



INFLUENCIA DE LA ESTRATEGIA "TOMA DE DECISIONES" EN EL AUTOCONCEPTO DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL

REYNA ISABEL HERNÁNDEZ PEDROZA*, MA. LOURDES JORDÁN JINEZ, MARÍA DE LOURDES GARCÍA CAMPOS, EVA ANGELINA HERNÁNDEZ VILLA

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de la estrategia "toma de decisiones" en el autoconcepto de adolescentes consumidores de alcohol. Se aplicó un estudio longitudinal, pre-experimental. Se incluyeron 30 adolescentes, previo consentimiento informado de estudiantes y padres. La recolección de datos se realizó con AUDIT, test de conflicto decisional y The Tennessee Self-Concept Scale (TSCS). Se encontró que la edad promedio fue 16.56 ± 0.85 años, 60% hombres, el 100% de los adolescentes presentaron conflicto decisional. El 100% habían consumido alcohol alguna vez en su vida. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el autoconcepto pre y post intervención ($p = 0.27$), excepto en la dimensión Yo moral ($p = 0.01$). Se concluye de acuerdo a los resultados obtenidos en la pre y post intervención que la estrategia de intervención tuvo una influencia en la dimensión del autoconcepto Yo Moral del adolescente consumidor de alcohol. Es posible que esto influyera en la percepción de sí mismo al encontrarse con la realidad de que por primera vez consideraba su capacidad o incapacidad para tomar decisiones.

Palabras clave: Autoconcepto, toma de decisiones, adolescentes, consumo de alcohol.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the influence of the "decision making" strategy on the self-perspective of alcohol-consuming students. It was applied as a pre-experimental, longitudinal study. The study included 30 teenagers with prior, informed consent from students and parents. The collection of data was done with AUDIT, a decision-making conflict test, and the Tennessee Self-Concept Scale (TSCS). This study found that the average age was 16.56 ± 0.85 years, 60% male, the 100% of the teenagers presented a decision-making conflict. 100% of the teenagers had consumed alcohol at some point in their lives. There was not a statistically significant difference between the self-perspective prior and after intervention ($p = 0.27$), except in the "I am Moral" dimension ($p = 0.01$). It is concluded with results obtained prior to, and after, the intervention strategy, that the intervention had an influence on the "I am moral" auto-concept dimension of the alcohol-consuming teenager. It's possible that this influenced the teenagers' perceptions of him or herself when faced with the reality of the first time they considered their competence or incompetence to make decisions.

Keywords: self-perspective, decision-making, teenagers, alcohol consumption.

M.C. REYNA ISABEL HERNÁNDEZ PEDROZA
 Depto. de Ciencias de la Salud, Campus
 Cajeme, Universidad de Sonora
 Correo: reyna.hernandez@cajeme.uson.mx
 DRA. MA. LOURDES JORDÁN JINEZ
 Depto. de Enfermería y Obstetricia, Campus
 Celaya-Salvatierra,
 Universidad de Guanajuato
 Correo: jordanjinez@yahoo.com.mx

M.C.M. MARÍA DE LOURDES GARCÍA CAMPOS
 Depto. de Enfermería Clínica, Campus Celaya-
 Salvatierra, Universidad de Guanajuato
 Correo: lourdesortizosorio@yahoo.com.mx
 M.C. EVA ANGELINA HERNÁNDEZ VILLA
 Depto. de Enfermería, Universidad de Sonora
 Correo: eva_angelina_h@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa que se caracteriza por su transformación en todos los aspectos humanos en la que se presenta una lucha por descubrirse, ser auténtico y a la vez ser copia de los pares, los estereotipos, etcétera. Se considera que no se puede sobrellevar sin ayuda, sin apoyo, sin alguien que esté a un lado que sea soporte para el adolescente tan necesitado de comprensión y autonomía [1]. Aunado a lo anterior, la literatura muestra que el uso experimental de alcohol se presenta cada vez a edades más tempranas, en promedio 12.5 años [2-4] justificado por el papel socializador (la relación con amigos) que esa sustancia proporciona [5].

