

728889



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ADICCIONES Y AUTOESTIMA: PROPUESTA DE UN
TALLER DE PREVENCIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ADRIANA MARTÍNEZ LEYVA

DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2012



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.



AGRADECIMIENTOS

División de Educación Continua

Por permitir esta opción de titulación

Mtra. Yolanda Bernal Álvarez

Por su incansable esfuerzo y dedicación, por sus conocimientos y aportaciones al orientarme para concluir este proyecto.

Al honorable jurado.

Por ser parte fundamental para la realización de este proyecto, por su tiempo, su conocimiento y sus valiosas aportaciones.

Mtra. Araceli Lambarri Rodríguez.

Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés.

Lic. Damariz García Carranza

Mtra. Margarita Molina Avilés.

Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez

Por su enorme desempeño, disposición, paciencia y apoyo con que realiza sus actividades día a día, orientando a cada alumno que atraviesa este proceso.

"Mil Gracias".

DEDICATORIAS.

A Bernardo.

Por la libertad que me brindas para hacer cualquier cosa.

A mis hijos.

Eduardo y Bernardo. Por ser lo más importante de mi vida.

A Kimbitó. Por estar siempre conmigo al realizar esta investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO UNO: ADOLESCENCIA	11
1.1 Antecedentes de la adolescencia	11
1.2 Definición y conceptualización	12
1.3 Cambios físicos y fisiológicos	15
1.4 Aspectos intelectuales	19
1.5 Aspectos socioemocionales	21
1.6 La identidad como aspecto vital en la adolescencia	24
1.7 Autoconcepto	28
CAPÍTULO DOS. ADICCIONES	31
2.1 Antecedentes	31
2.2 Definición y clasificación	34
2.3 Efectos del consumo de algunas drogas	34
2.4 Epidemiología	49
2.5 Factores de riesgo en: la familia, emocionales de personalidad y en la comunidad	60
2.6 Factores protectores	65
2.7 La resiliencia	68
2.7.1 Factores que promueven la resiliencia	70
CAPÍTULO TRES. LA AUTOESTIMA COMO UN FACTOR PROTECTOR DE LAS ADICCIONES EN LA ADOLESCENCIA	75
3.1 Antecedentes de la autoestima	75
3.2 Definición de autoestima	77
3.3 Tipos de autoestima	81
3.4 Desarrollo de la autoestima	82
3.5 Dimensiones de la autoestima	85
3.6 Factores que influyen en la autoestima	86
3.7 Familia y autoestima	88

PROPUESTA DE UN TALLER PARA PREVENIR ADICCIONES EN ADOLESCENTES	90
CONCLUSIONES	105
ALCANCES Y LIMITACIONES	108
REFERENCIAS	111
ANEXOS	121

RESUMEN

En la presente investigación, se llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca de la prevención de adicciones en adolescentes con la intención de contar con los conocimientos necesarios que me permitan la elaboración de un taller que oriente a los jóvenes de los riesgos a los que están expuestos en el consumo de sustancias adictivas. Se analizaron cuáles son los problemas que más frecuentemente se presentan en los adolescentes y las dificultades a las que se enfrentan en diversos ámbitos, como son: la familia, la escuela y los amigos.

Palabras clave: adicciones, autoestima, adolescencia.

INTRODUCCION

La llegada de este nuevo siglo hace evidente un vertiginoso cambio en los comportamientos sociales, que ocasionan un incremento en las situaciones de alto riesgo entre @ adolescentes que pueden conducirlos al consumo de drogas si no se tiene un control por parte de las instituciones sociales, la escuela y la familia, ante esta grave situación.

Sin embargo desde esta perspectiva, se sabe que la familia, en calidad de núcleo social, juega un papel sumamente importante, como factor protector frente a los problemas que se presentan en los jóvenes.

Los resultados de las encuestas realizadas en nuestro país (Encuesta Nacional de Adicciones 2008), demuestran cómo se ha ido incrementando el consumo de estupefacientes en los jóvenes, por lo que es importante que se busquen alternativas que puedan ayudarlos, a no caer en la tentación de las drogas.

Las encuestas sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (particularmente dos legales, como son el tabaco, el alcohol, y otras identificadas ilegales, como la marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas, metanfetaminas, inhalables, alucinógenos y medicamento consumidos sin prescripción médica, especialmente ansiolíticos, tranquilizantes y estimulantes) han constituido un valioso instrumento en la utilización sistemática de este conocimiento para la toma de decisiones y definición de referentes base, que sirve para evaluar el impacto de las acciones que se llevan a cabo por parte de las Instituciones de salud para controlar este importante problema de salud pública. (ENA, 2008).

A la fecha, se han realizado cinco encuestas nacionales sobre este tema, las primeras cuatro en 1988, 1993, 1998 y 2002. Las tres primeras reportaban datos urbanos y en la cuarta, que modificó la periodicidad quinquenal con la que se hicieron las anteriores, e incluyó datos rurales. Las cuatro encuestas tuvieron representatividad nacional y a partir de sus resultados fue posible construir datos regionales (norte, sur y centro). La quinta

encuesta nacional, realizada entre 2007 y 2008 –con la que se hace un comparativo para conocer cómo ha evolucionado el fenómeno de las adicciones, al cual se le ha dado seguimiento durante 20 años, contando con una representatividad urbano-rural, y estatal.

Esta quinta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008), se realizó bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y del Consejo Nacional contra las Adicciones, y se contó además con la colaboración del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que tuvo a su cargo el diseño conceptual y el análisis de los datos relativos a alcohol y drogas ilegales y medicamentos no prescritos, y de igual forma con el Instituto Nacional de Salud Pública, que realizó el diseño de la muestra, el levantamiento de campo y el diseño conceptual y análisis del capítulo sobre el tabaco.

La encuesta fue de un total de 50 688 viviendas en todo el país, con representatividad por entidad federativa. La información se obtuvo mediante entrevista directa en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. La encuesta busca también conocer los factores asociados a la utilización de estas sustancias, así como las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el abuso de las mismas (Córdoba, A., 2008).

El consumo de drogas, es uno de los problemas que más afecta a los adolescentes que parecen ser uno de los grupos más vulnerables a caer en este tipo de conductas de riesgo, dado que la adolescencia es una etapa compleja en la que el individuo se encuentra con cambios físicos, psicológicos, emocionales y exigencias sociales como la autonomía, la toma de decisiones más asertivas para su vida futura, que puede favorecer el uso de drogas (Armendáriz, Rodríguez, Guzmán y Francisco, 2008).

En cuanto al abuso de sustancias, la orientación callejera, la curiosidad, la insatisfacción, la presión social y la diversión propician que muchos adolescentes contraigan adicciones al alcohol, al tabaco y a los estupefacientes, lo que constituye un grave problema, y de acuerdo con las Encuestas Nacionales de Adicciones, todas las drogas van en aumento.

Los factores que más se han asociado al incremento en el uso de drogas son entre otros, la mayor disponibilidad de las sustancias, la tolerancia social, el consumo del entorno inmediato (la familia y amigos) y los problemas emocionales que enfrentan los jóvenes (Monjarás, R., 2009.)

En las mujeres ha habido un aumento considerable en el consumo, y el ser hombre sigue siendo un factor importante de riesgo para su uso y abuso. Puede preverse que el problema seguirá en aumento porque se incrementa en números absolutos la población joven (Villatoro y cols., 2007).

Los expertos dicen que el consumo de drogas obedece a múltiples factores tanto sociales, psicológicos, biológicos y genéticos donde las afecciones personales de quien la consume se manifiesta en un deterioro en la calidad de vida, existiendo en esta problemática todo un proceso psicológico que inicia con la negación de ésta, con la idea de que no se está iniciando en el consumo de alguna droga o que se es adicto, pues no acepta que se tiene una necesidad de consumir determinada sustancia; la cual no puede posponerse y contrariamente se vuelve más recurrente y necesita mayor cantidad, debido a que el consumo genera tolerancia.

Esta situación se agrava cuando la persona pierde el control de la voluntad y predominan los impulsos, lo cual lo expone a realizar acciones, que ponen en riesgo su integridad y bienestar, así como de quienes le rodean, también llegan a presentar conductas ilícitas o antisociales.

En nuestro país son múltiples los sectores que hacen esfuerzos para reducir este mal, es así que vemos campañas y acciones por parte de los diferentes sectores sociales que tratan de evitar la venta, producción, consumo y tráfico de drogas. Asimismo cada sector desde sus propias funciones y alcances promueve programas para este mal, sin embargo, no han sido suficientes.

En el caso de la escuela básica observamos a docentes realizar acciones en este sentido y se elaboran programas para la prevención de esta problemática dirigido a padres y alumnos, también dentro de las diferentes asignaturas de primaria y secundaria se aborda este tema en forma específica, se realizan campañas de orientación y sin embargo se ha logrado muy poco, pues los datos estadísticos mencionados indican que los porcentajes en el consumo han aumentado observándose que cada vez el consumo es mayor.

Esto ha llevado a las instituciones a fortalecer las acciones emprendidas y a mejorar las estrategias de intervención de manera que tengan un mayor impacto en la población y con ello se cree una mejor conciencia en alumnos y padres de familia.

Es importante recordar que las personas comprometidas en el trabajo educativo tenemos una gran labor, que es la de formar y educar a las futuras generaciones para que se promueva y fortalezca el crecimiento y desarrollo no sólo individual, sino también social, de tal forma que por medio de la currícula básica, contamos con diferentes elementos psicológicos en donde a través del diseño y elaboración de programas acorde a las necesidades primordiales de los jóvenes, se desarrollen estrategias para atender situaciones particulares que preocupan e inquietan a los alumnos en la problemática de las adicciones y cuidado del cuerpo.

Así como el quererse a sí mismo (autoestima), y las inquietudes de los adolescentes hasta los problemas sociales que impliquen respeto de la comunidad y bienestar social en donde estén considerados diferentes valores humanos que también son aplicables a las adicciones.

La farmacodependencia ha demostrado tener más influencia en el hombre con el paso de los años, convirtiéndose en un acontecimiento social alarmante a pesar de que el número de consumidores en nuestro país no es comparable con otras naciones.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), existe la necesidad de elaborar mayores estrategias que eviten el aumento de personas adictas.

Las drogas están presentes entre los adolescentes del país desde los 12 años y la cocaína ha ocupado un lugar preponderante en las preferencias de los adolescentes. Al

comparar la encuesta nacional (ENA, 2008) actual con las anteriores, que abarcan un periodo de 10 años, se hace evidente los aumentos en los consumos de haberla probado aunque sea alguna vez, de esta forma el consumo de cannabis se elevó significativamente pero es la cocaína la que registra los incrementos más importantes.

En esta última encuesta se observó cómo la cannabis sigue siendo la principal droga consumida y los inhalables que ocupaban el 2º lugar en 1988 fueron desplazados por la cocaína. Al parecer la asistencia a la escuela se convierte en un factor protector importante para el consumo. El 24% de los varones y 20% de las mujeres consideran no peligroso el consumo de drogas. Debe reforzarse la idea entre los jóvenes de que las drogas dañan la salud, ya que este es el principal motivo que ellos dan para no acercarse a las drogas. Uno de los principales factores para el consumo de drogas son los amigos. Ser varón aumenta la probabilidad de caer en la tentación de las drogas, tener menos de 15 años, y el no trabajar o ser hijo de un jefe de familia con baja escolaridad aumenta el riesgo en el uso de inhalables.

Los niños y jóvenes tienen derecho a que sus necesidades sean cubiertas y bien atendidas, y es responsabilidad de la familia de manera primordial el cumplimiento satisfactorio de esas necesidades, siendo la familia la que mejor puede responder a las necesidades básicas de los hijos, en colaboración con instituciones sociales y la escuela, que adquiere un papel complementario con el de la familia, no sólo ofreciendo formación y enseñanza de conocimientos, sino que también debe garantizar el bienestar de los niños y jóvenes.

La escuela debe detectar con la máxima celeridad las situaciones de riesgo social, las carencias y las dificultades, ya que éstas pueden privar e interferir negativamente en la idea de promover un óptimo desarrollo integral y de bienestar (López, S., 2008).

La escuela constituye uno de los ámbitos relevantes donde se lleva a cabo la socialización y el desarrollo de los adolescentes; otros como indicamos son la familia y el grupo de pares. El ámbito escolar es un nicho de oportunidad para desarrollar conductas

saludables, pero, a su vez, la inadaptación escolar puede influir en comportamientos peligrosos, entre los que figuran el consumo inmoderado de alcohol, tabaco y drogas ilegales o las prácticas sexuales de alto riesgo, además de conductas antisociales y alteraciones del comportamiento.

La sociedad se ha preocupado, por las personas que usan y abusan de sustancias adictivas, más no por las reglas, ni guías para poder enfrentar los problemas que se generan. La atención de problemas con herramientas tradicionales, para la solución de conflictos; en ocasiones, no funcionan (Martínez, 2006), de ahí la importancia de incidir en este problema realizando una propuesta de intervención con propósitos preventivos.

El aumento y la creciente complejidad del consumo de drogas en México, exigen el desarrollo de programas más eficaces, centrados en factores específicos. Se han identificado, entre otros factores de riesgo el uso de sustancias lícitas, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y falta de control familiar; el abandono o suspensión de estudios, baja adherencia escolar, la tolerancia social y la pertinencia a redes sociales disfuncionales, uso inadecuado del tiempo libre; así como diversos trastornos de conducta, entre los que se encuentran la depresión y la ansiedad. (Arellanez, y col, 2004).

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y en los programas de acción que de él se desprenden, se reconoce de manera explícita que las adicciones el tabaco y alcohol son las principales causas de enfermedad y muerte, sin embargo, se argumenta que pueden evitarse, por lo que se apunta a la necesidad de la prevención y control de su consumo; en particular en los jóvenes, ya que, las autoridades sanitarias, los consideran como la población de más alto riesgo para el consumo de sustancias adictivas. (Urquieta, y col, 2006).

Objetivo General:

Proporcionar herramientas teóricas que permitan sensibilizar a los maestros y padres de familia sobre la relación que existe entre las adicciones y la autoestima en los adolescentes.

Para ello la presente investigación se encuentra dividida en cuatro capítulos:

En el primero se aborda la etapa de la adolescencia, en donde se tratan aspectos relacionados con el desarrollo de las y los adolescentes. Se conceptualiza a la adolescencia desde el punto de vista de varios autores, los cambios físicos y fisiológicos a los que se enfrentan desde la niñez hasta la condición de adulto, lo cual denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez, que le permiten alcanzar la madurez emocional y sexual aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

En el segundo capítulo se desarrolla el tema de las adicciones, en donde se describe qué son las drogas así como la dependencia que se adquiere en su consumo de manera física y psicológica.

Se sabe que el consumo de drogas está aumentando, que la marihuana sigue siendo la droga de preferencia, que el consumo de cocaína se duplicó y que el consumo de metanfetaminas, *crack* y heroína es significativamente menor, y muestra tendencias importantes de crecimiento, por ello es importante detectar las necesidades de intervenciones preventivas, de intervenciones breves y de tratamiento.

Cabe señalar que debido a que sólo la mitad de los jóvenes de entre 12 y 25 años ha estado expuesta a la prevención, es necesario reforzar los programas preventivos que se imparten en las comunidades, además de considerar medidas y programas por parte de los planteles educativos.

El inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por lo tanto, es necesario continuar con las campañas que limitan el acceso de los menores de edad al tabaco y reforzar los programas de prevención de abuso de alcohol en este grupo.

Las variables relacionadas con el entorno y la comunidad también pueden constituir factores protectores o de riesgo, la eficacia de la cooperación, la cohesión social y otros aspectos de los ambientes que se comparten a nivel local influyen en las conductas de abuso de sustancias (López y Rodríguez-Arias, 2010).

Está comprobado que los factores de riesgo pueden disminuir el riesgo a desarrollar una dependencia y se asocia con la resiliencia (López y Rodríguez-Arias, 2010; Becoña, 2002).

En el capítulo tres se retoma todo lo referente a la autoestima la cual es conceptualizada como la *valoración que hace la persona de dicha información*, es decir de la información que se conoce de sí mismo, la que valora de forma positiva o negativa, o que no valora porque no la conoce, es *el afecto que se tiene a sí mismo*.

Los autores que se mencionan en este apartado, la conceptualizan desde diferentes puntos de vista, y que finalmente convergen en las relaciones que establecemos con otras personas como son la familia, que es uno de los espacios sociales más importantes en la conformación de la identidad, cómo también influyen los vecinos, los amigos y los conocidos con quienes interactuamos frecuentemente.

Se trata el tema de autoimagen e ideal de uno mismo, que refleja la autoestima individual, también se menciona el tema de la autoestima y adolescencia entendida como la etapa de transición entre la infancia y la vida adulta y los cambios que se asocian con los cambios físicos paulatinos y sociales, en la que se adquiere una imagen más definida del autoconcepto.

El *autoconcepto* visto como el *conjunto de información sobre uno mismo*, es decir el conocimiento que el niño o la persona tiene de sí misma; y que le servirá de base para formar un adecuado autoconcepto, así como los *diferentes estilos de crianza* y la importancia que tiene *la familia* al ser considerada el primer ambiente donde la persona socializa, (Nardone, Giannotti y Rocch, 2003) por establecer lazos fuertes y duraderos, proporcionar cuidados básicos y fomentar en los jóvenes creencias y valores fundamentales acerca de la vida los cuales permanecerán a través del tiempo.

En el capítulo cuatro, derivado de la revisión bibliográfica concluimos con una propuesta de intervención para contribuir a la prevención de las adicciones en jóvenes por lo que se plantea la implementación de un Taller con adolescentes que cursan la educación secundaria, que están o no frente a un riesgo latente de consumir drogas; con una duración de 10 sesiones de dos horas cada una.

Se propone que los instructores sean psicólogos ya que de acuerdo a su perfil son las personas idóneas para dar respuesta a los cuestionamientos, comprensión y cambio de actitud que muestren los adolescentes durante el desarrollo de las actividades programadas ya que es una de las diversas funciones que corresponden a la labor del psicólogo.

Se sugiere que el número de participantes por grupo sea de 10 a 15 adolescentes con la finalidad de tener un mejor control de grupo y se pueda dar la debida atención a cada uno, o a quién más lo necesite.

Con la finalidad de obtener la información requerida, se aplicarán dos instrumentos (pretest y postest), finalmente se entregará a los participantes un cuestionario para evaluar el taller y mejorar aspectos que puedan enriquecer el trabajo a desarrollar en posteriores implementaciones.

CAPÍTULO UNO. ADOLESCENCIA

1.1 Antecedentes

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios físicos, Psíquicos y sociales que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora. Los cambios físicos tienen una amplia variación de la normalidad. Es pues necesario comprender y conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales.

Durante millones de años de evolución de la especie humana, se han ido seleccionando tipos de comportamientos. Sin embargo, las consideraciones culturales y sociales han ido cambiando rápidamente en los últimos miles y más aún en los últimos cientos de años, lo que dificulta la expresión de estos rasgos seleccionados, causando por lo tanto un alto grado de estrés durante la adolescencia, que se traduce en mucha de la patología típica de este período de la vida. Castellano, G. (2004)

Es durante la adolescencia cuando las ideas nuevas el arte y las creencias tienen un mayor impacto en nuestra imaginación. Curiosamente, los adolescentes no han gozado de muy buena fama ya desde períodos remotos de nuestra sociedad, aunque posiblemente sea la adaptación a esta sociedad "moderna" lo que contribuye a esta mala fama.

Durante millones de años la evolución de la especie humana los hombres se han ido tipificando por ser agresivos, independientes y aventureros, mientras que las mujeres por ser sociables y maternales. Sin embargo las condiciones culturales y sociales han ido cambiando rápidamente al paso al paso del tiempo lo que dificulta la expresión de estos rasgos seleccionados para cada género, causando por lo tanto un alto de estrés durante la adolescencia que se traduce en mucha de la patología típica de este período de vida.

1.2 Definición y conceptualización de adolescencia.

El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall (citado en Papalia, 2005) afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad.

Es un periodo de transición caracterizado por cambios biológicos, sociales y culturales significativos y acelerados. De acuerdo a la información en la actualidad, la adolescencia se refiere al periodo de la vida situado entre la infancia y la vida adulta, que va desde los 12 a los 19 años de edad, aunque este intervalo varía considerablemente según las personas, el periodo histórico, el país y la cultura de los que se trate. Es por ello que el inicio de la adolescencia tiende a definirse principalmente por la edad biológica del individuo y no por la cronológica, y el final, a partir de la edad social de la persona (Kimmel, 1998).

Es aquí en donde el individuo se convierte en una persona que deberá estar preparada para asumir sus propias responsabilidades, empieza a tomar decisiones propias, y a medida que pasa el tiempo, tendrán una consecuencia positiva o negativa.

Es en esta etapa, donde se adquieren los buenos o malos hábitos para la salud, siendo el comienzo de una vida propia. Es aquí, donde sus triunfos dejarán huella en su vida adulta, y la formación de su consciencia.

En estudios realizados por Debesse (1967, citado en Craig 2001) se observó que cuando un niño llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero todavía es el "apoyo indispensable" para su desarrollo emocional. Mientras esté en contacto con su familia, el adolescente está muy influenciado por ésta, y se convierte en un importante factor determinante en su "espacio psicológico personal". Los vínculos familiares pueden volverse tensos, casi todos los conflictos giran en torno a los quehaceres domésticos, el noviazgo, las calificaciones y la apariencia personal.

Mandelbaum (1969, citado en Feldman 2008) considera que la adolescencia es una recapitulación de las actitudes de los padres hacia la infancia. Si el niño fue capaz de aprender a tener confianza, armonía, y un sentido de identidad, cabe esperar que la transición a la edad adulta sea fácil. Sin embargo, si los padres se han resistido a la búsqueda de autonomía del niño, puede esperarse que el adolescente recurra a métodos rebeldes cuando emprenda la transición a la edad adulta.

