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes de Áreas Urbanas de México. *Salud Pública México*, 36(6), 646-654.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México: Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.conadic.gob.mx>
- Núñez, J., González-Pienda, J., García M., González Pumariega., S. Roces, C, Álvarez, L. y González, M.C. (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10, 97-109.

- Nuño-Gutiérrez, B. L., Alvarez-Nemegyei, J. y. Madrigal de-León., E. (2008). Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior en Guadalajara, México. *Salud Mental*, 31, (3).
- Ohannessian, C.M., y Hesselbrock, V.M. (2008). Alcoholismo y el abuso de sustancias juvenud paternal: Los efectos indirectos de afecto negativo, problemas de conducta, y la asunción de riesgos . *Journal of Adolescent Health*, 42(2),198-200.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Enfoque de Habilidades para la Vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Adolescencia
- Pacheco, F. (2014). Programa de Intervención: Habilidades para la vida para la prevención y disminución del consumo de alcohol y marihuana en estudiantes de primero de secundaria”. Tesis para obtener el grado de Especialista en intervención clínica en niños y adolescentes. Facultad de Psicología. UNAM.
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
- Park, L.E. y Maner, J.K. (2009). Does self-threat promote social connection? The role of self-esteem and contingencies of self-worth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 203-217.

- Pedrero, P. (2007). Comportamientos adictivos y déficits del control de los impulsos. *Revista Española de Drogodependencias*.32 (4), 488-511.
- Pentz, M. A., Bonnie, R. J. y Spoplan, D. S. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39, 897-910.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*. 24(2) ,153-160
- Peterson, P.L.; Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Petri, H., y Goven, J. (2006). Motivación: teoría, investigación y aplicaciones. México. Thomson.
- Pick, S. y Givaudan, M. (2007). Yo quiero, yo puedo: Estrategia para el desarrollo de habilidades y competencias en el sistema escolar. *Revista do Programa de Estudos Pos-Graduados em Psicologia da Educacao*, 23, 203-221.
- Pinazo, S., Pons, J., y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18, 77-93.
- Pollard, J.A., Hawkins, J.D., y Arthur, M.W. (1999). De riesgo y de protección: ¿son ambos necesarios para comprender diversos resultados conductuales en la adolescencia?. *Trabajo Social Research*, 23 (3),145-58.



- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population. *Trabajo Social Research*.
- Rebolledo, E., Medina, N. y Pillon, S. (2004). Factores asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 12 (especial), 369-375.
- Redorta, J., Obiols, M., y Bizquerra, R. (2006). Emoción y conflicto. Barcelona. Paidós. Ibérica, S.A.
- Reidl, J., Jurado, S. (2006). Culpa y vergüenza: caracterización psicológica y social. México. UNAM. Facultad de Psicología.
- Reebye, P., Moretti, M., y Lessard, J. C. (1995). Conduct disorder and substance abuse disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescent and adolescents. [On-line]. Available: America On-line, Medline Record.
- Reyes, C. (2013). Propuesta de un taller de prevención de adicciones dirigido a padres de familia de 8 a 11 años. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rojas, M. (1998). Análisis de los factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes hacia el uso de las drogas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM
- Rodríguez, C., Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 3, 389-403.

Rodríguez, M., Pellicer, G., Domínguez, M. (1998). Autoestima clave del éxito personal. México. Ed. Manual Moderno. 2da. Edición.

Rogers, C.R. (1993). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.

Romero, E., Luengo, M.A. y Otero López, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10, 149-159.

Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University.

Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R. y González, V. (2009). Inteligencia emocional y el consume de cocaína en adolescentes. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J.M. Salguero y R. Cabello (cords.). Avances en el estudio de la inteligencia emocional. Santander: Fundación Marcelino Botín.

Ruiz-Aranda, P., Fernández, R., Cabello y Extrema, M. (2006). Inteligencia Emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. Universidad de Málaga. 12 (2-3), 223-230.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factor and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

- Salazar, D., y Uriegas, M. (2006). Autoestima desde un enfoque humanista. Diseño y aplicación de un programa de intervención. Tesis de Licenciatura en Psicología Educativa. Universidad Pedagógica Nacional
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Sánchez, C. (2008). Habilidades para la vida en adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sánchez, O., Alfaro, L., y López, A. (2010). Programa de Habilidades para la Vida y su impacto en la prevención de adicciones en estudiantes de bachillerato. UNAM.
- Satir, V. (1991) *The Satir Model*. Palo Alto, CA: Science and behavior books.
- Scheier, L., Botvin, G., Griffin, K. y Díaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence, 20*, 178-209.
- Schroeder, D., Laflin, M. y Weis, D. (1993). The relationship between self.-esteem and drug use: Methodological and statistical limitations of the research. *Journal of Drug Issues, 23*, 645-665.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist, 45*, 612-630.
- Simons, R.L., Conger, R.D. & Whitbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues, 18*, 293-315.