En el estado de Sonora localizado al norte del país, tiene 2'662,480 habitantes, de los cuales se estima que el 52% se encuentra entre los 15 y 29 años, de acuerdo al censo del 2010 [6]. Según la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior respecto al consumo de alcohol, el 56.5% del total de la población estudiantil había consumido alcohol alguna vez en su vida, de los cuales el 64.1% son hombres y el 48.4% mujeres [7].

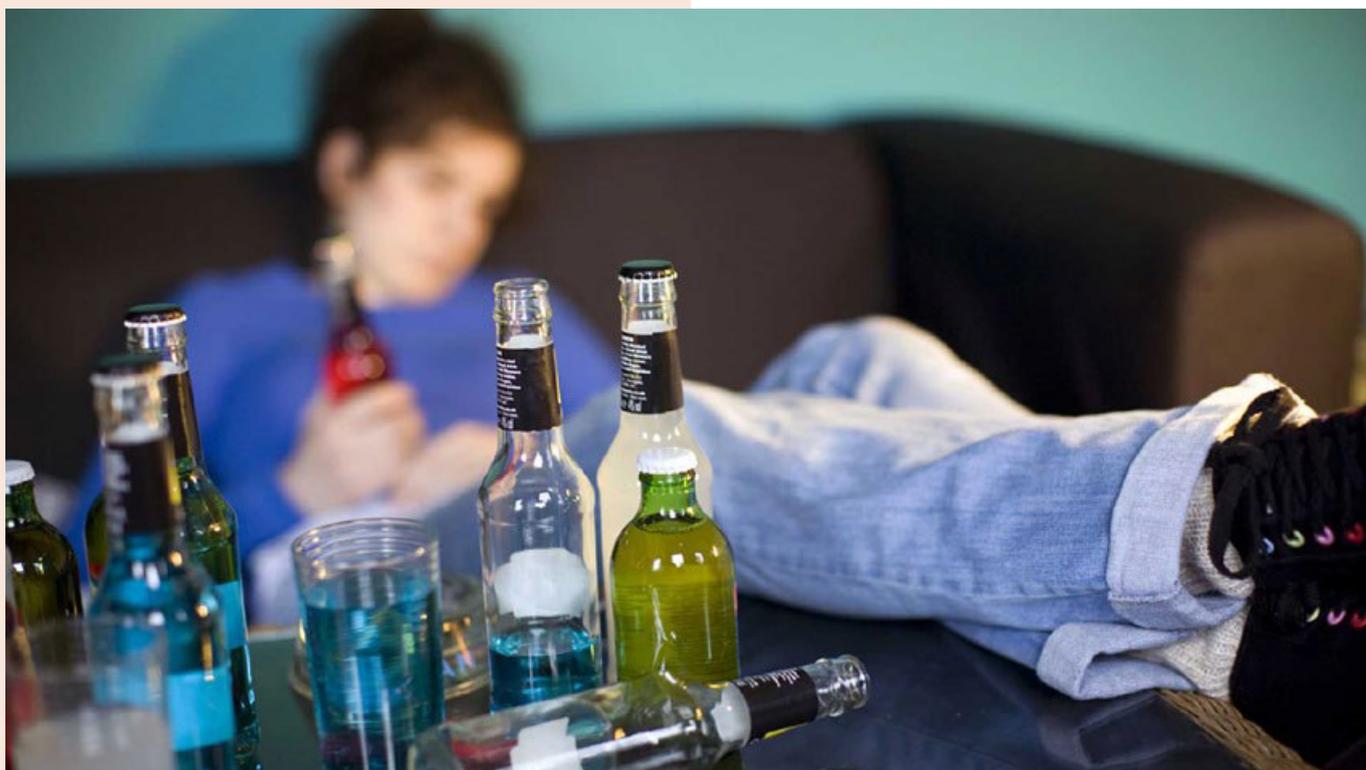
Si bien las últimas investigaciones han demostrado que son múltiples las razones (impulsividad, conducta antisocial, búsqueda de sensaciones, autoconcepto) por las



cuales los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de alcohol [8-11], enfrentándose a una fase de desarrollo donde configuran su identidad frente al grupo de pares, lo cual los puede llevar a adoptar modelos de comportamientos arriesgados, incluyendo consumo de drogas lícitas e ilícitas [12].