El hogar se convierte en el punto central sancionador del adolescente como si fuera un niño. La escuela y la comunidad en sus relaciones con los adolescentes son extensiones del hogar. El hogar es importante para el adolescente ya que le trasmite e interpreta su cultura; afecta y moldea su personalidad; le ofrece seguridad y afecto si es un buen hogar, opera como agencia que define estatus y papeles; y, por último, tiene gran importancia para fomentar su madurez y determinar su ajuste futuro como adulto.

Para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía. Por esto, durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros. El adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales. Es pues, lógico que recurra a quienes están viviendo las mismas experiencias, así, las redes de los compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales.

Epstein (1983), Hawkins y Bernt (1985, citados por Craig 2001) mencionan, que los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad, la clase de conductas que serán recompensadas por la sociedad y los roles adecuados. La competencia social es un elemento fundamental de la adolescencia.

En parte, la competencia social se basa en la capacidad de hacer comparaciones sociales, Estas permiten que el adolescente se cree una identidad personal y evalúe los rasgos de otras personas. A partir de estas evaluaciones, el adolescente elige los amigos íntimos entre las pandillas y las bandas que forman parte de su ambiente.

Mauricio Knobel, se refirió a ella como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose de sus primeras relaciones objétales y de su medio social, pasando por procesos como el duelo y por cierto grado de patología inherente a la evolución de si mismo.

Berndt (1982, citado Craig, 2001) observó: que los adolescentes suelen escoger amigos y salir con personas cuya clase social, intereses, valores morales y ambiciones académicas se parecen a la de ellos. Adquieren mayor conciencia de los grupos de compañeros y les interesa mucho saber si su grupo es o no aceptado. Saben a qué grupo pertenecen y analizan el efecto que tendrán en su estatus y en su reputación. Los que pertenecen a grupos de un estatus elevado suelen tener una gran autoestima.

Por su parte, Roscoe y colegas (1987, citados por Craig, 2001) mencionan que los adolescentes de menor edad piensan, en función de una gratificación inmediata, para ellos la recreación y el estatus son motivos muy importantes. Los adolescentes de mayor edad muestran actitudes menos superficiales, les interesan más los rasgos de personalidad y los planes de la otra persona para el futuro.

Según la organización mundial de la Salud considera a la adolescencia entre el período comprendido entre los 10 y los 19 años. La adolescencia inicial es la primera fase, y comienza generalmente a los años en la niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía, se presenta desde los 15 a los 19 años. Para la OMS la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años.

G. Stanley hall (1916) sostenía que los factores fisiológicos genéticamente determinados producen reacciones psicológicas. Hall consideraba la adolescencia como un periodo de tormenta e impulso, un periodo de vacilación y emociones contradictorias.

Margaret Mead (1961) estudió la adolescencia de otras culturas y encontró que esta etapa de la adolescencia, en la sociedad occidental no es un fenómeno universal.

Para Sigmund Freud (1953) consideraba la etapa genital, de la maduración sexual, como el principio fundamental de la adolescencia. Ésta es un redespertar de los impulsos sexuales de la etapa fálica, la cual ahora se orienta por canales aprobados socialmente, relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia.

1.3 Cambios Físicos y Fisiológicos

Con independencia de la edad las mutaciones corporales no dejan impasible. La adquisición de las características adultas del propio sexo y por un tanto, la madurez física y sexual. En este proceso, la pubertad, se demora durante unos cinco años y comprende dos categorías de cambios.

Por un lado, el “estirón” que incluye un cambio brusco en la velocidad del crecimiento, así como el aumento de talla y de masa corporal.

Por otro lado las transformaciones ligadas a la madurez sexual: desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios así como la primera menstruación (menarquia) en las chicas o eyaculación (espermaquia) en los chicos.

Además de los cambios corporales dependientes de la pubertad, el cerebro continúa su desarrollo, tanto respecto al denominado circuito cognitivo como al emocional.

Con respecto al primero el desarrollo de la corteza pre frontal y la parietal, ligadas a funciones intelectuales tales como la atención selectiva, la toma de decisiones o la inhibición de respuestas, no termina antes de la adultez temprana.

Por otro lado, durante la pubertad se está produciendo un proceso de reorganización de las conexiones nerviosas cuya finalización en la **pospubertad** se manifestaría en un aumento de la eficacia de los circuitos nerviosos. Este período puberal de reorganización señala que nos encontramos en un momento de máxima sensibilidad ante las experiencias, ya sean de tipo intelectual o social, tal como se produce en los primeros años de vida.

Stanley Hill (Kaplan, op. cit.) concebía a la adolescencia como “La última gran ola” en el crecimiento humano, enviando a aquel niño a la frontera de la edad adulta, con muy pocas defensas para lo que está por venir.

Aquí coincide con Rousseau, pues dice que ésta le permite el paso a una etapa más elevada de humanidad.

Hall (Kaplan, op. cit.) le dio matiz ético puritano a la visión de la adolescencia, diciendo que era el renacer más humano estableciendo sociedades futuras.

Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes, están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

Los efectos psicológicos de la maduración temprana o tardía dependen de cómo interpreten los adolescentes los cambios que le acompañan. Por un lado las mujeres en la pubertad sufrirán cambios en sus órganos sexuales, como son los ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina. Posteriormente se ven los cambios secundarios, en los senos, vello púbico y axilar, aumento en el ancho y profundidad de la pelvis, y cambios de voz.

Mientras que en los hombres se observan en la pubertad el crecimiento de testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Más adelante se ven las características secundarias que son el crecimiento de vello púbico, axilar, cambios en la voz y en la piel, además del ensanchamiento de la espalda.

Son los instintos sexuales, los principales que deben ser dominados y canalizados a otras vías, adquiriendo las exigencias de la genitalidad, la competencia sexual y la reproducción.

Aunque existen tiempos o parámetros del desarrollo físico, cada individuo hace la excepción, lo cual puede ser una variable que influya en el desenlace de la etapa adolescente.

Aberastury (1998) hace hincapié sobre las relaciones grupales en donde el adolescente comenzará a comparar la evolución de su cuerpo con el de los demás y si existiera alguna diferencia entre lo que él y el otro tienen, lo alejará de la multitud, pues esto puede perturbar su imagen, porque ese cuerpo es con lo que se proyectará en su medio ambiente.

Entre la madurez precoz y la tardía existen algunas ganancias y pérdidas. En sujetos hombres, que se desarrollan antes de lo establecido son más equilibrados, tranquilos, bien dispuestos, populares entre los compañeros y con una probabilidad elevada de ser líderes. Pero no obstante son menos impulsivos, están preocupados por su apariencia, son cautelosos y se ajustan más a las reglas. Mientras quienes maduran más tarde, se sienten mal, rechazados y dominados, tienden a ser más demandantes, agresivos e inseguros, se rebelan contra los padres.

Al parecer los que maduran más rápido obtienen beneficios en relación a su autoestima, tienen ventajas en tiempo ya que disfrutan de estar a nivel de los compañeros de su edad. Una de las desventajas es que así como su crecimiento es rápido y aparenta tener fuerza y capacidad para ser, es muy probable que los padres asignen más responsabilidades.

En las niñas, el madurar al mismo tiempo las mantiene más tranquilas, ya que si su proceso de madurez, es más rápido, suelen ser menos sociables, son más tímidas e introvertidas y ven con más negativismo la menstruación, por lo que tienden a formar una imagen pobre de sí mismas.

Los cambios corporales, en ocasiones van a destiempo de la adaptación, no existe conocimiento que le permita entender qué es lo que sucede con él, el registro de sus experiencias no están del todo familiarizadas con lo que ocurre en ese instante (ver tabla 1) mientras que eso sucede, del otro lado, o sea en su medio, las cosas ya no se tornan igual, a medida que su desarrollo físico se va dando, los adultos, también entran en crisis, y comienzan a darle nuevas responsabilidades.

Tabla 1. Edad aproximada y secuencia de la aparición de los caracteres sexuales secundarios

EDAD EN AÑOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
9 a 10		Crecimiento de la pelvis; los pezones inician su protrusión.
10 a 11	Primer crecimiento de pene y testículos.	Inicio del desarrollo de las mamas, vello púbico.
11 a 12	Se inicia la actividad prostática.	Cambios en el epitelio y mucosa vaginal; crecimiento de genitales externos e internos.
12 a 13	Aparece el vello púbico.	Pigmentación de los pezones, presencia de glándulas mamarias.
13 a 14	Crecimiento acelerado de pene y testículos; aparición de nódulo de la glándula mamaria y ginecomastia pasajera	Vello axilar, menarquía promedio 13.5 años; variación 9 a 17 años
14 a 15	Vello axilar, bozo, cambio de voz	Embarazos normales
15 a 16	Promedio de edad maduración espermática	Acné cambio de voz
16 a 17	Vello facial y corporal, acné.	Detención del crecimiento esquelético.
21	Detención del crecimiento esquelético.	

1.4 Aspectos intelectuales

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que, la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente.

El psicólogo francés Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno.

Según Piaget (citado en Papalia, 2005) los adolescentes entran al nivel más alto de desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales, cuando desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto.

Este desarrollo por lo regular alrededor de los 11 años, les da una nueva y más flexible forma de manipular la información más allá del aquí y ahora, entendiendo el tiempo histórico y el espacio extraterrestre, pueden usar símbolos aprender álgebra y cálculo aprecian mejor la metáfora y la alegoría, pueden pensar mejor en términos de lo que podría ser y no solo de lo que fue.

Son capaces de formar posibilidades y de formar y comprobar hipótesis. Pueden integrar lo que han aprendido en el pasado y con los desafíos del presente hacer planes para el futuro.

Los adolescentes pueden realizar pensamiento hipotético deductivo en la etapa de las operaciones formales de Piaget, además de pensar en términos de posibilidades, manejar los problemas con flexibilidad. La maduración del cerebro y la estimulación ambiental juegan un papel importante en la adquisición de esta etapa. La educación y la cultura son determinantes en este proceso.

La teoría de Piaget no toma en consideración la acumulación de conocimiento y experiencia, ni el crecimiento de la metacognición. Piaget prestó poca importancia a las diferencias individuales, las variaciones entre tareas y el papel de la situación.

El vocabulario y otros aspectos del desarrollo del lenguaje, en especial los relacionados con el pensamiento abstracto, mejoran en la adolescencia. Los adolescentes disfrutan los juegos de palabras y crean su propio "dialecto".

De acuerdo con Elkin (1970, citado en Feldman, R. 2008) los patrones de pensamiento inmaduro pueden resultar de la inexperiencia de los adolescentes con el pensamiento formal. Esos patrones de pensamiento incluyen idealismo y carácter crítico tendencia a discutir, indecisión, hipocresía aparente, autoconciencia y suposición de ser especial e invulnerable.

El éxito escolar se ve influido por: las creencia de *auto eficacia*, la motivación académica, la posición socioeconómica, la participación de los padres, los estilos de crianza, el origen étnico, la influencia de los padres y la calidad de la educación afectan el logro educativo de los adolescentes.

Mientras que los niños son dependientes del contexto, los adolescentes aceptan diferentes realidades para diferentes contextos o personas diferentes. Los niños, con un pensamiento operacional concreto, saben que diferentes individuos pueden tener diferentes puntos de vista sobre un mismo asunto, pero mantienen la percepción de que debe haber una sola verdad absoluta.

El adolescente debe adaptarse a la pérdida de la creencia en la capacidad de conocer algo de manera absoluta. Puede adoptar el dogmatismo rígido, o vacilar entre éste y el abandono de esfuerzos por conocer algo totalmente, lo cual trae consigo una actitud de indiferencia emocional o ansiedad, y algunas emociones negativas, lo que se ha llamado "Ansiedad Cartesiana" da lugar a sensaciones de temor, caos y soledad, pérdida y desamparo. Se desarrolla la habilidad de planeación y anticipación, surgiendo asimismo

estrategias más complejas en la resolución de problemas. Crece la capacidad para reflexionar sobre los pensamientos propios (Súarez de la Cruz, 2009).

1.5 Aspectos socioemocionales.

Algunos autores (Gianine D. Rosenblum y Michael Lewis, cit. en Blackwell, 2003) señalan que la experiencia emocional en la adolescencia es diferente a la de los adultos, en parte debido a la incorporación de nuevos eventos tanto fisiológicos como cognitivos y su influencia en la percepción del desarrollo de sí mismo y adquisición de un estado adulto, representando vivencias únicas que no persisten en años posteriores.

La mayoría de las emociones se desarrollan durante los primeros años de vida, y se van elaborando durante la niñez temprana, de manera que en la adolescencia no surgen nuevas emociones, pero crecen las habilidades de control emocional.

Hay eventos únicos o que se viven por primera vez durante la adolescencia, que tienen implicaciones significativas para las emociones, como el desarrollo del pensamiento de operaciones formales, los cambios hormonales y otros cambios fisiológicos durante la pubertad, cambios en la identidad, mayor orientación hacia las relaciones compañeros y cambios en las demandas sociales. (Rosenblum y Lewis, cit. en Suárez de la Cruz, 2009) opinan que los cambios emocionales influenciados por cambios hormonales representan una experiencia única en el periodo adolescente.

El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall (citado en Papalia, 2005) afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto.

En estudios realizados por Debesse (1967, citado en Craig 2001) se observó que cuando un niño llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero todavía es el “apoyo indispensable” para su desarrollo emocional.

Mientras esté en contacto con su familia, el adolescente está muy influenciado por ésta, y se convierte en un importante factor determinante en su “espacio psicológico” personal. Los vínculos familiares pueden volverse tensos, casi todos los conflictos giran en torno a los quehaceres domésticos, el noviazgo, las calificaciones y la apariencia personal.

Mandelbaum (1969, citado en Feldman 2008) considera que la adolescencia es una recapitulación de las actitudes de los padres hacia la infancia. Si el niño fue capaz de aprender a tener confianza, armonía, y un sentido de identidad, cabe esperar que la transición a la edad adulta sea fácil.

Sin embargo, si los padres se han resistido a la búsqueda de autonomía del niño, puede esperarse que el adolescente recurra a métodos rebeldes cuando emprenda la transición a la edad adulta. El hogar se convierte en el punto central sancionador del adolescente como niño. La escuela y la comunidad en sus relaciones con los adolescentes de hecho sólo son extensiones del hogar. Éste es importante para el adolescente ya que le transmite e interpreta su cultura; afecta y moldea su personalidad; le ofrece seguridad y afecto si es un buen hogar, opera como agencia que define estatus y papeles; y, por último, tiene gran importancia para fomentar su madurez y determinar su ajuste futuro como adulto.

Douvan y Anderson (1966, citado en Craig 2001) concluyeron que a medida que los adolescentes se independizan de sus familias, necesitan más a los amigos para obtener apoyo emocional y probar sus nuevos valores y son sobre todo, los amigos íntimos los que favorecen la formación de la identidad, por lo que, el adolescente suele recurrir a sus amigos más cercanos que a sus padres en busca de consejos.

Conforme los adolescentes van adquiriendo más independencia de sus padres buscan más el apoyo emocional de sus pares. Es comprensible que los primeros años de la adolescencia sean aquellos en los que los padres se preocupan más sobre los posibles

efectos negativos de la presión de los pares. Sin embargo algunos estudios han demostrado que, en el transcurso del tiempo, los amigos se vuelven más similares entre sí en la frecuencia de conductas riesgosas o poco saludables de que fueron originalmente (Curran y otros, 1997., Jaccard y otros, cit., en Gray, 2008).

Desde una perspectiva novedosa, los conflictos familiares se han estudiado como situaciones de evaluación de las conductas de ayuda y cuidado de los adolescentes hacia sus progenitores y como ocasiones propicias para el aprendizaje en relación con la mente de los otros (Rodrigo y otros, 2008).

Por otro lado, el tono de las relaciones paternofiliales dependen de la estructura familiar completa. Estudios recientes (Olivia, Parra y Arranz, 2008) señalan que un estilo parental democrático se relaciona con adolescentes con menos problemas comporta mentales y emocionales, y una mayor autoestima y satisfacción vital. Por el contrario, los mayores problemas surgen conectados con un estilo indiferente, caracterizado por escaso afecto y control.

Epstein (1983), Hawkins y Bernt (1985, citados por Craig 2001) mencionan, que los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad, la clase de conductas que serán recompensadas por la sociedad, y de los roles que se asuman.

La competencia social es un elemento fundamental de la adolescencia, se basa en la capacidad de hacer comparaciones sociales, Estas permiten que el adolescente se cree una identidad personal y evalúe los rasgos de otras personas. A partir de estas evaluaciones, el adolescente elige los amigos íntimos y entre las pandillas y las bandas que forman parte de su ambiente.

Berndt (1982, citado Craig, 2001) observó: que los adolescentes suelen escoger amigos y salir con personas cuya clase social, intereses, valores morales y ambiciones académicas se parecen a la de ellos.

Adquieren mayor conciencia de los grupos de compañeros y les interesa mucho saber si su grupo es o no aceptado. Saben a qué grupo pertenecen y analizan el efecto que tendrán en su estatus y en su reputación. Los que pertenecen a grupos de un estatus elevado suelen tener una gran autoestima.

Por su parte, Roscoe y colegas (1987, citados por Craig, 2001) mencionan que los adolescentes de menor edad piensan en función de una gratificación inmediata para ellos la recreación y el estatus son motivos muy importantes.

Los adolescentes de mayor edad muestran actitudes menos superficiales, les interesan más los rasgos de personalidad y los planes de la otra persona para el futuro. El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos.

Muchos adolescentes son muy sensibles respecto de su apariencia. Cuando su autoimagen no corresponde al ideal que ven en los medios, a veces se someten a dietas o regímenes rigurosos de acondicionamiento físico. El interés por la imagen corporal puede ocasionar trastornos de alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia.

1.6 La identidad como aspecto vital de la adolescencia

La formación de un sentido de identidad es un proceso altamente complejo, que se lleva a cabo en un periodo largo, y a menudo el individuo es víctima de circunstancias que no pueden controlar y esto propicia confusión de los papeles a desempeñar. En este periodo la falta de sentido de identidad está en el tope. A menudo el único medio que tiene el joven para enfrentarse con las tensiones internas y externas es el empleo del comportamiento de ensayo y error y los mecanismos de adaptación.

El proceso adolescente queda completo solo cuando el individuo ha subordinado sus identificaciones infantiles a una nueva clase de identificación, lograda al absorber la sociabilidad, y en un aprendizaje competitivo con sus compañeros de edad. Establecer una identidad requiere que el individuo se esfuerce por evaluar los recursos y las

responsabilidades personales y aprender cómo utilizarlas para obtener un concepto más claro de quién es y quiere llegar a ser (Erickson, 1959 citado por Monjarás, 2009).

Para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía. Por esto, durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros. El adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales. Es pues, lógico que recurra a quienes están viviendo las mismas experiencias, así, las redes de los compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales.

En la cultura moderna la adolescencia abarca un periodo de por lo menos 10 años. Tanto su inicio como su final suelen ser poco precisos, quizá el mejor indicador de que se convierten en adultos sea la madurez emocional y no criterios más obvios como terminar sus estudios, ganarse el sustento, casarse o procrear (Baldwin, 1986, citado en Craig, 2001).

Para Erickson (1968, citado en Craig 2001) la adolescencia es un periodo en el que el individuo se le permite explorar y ensayar diversos roles antes de asumir sus responsabilidades en el mundo de los adultos, lo que le crea una crisis de identidad y que cada quien actúe de diferente manera.

De acuerdo con Erickson (1968, citado en Papalia 2005) la identidad es una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias con las cuales una persona está sólidamente comprometida.

Una preocupación central durante la adolescencia es la búsqueda de la identidad, la cual tiene componentes ocupacionales, sexuales y de valores. Erickson, escribió el conflicto social de la adolescencia como la identidad frente a la confusión de identidad. La "virtud" que debe surgir en esta crisis es la fidelidad.

James Marcia (1966) en una investigación basada en la teoría de Erickson, describió cuatro estados de identidad con combinaciones diferentes de crisis y compromiso: logro de la identidad, exclusión, moratoria, y difusión de la identidad o identidad dispersa.

Este autor menciona que la identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales: la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

- **Logro de identidad** (la crisis conduce al compromiso). Durante los periodos de crisis los adolescentes hacen un esfuerzo emocional y piensan mucho en los principales aspectos de la vida. Han hecho elecciones y expresan un fuerte compromiso con ellos. Sus padres los alientan a tomar sus propias decisiones; escuchan sus ideas y le dan sus opiniones sin presionarlos para que las adopten.

Los jóvenes meditan mucho, pero no son tan introspectivos como para ser incapaces de actuar. Tienen sentido del humor, funcionan bien bajo presión, son capaces de establecer relaciones íntimas y mantienen sus estándares a la vez que están abiertos a nuevas ideas. La investigación en diversas culturas ha encontrado que la gente en esta categoría es más madura y más competente en las relaciones que la gente en las otras tres.

- **Exclusión** (compromiso sin crisis) Hacen compromisos no como resultado de una crisis lo que implicaría que se cuestionan y exploran posibles elecciones, sino que acepta los planes de alguien más para su vida.

Los adolescentes que entran en esta categoría se sienten felices y seguros de sí mismos, quizá hasta petulantes y satisfechos en su actuar y se tornan dogmáticos cuando se cuestionan sus opiniones. Tienen vínculos familiares estrechos, son obedientes y tienden a seguir a un líder poderoso (como su madre) que no acepta desacuerdos.

- **Moratoria** (crisis sin compromiso todavía). Estos jóvenes viven luchando con sus decisiones. Son vivaces, locuaces, tienen confianza en sí mismos y son escrupulosos,

pero también están ansiosos y temerosos. Son muy cercanos a su madre pero también resisten su autoridad. Desean tener novia pero aún no han desarrollado una relación cercana, con el tiempo es probable que emerjan de su crisis con la habilidad para hacer compromisos y lograr la identidad.

- **Identidad Dispersa** (no compromiso ni crisis). Los jóvenes que no consideran seriamente las opciones y han evitado los compromisos. Están inseguros y tienden a ser poco cooperativos.