- Steffenhagen, L.A. y Steffenhagen, R.A. (1985). Self-esteem and primary demographic characteristics of alcoholics in a rural state. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30, 2, 51-59.
- Stoil, M.J. y Hill, G. (1996). Preventing substance abuse. Interventions that works. Plenum. New York.
- Tashakkori. A., Thompson., V.D., Wade., J. y Valente, E. (1990). Structure and stability of selfesteem in late teens. *Personality and Individual Differences*, 11,885-893.
- Tate, S. (2009). Propuesta de un Taller de Expresión y Regulación Emocional en niños de 8 a 11 años de edad. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors vaccount for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 386-394.
- Trinidad, D.R. y Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Trzesniewsk, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R. y Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behaviour, and limited economic prospects during adulthood. *Development Psychology*, 42, 381-390.
- Valdez, J. (2005). El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y percepción de riesgo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

- Verduzco, M.A., Lucio, E., y Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, vol. 27, núm. 4, pp.18-25. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242703>. Consultado 28/04/2014.
- Viana, A., y Lima, L. (2011). Proyecto de habilidades para la vida en niños y adolescentes de la asociación cristiana de jóvenes zona San Cristóbal sur: "Prepárate para la vida: alimenta tu cuerpo y tu mente". Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Nutrición Humana. Especialización en alimentación y nutrición en promoción de la salud.
- Villar, P., Luengo, M., Gómez, J.A., y Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15,(4) 581-588. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715412>.
- Vite, M. (2008). Autoestima adolescente. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D. y Glantz, M.D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
- William, C., Chan, S., Chung, O., y Chui, M. (2010). Relationships among mental health, self-esteem and physical health in Chinese adolescents. *Journal of Health Psychology* 15, 96-106.

- Wills, T. A., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 166-180.
- Wills, T. A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology, 5*, 503-529.
- Wright, L.S. y Moore, R. (1982). Correlates of reported drug abuse problems among college undergraduates. *Journal of Drug Education, 12*, 65-73.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 22*, 820-843.
- Young, M., Werch, C.E. & Bakenna, D. (1989). Area-specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle-school children. *Journal of School Health, 59*, 251-254
- Zavala, A.(2001). Factores de Riesgo y Protección en el consumo de drogas en la juventud. Edit. Vargas.
- Zimmerman, M.A., Copeland, L.A., Shope, J.T. y Dielman, T.E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence, 26*, 117-141.

## ANEXOS

### 1. Cartas descriptivas del Taller Habilidades para la Vida

Sesión	Tema	Objetivos	Técnica	Duración
1	Bienvenida	<p>*Conocerán las características del Taller de Habilidades para la Vida en Escuelas Secundarias</p> <p>*Elaborarán los acuerdos de convivencia para establecer un ambiente de socialización, dirigido a fortalecer los lazos de confianza y participación.</p> <p>*Conocer los materiales necesarios para poder trabajar dentro del taller</p>	<p>*Expositiva</p> <p>*Integración grupal</p> <p>*Lluvia de Ideas</p>	120 min.
2	Autoconocimiento	<p>*Conocerán los elementos que integran la Autoestima para valorar el impacto e importancia que tiene en el desarrollo personal</p> <p>*Identifiquen la importancia de conocerse a sí mismo para permitirse compartir con los demás sus gustos</p>	<p>*Lluvia de Ideas</p> <p>*Integración grupal</p> <p>*Psicoeducación</p> <p>*Aumento de conocimiento</p>	120 min.
3	Autoaceptación /Identificación de Emociones	<p>*Conocerán la importancia de la Autoaceptación</p> <p>*Identificarán las principales emociones y cómo las manifiestan</p> <p>*Identificarán la importancia de las emociones</p>	<p>*Lluvia de Ideas</p> <p>*Integración grupal</p> <p>*Sensibilización</p>	120 min.
4	Autovaloración y Autoimagen/Regulación emocional	<p>*Identificarán las ventajas de una adecuada Autovaloración</p> <p>*Identificarán los beneficios de una adecuada autoimagen</p> <p>*Conocerán los beneficios de las técnicas de respiración profunda.</p>	<p>*Lluvia de Ideas</p> <p>*Integración grupal</p> <p>*Establecimiento de metas</p> <p>*Modelamiento</p> <p>*Reflexión</p>	120 min.

5	Autoconcepto/ Control del Enojo/Comunicación Efectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Identificarán las ventajas de una adecuada Autoconcepto</li> <li>*Identificará las ventajas del Cambio de Pensamiento para afrontar situaciones de enojo y ansiedad</li> <li>*Identificará las ventajas de utilizar la comunicación efectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Lluvia de Ideas</li> <li>*Imaginería</li> <li>*Reestructuración Cognitiva</li> <li>*Entrenamiento en asertividad</li> <li>*Lluvia de Ideas</li> </ul>	120 min.
6	Autorespeto/ Solución de Problemas/Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Integren los elementos de la Autoestima a través de una dinámica</li> <li>*Identificarán las diferentes etapas para la solución de problemas</li> <li>*Identificarán las ventajas del Proceso de Solución de Problemas</li> <li>*Aplicarán el proceso de Solución de Problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Lluvia de Ideas</li> <li>*Reforzamiento</li> <li>*Psicoeducación</li> <li>*Aumento de conciencia</li> </ul>	120 min.
7	Psicoeducación /Conociendo las drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Identificarán los mitos y creencias que facilitan el consumo de drogas</li> <li>*Identificarán los conceptos básicos del consumo de drogas</li> <li>*Identificarán los diferentes tipos de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Sensibilización</li> <li>*Lluvia de Ideas</li> <li>*Debate</li> <li>*Psicoeducación</li> <li>*Reflexión</li> </ul>	120 min.
8	Riesgo y Prevención del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Identificarán los efectos y daños del consumo de drogas</li> <li>*Identificarán los riesgos del consumo de drogas</li> <li>*Identificarán las ventajas de una vida saludables</li> <li>*Identificarán los beneficios de la prevención del consumo de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Sensibilización</li> <li>*Reflexión</li> <li>*Psicoeducación</li> <li>*Debate</li> <li>*Aumento de conciencia</li> </ul>	120 min.



9	Clausura	*Identificarán lo aprendido en el Taller *Expresarán sus ideas hacia el Taller	*Lluvia de Ideas *Reforzamiento	120 min.
---	----------	---	------------------------------------	----------