Parte de esa definición de la identidad del adolescente está en el autoconcepto definido por Roy, como un conjunto de creencias y sensaciones que una persona tiene de sí misma en un momento dado [13]. Un autoconcepto integrado, favorece el sentimiento de seguridad en el adolescente, por el contrario cuando se tiene comprometido el autoconcepto, la persona no tendrá la capacidad de decidir a favor de su bienestar o salud, adoptando conductas de riesgo como el consumo de alcohol. Por ello entonces, el papel que juega el autoconcepto, como lo es la autoestima, en el inicio del consumo de alcohol, así como otras sustancias psicoactivas, es a través de la contribución de las capacidades que el adolescente puede tener para resistir la presión del medio ambiente social para consumir alcohol, tomar decisiones saludables y enfrentar el estrés.

La investigación realizada por Nuño y Flores [14] explica la representación social donde se construyó el modelo de toma de decisiones para iniciar, continuar o





cesar el consumo de drogas en un grupo de usuarios en rehabilitación en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) de la ciudad de Guadalajara, siendo esta representación social la búsqueda de un mundo diferente al de su tradición familiar. Al considerar la definición de Moscovici [15] sobre la toma de decisiones como productos razonados que subyacen en conocimientos y sistemas de creencias que giran alrededor del objeto, se ha partido del supuesto en este estudio de que cuando el adolescente se encuentra en un proceso consciente sobre cómo toma sus decisiones, tiene mejor orientación para realizarlas.

En la figura 1 se muestra la relación de las variables de estudio con el modelo de adaptación de Roy [13], en la cual se observa gráficamente, cómo el modelo de Roy explica la situación por la que pasa el adolescente, que como toda persona cuenta con 4 modos adaptativos: el fisiológico, el autoconcepto, el interdependiente y el de rol-relaciones.

Cada uno de estos modos, conlleva ciertos estímulos que por medio del proceso de afrontamiento (subsistemas), hará frente para buscar la adaptación integral y por consecuencia presentar comportamiento (respuestas eficaces o ineficaces). Como por ejemplo, en el modo fisiológico, los estímulos internos, como se muestra en la figura 1, suelen producir a partir de esos cambios físicos, la transición de una infancia a una etapa más independiente y al mismo tiempo dependiente; por otra parte, se hacen presente estímulos externos como las drogas lícitas e ilícitas, que lo llevarán de cierta forma a presentar un proceso de afrontamiento, y que el presente estudio relaciona el anterior proceso (especialmente con el subsistema relacionador), con la toma de decisiones basado en el modelo de Ottawa, que puede ayudar a hacer

frente a estos estímulos y presentar comportamientos con respuestas eficaces como comenta el modelo de Roy; de aquí la importancia de brindarles a los adolescentes, en pocas palabras, un modelo para la toma de decisiones.

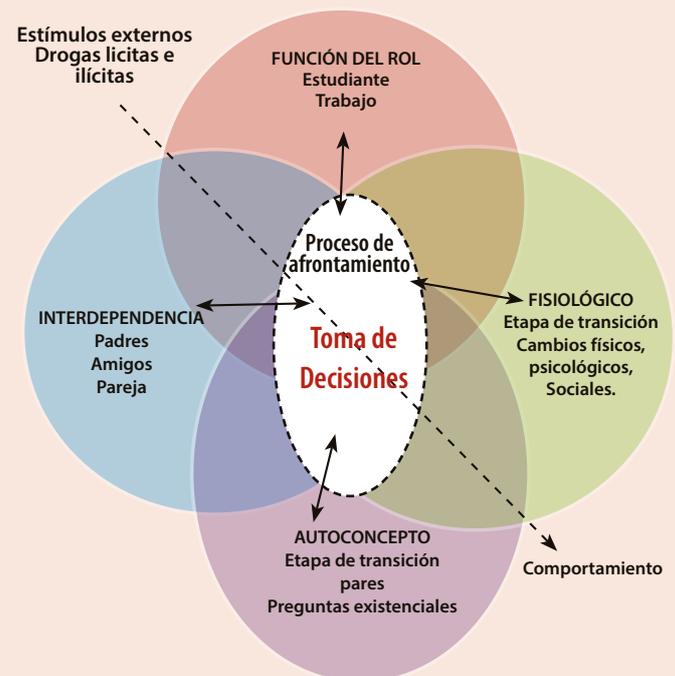


Figura 1. Adaptación del modelo de adaptación de Roy y la toma de decisiones (Adaptado por RIHP en agosto del 2012).