Sus padres no discuten con él, su futuro; dicen que eso es asunto suyo, los jóvenes, en esta categoría tienden a ser desdichados, a menudo son solitarios porque solo tienen relaciones superficiales, la forma en cómo resuelvan dicha crisis de identidad está íntimamente ligada a su autoconcepto, los cuales integran la plataforma para el tipo de motivación que va a presentar el adolescente

En la adolescencia buena parte de la atención se dedica a las experiencias sentimentales, de amor o como suelen decir, a los "rollos". Estos enamoramientos cumplen funciones positivas en tanto ayudan a los adolescentes a conocerse y definirse mejor ante ellos mismos y los otros, a desprenderse en parte de los apegos de los adultos y así desarrollar una nueva identidad más autónoma.

Este largo camino en la consecución de una identidad adulta no resulta fácil y una parte de los adolescentes encuentra dificultades, lo que Erikson (1974) denomina difusión de la identidad. Estos adolescentes "perdidos" se sienten aislados, se resisten a pensar en el futuro y oscilan entre posiciones extremas: o se paralizan o actúan compulsivamente; no se concentran en nada o se centran en una única actividad de forma exclusiva.

Todo ello manifiesta la dificultad de saber quiénes son o quieren ser y toman esto como punto de partida para realizar las elecciones.

Como afirma Marcia (1980), lograr la identidad supone tanto una crisis en la que pasamos revista a los valores y las creencias recibidas del entorno como un compromiso autónomo con las elecciones propias, que no significa que sean independientes del medio.

La identidad grupal incluye identidades grupales, sean las de género o las étnicas. En ambos casos, la adolescencia es un momento clave. Respecto a la primera, en los inicios de esta etapa se produce una exaltación de los estereotipos femeninos y masculinos en el deseo adolescente de subrayar su identidad de acuerdo con el estereotipo valorado grupal y socialmente.

Las conductas se van igualando, pero todavía prevalecen los prejuicios sexistas con nuevos ropajes más "benevolentes". La desproporción de chicas frente a chicos que realizan deportes, la imagen femenina del amor romántico y la admisión de prácticas de maltrato (Sastre, Arantes y Gonzales 2007) la homofobia son algunas de las caras de estos prejuicios.

Las teorías sobre la construcción de la identidad, fundamentalmente la de Erikson, han recibido críticas concernientes a diversos aspectos. Se ha señalado su posible idoneidad en lo tocante a las clases medias, los hombres o las poblaciones blancas estadounidenses y su escasa generalización a otros grupos, por ejemplo, a las mujeres (Gilligan,1994).

1.7 Autoconcepto

De acuerdo con Dulanto (2000), la adolescencia es un periodo en el que el individuo trata de llegar a un acuerdo consigo mismo y con su medio ambiente. Es una época de desarrollo de un conjunto de conceptos del yo cuya confirmación e integración será crucial para determinar la conducta personal y social del adolescente, así como su estatus futuro como individuo funcionalmente maduro.

Por lo general, la mayoría de los adolescentes encuentran que es una tarea difícil de desarrollar un grupo integrado de conceptos del yo, adaptados a la realidad, aun cuando algunos factores ambientales propicios pudieran facilitar las cosas a ciertas clases de individuos.

Cierto número de factores confirman esa dificultad. Entre éstos se cuentan las condiciones de la confianza en sí mismo del individuo, su autoestima, hábitos nerviosos, y molestias psicosomáticas, las tendencias a la agresión o a la huida y la conducta de afiliación con los compañeros en contra de otras personas.

Ciertas áreas del medio ambiente se convierten en campos de prueba para el desarrollo del concepto del yo, y durante la adolescencia los problemas que surgen tienden a acumularse. Entre éstas se encuentran las áreas de la conducta y relaciones con los compañeros, las relaciones heterosexuales, el yo físico, la emancipación de la autoridad adulta, la percepción del rol y la inducción del mismo, la elección vocacional, el aprendizaje y la experiencia académica, la aceptación del yo y el desarrollo y evaluación de los valores.

Según Craig (2001) la época más difícil para resolver los problemas que plantea la formulación final del concepto del yo parece encontrarse entre los 14 y 18 años, aunque hay variaciones. Después de los 18 años la dificultad comienza a disminuir gradualmente, hasta que se alcanza la estabilidad de la percepción del yo que en la mayoría de las personas ocurre durante la tercera década de la vida o al comienzo de la cuarta.

La única realidad que el ser humano posee es su yo, y eso no deja de ser curioso porque de todos sus atributos éste es el menos tangible y el más amorfo. De hecho, el yo representa una dualidad que mira tanto al exterior como al interior.

Es el mediador que presenta, interpreta, y explica el ambiente exterior tal como existe en cualquier momento y como se puede hipotetizar en el pasado y en el futuro; es un mediador del interior físico del individuo.

Como anteriormente menciona Craig (2001), las identidades hipotetizadas han de comprobarse en la realidad, y se les debe modificar y cambiar cuando el mundo real demuestre, que sean inapropiadas o mal concebidas.

Durante este periodo los sucesos representados por personas, objetos y acontecimientos, deben comprenderse e integrarse con las experiencias pasadas de los individuos.

El proceso de construcción del yo y de la identidad es la principal tarea del desarrollo en el área psíquica o afectivo-cognoscitiva del organismo humano. También es una labor importante del desarrollo en el dominio físico fisiológico ya que mediante este proceso el organismo realiza su naturaleza humana a medida que obtiene un mediador entre sí mismo y su medio ambiente.

Diversos autores han contribuido a definir el concepto del yo, concibiéndolo como una entidad existente en forma de componentes tangibles o intangibles del organismo, y más particularmente, como una entidad con una existencia independiente del organismo; el yo representa la continua organización y reorganización afectivo-cognoscitiva de las experiencias pasadas del individuo, de las experiencias del presente, y del pronóstico del futuro.

Shaffer (2002) definió el concepto del yo y formula los parámetros dentro de los cuales operan los procesos cognoscitivos en el nivel de la conducta consciente. Hasta cierto punto el desarrollo del concepto del yo tiene una relación integral con el desarrollo de la habilidad de raciocinio, concebida esta última como una elaboración del estado consciente.

En esencia, el yo es una simbolización del organismo y es integralmente un aspecto funcional de éste. De acuerdo con este autor, la mejor forma de definirlo es como un constructo que se ha desarrollado a partir de la interacción del organismo consigo mismo y con su ambiente físico, como resultado de sus relaciones con otros organismos.

El yo es un concepto muy personal y representa en realidad una visión interior. Es la construcción total que el organismo tiene sobre sí mismo y sobre su entorno, o el ambiente pasado, presente, y futuro. En resumen, representa las organizaciones cognoscitivas de las experiencias del individuo (Shaffer, 2002).

CAPÍTULO DOS. ADICCIONES

2.1 Antecedentes de las drogas en México

Las primeras bebidas que se consumieron en América eran fermentadas y se obtenían de frutas silvestres en combinación con agua, bacterias y una temperatura elevada (CIJ, 2000).

El Maguey fue cultivado por los pueblos precolombinos de México, en la mesa central y en las regiones poco fértiles. Después de la caída del imperio tolteca el vulgarmente llamado pulque llegó a otros pueblos como el azteca.

Fray Bernardino Sahagún quien es considerado el investigador e historiador más importante de la cultura prehispánica nos dice que de la historia y de la caída del imperio tolteca se infiere como el pulque, desde su nacimiento, fue causante de pasiones desbordadas, vicios y tragedias que acabaron con él.

Los aztecas lo llamaron "metl" y los nahuas "octli", y desde la antigüedad los sembraron y aprovecharon. El octli tenía para los nahuas una importancia fundamental. Su uso no ritual era severamente castigado, incluso con la muerte, su consumo estaba asociado y restringido exclusivamente a ceremonias religiosas. Era una bebida sagrada y sólo ciertos elegidos estaban invitados a compartirla: sacerdotes, guerreros, mujeres parturientas y ancianos. Los jóvenes eran severamente castigados. Si lo consumían, se les apaleaba en la plaza pública.

Pese a que en las festividades los viejos tenían licencia de ingerirlo Sahagún nos dice que los aztecas hacían oraciones delante del dios Tlaloc, recomendando no beber pulque ya que era el principio de todo mal y perdición.

Para ese tiempo los indígenas ya consideraban al alcohol como la causa de hurtos y violencia, de la soberbia y la altivez. Y en verdad que, se dice que Quetzalcóatl cayó de su alto sólo por haberse emborrachado (como Noé en la Biblia), y lo mismo le sucedió a

Tlachinoltzin, personaje de Cuautitlán, quien se emborrachaba mucho y tuvo que vender todo lo que poseía para adquirir su pulque diario.(Sahagún,1988).

Tepoztecatl fue un hombre que ayudo a perfeccionar la elaboración del pulque y de allí que fue considerado uno de los principales dioses aztecas del pulque y de la embriaguez. En la elaboración del pulque aún se conserva la tradición de no ser probado hasta que esta culmine de lo contrario se considera de “mal agüero” (CIJ, 2000).

Como se ha descrito, en el México Prehispánico, se ingerían fermentados de maíz y de diferentes frutas, además del pulque (neutle entre los mexicas) y el jugo de agave (utilizados sobre todo para la celebración de sucesos especiales); pero una vez que los conquistadores españoles se asentaron en el nuevo mundo, comenzaron a producir sus propios alimentos y bebidas. Una de ellas fue el vino, que no podía faltar en sus mesas.

Por las condiciones geográficas y climatológicas, además de existir parras silvestres donde injertaron las especies europeas, pronto el cultivo de la vid comenzó a dar sus frutos y dio tan buenos resultados que en tiempos de la Colonia el rey Felipe II tuvo que prohibir la siembra de uva y la producción vinícola; sólo se autorizó al clero para su propio consumo (Inglis, 1994).

Habiendo descubierto el proceso de destilación, que permitía alcanzar concentraciones más altas de alcohol y que al perfumar y dar sabor a los destilados, se crearon la producción masiva de los licores. Surgió el mezcal y el tequila y fue prohibida su elaboración pues competía con la producción de la vid (CIJ, 2000)

En la historia es conocido que en el tiempo de la esclavitud los terratenientes y los hacendados pagaban el trabajo con alcohol para mantener controlados a sus campesinos.

Efectivamente, ante la falta de posibilidades y de oportunidades, el alcohol se vuelve un sustituto. En las comunidades indígenas actualmente se consume en gran parte debido al

olvido y a la marginación con que se trató a los indios durante muchos siglos en este país, afirma la Ing. Xóchitl Gálvez (Titular de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas al periódico Reforma en 2005).

En el estado de Oaxaca se realizan a lo largo del año diversas fiestas populares: mayordomías, fiestas patronales, la Guelaguetza, conmemoración de Todos los Santos y Fieles Difuntos, romerías populares, etc.

En las fiestas, el campesino, quien en su vida diaria se muestra tímido, se transforma en personaje importante. Las fiestas patronales generan una congregación alegre, en donde la población masculina reforzará sus afectos (o rencores) a través del ritual del alcohol. Las prácticas tradicionales los arrastran a una fiesta diaria en la que el alcohol es uno de los invitados principales.

"En los pueblos en donde hay bajas temperaturas y donde la neblina apenas deja ver, los hombres y las mujeres acostumbran entrar en calor con bebidas alcohólicas, ya sea mezcal o pulque; en lugares de extrema pobreza se ve ingerir alcohol de 96°.

No es sólo en las fiestas populares donde se consume alcohol, está en la vida cotidiana: los jóvenes se reúnen para este fin en tiendas o tendajones; la madre da mezcal al niño para que se duerma y deje de llorar de hambre.

Lo más importante es que no hay estadísticas precisas del nivel de alcoholismo en los pueblos indígenas". (Castro, 2001)

En México el alcohol es considerado la bebida para las celebraciones es por ello que se afirma que la cultura salvo algunas expresiones aisladas es una enorme generadora de adicciones.

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas; pero el fenómeno de la drogadicción solo ha alcanzado el grado de Problema de Salud Pública en las últimas décadas. (CIJ, 2000)

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos. Sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

Tapia menciona en 2001 que muy seguramente los procesos de refinamiento llevaron a la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo.

2.2 Definiciones y clasificación

Existen múltiples definiciones que han ido transformándose de acuerdo al momento histórico y epidemiológico que se vive a nivel mundial. A continuación algunas definiciones que tienen vigencia en nuestros días y que sirven como marco para la comprensión del presente.

Droga es "toda sustancia que introducida a un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones" según la Organización Mundial de la Salud en 1969. (Tapia, 2001).

Droga de abuso es aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada según la OMS en 1982.

Otra definición más reciente de droga de abuso nos dice que es aquella sustancia psicoactiva con acción reforzadora positiva, capaz de generar dependencia psicológica y física que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social (Ladero 2003).

Las sustancias psicotrópicas son todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen en el sistema nervioso central y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuo generando así una adicción. (CIJ, 2005)

Adicción. La adicción se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habituación. Consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir (Enciclopedia Hispánica, 1989)

Lino Díaz (CIJ, 2005) nos menciona que la **adicción** se define como la dependencia física o psicofisiológica de una determinada sustancia química, cuya supresión causa síntomas de privación al individuo, o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves.

Por otra parte se dice que la adicción es una enfermedad de etiología multifactorial, de carácter progresiva, que incluye un estado de dependencia física y mental, que afecta a la persona en su área física, mental, espiritual, familiar y social, y quien la padece puede presentar recaídas después de un periodo de abstinencia.

Clasificación

Existen varias formas de clasificar a las drogas de abuso, una de las más utilizadas es aquella que agrupa a las sustancias de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central (Tapia, 2001).

- Estimulantes del SNC (cocaína, opiáceos, anfetaminas, metanfetaminas)
- Depresores del SNC (alcohol, solventes)
- Alucinógenos (LSD, marihuana, etc.)
- De uso médico (benzodicepinas)

La décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE 10 denominada Trastornos Mentales y del comportamiento, considera la siguiente clasificación:

Alcohol etílico	Anfetamínico	Disolventes Volátiles
Cocaína	Nicotina	Sedantes
Cocaína	Marihuana	Alucinógenos
Cocaína	Cafeína	Uso médico

En Centros de Integración Juvenil elaboraron la siguiente clasificación:

Clasificación farmacológica de los psicotrópicos de abuso		
Tipo	Nombre comercial	
Opiáceos		Analgésico
Opio		Analgésico
Morfina		
Heroína		
Metadona		Desintoxicación
Meperidina	Demerol	
Codeína	Coderit	
Difenoxilato	Lomotil	
Fentanyl	Coderit	
Nalbufina	Nubain	
Propoxifeno	Darvon	
Buprenorfina	Buprenex	
Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos		
Barbitúricos	Pentobarbital	Hipnótico
Benzodiacepinas	Valium Traxene	Anestésico
Buspirona	Buspar	Anticonvulsivo
Simpaticométicos Anfetaminas		
Cocaína (crack)		Anestésico
Anfetaminas	Dexedrina	Narcolepsia
Metanfetaminas	Ice, Extasis, Cristal	
Biperiden	Akineton	Antiparkinsonico
Trihexifenidil	Artane	Antiparkinsonico
Metilfenidato	Ritalin	Déficit de atención
Otros	Tenuate, Dospan, Ionamin	Anorexigénicos
Alucinógenos		
LSD 25		
Fenilciclidina y Análogos		Veterinario
Análogos		
Psilocibina	Hongos	
Mezcalina	Peyote	
Ololiuqui	Maravilla	
Cannabis		
Mariguana		
Asís		
Disolventes Volátiles		
Naftsetilscetato		
Metiltilisobutelino		
Acetona, Benzol		
Tricloretileno		
Tolueno		
Benceno, Xileno		

Según Ladero en 2003 la clasificación de la Organización Mundial de la Salud publicada en 1975 es:

Opiáceos	Psicodepresores	Alcohol etílico
Psicoestimulantes mayores	Alucinógenos	Cannabis
Inhalantes	Psicoestimulantes menores	Drogas de diseño

En el caso de las sustancias de uso médico en México existe una clasificación especial para la prescripción y venta de psicofármacos, esto es en cuatro grupos según su capacidad para producir dependencia.

El grupo I son aquellos que se adquieren con una receta especial y cuya vigencia es de solo 5 días. En este caso los recetarios son suministrados y autorizados por la propia Secretaría de Salud. En esta clasificación encontramos opiáceos utilizados para anestesia como Meperidina (Demerol), citrato de Fentanil (Fentanest) y Dextropropoxifeno (Darvon) inyectable.

El grupo II comprende los medicamentos que de acuerdo con la ley general de salud requieren para su adquisición de una receta que tenga impreso el nombre, domicilio y número de la cédula profesional del médico que la expida y deberá retenerse en la farmacia y ser registrada en los libros de control que para el efecto se llevan.

Las sustancias incluidas en este grupo son:

- Todas las benzodiazepinas
- Barbitúricos
- Anorexigénicos

El grupo III se consideran los medicamentos que solo pueden adquirirse con receta que contenga impreso el nombre, domicilio y número de la cédula profesional del médico que la expide; en éste caso es posible surtir las recetas tres veces. En esta clasificación se encuentran los barbitúricos solos y tranquilizantes.

En el grupo IV se incluyen todos los demás medicamentos.

Alcohol (exclusivamente)

Tabaco (exclusivamente)

Drogas (sustancias ilegales y/o combinadas con alcohol y tabaco)

La anterior clasificación identifica la droga de impacto es decir de la droga de mayor consumo en el momento del interrogatorio o la droga que ha generado un mayor impacto en los aspectos del desarrollo del individuo (social, económico, familiar de comportamiento y otros.

2.3 Efectos del consumo

El consumo de drogas daña de muy diversas maneras la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la violencia y la desintegración familiar. El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos crecientes en la era de la globalización. México está viviendo este proceso y se ha convertido en un país que combina el tránsito de drogas con el uso de algunas sustancias, lo que ha replanteado el tradicional enfoque de lucha contra la oferta. Nuestro país ya se ubica dentro del grupo de países de alto consumo de drogas ilegales.

Se calcula que más de medio millón de mexicanos las consumen regularmente. De ellos, 280,000 son dependientes severos y entre los detenidos por diversos delitos, las consumen 9 de cada 10 personas.

Los efectos del consumo de sustancias dependen básicamente del tipo de sustancia que se consuma de acuerdo a su farmacología, de la dosis utilizada, y de las condiciones físicas y mentales del sujeto. Los efectos pueden dividirse en efectos agudos y efectos crónicos del consumo. A continuación se hace una revisión general de los efectos de las principales sustancias de abuso

Alcohol

Según CIJ en 2005 el alcoholismo es un desorden multifactorial en el que intervienen factores biopsicosociales. El etanol es una sustancia de consumo legal que se encuentra contenida en las bebidas alcohólicas. El alcoholismo es considerado como una enfermedad.

Habitualmente la vía de administración del etanol es oral, sin embargo la absorción puede llevarse a cabo en casi todas las mucosas del cuerpo.

A los 50 miligramos las respuestas y reacciones se identifican y los procesos mentales integrativos comienzan a alterarse. A una concentración de entre cien y ciento cincuenta la mayor parte de las personas muestran signos evidentes de intoxicación, mostrando ataxia y un lenguaje disártrico. Si la ingestión continúa, las funciones físicas y cognitivas se alteran, pudiendo llegar al deceso tras el estado de coma.

El etanol es una sustancia que produce un efecto depresor del sistema nervioso central, especialmente en las estructuras responsables de los procesos de integración superior y muy particularmente en el sistema activador reticular ascendente y la corteza cerebral. Una vez liberada la corteza del control ejercido por otras estructuras nerviosas, los procesos del pensamiento ocurren en forma generalizada interfiriendo con la calidad de ejecución de las acciones motoras, las emociones y los afectos.

Los reflejos espinales al inicio de la intoxicación se encuentran aumentados, pero una vez que la profundidad de esta avanza, los reflejos se deprimen y aparecen una anestesia generalizada. El consumo continuado de etanol genera tolerancia.

Durante la intoxicación aguda puede presentarse desinhibición, tendencia a discutir, agresividad, labilidad afectiva o inestabilidad del humor, deterioro de la atención, juicio alterado, interferencia en el funcionamiento interpersonal; existe también marcha atáxica, dificultad para mantenerse en pie, disartria(dificultad para articular palabras), nivel de conciencia disminuido, enrojecimiento facial, inyección conjuntival.

Cuando la intoxicación es grave, pueden además coexistir la hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos ostotendinosos.

a) Abstinencia

El síndrome de abstinencia es un fenómeno provocado por la supresión del consumo éste puede ser particularmente peligroso y poner en riesgo la vida del paciente, especialmente cuando la intoxicación ha sido intensa y prolongada o existen antecedentes de delirium tremens o de comorbilidad física asociada, como diabetes, epilepsia, etc.

Durante la abstinencia puede presentarse diaforesis, temblor de lengua, párpados o de manos, náusea, vómito, taquicardia, hipertensión, agitación psicomotora, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales, táctiles o ambas. Además puede presentarse convulsiones tónico-clónicas.

Como trastornos físicos del consumo crónico puede producir hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática la cual provoca daño orgánico a otros niveles como encefalopatías, sangrado de tubo digestivo; como una complicación de la ingestión crónica puede presentarse también pancreatitis aguda, desnutrición o neuropatías etílicas. Así mismo pueden presentarse trastornos psiquiátricos como delirium tremens, alucinosis alcohólica, encefalopatía de Wernicke, trastorno amnésico alcohólico o síndrome amnésico fabulatorio de Korsakoff y demencia alcohólica.

Cocaína

La cocaína se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, que pertenece a la familia de las eritroxileas. Su principio activo se encuentra en las hojas. De los alcaloides que componen la hoja, hay tres grupos importantes que son: la metilbenzoilecgonina, que es la cocaína propiamente dicha; la metilcinamilcocaina y la alfa y beta trujillinas.

Refiriendo a Centros de Integración Juvenil en 2005 la cocaína se clasifica como estimulante y anestésico local. Actualmente no tiene uso médico. Puede introducirse en el

organismo empleando varias vías de entrada: aspiración, inhalación, endovenosa, subcutánea, por vía oral, y por mucosas rectal y vaginal.

a) Intoxicación aguda

Se divide en tres fases

Estimulación:

Caracterizada por excitación neurológica, la cual se presenta en forma rápida, existe cefalea, hipertensión arterial, taquicardia, náuseas, taquipnea (respiración rápida) y vómito.

Estimulación avanzada:

Se caracteriza por un cuadro de intoxicación severa, con agitación psicomotora, alteraciones de la esfera mental, con alucinaciones, ideas paranoides, hipertensión arterial, epistaxis, y eventualmente convulsiones tónico-clónicas, taquicardia, severa hasta de 170 pulsaciones por minuto.

El cuadro de hipertensión arterial puede desembocar en evento cerebrovascular, especialmente por hemorragia subaracnoidea, y la taquicardia puede provocar un cuadro de fibrilación ventricular.

Durante esta etapa está indicado el manejo y observación médica.

Fase de depresión:

En esta se presenta ideación suicida; se observa la reversión de los signos descritos en las dos primeras fases y cursa entonces con hipotonía muscular, disminución de los reflejos osteotendinosos, eventualmente parálisis muscular, falla cardíaca, colapso cardiovascular, hipotensión severa y bradicardia (latidos lentos). La muerte puede ocurrir con dosis de 1 gramo vía venosa, aunque se han descrito muertes con dosis de 30 miligramos.

b) Intoxicación crónica

Se presentan efectos de dos clases:

Neuropsiquiátricos: Se presentan ideas paranoides y suicidas: Pueden ocurrir infarto cerebral, alucinaciones, especialmente de tipo táctil, alteraciones del sueño y complicaciones neuroinfecciosas como abscesos cerebrales.

Fisiológicos: Se ven afectados varios sistemas: en el cardiovascular pueden presentarse vaso espasmos (contracciones) coronarios, angina de pecho, inflamación del músculo cardíaco y pueden desarrollarse infartos agudos del miocardio; en el respiratorio, se presenta infecciones respiratorias altas y bajas, alteraciones en el intercambio de gases alveolo capilar y son frecuentes las neumonías de repetición.

En el sistema reproductor se han relacionado casos con abortos repetidos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas y placenta previa. Los hijos de consumidoras crónicas presentan peso bajo al nacer y tienen mayor predisposición a la enfermedad que los hijos de no consumidores.

Los signos fisiológicos predominan en los casos de consumo agudo, en tanto que los neuropsiquiátricos lo hacen en los casos de consumo crónico.

Marihuana

Tiene su origen del cáñamo de la india, es obtenido de los extremos de las plantas del cáñamo. La planta del cáñamo de la india sintetiza no menos de 600 compuestos químicos, de los cuales más de 60 son cannabinoides. Los tres más abundantes incluyen canabinol, canabidiol y varios isómeros del tetrahidrocanabinol. El tetrahidrocanabinol es el responsable de la mayoría de los efectos psicológicos de la marihuana. Se clasifica como estimulante y alucinógeno (Tapia, 2001).

a) Efectos

El tetrahidrocanabinol ejerce sus efectos más importantes sobre el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular. Las respuestas de la conducta varían en función de

las dosis, vía de administración, marco, de la experiencia y expectativas de los sujetos y vulnerabilidad individual a ciertos efectos sicóticos.

Efectos sobre el sistema nervioso central: Una dosis oral de 20 miligramos de tetrahidrocanabinol o el fumar un cigarrillo que contenga 2% de produce efectos sobre el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, el sensorio, el sentido del tiempo y la autopercepción.

Este mismo autor menciona que es más frecuente la sensación de bienestar o euforia, acompañada por sensación de relajación y somnolencia cuando los sujetos están solos. La memoria reciente está alterada y se deteriora la capacidad de realizar tareas que requieran pasos mentales múltiples.

Este efecto sobre la conducta dependiente de la memoria y dirigida hacia un objetivo ha sido denominado desintegración temporal y se correlaciona con una tendencia de confundir el pasado, el presente y el futuro y con despersonalización, una sensación de extrañeza e irrealidad hacia el propio ser. Aún las dosis bajas afectan el equilibrio y la estabilidad de la postura.

Puede presentarse disminución de la fuerza muscular y de la seguridad de las manos. Los procesos más complejos incluyendo la percepción, la atención y el procesamiento de información requeridos para manejar, son deteriorados por dosis equivalentes a uno o dos cigarrillos; la alteración persiste durante 4 a 8 horas.

Frecuentemente los fumadores de marihuana manifiestan aumento del apetito, boca y garganta seca, imágenes visuales más vívidas y un sentido de audición más agudo.

En las dosis sociales usuales, la marihuana disminuye la empatía y percepción de emociones en otros. La claridad del diálogo secuencial está alterada y las ideas y palabras irrelevantes se introducen en la corriente de comunicación.

Existe la sensación de que el tiempo pasa con mayor lentitud. Los consumidores crónicos de marihuana pueden presentar apatía, torpeza, deterioro del juicio, la concentración, la

memoria y pérdida del interés en el aspecto personal y en la persecución de objetivos convencionales. Esto se denomina síndrome amotivacional.

LSD

Es un derivado semisintético del cornezuelo del centeno. Ha sido la molécula que ha caracterizado a los alucinógenos. En la actualidad no tiene uso médico. La vía de ingreso al organismo es oral en líquido o tabletas.

Presenta dos mecanismos de acción sobre neurotransmisores del sistema nervioso central, específicamente sobre el sistema de la serotonina, lo que hace que se den dos respuestas en el organismo, una de tipo simpaticomimético y otra parasimpaticomimética, de tal forma que el cuadro nunca va a ser el mismo, porque va a predominar dependiendo de la dosis, el tiempo de exposición y de susceptibilidad del sujeto uno u otro cuadro o manifestarse ambos.

Los efectos clínicos pueden ser de dos tipos: neurológicos y mentales o neuropsiquiátricos, igualmente presenta efectos fisiológicos primarios.

Los efectos neuropsiquiátricos son los más importantes, predominan sobre los mentales y fisiológicos; están relacionados con los mismos efectos que produce el estrés como son ansiedad, crisis de pánico, alteraciones de la percepción, como ideas paranoides con delirios de persecución, ideas suicidas, alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas o táctiles, presentan un fenómeno que es la fragmentación de la orientación, lo que hace que el individuo esté desorientado en tiempo y espacio, pero permanece siempre orientado en persona.

Entre los efectos fisiológicos están los que dependen del sistema simpático que se manifiestan por midriasis, taquicardia, hipertensión, hipertermia, taquipnea y ataxia.; también los efectos que dependen del sistema parasimpático los cuales se caracterizan por sialorrea, diarrea, bronco constricción, nauseas o vómito.

Cuando se presentan los efectos parasimpáticos, el sujeto experimenta un "mal viaje". Dosis orales de tan solo 20 a 25 microgramos producen efectos sobre el sistema nervioso central.

Opio y derivados.

El opio se obtiene de las cápsulas de semillas no maduras de amapola. Los opiáceos son todos los fármacos derivados del opio e incluyen la codeína, la morfina y derivados semisintéticos. Los opioides son sustancias que tienen una actividad semejante a la morfina.

Las sustancias derivadas del opio pueden ser administradas de diversas maneras; por vía oral se administran principalmente el tramadol, la morfina, la codeína y la hidromorfona. Por vía rectal en forma de supositorios el tramadol y la morfina. Por vía sublingual se aplican la buprenorfina. La heroína, principalmente se aplica por vía endovenosa.

Morfina

Se clasifica como narcótico depresor del sistema nervioso central. Se usa médicamente como analgésico de alta potencia. Se presenta líquida, en tabletas o polvo blanco para dilución y aplicación inyectable. Produce dependencia física, la supresión brusca produce síndrome de abstinencia.

Los efectos sobre el sistema nervioso central son euforia o prevenir las molestias que ocasiona la abstinencia. Los efectos de una dosis alcanzan máxima intensidad a los 20 minutos: sensación abdominal similar al orgasmo, enrojecimiento de la piel, constipación, miosis, disminución de la frecuencia respiratoria y cardiaca, ligera disminución de la temperatura corporal y espasmos de la musculatura lisa y de los esfínteres.

En el consumidor de opiáceos suelen presentarse miosis (cuando se cierran las pupilas), constipación, depresión respiratoria y trastornos menstruales que llevan hasta la amenorrea en mujeres consumidoras crónicas.

Los estigmas de la farmacodependencia cuando su uso es por vía parenteral, consisten en múltiples huellas de punción subcutánea y venosa, con obstrucción linfática vecina y linfoedema por fibrosis; en la piel y en el tejido subcutáneo son frecuentes los granulomas de cuerpo extraño con cristales.

En los pulmones es común la presencia de granulomas con cristales y a veces hipertensión pulmonar en el consumidor crónico.

En la sobre dosis existe edema y hemorragias alveolares. A nivel hepático infecciones por virus A y B. En el corazón se han descrito cuadros de miocarditis focal.

El síndrome de abstinencia por retiro brusco o por suministro de dosis inadecuadas originan ansiedad, diaforesis, calambres abdominales, hiperpirexia, sequedad bucal, náuseas, vómitos y diarrea ocasionalmente.

Metilendioximetanfetamina (MDMA) “Extasis”

Es una sustancia derivada de las anfetaminas, que está relacionada químicamente con los estimulantes y los alucinógenos. La MDMA es una fenilsopropilamina que pertenece al grupo de las fenilalquilaminas. La vía de administración más frecuente es la oral pero también se puede inhalar, está disponible en tabletas, cápsulas y polvo.

La sustancia que se consigue como “éxtasis” puede estar adicionada de otras sustancias tales como cafeína, ketamina y otras anfetaminas: acetaminofen, mezcalina, etc. Aunque el mecanismo de acción aun no esta bien dilucidado se sabe que altera la actividad de la serotonina y la dopamina.

a) Efectos agudos.

Produce taquicardia, hipertensión arterial y aumento de la frecuencia respiratoria y la temperatura. Se presenta midriasis, excitación, logorrea, alucinaciones, temblor, hiperreflexia. Además produce síntomas mentales como euforia, sentimiento de intimidad y de cercanía con otros, aumento de la autoestima, disminución de la autocrítica, insomnio. Produce también anorexia y deshidratación.

En el llamado “mal viaje” aparte de los síntomas anteriores pueden presentar reacciones de pánico, mucha ansiedad, temor, agresividad, conductas autodestructivas y delirios paranoides.

Otras complicaciones son arritmias severas, paro cardiorrespiratorio, hipertermia, convulsiones, crisis hipertensivas, infarto y hemorragia intracerebral, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, falla renal y muerte.

b) Efectos crónicos

El consumo de “éxtasis” puede agravar enfermedades preexistentes, tales como arritmias, hipertensión arterial, epilepsia y enfermedades psiquiátricas.

Con el consumo crónico se presenta pérdida de peso, irritabilidad, falla hepática, trastornos hidroelectrolíticos y hemorragia intracraneal espontánea. Psicosis paranoides crónicas y depresiones severas con ideación suicida también pueden ser producidas.

Puede presentarse además, “flash backs” que corresponden a la aparición de los síntomas producidos por el éxtasis sin haberlo consumido recientemente o desencadenados por el consumo de sustancias deferentes. Esta alteración se conoce como trastorno perceptual persistente por alucinógenos.

Benzodiacepinas

Tienen múltiples formas de presentación comercial; sus efectos son tranquilizar produciendo algún grado de sedación, y probablemente sea uno de los fármacos de patente de los que más se abusa en el mundo.

En general todas las benzodiacepinas, en mayor o menor grado, inducen a dependencia psíquica, física, tolerancia y severo síndrome de abstinencia; una de las características que lo revisten de gran severidad son las convulsiones; se han comunicado además síndromes de abstinencia en recién nacidos, hijos de madres adictas a estas sustancias.

Además los problemas de abuso y dependencia a sustancias tienen diferentes causas, vertientes y consecuencias individuales tanto físicas como psíquicas, familiares, como presiones, dificultades en la comunicación, y en la asunción de roles, y sociales como problemas económicos, laborales, educativos, de adaptación estigmatización entre otros. (Serna, 1999).

2.4 Epidemiología

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia, relaciones y predicciones de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que definen su expansión y gravedad. Consiste en la medición de la frecuencia de la enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente. (Kumate, 1995).

El fenómeno del abuso de sustancias en México comparte con la mayoría de los países del mundo formas de uso y tendencias, pero también se observan peculiaridades derivadas de las condiciones socioculturales locales. En los últimos veinte años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo.

Los estudios que se han llevado a cabo en el país en esta línea, utilizan metodologías internacionales que permiten dar cuenta de los aspectos del fenómeno que se comparten con otros países los cuales, en mucho, se derivan de la globalización de costumbres y estilos de vida, entre los que se inscribe el uso de sustancias capaces de alterar la conciencia. (Tapia 2001).

El consumo de drogas ha tenido una variación en los últimos años. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores, de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha alcanzado a los niños y los sectores pobres de la población; nuevas drogas como las metanfetaminas aparecen en el mercado y el inicio del consumo se ubica en edades más tempranas. (Medina-Mora 2003).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, tres y medio millones de mexicanos de entre 12 y 65 años de edad han consumido drogas alguna vez en su vida; 77% de estos consumidores son hombres y el resto son mujeres. La prevalencia de consumo de drogas es dos veces más alto en áreas urbanas que en zonas rurales. La droga de mayor consumo es la marihuana, que en promedio comienza a consumirse entre los 15 y 18 años, seguida de la cocaína y otras drogas médicas. Estas últimas son las únicas drogas que las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres.

Existen evidencias recientes que nos hablan de una reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas, así como de un aumento en la disponibilidad de cierto tipo de drogas ilícitas entre la población estudiantil. Los efectos de este consumo sobre la salud son enormes.

Se calcula que más de 90% de los consumidores de drogas inyectadas de los grupos más vulnerables del país son positivos a hepatitis C, 84% a hepatitis B y 6% se encuentran infectados con VIH. Los adolescentes que consumen sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. Además existe una importante relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos. En más de la mitad de los casos de delito, hay consumo de alcohol previo.

En las Encuestas Nacionales se reportan los datos agrupados en tres rubros: alcohol, tabaco y otras drogas. El estudio se hace tomando en cuenta a la población rural y urbana de 12 a 65 años de edad y se desglosa por regiones geográficas, así como población adolescente y población adulta.

En la Encuesta Nacional de Adicciones y otros estudios aplicados a estudiantes de secundaria y preparatoria, bachillerato o su equivalente, realizados en planteles de la Ciudad de México (1993, 1997, 2000, 2003 y 2006), revelan que existen variaciones importantes en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

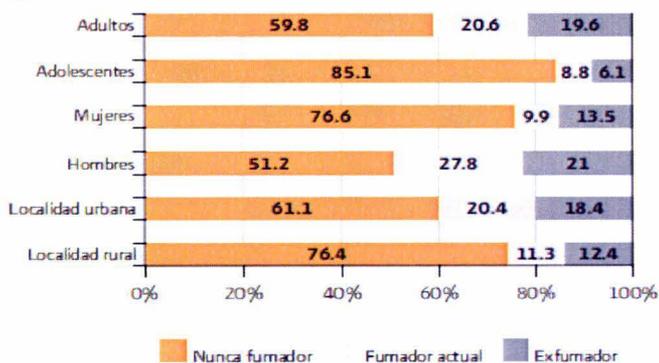
De igual manera, los diagnósticos permiten apreciar las diferentes tendencias en el consumo vinculadas con este fenómeno, como son: el género, los grupos de edad, la edad de inicio, factores sociodemográficos y hasta la salud mental.

Estas fuentes nos ayudan a ubicar cómo el consumo de drogas, junto con el de alcohol y tabaco, se incrementa en la población estudiantil, aunque los índices de consumo en la población que se mantiene escolarizada son menores cuando se les compara con otros grupos, pero que se registran cifras de consumo mayores entre los estudiantes que dejan de estudiar por algún tiempo (SEP, SSA, 2008).

De ahí la importancia de conocer el problema e instrumentar medidas de prevención adecuadas para la población escolar/ estudiantil.

La situación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se evaluó a través de la 5ª Encuesta Nacional de Adicciones, publicada en 2008. En esta encuesta se encontró que entre la población de 12 a 65 años de edad, cerca de 14 millones de mexicanos habían fumado tabaco en el último año y poco más de 4 millones eran dependientes (es decir, ya presentaban problemas físicos y psicosociales relacionados con el consumo de tabaco). En la figura 1 se puede observar que existen más fumadores hombres que mujeres, así como que hay más fumadores en localidades urbanas que en las rurales.

Figura 1. Porcentaje de fumadores actuales, exfumadores y no fumadores según edad, sexo y localidad. Población de 12 a 65 años.



Fuente: SS, CONADIC, INPRFM, INSP. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México

¹ SS, CONADIC, INPRFM, INSP. (2008). Quinta Encuesta Nacional de Adicciones. México

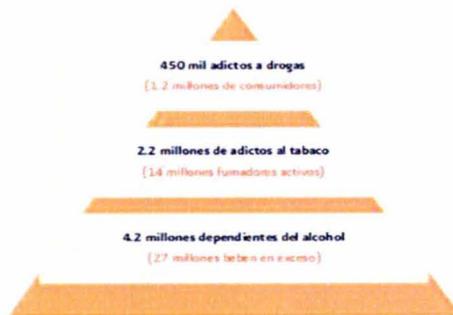
En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, cerca de 27 millones de mexicanos reportaron haber bebido con poca frecuencia, pero en grandes cantidades, cada vez que tomaban alcohol, exponiéndose a grandes riesgos para su salud, su seguridad y la de quienes les rodean. Casi 4 millones de personas, beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia, por lo que se consideran bebedores consuetudinarios.

El porcentaje de hombres y mujeres que beben de manera riesgosa, es decir, altas cantidades y de manera consuetudinaria. Los dependientes del alcohol, que son más de 4 millones, son personas que ya tienen problemas graves de salud y con su entorno: familiar, escolar, laboral y social.

Con relación a otras drogas se observó que de 2002 a 2008, el consumo de drogas ilícitas (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables) "alguna vez en la vida" aumentó de 4.6% a 5.2%, mientras que el consumo de drogas médicas fuera de prescripción (antidepresivos, ansiolíticos) se mantuvo estable en este mismo período.

En la siguiente figura, se presenta de manera resumida el número total de consumidores y dependientes al alcohol, tabaco y otras drogas (tanto de drogas ilícitas como de fármacos fuera de prescripción).

Número de consumidores y dependientes de drogas en México



a) Alcohol

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en EU. Y México (CONADIC, 2008).

Los datos de la encuesta 2008 (ENA, 2008) confirman lo que se había observado en encuestas realizadas anteriormente. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29 años.

La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo.

El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96°: 8.5 hombres los consumen por cada mujer que lo hace. Como se había observado en estudios previos, el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo.

En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes.

La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad.

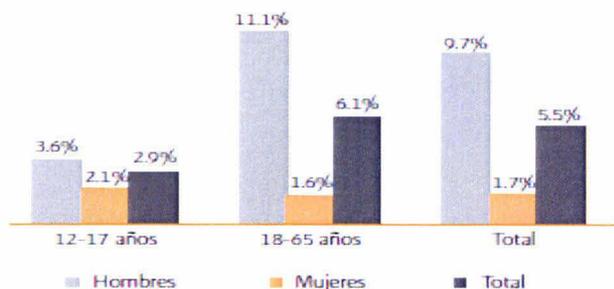
Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta. La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres. Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%).

Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol.

De manera general los datos sobre consumo de alcohol indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país. Beber grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo continúa siendo común en nuestra población. También resulta evidente que los adolescentes están copiando los modelos de los adultos y que una proporción importante presenta problemas con su manera de beber. Sobresale el aumento del consumo entre las mujeres adolescentes.

Una proporción significativa de la población requiere tratamiento y una aun mayor necesita educación para aprender a moderar el consumo de alcohol y evitar los periodos de consumo excesivo que se asocian con altos niveles de problemas. Existen variaciones nacionales interesantes que señalan la importancia de orientar los servicios para las diferentes poblaciones de acuerdo con sus necesidades.

Población que cumple con el criterio de abuso/dependencia. México, ENA 2008



5.5% de la población presenta abuso o dependencia del alcohol. Hay más mujeres adolescentes que cumplen con el criterio de este trastorno que adultas, lo que sugiere que es un fenómeno más reciente en éstas.

b) Drogas ilegales sin tomar en cuenta al tabaco y al alcohol

Los resultados de esta encuesta, consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se

duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8%.

La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones. La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década.

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del *crack* y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

Aproximadamente una de cada cinco personas (17.7%) de entre 12 y 65 años de edad que habita en zonas rurales y urbanas del país informó haber estado en una situación en la que le ofrecieron drogas. Resultó que la marihuana es la droga a la que la población se encuentra más expuesta (16.6%).

Las mujeres están menos expuestas que los hombres a la oportunidad de usar drogas: 6.8% de ellas indicó que le habían ofrecido marihuana regalada, en comparación con 27.3% de los hombres en el mismo caso. A 2.3% de las mujeres se le ofreció para que la compraran, en comparación con 10.4% de los hombres en el mismo caso. Para el caso de otras drogas, las proporciones fueron las siguientes: 7.6% mujeres y 28.6% hombres para la oferta regalada y 2.6% mujeres y 11.5% hombres para la oferta comprada.

Por grupos de edad, los hombres entre 26 y 34 años han tenido más oportunidad de usar drogas (39% informó haber estado en una situación en que le ofrecieron marihuana u otra droga comprada o regalada). El segundo lugar lo ocupan quienes tienen ahora entre 35 y 65 años, de ellos casi una tercera parte estuvo expuesta (29.9%). Finalmente, entre los hombres adolescentes y jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, una cuarta parte ha tenido la oportunidad de usar drogas (25.4%)

Entre las mujeres, la exposición ocurre a edades más tempranas y es más frecuente entre aquéllas de 12 a 25 años (10.7%). El índice de exposición desciende con la edad: casi 8.8% de las mujeres entre 26 y 34 años han estado expuestas y solamente 5.2% de aquéllas mayores de 35 años.