El objetivo del estudio fue determinar la influencia de la estrategia "toma de decisiones" en el autoconcepto de adolescentes consumidores de alcohol.

La hipótesis de investigación que se planteó para el presente estudio fue si la estrategia toma de decisiones influye positivamente en el autoconcepto de adolescentes consumidores de alcohol.

MATERIALES Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio preexperimental, en una escuela de nivel medio superior de Hermosillo, Sonora. Del Universo integrado por 72 estudiantes, la muestra consistió en 30 alumnos y el muestreo fue por conveniencia. Se incluyeron: estudiantes consumidores de alcohol (según la escala AUDIT) de primer año, menores de 18 años. Los padres firmaron el consentimiento informado, descartando a los que no habían consumido alcohol ninguna vez en su vida. Para la recolección de datos se utilizaron tres cuestionarios: el primero fue el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Este instrumento tuvo como finalidad evaluar el consumo de alcohol en el adolescente como criterio de inclusión. Consta de 10 preguntas, cada una de las preguntas tiene opciones de respuesta en una escala de puntuación de 0 a 4. El puntaje total se clasifica de la siguiente manera: 0-7 puntos se considera bebedor moderado, 8-15 puntos es consumo de riesgo, 16-19 puntos, consumo nocivo del alcohol y 20-40 puntos, dependencia del alcohol. El test AUDIT posee un buen nivel de consistencia interna con $\text{Alpha} = 0.88$ [16].

El segundo instrumento fue *The Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)*, alfa de Cronbach = 0.897 para todas las escalas (Yo físico = 0.712; moral/ético = 0.677; personal = 0.750; familiar = 0.728; y social = 0.615) [17]. El instrumento consta de tres dimensiones en las que se estructura la experiencia sensible del sujeto que constituyen los factores internos: Identidad (predominio del componente cognitivo), autosatisfacción (área afectiva) y conducta (referido al área comportamental).



Así mismo, el TSCS consta de cinco dimensiones o factores externos que abarcan todo el campo experiencial del sujeto y que son definidas de la siguiente manera:

- Ser físico, se refiere al punto de vista del sujeto sobre su propio cuerpo material.
- Ser ético-moral, hace referencia a la percepción del sujeto sobre su propia fuerza moral.
- Ser personal, trata sobre la autopercepción, sobre los valores interiores del sujeto.
- Ser familiar, refleja el propio sentimiento de valoración e importancia del individuo como miembro de una familia y perteneciente a un círculo restringido de amigos.
- Ser social, tiene que ver con sí mismo, percibido en su relación con los otros.

El test consta de 100 reactivos, de los cuales, 45 ítems corresponden a afirmaciones negativas y 45 a positivas, con opciones de respuesta tipo *likert*, que va del 1 al 5 ("completamente falso" y "completamente cierto" respectivamente). Los 10 reactivos restantes corresponden a la escala de autocrítica *L-Scale Of Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (1951) de la Universidad de Minnesota. La prueba es autoadministrada, ya sea a nivel individual o grupal, y el tiempo de respuesta es entre 10 y 20 minutos [18].

El tercer cuestionario que se aplicó fue la Escala de conflicto decisional que midió la incertidumbre y los factores que intervienen en ella. Existen dos versiones de este instrumento, una larga y una corta. En el presente estudio se aplicó la corta, la cual consiste en una escala de tipo *likert* que mide opciones con un puntaje de 0 a 4, significando el valor 0 estar fuertemente de acuerdo y el

valor 4 fuertemente en desacuerdo. Los resultados van desde conflicto decisional bajo a alto, interpretando los puntajes de 2 o menor valor, como proceso de toma de decisión sin dificultades, y los resultados con mayores de 2.5, con una demora en la toma de decisiones. Se realizó un estudio de validación en una versión en español de la escala, demostrando una alta confiabilidad de 0.8076 [19].