La exposición a la oportunidad está mediada por una serie de variables; entre los adolescentes, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Los factores tales como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consuma, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas.

Las preguntas incluidas en la encuesta permiten conocer las diferencias en la disponibilidad de drogas según la generación. Los datos indican que la oportunidad de usar fue menor para la generación que nació entre 1942 y 1956. Solamente 12.7% de los integrantes este grupo respondió que le habían ofrecido marihuana u otras drogas regaladas o compradas. Esto le ocurrió a 18.7% de la generación nacida entre 1957 y 1971; a 22.8% de quienes nacieron entre 1972 y 1983, y a 17.3% de quienes nacieron entre 1984 y 1996.

La encuesta también estimó la prevalencia anual con base en el número de personas que informaron haber usado drogas durante el año previo al estudio. Casi una tercera parte de quienes notificaron haber usado drogas alguna vez lo había hecho durante el último año. El índice de casos activos durante el año anterior a la encuesta en la población de entre

12 y 65 años, fue de 1.6%. Esta cifra aumenta a 2.5% cuando sólo se considera a los hombres y a 3.4% cuando sólo se considera a los hombres jóvenes (18 -34 años).

Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquéllos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquéllos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuye conforme aumenta la edad (1% entre aquéllos de 18 a 34 años y sólo 0.4% entre aquellos mayores de 35).

Después de averiguar sobre la presencia de una o más ocasiones de consumo durante los doce meses previos al estudio, la encuesta indaga si este consumo ocurrió en los últimos 30 días. Los resultados indican que 62 de cada 100 casos activos en el último año también lo fueron durante el último mes.

El consumo en el último mes muestra un patrón similar y las diferencias entre hombres y mujeres son menores entre los adolescentes: la relación de 1.8 hombres por cada mujer aumenta en el siguiente grupo de edad a 5.8 hombres por cada mujer y a 6 en el grupo de mayores de 35 años.

Como era de esperarse, el uso de drogas es mayor en las generaciones más jóvenes, en comparación con lo que ocurría en las cohortes previas. Solamente 3.6% de las personas que nacieron entre 1942 y 1956 informó haber usado drogas. El índice aumenta a 5.7% en la generación nacida entre 1957 y 1971; en aquella nacida entre 1972 y 1983 aumenta a 7.7% y disminuye a 4.9% en aquéllos nacidos entre 1984 y 1996.

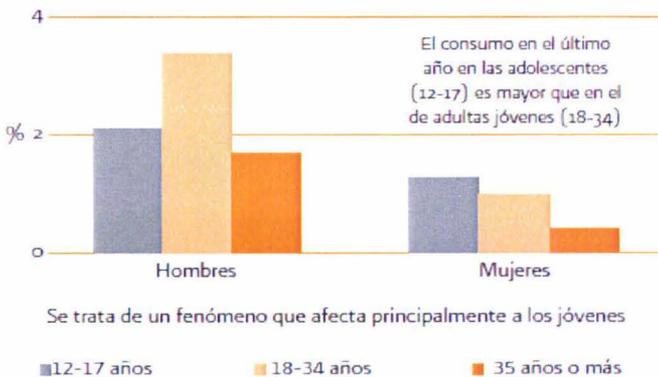
La marihuana es la droga de preferencia en la población. Su incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen *crack*). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%). Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el

caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1. En relación con las drogas médicas, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres. Ambos grupos prefieren los tranquilizantes y a continuación, las anfetaminas.

Los hombres de edad media (entre 26 y 34 años) son los que presentan la mayor incidencia acumulada en relación con todas las drogas. Entre las mujeres, el consumo de cocaína, crack y metanfetaminas es mayor entre las más jóvenes (de 12 a 25 años) y los datos también señalan la menor historia de consumo en este grupo, especialmente de las sustancias de más reciente introducción al país.

Los hombres también aventajan a las mujeres en el consumo de drogas médicas fuera de prescripción. Ambos prefieren los tranquilizantes y aquellos de entre 26 y 34 años de edad son los que más han usado este tipo de sustancias. Entre las mujeres, el mayor consumo se observa entre las mayores de 35 años. Los datos señalan una historia más reciente de incorporación de los hombres al consumo de este tipo de sustancias.

Prevalencia anual de consumo de drogas por grupos de edad y sexo. México, ENA 2008



2.5. Factores de riesgo: en la familia, emocionales, de personalidad y en la comunidad.

Torrajada, Valderrama, Castellano y cols. (2008) apuntan que la percepción de riesgo es un factor que se debe considerar cuando se comunican riesgos sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Al respecto, Medina-Mora, Cravioto, Villatoro y cols. (2003) consideran que los índices de adicción entre los adolescentes se han elevado debido a la baja percepción de riesgo del consumo de drogas, por lo que se hace necesario identificar los factores que favorecen dicha percepción y el consiguiente incremento en las tasas de comportamiento adictivo a tales drogas en los jóvenes.

Catalán (2001), a su vez, señala que el proceso de individuación de los adolescentes influye frecuentemente para que estos se vuelvan vulnerables al consumo de las mismas. Asimismo, algunas investigaciones señalan que la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas está estrechamente vinculada a las creencias sobre las consecuencias negativas.

El concepto de riesgo en el periodo juvenil implica la posibilidad de que ciertas conductas o situaciones específicas provoquen daños en el desarrollo posterior del adolescente que pueden afectar el conjunto de sus potenciales y deteriorar su bienestar y salud (Arrellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Nazar, Tapia, Villa y cols., 1994; Secades, 1997).

Al interior de la familia existen factores que resultan ser promotores del consumo: una historia familiar de alcoholismo, es decir, abuso de Alcohol y/o uso de drogas ilícitas en uno o ambos padres y/o hermanos mayores incrementa el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas (CIJ, 2002).

Con las actitudes positivas hacia el consumo, en las familias en las que los padres consideran que beber alcohol o ingerir drogas ilegales es parte del desarrollo normal o “muestra de madurez”, habrá mayor consumo y tolerancia al mismo (Lukas 2001).

Para Hernández y Cruz (2008), los escolares que muestran dificultades en las relaciones con sus padres y en su rendimiento escolar y que exhiben comportamientos inadecuados hacia sus profesores tienen mayor dificultad para integrarse, por lo que estos elementos psicosociales se identifican como posibles factores de riesgo para el consumo de drogas.

Asimismo, los estudios han mostrado que aquellos adolescentes que pasan más tiempo con sus familias y menos con los amigos –particularmente adictos– tienen un menor riesgo de involucrarse en el consumo de sustancias (Córdoba, 2005; Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; Herrera, Wagner, Velasco, Borges y Lazcano, 2004).

Respecto a los factores sociales en el campo de las adicciones a partir de las observaciones dedicadas a la aplicación de intervenciones preventivas en familias y comunidades, Córdoba (2005) encontró que las variables que mejor predicen el consumo de drogas son el uso de tabaco, ocupación, edad, manejo de conflictos en las relaciones interpersonales, control ante situaciones de riesgo, orientación al futuro, rechazo de la madre-padre y grado escolar.

La pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto y violencia doméstica, abuso físico, sexual o emocional, frecuentes disputas matrimoniales son otros factores que se han encontrado asociados al consumo de drogas y en definitiva resulta importante considerar como factores de riesgo (Moreno Kena, 2003).

Se habla de los problemas de manejo de la familia. En donde las estrategias son inadecuadas, partiendo de la carencia de claras expectativas por la conducta de los hijos, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigos excesivamente severos o inconsistentes incrementa el riesgo de abuso de drogas.

El mismo autor comenta que la ausencia de normas claras y precisas, falta de límites en la familia, un estilo familiar autoritario o permisivo, familias desintegradas por divorcio o separación de los padres; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; bajas expectativas para el éxito sobre los hijos; la privación económica importante como el hacinamiento; la baja o nula religiosidad son factores que se encuentran asociados directamente al consumo.

La imagen pobre de sí mismo ("baja autoestima"), el aislamiento social y la introversión, la actitud pasiva ante la vida, la falta de autonomía en la toma de decisiones son factores considerados de riesgo para el consumo de sustancias ya sea para el inicio del consumo o para permanecer en él (Rosovsky y Medina, 1998).

La adolescencia es también la etapa en que la autoestima juega un papel importante, ya que dependiendo de la autoevaluación que tenga el adolescente de sí mismo será la forma de enfrentar los diferentes cambios que se presentan en esta etapa.

Para algunos adolescentes la autoestima baja es algo temporal. Sin embargo para otros, la baja autoestima se puede traducir en problemas más serios, una baja autoestima persistente está ligada al bajo rendimiento, a la depresión, a los desordenes alimenticios y a la delincuencia (Harter y Marold, 1992).

Asimismo, el que los adolescentes se inclinen por un cierto estilo de vida, ya sea de riesgo o saludable depende de diversos factores sociales, los factores culturales, los factores institucionales, la escuela, la familia y los grupos de pares (Musito, 2007).

En su estudio Armendáriz, Rodríguez, Guzmán y Francisco (2008), encontraron que existe una relación entre el consumo de tabaco, alcohol y la autoestima, se presentó una autoestima más alta en los adolescentes que reportaron no consumir alcohol en el último año y mes, en comparación con los adolescentes que sí han consumido. En cuanto al tabaco se observó una mayor autoestima en los estudiantes que nunca han consumido tabaco que en los que han consumido.

El estudio de Armendáriz, Rodríguez, Guzmán y Francisco (2008), sustenta que la autoestima alta es un factor que disminuye la probabilidad de consumir drogas. Esto se da porque el estudiante que no consume drogas se valora más como persona y trata de evitar riesgos para su salud.

Además el adolescente con autoestima alta tienen mayor capacidad de expresar sus sentimientos positivos hacia sí mismo, lo que puede ser un factor que interviene para que el estudiante sea más asertivo en su decisión en la resistencia a los ofrecimientos del consumo de drogas. Para propiciar que en el estudiante se forme una buena autoestima es importante que cuente con el apoyo familiar, amigos y por supuesto de la escuela.

El uso frecuente de drogas lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas (marihuana, cocaína, heroína) en adolescentes se relaciona con la percepción del nivel de peligrosidad de las sustancias, así como con la actitud hacia su consumo. Esta relación es diferente entre los hombres y las mujeres.

De hecho, y de acuerdo con Ravert, Schwartz, Zamboanga y cols. (2009), la búsqueda de sensaciones y la percepción de invulnerabilidad hacia el peligro son los principales predictores de comportamientos riesgosos para la salud adolescente, entre los cuales se encuentra predominantemente el uso de drogas.

Muchos esfuerzos están encaminados a ubicar trastornos de conducta, desconfianza, agresividad, inmadurez, egocentrismo, gusto por el riesgo en la edad escolar para prevenir el consumo es por tanto que se consideran factores de riesgo (Chávez, 2005).

Otros de los factores son el abandono como parte de la historia de vida, la muerte de los padres en edades tempranas, impulsividad y desadaptación social, baja tolerancia a la frustración, es decir, desajuste afectivo dificultad para tolerar o modular los afectos. (Moreno Kena, 2003).

Según Chávez (2005), la persona que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o en ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas

Precisamente la indagación sobre la prevalencia de la experimentación con drogas en las poblaciones de adolescentes, así como la determinación de los factores de riesgo, revelan que el fenómeno se ha extendido en forma sorprendente, y que tiende a afectar a sectores de la población adolescente que hasta los primeros años de la década de los noventa se mantenía ajena a la adicción.

A partir de las encuestas promovidas por el sector salud (Medina Mora, y otros, 1998 a 2003), hoy se dispone de información sistemática que va mucho más allá de observar la evolución del fenómeno.

Los datos revelan que los factores de riesgo asociados a la experimentación con drogas son de carácter individual, familiar, social y educativo. Entre los individuales destacan el género, los problemas de identidad, y la baja tolerancia a la frustración. Los relativos a las circunstancias familiares son la desintegración o el abandono del hogar, la adicción a las drogas de algún miembro de la casa, el maltrato, y un ambiente de violencia en el núcleo doméstico (Ortega, Ramírez y Castelán, 2005).

La necesidad de trabajar favorece mucho el consumo o la experimentación. Entre los factores asociados a la vida en la escuela, se ha establecido que la probabilidad de la experimentación se asocia con el ausentismo, con la deserción, con el bajo rendimiento académico, con la desaprobación de directivos y de profesores, y con la dificultad de relación con los pares.

Tan compleja gama de factores interactúa de forma que aún necesita ser mejor comprendida. Es preciso insistir en la factibilidad de construir, desde la pedagogía, las ciencias de la salud y las ciencias sociales, así como un campo de investigación y de

acción que permita a las escuelas de educación básica recobrar su capacidad para proteger a las niñas, a los niños y a los jóvenes.

La privación económica y social, los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde (Moreno, 2002).

El bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria. Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos (CIJ, 2002).

Las transiciones y la movilidad son también factores que repercuten en el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas; también ocurre en las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad (Chávez, 2005).

Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad, quienes se asocian con iguales que utilizan drogas tienen mayor probabilidad de que también las consuman (Rosovsky y Medina Mora en 1998).

2.6 Factores protectores

La educación en su ámbito formal de desarrollo, asume, a través de la escuela, un rol fundamental en la promoción de factores protectores de los individuos y su comunidad. En este sentido, las acciones de promoción y prevención escolar están destinadas a los educandos, a sus familias y a la comunidad circundante.

Se asume que los factores de protección son aquellos que reducen el potencial de los sujetos de asociarse a conductas de riesgo social.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) dependiente de la Organización de los Estados Americanos (OEA) definió en diciembre de 2004 los “Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar” Allí menciona factores protectores a ser fortalecidos en la escuela:

- La cooperación y la solidaridad.
- La promoción de la autonomía personal.
- El fomento de la autoestima y la confianza en las propias capacidades.
- La promoción de la comunicación asertiva.
- El establecimiento de relaciones de igualdad.
- La comunicación fluida y bidireccional.
- La participación del alumnado en el proceso educativo.
- La inclusión de docentes accesibles, comprometidos con los intereses de los alumnos.
- La promoción de un clima social empático.
- El fomento del trabajo cooperativo.
- El establecimiento de vínculos positivos con la familia y la comunidad.

Otros factores protectores a considerar en los programas de intervención educativa serían:

- La formación en valores (respeto, perseverancia, compromiso, responsabilidad, amor, testimonio, honor, cooperación, entre otros).
- La información sobre cuidado de la salud (alimentación, drogas lícitas e ilícitas, sexualidad, entre otros).
- La promoción de competencias sociales (capacidades de los individuos para poder intervenir sobre la realidad y transformarla resolviendo los problemas a los que se enfrentan, con capacidad de resistencia frente a factores de riesgo que operan en su contexto).

Uno de los aspectos que se mencionan en el documento acerca de la prevención escolar es la necesidad de evaluar los programas que se implementan en cada país, para determinar cuáles son los más efectivos y que generan mayor impacto en la población beneficiaria.

La prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad de modo de detectar, controlar y reducir los factores de riesgo y etiológicos de las enfermedades. Para la OMS (1998b), la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención de las enfermedades es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar, a menudo, asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Por prevención de drogas se entiende «un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas» (Martín, 1995, p. 55, citado por Becoña, 2002).

El principal objetivo de la prevención de drogas es tanto la reducción del consumo (reducción de la demanda) como de la oferta (disponibilidad de las drogas). El concepto de reducción alude a una evaluación realista de las posibilidades concretas de prevención dado que sería un ideal inalcanzable pretender que nadie consuma ninguna droga y tampoco se pretende eliminar la problemática.

Becoña (2002), enumera algunos de los objetivos que se derivan del principal: "retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, limitar el número y tipo 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 de riesgo para el consumo de drogas, modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables”.

Los factores que resultan más beneficiosos y protectores son: una alta motivación por los estudios, un rendimiento académico satisfactorio, el respeto por la disciplina escolar, y, en general, el aprecio y el disfrute de su escuela.

Por el contrario, los principales factores de riesgo tienen que ver con las dificultades para establecer relaciones con los compañeros, el ausentismo y la deserción. Aunque la escuela hace una importante aportación para preservar la adicción entre los alumnos de secundaria, su tarea principal es la formación integral de todos los estudiantes, al brindarles un ambiente intelectualmente estimulante, cálido, sano y seguro (Ortega, Ramírez y Castelán, 2005).

2.7 La resiliencia

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo. (Osborn, 1990).

El vocablo *resiliencia* tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993).

La resiliencia es la Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (Nuñez, 1994).

Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982 en Werner y Smith, 1992).

Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambing et al., 1989).

En la Enciclopedia Hispánica se define resiliencia como la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resiliencia.

En español y francés resiliencia se emplea en el campo de la ingeniería civil únicamente para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora.

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

Algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella.

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto respuesta honesta.

Independencia: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

La capacidad: La habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otros.

Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.

Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

De acuerdo a se distinguen cuatro aspectos que se repiten en forma recurrente, siendo éstos últimos los que ayudan a promover los comportamientos resilientes.

- La capacidad intelectual y la forma en que ésta es utilizada.
- La naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los hijos.
- Contar con un profesor, un padre/ madre sustituta, o bien, instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia, entre otros.

2.7.1 Factores que promueven la resiliencia

• Género. El pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora, según lo indican estudios que han observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres, por mecanismos que se exponen más adelante.

• Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos. La presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia, favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.

• Apego parental. Estudios longitudinales han destacado que la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento

(Greenspan, 1997), con al menos uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.

- Temperamento y conducta. Investigaciones con adolescentes han observado que aquellos que actualmente presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia.
- Relación con pares. Los autores replican lo observado por Werner en el estudio con niños en Kauai, señalando que los niños resilientes se caracterizaron por tener una relación de mejor calidad con sus pares que los niños no resilientes.
- Los niños tienden a reaccionar a través de conductas oposicionistas con mayor frecuencia que las niñas, lo cual a su vez genera respuestas negativas de parte de los padres.
- En general, las personas tienden a interpretar de modo distinto las conductas agresivas de los niños que las de las niñas y a su vez, a castigar más severamente estos comportamientos en los varones.

Otras variables mencionadas por Rutter (1990) que actuarían también a favor de la vulnerabilidad o de la protección son: el apoyo marital, la capacidad de planificación, las experiencias escolares positivas y los eventos neutralizantes.

En estudios con madres jóvenes, Quinton y Rutter (1984; en Rutter, 1990) observaron que la presencia de una relación armónica, cálida y de confianza con la pareja, favorecía el que las mujeres criadas en instituciones, fueran capaces de ejercer una buena maternidad.

Otra de las variables que mostró ser predictiva de un desarrollo positivo en la vida de las jóvenes fue la capacidad de elegir pareja y planificar el matrimonio. En aquellas que

presentaban estas características, se observó una menor tasa de embarazo adolescente y menos presiones por casarse prematuramente para salir de la casa.

Asociada a esta capacidad se observó, en este mismo grupo, la presencia de experiencias escolares positivas.

Estos eventos son experiencias que contrarrestan o neutralizan una situación negativa. Sin embargo, no cualquier experiencia positiva puede actuar como neutralizante, sino sólo aquellas que tienen la característica de disminuir el impacto negativo de una amenaza o dificultad.

La muerte temprana del padre y en especial de la madre, constituye otro factor de vulnerabilidad. Por otra parte, Baldwin et al. (1992) reportan la importancia que reviste para los hogares que se desenvuelven en ambientes de alto riesgo, la participación en algún grupo religioso.

Se sugiere que la iglesia, como grupo de apoyo social, refuerza las políticas parentales de crianza y provee de influencias con pares que refuerzan los valores familiares, constituyéndose por tanto, en un elemento relevante dentro del desarrollo positivo de estos. (Baldwin, Baldwin & Cole, 1992).

A su vez, Werner (1993) afirma que las familias de niños resilientes de distintos medios socioeconómicos y étnicos poseen firmes creencias religiosas, las que proporcionan estabilidad y sentido a sus vidas, especialmente en tiempos de adversidad. La religión parece dar a las personas resilientes un sentido de enraizamiento y coherencia.

Además, este enfoque implica que en el diseño de las prácticas educativas será indispensable no sólo contar con un mensaje adecuado, sino también, con un mensajero que los transmita con respeto y cariño al niño.

Tal mensaje educativo debe basarse en la posibilidad de que el menor desarrolle la capacidad de ser activo frente a los adultos y su medio, generando así una adecuada autoconfianza y autoimagen.

De acuerdo a Löesel (1992), la importancia que se venía otorgando a la posibilidad de utilizar los aportes que entrega el enfoque de la resiliencia, no debiesen reemplazar los esfuerzos que sea posible desarrollar por reducir tanto los riesgos como el déficit del desarrollo.

El enfoque de resiliencia resulta interesante para el enfoque preventivo dado que:

- Los factores protectores pueden compensar al menos parcialmente, a aquellos factores de riesgo que se hacen presente en un momento determinado.
- El enfrentamiento exitoso con el estrés puede contribuir al desarrollo de una personalidad positiva.
- La prevención primaria puede ser posible sin grandes intervenciones externas en los contextos naturales.

A continuación se señalarán algunos resultados de investigaciones recientes, que señalan y sugieren líneas preventivas concretas.

- El hecho de que la madre trabaje y que los niños permanezcan frecuentemente al cuidado de los hermanos mayores ha mostrado contribuir en estos últimos a conductas que muestran autonomía y responsabilidad. En general, comportamientos resilientes (Werner 1988).
- La estructura y las reglas del hogar, como también los quehaceres domésticos asignados, capacitan a muchos niños a presentar comportamientos resilientes y reaccionar adecuadamente a las situaciones provocadas por la pobreza, ya sea que vivan en medios rurales o urbanos (Werner, 1988).

Además, participan en redes sociales informales de vecinos, pares y/o adultos de quienes reciben consejos frente a situaciones críticas y cambios que ocurren durante la vida.