Los datos se analizaron a través del software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* Versión 17. A todas las variables cuantitativas se les aplicó las pruebas de distribución normal, a través de la prueba *W* de Shapiro-Wilk. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial promedio y desviación estándar para la prueba de hipótesis *T de Student* para muestras dependientes (*T* pareada), para analizar las diferencias de las variables dependientes, pre y post intervención.

La estrategia de intervención consistió en un taller, con una duración de 10 sesiones de 2 horas cada una, basado en el Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (MTDSO).

La presente investigación cumplió con los aspectos éticos que garantizan el respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los adolescentes que participaron en el estudio. En el desarrollo de la misma se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud y el Artículo 14º. Se siguieron los principios del convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, conocido como Convenio de Oviedo. Así mismo, todos y cada uno de los adolescentes del estudio, se trataron siguiendo los mandatos de la Declaración de Helsinki, revisada el 3 de octubre del año 2000, en Edimburgo, Escocia.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El promedio de edad fue de 16.56 ± 0.85 años, el 60% fue del género masculino; cabe mencionar que de acuerdo al INEGI, el 26.3% de la población sonorense masculina se encuentra entre 15 y 29 años de edad [6]. Esta edad se considera una etapa de búsqueda, concediendo mucha importancia a su grupo de pares, con conflictos consigo mismo y con la familia, lo que lo hace más vulnerable a situaciones externas, tales como el consumo de drogas, delincuencia y conductas sexuales de riesgo, copiando los patrones de consumo de la población adulta [20-21].

El 50% de los adolescentes refirió ingresos económicos entre 2,700 y 6,799 pesos, mientras que el 13.3% vive con ingresos económicos entre 0 y 2,699 pesos; el 56.7% profesa la religión católica; el 46.7% de los padres están casados; y por último, el 36.7% de los padres y madres de los adolescentes tienen un nivel de escolaridad de secundaria terminada.

El 73.3% de los adolescentes tienen un consumo sin riesgo según el AUDIT, el resto se encuentra entre un consumo de riesgo (20.1%) y una dependencia al alcohol (3.3%) (Tabla 1). Algunos autores mencionan que el consumo de sustancias forma parte del proceso de crecimiento y desarrollo del adolescente [22], lo que hace suponer, que el problema radica en la tolerancia de los adultos y de la sociedad en general frente al consumo



de alcohol en menores de edad. La socialización y aceptación social del consumo de alcohol entre la población adulta está tan arraigada en la cultura mexicana, que parece difícil que padres y educadores transmitan a los adolescentes el mensaje de que el alcohol puede afectar seriamente su salud [23].

Tabla 1. Clasificación del tipo de consumo de alcohol de los adolescentes.

Dimensiones	f	%
Consumo sin riesgo	22	73.33
Consumo de riesgo	6	20.00
Consumo nocivo de alcohol	1	3.33
Dependencia del alcohol	1	3.33

Fuente: AUDIT

n = 30

El 90% de los adolescentes presentó conflicto decisional alto, el adolescente se encuentra en una especie de encrucijada al momento de tomar una decisión, lo cual lo lleva a una serie de opciones, como es tomar cualquier decisión, dejar que otros tomen la decisión por él o simplemente no tomar ninguna decisión. Langer y colaboradores [24], plantean que algunos adolescentes tienden a tomar decisiones teniendo en consideración sus

propios intereses, creencias, actitudes y valores; otros toman decisiones atendiendo a las expectativas de sus padres y otros en función de lo que piensa el grupo de pares. Trujillo [25], citando a Gambara y González, comenta que las decisiones más difíciles de tomar para el adolescente, por orden de importancia, son las relacionadas con la familia, los estudios y los amigos.

Chacón [26] menciona que el proceso de toma de decisiones se encuentra asociado con la maduración de la corteza prefrontal, ya que los procesos necesarios, tales como el reconocimiento de una disyuntiva, la identificación de las opciones, la valoración de riesgos y la ganancia y la previsión de las consecuencias, son funciones cognitivas que se desarrollan con la corteza prefrontal, lo que permite suponer que el adolescente con conflicto decisional, es susceptible de ser entrenado en el proceso de toma de decisiones.

Para probar la hipótesis, se calcularon las diferencias de medias, pre y post intervención del autoconcepto de los adolescentes. Los adolescentes del presente estudio presentaron una media sobre el autoconcepto total (suma de los tres componentes o 5 dimensiones del TSCS) de 332.67 ± 20.15 en la primera medición, versus 327.07 ± 26.96 postintervención, lo que se interpreta como adolescentes autoconfiados, adaptados y sin ansiedad. Resultados similares con el estudio de Coria [27], donde el resultado de la media en el autoconcepto total para el grupo experimental fue de 338.09 ± 24.19 y para el grupo control de 336.46 ± 24 vs 341.21 ± 28.69 y 338 ± 24.35 ($p = .001$), experimental y control respectivamente. Tapia [28] en su estudio concluye que los adolescentes que poseen un adecuado concepto de sí mismo en situaciones interpersonales se sentirían apoyados, experimentarían satisfacción en las relaciones sociales y una adecuada confianza con sus pares y otras personas significativas.

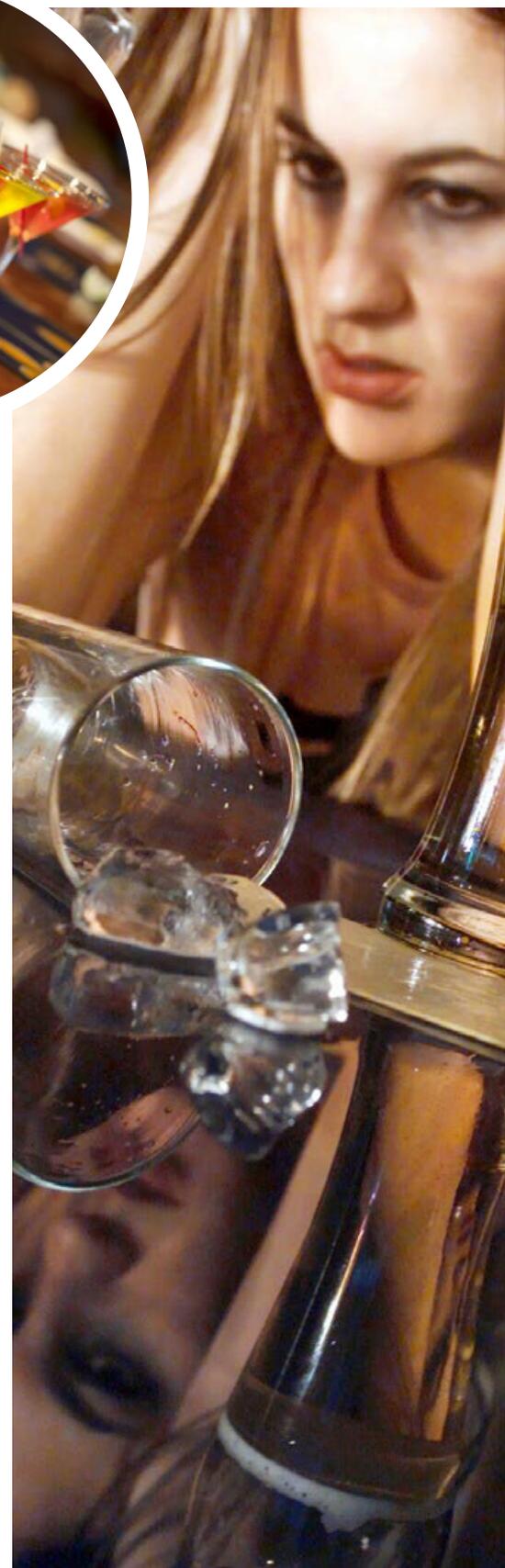
Sin embargo, en los resultados se observa que sólo hay diferencia estadísticamente significativa en la dimensión Yo moral ($t = 2.67$, $p = 0.01$), en el resto de las dimensiones, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($t = 1.12$, $p = 0.27$) (Tabla 2). De lo anterior se concluye que, no hay elementos estadísticos para aceptar que la estrategia toma de decisiones influya positivamente en el autoconcepto de adolescentes consumidores de alcohol.

Tabla 2. Diferencia de medias, pre y post intervención del autoconcepto de los adolescentes.