- Frecuentemente, los niños resilientes hacen de la escuela su hogar , fuera de su casa. A modo de ejemplo un profesor favorito puede llegar a ser un modelo de identificación para un niño resiliente (Werner, 1988).

- Se ha descrito (Rutter et. al. 1979), que las experiencias positivas vividas en la sala de clases pueden mitigar los efectos de un estrés considerable en el hogar.

Entre las características de las escuelas más exitosas se cuenta con un entorno físico apropiado, retroalimentación afectiva del profesor hacia los alumnos, uso frecuente de alabanzas, buenos modelos de comportamiento de los profesores, y el brindar a los estudiantes labores de responsabilidad y actitudes de confianza.

- La participación en actividades extra-curriculares o clubes sociales puede constituirse en una fuente informal que apunta a desarrollar conductas resilientes. El apoyo emocional provino también de un grupo de iglesia (Werner, 1988).

Lo que puede ser proporcionado a los niños, ya sea en la sala de clases, en el lugar de juegos, en el vecindario y/o en la familia, siempre que estén presente personas que se preocupen y den atención a los niños (Werner, 1988).

La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

CAPITULOS TRES. AUTOESTIMA COMO UN FACTOR PROTECTOR DE LAS ADICCIONES

3.1 Antecedentes de la autoestima

Alrededor del año 1890, Williams James, concebía a la autoestima como una cuestión afectiva que el ser humano vivía como un sentimiento o una emoción, la cual estaba determinada por las cualidades y el potencial de cada persona, y a su vez ligadas a la propias pretensiones y éxitos, lo que implicaba como consecuencia que esta aumentara o disminuyera de acuerdo a los éxitos o fracasos obtenidos, esto reflejaba que la autoestima era dinámica, es decir que podía cambiar y debido a esto la conducta de la persona dependía de tal concepto (Mruk, 1998).

James (1890) diferencia tres tipos de autoestima:

1. Material.- referente a la vanidad personal, la modestia, el orgullo por la riqueza y el temor a la pobreza.
2. Social.- orgullo social y familiar, humildad, vergüenza.
3. Espiritual.- pureza, sentido de superioridad moral y mental, sentido de inferioridad o de culpa (Polaino-Lorente, 2004).

El estudio de la autoestima no tuvo tal relevancia en los siguientes 60 años aproximadamente, sin embargo Freud quien nunca uso el término de autoestima, al hablar del ego, deja abierta una posibilidad.

Es Robert White (1963) considerado pionero en el tema, quien comienza a retomar el estudio de la autoestima, escribió artículos relacionados, al definir y comprender más a fondo la autoestima. Para White tiene sus raíces en la vivencias de la eficacia, es decir se regula desde edades tempranas, donde los bebés experimentan situaciones de éxito o de fracaso con cada uno de sus esfuerzos, por medio de situaciones o llantos prolongados, es en esos momentos cuando la autoestima forma una relación estrecha con los sentimientos de eficacia.

Para White la autoestima se manifiesta de forma dinámica, pero además va acumulando todas las situaciones de éxitos y fracasos que se dan a lo largo de la vida entre el ser humano y el mundo que lo rodea, de este modo el proceso de la autoestima se inicia en etapas muy tempranas.

En 1965 Morris Rosenberg define a la autoestima como la evaluación que se hace el individuo de sí mismo y que implica una actitud de aprobación o desaprobación; vislumbra a la autoestima como una actitud, no como un sentimiento, la cual implica la percepción y los sentimientos para fortalecer una actitud, para Whit la autoestima involucra el desarrollo de patrones, por lo que la considera un factor social.

Para Stanley Coopersmith (1967) la autoestima evalúa cualidades y características particulares que dan como resultado que el individuo haga una especie de diagnóstico acerca del valor que tiene como ser humano y de lo que se merece. La propia persona se hace un juicio acerca de lo que vale y lo expresa por medio de la actitud que tiene hacia sí misma, de esta manera transmite además su actitud que tiene hacia las personas que le rodea a través de su conducta ya sea verbal o no verbal.

Nathaniel Branden(1969) da una gran aportación al concepto de autoestima, incluyendo en esta dos cuestiones básicas que se relacionan entre sí, un sentido de competencia y un sentido de merecimiento personal, lo cual da como resultado que la persona tenga confianza y respeto. La persona va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres.

La personalidad de cada uno, no solo se forma a través de la familia, sino también con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con la que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente como lo es un salón de clase.. La persona no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente.

La autoestima afortunadamente como lo indica Ribero (2006) no está hecha de cemento o de acero, si no de lenguaje; por tanto, la baja autoestima fue creada lingüísticamente; puede invertirse el proceso y ganar autoestima en cualquier momento de la vida también lingüísticamente. Empleando las estrategias correctas, cualquiera puede transformar en positiva la historia de su vida y confiar por fin en sus posibilidades de éxito.

La autoestima se forma durante la infancia, pero no es inalterable: nunca es demasiado tarde para rectificarla, tomar las riendas de la vida y decidirse a ser como queremos ser.

Como lo menciona Del Castillo (2006) en ocasiones, se cree necesitar razones para amarse, aunque la rotunda verdad es que el amor se merece tan solo por el mero hecho de nacer, dicen los expertos que en los primeros años de vida es cuando se gesta el patrón de autoestima que dominará toda la vida adulta.

No necesitará razones para amarse a unos mismo simplemente dará por hecho que lo natural es sentirse especial y valioso en su entorno, y tenderá a apreciar y a cuidar al prójimo de la misma manera.

3.2 Definición de Autoestima

Hay realidades que no podemos evitar. Una de ellas es la importancia de la Autoestima. Es una necesidad humana fundamental, su efecto no requiere ni nuestra comprensión ni nuestro consentimiento. Funciona a su manera en nuestro interior con o sin nuestro conocimiento.

Somos libres de intentar comprender la dinámica de la Autoestima o de desconocerla, pero si optamos por esto último seríamos un enigma para nosotros mismos y pagaremos las consecuencias (Branden, 2005).

A lo largo de la historia, la Autoestima ha sido objeto de muchas investigaciones, lo que ha provocado que se cuente con una gran diversidad de definiciones.

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, comprende mucho más que ese sentido innato de auto valía, que es nuestro derecho al nacer; *es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de esta*. Consiste en:

1. El *aprecio y valoración* que tenemos las personas de sí, es verse uno mismo con características positivas.
2. La *confianza* en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos que la vida nos presenta.
3. El *derecho a ser felices*, de ser dignos y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

"Auto" = por si mismo, lo propio y "estima"= consideración de aprecio. "todas nuestras acciones están encaminadas a sentirnos bien nosotros mismos"

Branden (1995), define autoestima como "una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito", y lo explica nuevamente como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo.

Se puede diferenciar de autoconcepto y de sí-mismo, en que el primero atañe al pensamiento o idea que la persona tiene internalizada acerca de sí misma como tal; mientras que el sí-mismo comprende aquel espacio y tiempo en que el Yo, se reconoce en las experiencias vitales de importancia que le identifican en propiedad, algo así como el "mi".

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

La autoestima es esencial para la supervivencia emocional, sin cierta dosis de autoestima la vida puede resultar enormemente penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas.

No podemos amar verdaderamente a los demás cuando no nos gustamos a nosotros mismos e incluso nos odiamos. Barksdale (1991) (Portal de Desarrollo Personal)

El desarrollo de la aceptación y valoración que tiene el individuo de sí mismo y de lo que hace en cuanto a:

- Su propia imagen
- La imagen que le atribuyen los demás
- La confrontación de su propia imagen con la atribuida por los demás
- Valoración que da a sus méritos, capacidades, potencialidades y limitaciones
- Valoración que hace a sus actividades y desempeño. Camperos (1993).

Nathaniel Branden (1995), fundador y director del Instituto para la Autoestima de Los Ángeles, la autoestima es la suma de la autoconfianza y el autorrespeto.

Así, la autoestima está formada por los sentimientos de competencia y autovaloración, razón por la cual cuando un individuo tiene la autoestima alta se siente competente y valioso, mientras que al tenerla baja se siente inconforme con su vida.

Así mismo, Branden describe la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de esta, y consiste en:

- Confianza en nuestras habilidades de pensar y afrontar los desafíos de la vida.
- Confianza en nuestro derecho de ser felices, y el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Es decir, la autoestima denota confianza y respeto por uno mismo, también refleja el juicio que cada uno hace acerca de su habilidad para comprender y superar los problemas, así como el derecho que se tiene de ser feliz, esto es respetar y defender intereses y necesidades.



La actitud que tiene una persona hacia sí misma, producto de un proceso dinámico en el cual influyen muchos factores a lo largo de la vida. "En términos de psicología, la autoestima tiene una significación múltiple, pues depende de la confluencia de muchas funciones psicológicas conscientes o inconscientes".

De las conscientes se puede destacar cómo el individuo percibe la aceptación por parte de los demás, así como la capacidad de reconocer las propias virtudes y defectos.

En cuanto a las inconscientes, son aquellas experiencias pasadas que se relacionan con el. Delgado (1993).

Felmand (2008), mencionó que al hablar de autoestima nos referimos a la suma de lo que sentimos y pensamos sobre nosotros. En esta percepción influyen nuestros pensamientos, sentimientos y conductas.

La autoestima no es innata; se adquiere mediante experiencias y del sistema de filtración que uno utiliza para percibir las y evaluarlas. También se ve influida por los padres, docentes, compañeros, medios de comunicación, entre otros aspectos.

La autoestima ha sido conceptualizada como una necesidad psicológica fundamental que cumple una función adaptativa importante relacionada al bienestar (Sheldon, 2004).

Además se ha encontrado que la gente con baja autoestima no tiene un buen manejo sus emociones (Smith y Petty, 1995).

Colunga, Álvarez y García (2002), conceptualizaron la autoestima como una formación psíquica en la que prevalecen aspectos afectivos al mismo tiempo que está conformada por elementos cognitivos que permiten a los seres lograr el cumplimiento de sus objetivos de manera permanente en el quehacer humano.

También es considerada como la confianza en nuestra capacidad de pensar, el tener la certeza de que somos capaces de enfrentarnos a los desafíos de la vida; lo básico e importante es confiar en la propia mente y saber que somos merecedores de la felicidad.

Aguilar (1993), expuso que autoestima es la aceptación incondicional de sí mismo, sin juicio destructivo alguno por lo que permite optar por los sentimientos más humanos, amigables y confortables mostrándonos optimistas ante cualquier circunstancia.

De acuerdo a Moreno (2008), 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 mismo 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.

3.3 Tipos de Autoestima

Coopersmith (Citado en Branden, 1995) es considerado el primer psicólogo en estudiar la autoestima dentro del marco de la psicología experimental y la caracterizó en tres niveles: Alta, Media y Baja.

Alta autoestima.

Se caracteriza a los individuos con *alta autoestima* como activos, con éxitos sociales y académicos, más seguros de sí mismos, comunicativos, creativos, originales, independientes, dirigen y participan en las discusiones antes de escuchar pasivamente, irradian confianza y optimismo y esperan obtener el éxito al esforzarse, confían en sus propias percepciones, hacen amistades con facilidad.

Mediana autoestima.

Los individuos con *mediana autoestima* poseen tendencia a ser optimistas, expresivos y capaces de aceptar la crítica, a ser más seguros a las autoestimaciones de valía personal y tienden a depender esencialmente de la aceptación social. Por lo general, son personas

que en los encuentros sociales toman una posición activa buscando aprobación y experiencias que enriquezcan su auto evaluación.

Baja autoestima.

Los individuos con *baja autoestima* tienden a ser dependientes, valoran más las ideas de los otros. Se caracterizan por el desánimo y la depresión, se sienten aislados, sin atractivos, incapaces de expresarse y demasiado débiles para hacer frente o vencer sus deficiencias, así como para asumir sus circunstancias.

En los grupos sociales tienden más a escuchar que a participar, son muy sensibles a la crítica, pues se juzgan de manera negativa y sienten miedo a provocar el enfado de los demás. La preocupación por sus problemas internos los aparta de las oportunidades de establecer relaciones amistosas.

En virtud de esa acepción, la autoestima tiene que ser un estado de búsqueda de la armonía y el crecimiento personal, de búsqueda y de respuestas. A veces, es necesario vivir experiencias dolorosas para enriquecer nuestra conciencia, espíritu y cuerpo.

Lo importante es saber cuándo son experiencias necesarias para el crecimiento personal y cuándo son conductas y sentimientos dañinos, que sólo indican una baja autoestima y por lo tanto llevan al deterioro afectivo.

3.4 Desarrollo de la Autoestima

La Autoestima se forma desde la gestación, durante el período prenatal y en los años que siguen el nacimiento del niño, quien aprenderá, de acuerdo con lo que perciba en su entorno, si es apto para lograr objetivos y ser feliz, o si debe resignarse a ser común; uno más en una sociedad en la que vivirá posiblemente resentido, ansioso y funcionando muy por debajo de su verdadera capacidad.

Los niveles de salud, éxito económico y calidad de relaciones, están frecuentemente relacionadas con una Autoestima fuerte. El desequilibrio, el caos en estas áreas, se puede vincular a una baja, débil o escasamente desarrollada autoestima.

El concepto del Yo y de la Autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad.

Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso, complicados razonamientos sobre el Yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

Para desarrollar la autoestima se necesita tener una actitud de confianza frente sí mismo y actuar con seguridad frente a terceros, ser abiertos y flexible, valorar a los demás y aceptarlos como son; ser capaz de ser autónomo en sus decisiones, tener comunicación clara y directa, tener una actitud empática, es decir, capaz de conectarse con las necesidades de sus congéneres, asumir actitudes de compromiso, ser optimista en sus actividades.

La persona no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en que se relaciona con el ambiente, mediante la interiorización de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que la persona obtiene durante su desarrollo.

Es decir, la autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida.

La autoestima es la base y centro del desarrollo humano, el reconocimiento, concentración y práctica de todo su potencial, así mismo nos dice que cada individuo es la medida de amor hacia sí mismo.

Si una persona se conoce a sí misma y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades y si se acepta y respeta tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce, el concepto de sí mismo es pobre, no se acepta, entonces no tendrá autoestima.

Algunos pasos para el conocimiento y desarrollo adecuado de la autoestima:

Autoconocimiento. Identificar las manifestaciones, necesidades y habilidades del yo, así como los roles que vive el individuo, saber cómo es, como actúa y que siente.

Al conocer todos los elementos del yo, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada, lo contrario le acarreará una personalidad débil, con sentimientos de deficiencia y devaluación de sí mismo. Conocer se refiere a la capacidad de entender, saber e identificar.

Autoconcepto. Es el conjunto de creencias que se tienen sobre sí mismo y que se manifiestan en la conducta.

Autoevaluación. Esta refleja la habilidad que tiene el individuo para evaluar las cosas y diferenciar si son buenas para él, si le permiten crecer y aprender, si son interesantes, etc. o por el contrario, si son malas y pudieran dañarlo.

Autopercepción. Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo, como la forma de ser y sentir, y ver positivamente la posibilidad de que hay partes que pueden cambiar si fuera necesario.

Autorespeto. Es cuidar y satisfacer las necesidades y valores de uno mismo. Manejar y manifestar convenientemente sentimientos y emociones sin dañarse o culparse. Es buscar las cosas que permitan al individuo sentirse orgulloso de sí mismo.

Autoestima. Es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce, se acepta y se respeta, crea una escala de valores y desarrolla sus capacidades, tendrá un nivel adecuado de autoestima.

Dentro de cada individuo hay variaciones con respecto al nivel de autoestima, así como las hay en todos los estados psicológicos. Sin embargo hay un nivel promedio de esta en la persona.

Son varios los factores que determinan nuestro nivel de autoestima, desde el medio ambiente hasta nosotros mismos, como agentes causales, competidores activos y creadores de nuestra propia vida.

No obstante, el medio familiar tiene mucha importancia en el desarrollo de nuestra autoestima y puede producir un impacto tanto positivo como negativo, ya que así como los padres pueden propiciar la confianza y el amor propio pueden también crear un ambiente en el que el niño se sienta inseguro y lleno de temor.

3.5 Dimensiones de la Autoestima

Si bien existe una valoración global acerca de sí mismo, que puede traducirse en una percepción de ser querido, valioso y estar contento de ser como es; o por el contrario, en un sentimiento de ser poco valioso, no querido y, por lo tanto, un sentimiento negativo y de no-aceptación respecto de uno mismo, existen también otras dimensiones o áreas específicas de la autoestima:

Dimensión física: La de sentirse atractivo. Se refiere en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también, en los niños, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosa y coordinada.

Dimensión Social: Sentimiento de sentirse aceptado y de pertenecer a un grupo, ya sea empresarial, de servicio, etc. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales; por ejemplo, ser capaz de tomar la iniciativa, ser capaz de relacionarse con personas del sexo opuesto y solucionar conflictos interpersonales con facilidad. Finalmente, también incluye el sentido de solidaridad.

Dimensión Afectiva: Auto percepción de diferentes características de la personalidad, como sentirse:

- Simpático o antipático
- Estable o inestable

- Valiente o temeroso
- Tranquilo o inquieto
- De buen o mal carácter
- Generoso o tacaño
- Equilibrado o desequilibrado

Dimensión Académica: Se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y específicamente a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares. Enfrentar con éxito los estudios, carreras y la autovaloración de las capacidades intelectuales: inteligente, creativo, constante.

Dimensión Ética: Es la autorrealización de los valores y normas. Se relaciona con el hecho de sentirse una persona buena y confiable o, por el contrario, mala y poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. La dimensión ética depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de como se ha sentido frente a los adultos cuando las ha transgredido o ha sido sancionado. Si se ha sentido cuestionado en su identidad cuando ha actuado mal, su autoestima se vera distorsionada en el aspecto ético.

3.6 Factores que influyen en la Autoestima.

1.Influencia de los padres

En los primeros años el estilo de crianza de los padres determina la formación inicial de la autoestima, de tal forma que, dependiendo de cómo los padres se relacionen con el niño así se irán desarrollando una alta o una baja autoestima.

Los padres que aceptan a sus hijos, valoran, tienen confianza en él y en sus capacidades, tienen expectativas apropiadas, disciplinan con reglas razonables y justas, y le expresan Amor y respeto.

Fomentarán en su hijo una autoestima positiva; por el contrario, los padres que no valoran a sus hijos, que no confían en ellos, piensan que no pueden hacer las cosas bien y por consiguiente, los padres las hacen por ellos, que disciplinan utilizando la fuerza y que no les expresan Amor y respeto, fomentarán en sus hijos una autoestima negativa

Además, *los padres funcionan como modelos* para el niño, son el espejo que le muestra a ese nuevo ser quién es.

Los niños y niñas constantemente están aprendiendo de sus padres, por lo que también aprenderán a valorarse o a rechazarse. Por lo tanto, una de las mejores maneras de adquirir una buena autoestima es tener padres con buena autoestima ya que sirven como ejemplos de auto aceptación y autores.

A medida que niños crecen se encuentran con otros modelos cuidadores, maestros, amigos, etc. que también ejercen influencia en su autovaloración. Aunque, los modelos o espejos que ejercen mayor influencia son los padres.

La autoestima no es rígida ni fija, sino que cambia a medida que vamos creciendo pues se ve influenciada por dos aspectos:

- Las *circunstancias o actividades* que realizamos. Algunas circunstancias fortalecen nuestra autoestima, mientras que otras la dañan.
- Las *ideas o pensamientos* que tenemos acerca de los hechos, esto es muy importante porque en muchas ocasiones no podemos cambiar los hechos pero si podemos controlar nuestra forma de interpretarlos, y esta interpretación daña o fortalece nuestra autoestima.

2.Influencia de los compañeros simultáneos.

Dependiendo de lo que los compañeros piensen del niño así será la autoimagen y la autoestima que se tenga de sí mismo ya que se compara con sus compañeros.

Durante los años escolares el niño aprende a evaluar cada vez con más precisión sus capacidades, de ahí la importancia de la infancia en la vida de las personas en las que son como esponjas que lo absorben todo.

3.Influencia de la sociedad.

La autoestima *se aprende y se forma 1º en la familia*, nos enseña lo que somos, lo que piensan mis compañeros de mí, será el complemento de la autoestima que me formaron en mi familia, pero a medida que el niño crece, los grupos a los que pertenece se agrandan; lo que le permita desarrollar el conocimiento social; en donde puede formarse un a imagen más exacta y compleja de las características físicas intelectuales y personales de la demás gente y también de las de el mismo

Por lo tanto, *la sociedad moldea nuestra capacidad de darnos el aprecio*, el valor que merecemos; por eso es importante recibir y vivir en una sociedad gratificante y reforzante ante nuestras necesidades.

3.7 Familia y autoestima

Se ha señalado que la familia es uno de los espacios sociales más importantes en la conformación de la identidad (*yoización, autoestima y autoconcepto*). Muchos estudios han mostrado la relación que existe entre la forma en la que los niños sienten como son percibidos por su familia y la forma en la que se perciben a si mismos (Cook y Douglas, 1998).

Sin embargo, existen otros espacios que también contribuyen a la socialización e individuación de los niños, la escuela y las relaciones en la calle. Como lo comentan Cubero y Moreno (1990) la escuela representa un contexto importante que influye en el autoconcepto y la autoestima, extendiendo las relaciones sociales con profesores y compañeros.

También se ha encontrado que cuando existen conflictos entre padres e hijos adolescentes se da como resultado la presencia de una baja autoestima y muchas veces esto es el inicio del consumo de drogas por parte de los adolescentes, lo que es asociado a resultados negativos hacia su salud conductas, de riesgo, (Caughlin y Malis, 2004).

Hops (1990) sugirió que los conflictos familiares entre padres y adolescentes, son los causantes del uso de drogas, además de tener riesgos directos a la salud y como resultado el consumo de drogas, lo que está asociado a que los adolescentes experimenten depresión y baja autoestima, los cuales son factores de riesgo hacia su salud.

Es importante el auto concepto que se tiene de uno mismo cuando se inicia con el consumo de drogas, ya que hay diferencias durante el inicio, su evolución y la decisión al dejar de consumirlas, la recuperación y las transiciones entre ese lapso y las posibles recaídas. (Downey, Rosengren y Donovan, 2000),

De esta forma, podrían seguirse citando conceptos similares respecto a la autoestima, pero es importante enfatizar que el término por sí mismo alude al afecto y consideración que tiene hacia sí mismo cada individuo.

El afecto puede llegar a ser una conjunción de sentimientos y emociones tan importantes que aún cuando no puedan ser medidos con instrumentos especiales y de precisión, pueden generar cambios significativos en toda persona; y si los seres hemos experimentado tal afecto a lo largo de nuestra vida en sus diferentes manifestaciones (hacia los padres, hermanos, pareja), ¿Por qué puede resultar tan doloroso generarlo para nosotros mismos? Querer encontrar una sola explicación a este cuestionamiento sería imposible, ya que se conjugan diversos factores, pero es de gran ayuda ubicar las situaciones que favorecen los afectos positivos y de esa manera contrarrestar aquello que impide la evolución de nuestra autoestima.

PROPUESTA DE UN TALLER PARA PREVENIR ADICCIONES EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

El tema de las adicciones ha sido motivo de encuentro entre naciones, de estudios exhaustivos y hasta serios conflictos entre naciones. Sabemos la dificultad de erradicación en el consumo de drogas, sin embargo desde la psicología podemos contribuir con medidas preventivas para la disminución de su consumo en adolescentes.

Conociendo el tema de las adicciones y los posibles tratamientos para su prevención, se puede esperar que las personas puedan ir adquiriendo actitudes positivas, concientizándose en los alcances que tiene una adicción, fomentando de manera particular un mejor estilo de vida, lo que prevalecerá en una sociedad apta para todo individuo, ya sea en etapa infantil, adolescente o adulta.

Propuesta: En este capítulo se presenta el diseño de un taller preventivo sobre adicciones para adolescentes.

Planteamiento del problema

El tema de las adicciones es complejo por naturaleza y más aún si está relacionado con la etapa adolescente, convirtiéndose no sólo en un problema para el adolescente sino también para su familia y la sociedad, ya que esta problemática, en la mayoría de los casos genera un deterioro en la vida cotidiana de cualquier individuo.

Justificación

Se han propuesto diferentes métodos de intervención relacionado con las adicciones, pero la mayoría de éstos va dirigida a pacientes que ya viven el problema, llevándolos a tener en la mayoría de los casos un diagnóstico reservado, esto debido a que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la adicción.

Por lo tanto el motivo que lleva a la planeación de este taller, es debido a las necesidades y condiciones de vulnerabilidad de los adolescentes, ya que éstos por encontrarse en una época de formación y desarrollo, van tomando y adquiriendo de su medio todo lo

necesario para la conformación de la personalidad, y es este periodo en donde se registra en mayor medida la adquisición de hábitos de consumo y conductas de riesgo las cuales pueden persistir a lo largo de su vida.

Objetivo general:

Proporcionar a los adolescentes información, orientación y estrategias que les ayuden a prevenir conductas adictivas para un mejor desarrollo de su persona.

Objetivos particulares:

- 1.- Orientar a los adolescentes acerca de los distintos tipos de drogas, sus causas y efectos.
- 2.- Orientar a los adolescente sobre estrategias de prevención por medio de conductas de autoconocimiento, identificación y aceptación de roles.
- 3.- Reconocer a las instituciones como un lugar de apoyo y prevención e identificar los distintos canales de información a los que puede acudir.

Población:

Adolescentes de entre 12 y 16 años que asisten a la educación secundaria.

Metodología general del taller:

- El presente taller está dirigido para adolescentes que están o no frente a un riesgo latente de consumir drogas.
- Lugar: Escuela Secundaria.
- Número de sesiones: 10 sesiones de 2 horas cada una.
- Se propone que el taller se lleve a cabo en los cursos de verano.

La estrategia se realizará de la siguiente manera:

- Al inicio los adolescentes llenarán una hoja de inscripción en donde anotarán datos importantes sobre su desarrollo.
- Se sugiere que el o los instructores sean psicólogos.
- El número de participantes será de 10 a 15 adolescentes.

- Evaluación: Los adolescentes al inicio del taller resolverán un pretest relacionado con el consumo de sustancias adictivas, y al terminar el taller y con la finalidad de comprobar la información adquirida se aplicará un postest.

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión	Tema	Objetivos	Actividades
Primera	Encuadre "Adolescencia: desarrollo físico"	-Conocer por medio de la ficha de inscripción las características de cada integrante. -Establecer los lineamientos de trabajo. -Introducir a los participantes en la dinámica del taller. Identificará aquellas habilidades físicas que lo caracterizaba como niño y las que ahora ha adquirido como adolescente. -Conocer las ventajas y desventajas que éstas habilidades le proporcionan. -Identificará sus necesidades y cómo pueden cubrirlas de tal manera que no se cree falsas expectativas, buscando en otros lo que no encuentra en si.	Contestar la ficha de participación al taller. Explicación por parte del expositor sobre la mecánica de trabajo 1.-Exposición. 2.- Silueta corporal. 4.-El cuerpo del adolescente. 3.-Identificación. 4.-Conclusiones.
Segunda	"Adolescencia: Desarrollo psicosexual"	-Conocer las diferencias entre sexo y sexualidad. -Analizar los roles designados por la sociedad para el hombre y la mujer y si están de acuerdo con ellos. -Analizar las conductas de consumo de sustancias que están relacionadas con el rol social.	1.-Motivación. 2.- Poema. 3.-Proyección. 4.-Cuadro comparativo. 5.-Semáforo de emociones. 6.- Conclusiones.
Tercera	Adolescencia y Autoconcepto	- Identificar que es el autoconcepto. - Identificar conductas que los hacen sentirse satisfechos, a las cuales puede recurrir en el momento que necesiten, alejándolos de buscar sustitutos como las drogas. - Conocer cómo reacciona ante la crítica y cómo construye su identidad de acuerdo a las relaciones interpersonales.	1.-Recapitulación. 2- Exposición del tema. 3.-Caracterización personal. 4.-Descripción y explicación. 5.-Conclusiones.
Cuarta	"El compromiso de ser adolescente"	- Conocer los beneficios de convertirse en un adolescente. -Analizar las relaciones de él con su familia en esa nueva etapa.	1.-Síntesis de la sesión anterior. 2- Exposición. 3.-Beneficios de la adolescencia.

		-Identificar las características del grupo de iguales como facilitadores de conductas adictivas.	4.-Identificación. 5.- Conclusiones.
Quinta	"Introducción al tema de las adicciones"	- Establecer los lineamientos de trabajo. - Introducir al adolescente a la dinámica que vive un adicto.	1.- Introducción al tema. 2.- Documental. 3.- Debate. 4.- Conclusiones.
Sexta	"Clasificación de las drogas"	-Identificar el concepto y el desarrollo de las adicciones. -Conocerá los antecedentes más significativos de las drogas.	1.-Motivación. 2.-Diapositivas. 4.-Lluvia de ideas. 5.-Dudas. 6.- Conclusiones.
Séptima	"Causas y efectos del consumo de drogas"	-Conocer las causas y los efectos de las drogas más comunes. - Valorar la importancia de la abstinencia del consumo. - Orientar a los adolescentes a una actitud preventiva.	1.- Motivación. 2.- Exposición. 3.- Cartel 4.- Conclusión.
Octava	"Prevención en el consumo de drogas"	-Conocer en qué consiste la prevención. -Identificar las conductas de riesgo. -Conocer las redes de apoyo en caso de necesitarlas.	1.-Redes de apoyo. 2.-Análisis de historias. 3.-Situaciones de riesgo. 4.-Resoluciones. 5.- Conclusiones.
Novena	"Apoyo en la familia y en los maestros"	-Identificar que es sentirse apoyado. -Identificar como se acepta e identifica. -Realizar un plan en donde identifique qué conductas lo llevan al rechazo y críticas de los demás. -Identificar cómo cree que lo ven los mayores principalmente padres y maestros.	1.-Síntesis de la sesión anterior. 2.-Reflexiones. 3.-Tipos de apoyo. 4.-Árbol genealógico. 5.- Conclusiones.
Décima	"Conclusión del taller"	-Identificar los conceptos más significativos sobre las adicciones. -Reconocer las dudas que quedaron a lo largo del taller. -Valorar el compromiso que adquirieron. -Conocer el avance o tropiezos de cada integrante.	1.-Presentación de las obras de teatro. 2.- La comunicación con padres y escuela. 3.- Medios de información. 4.-Agradecimientos. 5.-Cierre y conclusiones finales.

Encuadre:

-Presentación del instructor que impartirá el taller

-Introducir a los participantes a que conozcan la forma en que se desarrollará el taller.

-Conocer por medio de la ficha de participación al taller, las características de cada integrante (anexo 1)

- Cuestionario inicial del taller (anexo 2)
- Establecer los lineamientos de trabajo.

Primera sesión "Adolescencia: desarrollo físico"

Objetivos:

- Identificarán: aquellas habilidades físicas que lo caracterizaban como niños y las que ahora ha adquirido como adolescentes:
- Conocer las ventajas y desventajas que estas habilidades le proporcionan.
- Los participantes identificarán sus necesidades y cómo puede cubrirlas de tal manera que no se cree falsas expectativas, buscando en otros lo que no puede encontrar en ellos.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel mural, crayolas y marcadores.

Tiempo: 2 horas.

Desarrollo:

1. Contestar la ficha de inscripción y cuestionario
2. El instructor expondrá los cambios físicos a los que se enfrenta el adolescente.
3. Los adolescentes, se dividirán en parejas, en donde uno de ellos se colocará sobre el papel que se encuentra en el piso y le pedirá a su compañero que marque alrededor de su cuerpo su silueta y viceversa.
4. A su propia figura humana le colocarán las principales características físicas que poseen.
5. Al final cada uno expondrá las diferencias del cuerpo de niño y el de adolescente, además de manifestar con cuáles ya se sienten identificados y con cuáles no.

Segunda sesión “Adolescencia: Desarrollo psicosexual”

Objetivos:

Conocer las diferencias entre sexo y sexualidad.

- Analizar los roles designados por la sociedad para el hombre y la mujer y si están de acuerdo con ellos.
- Analizar las conductas de consumo de sustancias que están relacionadas con el rol social.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel rotafolio

Desarrollo:

- 1.- El instructor motivará a recordar los puntos principales del tema anterior.
- 2.- El expositor les leerá un poema relacionado a lo que es y como se puede vivir la sexualidad.
- 3.- Se proyectará el material que habla del desarrollo psicosexual en adolescentes, así como la relación que se tiene con las emociones.
- 4.- Los adolescentes llenarán un cuadro comparativo, con los conceptos de emoción, sentimiento y carácter. También expondrán como vive cada uno de ellos.
- 5.- Los adolescentes elaborarán un semáforo de emociones, en donde plasmarán lo que les altera, que los hace sentirse de esa forma, como puede controlar esas emociones que lo pueden dañar.

Tercera sesión “Adolescencia: Autoconcepto”

Objetivos:

- Identificar que es el autoconcepto.
- Identificar conductas que los hacen sentirse satisfecho, a las cuales puede recurrir en el momento que el necesite, alejándolo de buscar sustitutos como las drogas.
- Conocer cómo el adolescente reacciona ante la crítica de los demás y cómo constituye su identidad de acuerdo a las relaciones interpersonales.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Folders y marcadores

Tiempo: 1 hora 30 minutos

Desarrollo:

- 1.- El expositor hará una recapitulación del tema anterior.
- 2.- El expositor realizará el tema de autoconcepto en adolescentes.
- 3.- En la mitad de un folder, pondrán su nombre y se lo pegarán en la espalda, en donde cada uno de sus compañeros escribirá alguna característica que vean en ellos.
- 4.- Una vez recolectada las impresiones de todos, darán lectura a éstas, mientras que los demás compañeros señalarán que escribieron a cada uno y por qué lo escribieron.
- 5.- El instructor hará el cierre, considerando los resultados del ejercicio, de tal forma que los adolescentes no se sientan agredidos, ofendidos, limitados o molestos.

Cuarta sesión "El compromiso de ser adolescente"

Objetivos:

- Conocer los beneficios de convertirse en un adolescente.
- Analizar las relaciones de él con su familia en esa nueva etapa.
- Identificar las características del grupo de iguales como facilitadoras de conductas adictivas.

Material:

- 1.- Tema desarrollo por escrito
- 2.- Revistas y periódico.
- 3.- Papel bond
- 4.- Diapositivas

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- 1.- El instructor motivará a los adolescentes a realizar una síntesis de lo revisado la sesión anterior
- 2.- El expositor realizará una revisión en línea de tiempo sobre aquello que se realizaban ellos como niños y cómo estas actividades o tareas han tenido modificaciones.
- 3.- Se pedirá a los adolescentes que por medio de un collage, expliquen cuáles son los beneficios adquiridos en esta etapa, cuáles les provocan malestar y cómo pueden contrarrestarlos.
- 4.- Una vez realizado su collage expondrán su trabajo, se pedirá que consideren: ¿Por qué ese dibujo?, ¿Qué me identifica más como adolescente?, ¿Hasta ahora cómo he vivido mi adolescencia?, ¿Qué aspectos puedo mejorar ahora con mi edad?
- 5.- Por último, se les pedirá que en una frase, que servirá como título para su trabajo, expresen ¿Qué es ser adolescente?

Quinta sesión “introducción al tema de las adicciones”

Objetivo:

-Introducir al adolescente a la dinámica que vive un adicto.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito
- 2.- Rotafolio
- 3.- Documental sobre el consumo de sustancias
- 4.- Televisión y DVD

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- 1.- Contestar la ficha de inscripción.
- 2.- La expositora dirigirá una dinámica de integración.
- 3.- La instructora dará la introducción del tema por medio de diapositivas.
- 4.- Se proyectará el documental titulado “Drogas: hasta que el cuerpo aguante”.
- 5.- De acuerdo a lo proyectado se realizará un debate, en donde se elegirá un moderador y cada uno cerrera con una conclusión.
- 6.- La expositora repartirá el tema desarrollado por escrito.

Sexta sesión “Clasificación de las drogas”

Objetivos:

- Identificar el concepto y el desarrollo de las adicciones.
- Conocerá los antecedentes más significativos de las drogas.

Material:

- 1.- Proyección de la clasificación
- 2.- Tema desarrollado por escrito

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- 1.- El expositor motivará a los adolescentes a realizar una reseña de lo visto en la sesión pasada, de tal manera que se cree un enlace con lo que se revisará en esta sesión.
- 3.- Se expondrá el tema en diapositivas.
- 4.- Se realizará una lluvia de ideas, en donde se espera que los adolescentes manifiesten sus principales dudas, intereses y expongan lo que saben del tema.
- 5.- Conclusiones de lo revisado en la sesión.

Séptima sesión “Efectos y causas del consumo”

Objetivos:

- Conocer las causas y los efectos de las drogas más comunes.
- Valorar la importancia de la abstinencia del consumo.
- Orientar a los adolescentes a una actitud preventiva.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel rotafolio.
- 4.- Marcadores.
- 5.- Revistas y periódico

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- 1.- El expositor dará una reseña de lo trabajado la sesión anterior y una introducción.
- 2.- Se proyectarán las diapositivas de la información.
- 3.- Se dividirá al grupo en equipos para elaboración de un cartel, en donde informarán sobre el efecto y las causas de las drogas.

4.- Los adolescentes expondrán al grupo su cartel y una conclusión personal.

Octava sesión “Prevención en el consumo de drogas”

Objetivos:

- Conocer en qué consiste la prevención.
- Identificar las conductas de riesgo.
- Conocer las redes de apoyo social y familiar con que cuenta.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Historias en desorden, que plantean varias soluciones ante el problema de las adicciones.

Tiempo: 2 horas

Desarrollo:

- 1.- El instructor explicará en qué consiste la prevención y las redes de apoyo.
- 2.- Los adolescentes organizarán unas historias, las cuales tienen dos o más desenlaces y las cuáles están relacionadas con el tema de las adicciones.
- 3.- El expositor dará un ejemplo de cómo se puede resolver una situación en riesgo.
- 4.- Se pedirá a los adolescentes que expongan como resolvieron cada problemática.

Novena sesión “Apoyo en la familia y en los maestros”

Objetivos:

- Identificar que es sentirse apoyado.
- Identificar cómo se acepta e identifica.
- Realizar un plan en donde identifique qué conductas lo llevan al rechazo y críticas de los demás.

- Identificar cómo cree que lo ven los mayores principalmente padres y maestros.

Material:

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Fotografías de familiares cercanos y revistas.
- 3.- Diapositivas.
- 4.- Papel mural, papel reciclado, pegamento y tijeras.

Tiempo: 2 Horas

Desarrollo:

- 1.- El expositor motivará a los adolescentes a recordar el tema anterior y reflexionar en su actuar durante la semana, en relación a sus sentimientos y relación con los demás.
- 2.- El instructor explicará los diferentes tipos de apoyo y las dificultades a las que se pueden encontrar para llegar a ellas.
- 3.- Los adolescentes elaborarán un árbol genealógico con fotografías y recortes, anotando como se lleva con cada integrante, con quien se relaciona mejor y con quien tiene más conflictos.
- 4.- De manera personal y voluntaria expondrán su árbol genealógico, así como las relaciones entre sus familiares. Al final de su explicación se les preguntará:

- ◆ ¿Cómo ha influido esa persona en mí?
- ◆ ¿Qué tan importante es lo que piensa la familia de mí?
- ◆ ¿Modifico mi conducta, a pesar de lo que quiero, por darle gusto a los demás?
- ◆ ¿Me siento invadido, limitado o juzgado en la mayoría de los casos por mi familia?
- ◆ ¿Cómo me describiría?
- ◆ ¿Es cierto lo que dicen los demás de mí?
- ◆ ¿Qué deseo ser y hacer?
- ◆ ¿Cómo lo puedo lograr?

5.- Se pedirá a tres adolescentes que den una pequeña conclusión.

6.- Para finalizar se explicará que en la siguiente actividad se realizará una obra de teatro, por lo que es necesario que se dividan en dos equipos. La hora tiene que incluir todo lo revisado a lo largo de todo el taller.

Se dará tiempo para que se reúnan planteen la historia a exponer, el material necesario para montarla y presentarla la siguiente sesión.

Decima sesión “Conclusión del taller”

Objetivos:

- Identificar los conceptos más significativos sobre las Adicciones.
- Reconocer las dudas que quedaron a lo largo del taller.
- Valorar el compromiso que adquirieron.
- Conocer el avance o tropiezos de cada integrante.

Material:

- 1.- Listado de asociaciones que apoyan a los adolescentes.
- 2.- Guión teatral y vestuario.
- 3.- Cámara de video.

Tiempo: 2 horas 30 minutos.

Desarrollo:

- 1.- El instructor indicará que tienen 30 minutos para detallar lo último de la obra de cada equipo.
- 2.- Los adolescentes una vez listos, llevarán a escena su obra en no más de 30 minutos.
- 3.- Al terminar las dos obras, analizarán y sugerirán como ellos resolverían las problemáticas planteadas.
- 4.- El expositor hablará de la importancia de la comunicación entre padres, familia e instituciones, como redes de apoyo, así como los medios por los cuales pueden adquirir información.

- 5.-Se aplicará un instrumento (Postest) con la finalidad de recabar información que pueda servir para mejorar la implementación de Talleres sobre adicciones.
- 6.-Se solicitará a los participantes que contesten un instrumento de evaluación con la finalidad de obtener información sobre el contenido del Taller y el desempeño de los instructores.
- 7.- Se llevará a cabo el cierre del Taller, con un pensamiento, así como el agradecimiento y aprecio al trabajo desempeñado por ellos.

Algunas recomendaciones referentes a los adolescentes.

- ❖ Esté atento, los adolescentes no siempre revelarán las necesidades que tienen, ni tampoco pedirán consejo alguno. En ocasiones habrá que preguntar y dar pauta a la conversación.
- ❖ Escuche sus soluciones pero no se altere. Absténgase de hacer comentarios hirientes o de desprecio. Tal vez para usted, como adulto, la solución sea obvia, pero para el adolescente, no.
- ❖ Invítelo a pensar más opciones de las que se le ocurren inicialmente para los diversos problemas. Déjelo pensar un poco denle pistas no soluciones. Recuerde que hará más lo que se le ocurra a él y no tanto lo que usted sugiera.
- ❖ Sí logra un buen resultado con la decisión que tomó felicítelo. Recuerde que como adultos solemos quejarnos de lo que hacen mal, pero es necesario que los felicitemos por lo que hacen bien.

CONCLUSIONES

Al revisar la bibliografía referida al tema de las adicciones, se coincide con los diferentes autores al concluir, que las drogas son toda sustancia tóxica que altera la actividad mental, estimulándola o deprimiéndola, aumentando cada vez más la cantidad y la frecuencia de consumo, lo que causa dependencia o adicción provocando, daño físico y psicológico.

Existen varios tipos de drogas, algunas son medicamentos como los tranquilizantes y los estimulantes, otras provienen de las plantas como la marihuana, los hongos o la coca, también las hay de uso industrial como el thinner o el cemento que se inhalan, también existen como compuestos químicos, como los llamados tachas, crack y diversos productos que causan adicción y dañan la salud.

Por lo antes mencionado, los padres tienen el compromiso de brindarles a sus hijos las herramientas e información que les protejan de las drogas. Es a través del vínculo familiar y en los primeros años de vida que se desarrollan una serie de factores que los acompañarán a lo largo de la vida; como el sentimiento de seguridad y protección, el "sentirse valioso" incluso con sus propias limitaciones, así como la motivación, para alcanzar el éxito, la autonomía y el sentido de bienestar.

Después de la literatura revisada considero importante, hacer énfasis sobre el vínculo que debe existir entre padres e hijos, ya que son ellos los que pueden constituir un modelo de comportamiento; como el afecto y seguridad que el niño o adolescente necesitan y lo han de recibir a través de los cuidados paternos; así como el establecimiento de límites o acuerdos sanos, que son la base para que exista una confianza recíproca en la relación.