Estímulos	Dimensiones	Pre media ± DE	Post media ± DE	Prueba t	p
Internos	Identidad	100.97 ± 8.95	98.53 ± 8.71	1.27	0.21
	Autosatisfacción	119.73 ± 10.33	119.20 ± 11.52	-0.45	0.65
	Comportamiento	111.97 ± 9.64	107.67 ± 12.44	1.72	0.09
Externos	Yo físico	56.37 ± 5.82	54.60 ± 6.28	1.51	0.14
	Yo moral	59.70 ± 6.97	56.40 ± 6.87	2.67	0.01*
	Yo personal	58.97 ± 3.35	57.33 ± 5.44	1.41	0.16
	Yo familiar	63.60 ± 7.44	62.70 ± 7.68	0.81	0.42
	Yo social	60.63 ± 6.57	61.10 ± 6.35	-0.31	0.75
	Autocrítica	33.40 ± 7.20	34.93 ± 12.17	-0.57	0.56
Autoconcepto total		332.67 ± 20.15	327.07 ± 26.96	1.12	0.27

*Diferencia significativa $p < 0.05$

Fuente: TSCS n=30





De acuerdo a los resultados en el Yo físico del adolescente, similares a otros estudios [29], concuerda con las características y la percepción de su propio cuerpo, su estado de salud, su capacidad y sexualidad. Al relacionar dicho resultado con la literatura, se encuentra a Esnaola [30] que concluye que las valoraciones más elevadas en autoconcepto físico se dan al inicio y en la mitad de la vida y las más bajas en la adolescencia.

En cuanto a la diferencia estadística que se observó en el Yo moral en la primera y segunda medición, es probable que el adolescente se haya apreciado bajo en sus valores, religión y en sus sentimientos de ser una persona buena, por haberse encontrado con la realidad de que por primera vez consideraba su capacidad o incapacidad para tomar decisiones, que requiere conocer las opciones, clarificar los valores y creencias con respecto a cada una de ellas, así como conocer y reconocer los apoyos en cada una de estas opciones. Es posible que esto haya influido en



su percepción de sí mismo, desde su Yo, hasta manifestar una identidad baja (estímulo interno, el 100% de los adolescentes manifestó baja identidad), lo cual se asemeja al estudio de Amar [17], donde el 100% de la muestra estudiada también mostró baja identidad.

CONCLUSIONES

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la dimensión Yo moral ($t = 2.67, p = 0.01$) a favor de la intervención; en el resto de las dimensiones, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($t = 1.12, p = 0.27$), por lo que se concluye que, no hay elementos estadísticos para aceptar la hipótesis planteada.

El presente estudio permite acercarse al fenómeno de las adicciones desde el enfoque de la disciplina de enfermería, según Roy la intervención de la enfermería deberá ir dirigida al aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que la persona pueda enfrentarse a ellos. Una manera de afrontar estos estímulos, es el desarrollo de habilidades como la toma de decisiones de manera más consciente y lograr ser una persona integrada y total, meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo, como asegura la



teoría de enfermería de Roy. El tema de las drogas, ya sean lícitas o ilícitas, es complejo, la literatura explica factores protectores y factores de riesgo para su consumo, sin embargo, es limitado el estudio sobre investigaciones que impliquen intervenciones, ya sea de manera directa para la disminución o eliminación del consumo, o indirecta como sería el abordaje desde los procesos de afrontamiento que tienen las personas ante tal estímulo. El presente estudio pretendió abordar el tema de manera indirecta, evaluando el autoconcepto de una población consumidora de alcohol, sin pretender evaluar el consumo pre y post intervención, de igual manera no se evaluó la toma de decisiones, partiendo de la idea misma del MTDSO que considera que no siempre buenas decisiones dan como producto buenos resultados, los cuales van a depender de los valores personales y del conocimiento y apoyo con que se cuente para tomar una decisión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) K. Newman, L. Harrison, C. Dashiff, S. Davies. Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet] 2008 Fev. 16(1):142-50. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_21.pdf.
- 2) M.G. Matos. Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Relatório Português Estudo HBSC. Lisboa: FMH; 2003.
- 3) D.E. Papalia, S.W. Olds. A child's world. Infancy through adolescence. McGraw-Hill. [internet] (Acceso: 10 de abril de 2013). Disponible en: <http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/identidad3.shtm>.
- 4) M. Campillo, V. Vizcay. Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico. *Rev. Cubana Med. Gen. Integral*, 19 (3). 2003.
- 5) F. Facundo, M. Castillo. Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *Revista Electrónica de Salud Mental, Alcohol y drogas. Brasil*, 1 (002). 2005.
- 6) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (Acceso: 10 de abril de 2013) Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=487&e=26>.
- 7) Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar. (Acceso: 19 de marzo de 2012). Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/ASHc3a9.dir/doc.pdf>.
- 8) G. Henríquez, V. Berger. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores de protección. *Cienc. Enferm.* 8 (2):1-12. 2002.
- 9) M. Nebot, Z. Tomas, S. Ariza, S. Valmayor, M. López, O. Juárez. Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los tres años de una cohorte de escolares. *Arch. Bronconeumol.* 40(11): 495-501. 2004.
- 10) A. Llorens, P. Palmer, M. Perellón del Río. Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 7(2):90-6. 2005.
- 11) F.R. Guzmán-Facundo, J.L. Pedrao, L. Rodríguez-Aguilar, K.S. López-García, S.E. Esparza-Almanza. Trastornos por consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes marginales de México. *Rev. Esc. Anna. Nery.* 11(4): 611-8. 2007.
- 12) J.D. Hawkins, R.F. Catalano, J.F. Miller. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol. Bull.* 112:64-105. 1992.
- 13) R. Callista, A. Heather. El modelo de adaptación de Roy. 2da. ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1999.
- 14) B. Nuño, F. Flores. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, 37(4): 26-34. 2004 (Acceso: 19 de marzo de 2012). Disponible en: <http://berthanuno.com/documentos/7.pdf>.
- 15) S. Muscovici. El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Ed. Huemul. 1979.
- 16) M. Contel Guillamón, A. Gual Solé, J. Colom Farran. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4):337/347. 1999 (Acceso: 11 de abril de 2013). Disponible en: http://www.veuselquebeus.net/CATALA/intro/Article_Traduccion_y_validacion_del_AUDIT_al_catalan_y_castellano.pdf.
- 17) J. Amar, B. Hernández. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. *Psicología del Caribe. Colombia.* 15: 1-17. 2005.
- 18) D. Justicia, M. Pichardo. Self-concept and gender in Spanish low-vision adolescents. *Visual Impairment Research. España.* 3(1) pp. 7-16. 2001.
- 19) M. Urrutia, S. Campos, A. O'Connor. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. *Revista Médica de Chile*, 136: 1439-1447. 2008.
- 20) M. Jordán, J. Molina, S. Pillon. Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 17 (2). 2009. (Acceso: 25 de junio de 2012). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
- 21) Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. (Acceso: 12 de septiembre de 2011). Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf.
- 22) T. Barroso, A. Mendes, A. Barbosa. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev. Latino-am Enfermagem.* Maio-junho, 17(3): 347-53. 2009.
- 23) M.E. Villarreal-González, J.C. Sánchez-Sosa, G. Musitu. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención psicosocial.* 19 (3): 253-264. 2010.
- 24) L.M. Langer, R.S. Zimmerman, G.J. Warheit, R.C. Duncan. Decision-Making Orientation and AIDS-Related Knowledge, Attitudes and Behaviors of Hispanic, African-American, and White adolescents. *Health Psychol.* 3, 227-234. 1993.
- 25) E. Trujillo, J. Henao, C. González. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta colombiana de Psicología.* 10 (001) pp. 49-63. 2007.
- 26) L. Chacón. Diferentes aproximaciones teóricas al estudio de la toma de decisiones. En: *Cómo tomamos decisiones. Cuerpo, mente y estilos de vida.* Guanajuato, México. Linotipografía Dávalos Hermanos, pp.15-44. 2011.
- 27) M. Coria, C. Pino, G. Toro. Aprendizaje cooperativo y desarrollo del autoconcepto en estudiantes chilenos. *Revista de Pedagogía.* 28 (81). 2007.
- 28) M. Tapia, M. Fiorentino, M. Correché. Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en humanidades, Universidad de San Luis.* 2003.
- 29) D. Molero, M. Zagalaz-Sánchez, J. Cachon-Zagalaz. Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología del Deporte*, 22, 135-142. 2013.
- 30) I. Esnaola. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología.* 24(1), 1-8. 2008.