Los hijos deben sentir la seguridad, que pueden acudir a los padres ante cualquier problema o situación que se les presente, recibiendo apoyo, orientación, y consuelo, o recibir algún consejo. Y así los padres podrán estar tranquilos que sus hijos acudirán a ellos cuando lo necesiten.

Considero importante, que cuando se trabajen los talleres con adolescente es necesario, que también y de manera alternada se implemente un taller dirigido a los padres de cómo proteger a sus hijos de las drogas. Ya que es muy común en ellos que conozcan las habilidades de sus hijos: en que son buenos, qué les gusta, pero no siempre conocen sus preocupaciones, sus miedos, sus relaciones amistosas y lo que es lo más importante para ellos; hacia donde quieren llegar o cuáles son sus expectativas de vida.

Para algunos padres, es realmente difícil entender a sus hijos, ya que consideran que por ser adolescentes no tienen preocupaciones o si las tienen son transitorias, y no les dan importancia debida. Sin embargo para el adolescente, puede ser sumamente angustiante no encontrar algún objeto personal, el haber reprobado alguna materia o el haber terminado con su pareja de secundaria. Peor aún cuando sienten que no se les toma en cuenta, o no se le da la importancia necesaria como la que pudiera darse a un adulto.

Desde mi punto de vista son los padres en primera instancia, los que deben ponerse en el lugar de sus hijos, hacer un esfuerzo por regresar mental y emocionalmente a su edad, para pensar lo que significa para ellos una situación problemática y por más difícil que parezca; entender que sus razonamientos son diferentes.

Existen distintos factores de riesgo y aunque la adicción es una enfermedad multifactorial, es importante mencionar que algunos adolescentes están relacionados con altos sentimientos como son la angustia, inseguridad, y baja autoestima, lo que los induce a buscar alguna sustancia que lo haga aparentemente sentirse bien.

También la actitud permisiva de los padres y la sociedad hacia el abuso de bebidas alcohólicas y tabaco, así como el uso de drogas ilegales en la familia de alguna manera “permiten” que el adolescente pruebe y experimente con ellas en cuanto se le ofrezcan en su grupo de amigos o en cualquier ámbito social en el que se encuentre. También se puede generar una permisividad silenciosa de parte de los padres, al saber que sus hijos tienen un problema de uso o abuso de sustancias y evitan enfrentar la situación, por miedo a asumir la responsabilidad y buscar ayuda profesional.

Finalmente, el camino más eficaz en la prevención de las adicciones es estar atentos e informados para orientar a nuestras hijas e hijos acerca de cómo resistir la presión que los conduce al consumo de alcohol, tabaco, y de otras drogas, así como interesarnos por lo que les sucede y mantener una relación de afecto y amor con ellos.

Algunos otros son víctimas de “enganchadores” que les ofrecen una vida en apariencia, sin complicaciones a cambio de consumir drogas. Y una vez que son adictos los hacen distribuidores y nuevos enganchadores, los explotan y prostituyen ampliando la violencia y la degradación en que viven.

Una de las tareas al implementar talleres de prevención, es la formación de jóvenes que puedan funcionar en su medio. Tarea que comparten áreas de la salud, cómo la psicología. La prevención como una forma de trabajo del psicólogo es fundamental al fomentar la adquisición y prácticas de conductas que les permita prevenir hábitos inadecuados.

A partir de esta propuesta de trabajo es importante que los interesados en el tema realicen investigaciones futuras, y se aborde la prevención de adicciones desde las perspectivas más actuales con la posibilidad de intervención y seguimiento, con adolescentes de secundarias, que es en donde se presenta un alto porcentaje de jóvenes que se inician en el consumo de alguna droga.

Para finalizar cualquiera que sea el caso; sean niños de la calle, o cuenten con una familia, jóvenes estudiantes, jóvenes trabajadores, hombres y mujeres adultos, ricos o pobres, la adicción es una enfermedad progresiva y que puede ser mortal. La persona adicta sufre y difícilmente puede controlar su adicción. Por lo que es necesario entenderla y ayudarla.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El servicio de atención psicológica y adicciones que se brinda en los centros de atención para las adicciones se encuentran saturados la mayor parte de tiempo; debido a su bajo costo y a la demanda que se tiene por parte de los centros educativos.

Esto debido a un gran porcentaje de pacientes que solicitan el servicio, y en su mayoría son padres de familia, los cuales tienen grandes confusiones para saber cómo actuar para la educación y orientación de sus hijos con respecto a las actitudes o cambios de conducta que están presentando en la escuela, siendo en muchas ocasiones problemáticas que se pueden manejar en casa, previa orientación oportuna a los padres, para saber cómo pueden actuar con sus hijos para que no caigan en las drogas.

Si bien los padres manejan la educación de sus hijos en base a lo que ellos mismos aprendieron, muchas de estas familias, pasan por alto la idea de que es en casa, donde sus hijos desarrollan un autoconcepto y una autoestima sana y que va a ser la base para que los adolescentes, no tengan necesidad de buscar a los amigos o personas para que según ellos los orienten; que en muchos de los casos desafortunadamente no son las personas más indicadas. Ante esta situación surge la inquietud de plantear el taller sobre prevención de las adicciones en los planteles educativos de secundaria, con la finalidad de que los padres reconozcan y sean conscientes, acerca del impacto que tiene en sus hijos fomentar una buena autoestima y orientación oportuna en sus hijos adolescentes.

Dentro de esta propuesta se contemplan diferentes alcances:

Al ser una propuesta con fines de prevención es importante diseñar un taller que se imparta de manera alterna para padres o tutores de los jóvenes, con la finalidad de que hagan consciencia sobre la importancia y responsabilidad que se tienen en la crianza y educación de sus hijos.

Tendrían mayor información para conocer más sobre lo que son las adicciones y la relación entre las autoestima de sus hijos.

Conocerían las posibles consecuencias que podrían presentar sus hijos al formarlos con un estilo de crianza que no favorezca un desarrollo sano del autoconcepto y la autoestima.

Los padres al vivir y reflexionar acerca de su propia autoestima y de la importancia que esta tiene para la vida, podrán retransmitir aquellos sentimientos positivos hacia sus hijos, y estos a su vez podrán sentir el cariño de sus padres.

Se sentirán felices como son, aceptarse y como consecuencia tendrán más éxito en sus vidas al lograr un adecuado autoconcepto y una autoestima positiva.

Se ha pensado en diversas limitantes, sin embargo durante la implementación del taller podrían surgir nuevas inquietudes y formas de trabajo, de modo que existe la posibilidad de que esta propuesta se vaya modificando con la finalidad de solucionarlas.

Algunas de las limitantes a considerar son:

La resistencia de los padres para hacer que sus hijos participen, ya que en muchas de las ocasiones en verano, los dejan al cuidado de la casa y hermanos menores, o trabajan para ayudar con el gasto familiar.

La deserción de los adolescentes al curso se puede presentar por las siguientes causas: es muy común que en algunas familias, ciertos temas pueden suscitar incomodidad porque se trata de cosas que simplemente no se tocan, es decir que son tabúes, como son la sexualidad o el consumo de drogas entre otros; por lo que puede hacer que algunos eviten continuar con el taller.

Por lo que es importante que en los talleres implementados para padres y adolescentes se busque la manera de promover en ambos la manera de hablar sin prejuicios, sobre ellos mismos.

A fin de mejorar la propuesta se sugiere:

Que ambos padres acudieran al taller, sin embargo la gran mayoría de las ocasiones es la madre quien se ocupa de la educación de los hijos, limitándose el padre a ser únicamente proveedor económico, por lo que difícilmente se incorpora en este tipo de actividades, debido a esto se dificulta la comunicación entre ellos y no se generan acuerdos dando como resultado diferencias claras en la crianza y creando confusión en el joven.

Abordar esta temática bajo el enfoque del aprendizaje social o de la teoría del espejo, las cuales reflejan que los padres son los modelos para que los adolescentes desarrollen adecuadamente su autoestima.

REFERENCIAS

- Aguilera, G. M.A., Muñoz, A. G. y Orozco, M.A. (2007). Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias de México. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, Secretaría de Educación Pública. México.
- Arellanez-Hernández, J. L.; Díaz-Negrete, D. B.; Pérez-Islas, V. y Wagner-Echegaray, F. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3): 54-64.
- Armendariz, N. A., Rodríguez. L., Guzmán, F., Francisco, R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Rev. Electrónica Saúde Mental Alcohol Drogas*. (4,1). ISSN 1806-6976
- Barragán, T. L. (2005). Modelo de Intervención Cognitivo- Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Becoña, I. E. (2002). Bases científicas de la prevención de drogodependencias. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, I. E. (2002): Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de las drogas. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Blackwell handbook of adolescence. (2003) Ed. Adams G. y Beronsky, M. (2003). E.E.U.U. Blackwell Publishing. Blackwell handbooks of developmental psychology. 648 p.

- Branden, N. (1995), *Los Seis Pilares de la Autoestima*, Ed. Paidós, México.
- Branden, N. (1998), *Como Mejorar su Autoestima*. Ed. Paidós, México.
- Buss, P. M. (2006): "Una introducción al concepto de promoción de la salud". En: Czeresnia, Dina, y Machado De Freitas, Carlos (orgs.): *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires
- Castellano, G. (2004) *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ergon.
- Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Polis*, 1, 2-15.
- Caughlin, J.P. y Malis, R.S. (2004). Demand/withdraw communication between parents and adolescents: Connections with self-esteem and substance use. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (1)
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2000) Evaluation of an Intervention Programme for the Empowerment of Self-Esteem. *Psychology in Spain*, Vol. 4(1), 55-63
- Comisión Interamericana de Control y Abuso de drogas (CICAD) (2005). *Es hora de prevenir. Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar*. Washington, DC: OEA.
- CONADIC (2011-2012). *Prevención y tratamiento de las adicciones*. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México.
- CONADIC (2008). *Prevención y control de adicciones en México*. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México.
- Córdoba, A. (2005). Características de resiliencia en usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7, 101-122.

- Craig J., Grace. (2001) Desarrollo Psicológico. 8ª edición. Ed. Pearson Educación. México, D.F.
- Cruz, M.A. (2008). "Elevada disposición de drogas y aumento en el número de adictos". La Jornada.
- Czeresnia, D. y Machado F. C. (2006).): Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díaz, R. (2001) Introducción a la Psicología, editorial Trillas, segunda edición, pp 126-128. México.
- Downey, L., Rosengren, D.B. y Donovan, D. M. (2000). To thine own self be true: self-concept and Motivation for abstinence among substance abusers. *Addictive Behaviors*, Vol. 25, No. 5, pp. 743–757
- Dulanto Gutiérrez, Enrique. (2000). El Adolescente. 1ª edición Ed. Mc Graw –Hill Interamericana. Asociación Mexicana de Pediatría. México, D.F.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, D.F. SSA.
- Feldmand, F.F. (2008). Escuela y prevención de las adicciones: antología. Trillas, México, D.F.
- Gago, H. A. (1978). Elaboración de Cartas Descriptivas: Guía para preparar el programa de un curso. México. Edit. Trillas, 1978.
- Gómez F., J., Luengo M., A., Romero T., E., Villar T., P. y Sobral F., J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.

- Gorski, T. T. (1992) *Sobriedad un Manual de Ejercicios una solución seria al problema de la recaída*. United States of America: Herald House/ Independence Preess
- Gray, P. O. (2008). *Psicología: una nueva perspectiva*. McGraw-Hill Interamericana. 5ª ed. 654p.
- Guisa, V. M. C., Díaz, L.B.S., Sánchez, H.R. y Souza, M. M. (1998). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. 2da. Ed. Centros de integración juvenil, A.C., Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DEGTI).
- Harter, S. y Marold, D.B. (1992). Psychosocial risk factors contributing to suicide ideation. En G. Noam y S. Borst (Eds) *Child and adolescent suicide*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hernández Z., Z. y Cruz J., A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18(2), 227-236.
- Herrera V., M., Wagner, F., Velasco M., E., Borges, G. y Lascano P., E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46, 132-140.
- Hops, H., Tildesley, E., Lichtenstein, E., Ary, D., y Sherman, L. (1990). Parent adolescent problem-solving interactions and drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 239–258.
- Horrocks J.E. (2001). *Psicología del Adolescente*. México: Trillas.
- Jessor, R., Donovan, J.E. & Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescent: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Jiménez, T. I., Estévez, E., Musitu, G. y Murgui, S. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en la adolescencia: el doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (1), 473- 485.
- Kimmel, D., Weiner, I. B. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. Segunda edición. Ed. Española al ciudadano de Lourdes Ezpeleta. Barcelona: Ariel. 651 p.
- Kotliarenco, M.; Cáceres, L. y Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.
- López, J.S., Martín M.J. & 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.
- López, S. F. (2008). Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social. Colección Ojos Solares (Sección Desarrollo, Psicología). Pirámide, Madrid, 2008, 276 págs.
- López, L.S. y Rodríguez-Arias, P. J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 568-573.
- Luthar SS, Cicchetti D.(2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology* 2000; 12(4):857-885.
- Mack A.H., Franklin J. E., Frances R.S. (2003). Guía: tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Barcelona: Masson.
- McGee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? (Published electronically). pp. 569-582.

- Medina-Mora, M. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*: 44, suplemento 1:5109-5115
- Medina-Mora, E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván C., F. y Tapia C., R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, 16-25.
- Miller, P., Plant, M., Choquet, M., & 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.
- Monjarás, R. (2009). Factores involucrados en la capacidad resiliente en menores infractores y alguno de sus hermanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Moreno, Kena. (2006). Como proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de Integración Juvenil. México, DF.
- Moreno, Kena (2008). Habilidades para la vida: Guía practica para educar en valores. Centros de Intregaciòn Juvenil, 2006. México, DF.
- Musito, G., Jiménez, T. I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de medición. *Salud publica México.*, volumen 49, N°. 1, pp. 3-10
- Muuss R.E. (2001). Teorías de la adolescencia. México: Paidós
- Nardone, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2003). Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos. Barcelona, España: Herder.

Nazar, A., Tapia, R., Villa, A., León, G., Medina-Mora, E. y Salvatierra, B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública de México*, 36, 646-654.

NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Segunda edición.* Washington , DC.

Ortega, S. B., Ramírez, M. A. y Castelán, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*. No. 38. Pp. 147-169.

Papalia, D.E. (2005) *Desarrollo Humano. 9ª edición.* Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. México D.F.

Ravert, R.D., Schwarts, S.J., Zamboanga, B.L., Kim, S.Y., Weisskirch, R.S. y Bersamin, M. (2009). Sensation seeking and danger invulnerability: Paths to college student risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 47(7), 763-768.

Rice F. P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura.* Madrid: Prentice Hall.

Roberth. S, Fildenman. (2008). *Desarrollo Psicológico a través de la vida. 4ª Edición.* Ed. Pearson, Pretence Hall.

Ruther, M. (1987). Psychosocial Resilience and Proactive Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 3. 316-331. Citado en Mangrulkal y colaboradores, 2001.

Schroeder, D., Laffin, M. & 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.

- Scheier, L., Botvin, G., Griffin, K. & Diaz, T. (2001). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence*, 20, 178-209.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, 259-270.
- SEP y SSA (2008) Manual para profesores de secundaria. Orientaciones para la prevención de adicciones. México.
- SEP, SSA (2008). *Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. Manual para profesores de Secundaria*. México: Alianza por la calidad de la Educación. Programa Nacional Escuela Segura. México.
- Secretaría de Salud. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones, 1998 (Tabaco). México.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Tabaco y alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo 2002. México, DF: SSA, 2002.
- Shaffer R. (2002). *David Desarrollo Social de la Personalidad*. 4ª Edición. Ed. Thompson. Madrid, España.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Sheldon, K. M. (2004). The benefits of a "sidelong" approach to self-esteem need satisfaction: Comment on Crocker and Park (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 421-424.
- Stein, J. A., Leslie, M. B. y Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression,

and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect* 26 1011–1027

Steffenhagen, L.A. & 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.

Suárez de la Cruz, L. E. (2009). Depresión y sucesos de vida estresante en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Tapia, R. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva 2ª edición (2001). Ed. Manual Moderno. México.

Tapia-Conyer, Kuri, Cravioto, Galván, Jiménez, Cortés, Medina-Mora y Villatoro; (2006). Uso y abuso del alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México, D.F.

Tarín M., Navarro J. J. (2006). Adolescentes en riesgo. Madrid: CCS.

Torrajada, S., Valderrama, J., Castellano, M., Llorens, N., Agulló, V., Herzog, B. y Aleixandre, R. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*, 20, 403-407.

Trasobares, M. (2000). Como mejorar tu autoestima: Cambia tu vida y tus relaciones personales con autoestima. [tr. Silvana Closa Torres, comp. Ana Julia] España, Ed. Océano ámbar, 2000. 125pp. Biblioteca FA.CI.CO.

Urquieta, J. E., Hernández-Ávila, M. y Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*. 48 (1):30-40.

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Berenzon, S, Juárez, F., Rojas, E. y Carreño, S. (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction* 93(10) ,1577-1588
- Villatoro, V., Medina, M., Fleiz, B., Amador, B., Bermúdez R. (2003). El consumo de tabaco y alcohol y su relación con el consumo de otras drogas. *Observatorio mexicano en tabaco alcohol y otras drogas 2003*.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003. Reporte Delegacional. *INP-SEP*. México.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaitán, F., Amador, N. y Medina-Mora, M.E. (2007). Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF.
- Velasco, R.F. y Velasco, B.M.L. (2003) ¿Qué dice la ciencia? Marihuana. México: (CONADIC) Consejo Nacional Contra las Adicciones. Serie ¿Qué dice la ciencia?
- Wright, L.S. & Moore, R. (1982). Correlates of reported drug abuse problems among college undergraduates. *Journal of Drug Education*, 12, 65-73.
- 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.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCUELA _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

I. Datos personales

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino () Femenino () **Edad:** _____

¿Desarrolla otras actividades aparte de asistir a la escuela?

Domicilio: _____

(SI) (NO) en caso de ser afirmativo menciona cuáles

Número de personas con las que vive: _____

Parentesco: _____

Tipo de vivienda: Casa () Departamento () Otro (); Especifique: _____

II.- Datos académicos

Ha estado inscrito en otra escuela además de ésta: (si) (no) en caso de ser afirmativo mencione cuáles

Motivo de salida:

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS (INICIAL)
(Álvarez, Galarza y Salazar, 2005)

Instrucciones: marca con una "X" la opción que más se acerque a lo que tú conoces.

FECHA: _____ ESCOLARIDAD: _____ SEXO: _____

PREGUNTAS	SI	NO	NO SÉ
¿El alcohol es una droga?			
¿La cocaína y la marihuana son drogas ilegales?			
¿El tabaco es una droga?			
¿Los jóvenes que consumen una sola vez drogas como la marihuana, cocaína, inhalables, son adictos?			
Si un joven consume alcohol u otras drogas 1 o 2 veces por semana ¿puede volverse adicto?			
¿Cualquier consumo de alguna droga ilegal es un abuso?			
Un muchacho que consume drogas seguido ¿puede disminuir su consumo?			
Si un muchacho toma 5 cervezas en una misma ocasión ¿está bebiendo en exceso?			
¿El consumo de alcohol u otras drogas sólo trae consecuencias negativas?			
¿El alcohol u otras drogas lleva a los jóvenes a hacer cosas que no harían en sus cinco sentidos?			
¿Las consecuencias negativas de consumir alcohol u otras drogas se presentan después de mucho tiempo?			
Juntarme con personas que consumen drogas ¿me puede llevar a consumir a mí también?			
¿Existen actividades que ayuden a evitar el consumo de drogas?			
Mantener una comunicación adecuada y una buena relación con la familia ¿puede ayudar para no iniciar en el consumo de drogas?			
¿El alcohol hace que los jóvenes se relajen y olviden sus problemas?			
¿Los jóvenes pueden aprender a beber moderadamente?			

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS (FINAL)
(Álvarez, Galarza y Salazar, 2005)

Instrucciones: marca con una "X" la opción que más se acerque a lo que tú conoces.

FECHA: _____ ESCOLARIDAD: _____ SEXO: _____

PREGUNTAS	SI	NO	NO SÉ
¿El alcohol es una droga?			
¿La cocaína y la marihuana son drogas ilegales?			
¿El tabaco es una droga?			
¿Los jóvenes que consumen una sola vez drogas como la marihuana, cocaína, inhalables, son adictos?			
Si un joven consume alcohol u otras drogas 1 o 2 veces por semana ¿puede volverse adicto?			
¿Cualquier consumo de alguna droga ilegal es un abuso?			
Un muchacho que consume drogas seguido ¿puede disminuir su consumo?			
Si un muchacho toma 5 cervezas en una misma ocasión ¿está bebiendo en exceso?			
¿El consumo de alcohol u otras drogas sólo trae consecuencias negativas?			
¿El alcohol u otras drogas lleva a los jóvenes a hacer cosas que no harían en sus cinco sentidos?			
¿Las consecuencias negativas de consumir alcohol u otras drogas se presentan después de mucho tiempo?			
Juntarme con personas que consumen drogas ¿me puede llevar a consumir a mí también?			
¿Existen actividades que ayuden a evitar el consumo de drogas?			
Mantener una comunicación adecuada y una buena relación con la familia ¿puede ayudar para no iniciar en el consumo de drogas?			
¿El alcohol hace que los jóvenes se relajen y olviden sus problemas?			
¿Los jóvenes pueden aprender a beber moderadamente?			

VALIDACIÓN SOCIAL
(Martínez y Ayala, 2000)

FECHA: _____ ESCOLARIDAD: _____ SEXO: _____

Instrucciones: de acuerdo con este taller, expresa tu opinión, marcando con una "X" la opción que más se acerque a lo que tú piensas.

PREGUNTAS	SI	MAS O MENOS	NO
Los expositores (as) mostraron interés hacia las inquietudes de los participantes.			
Los expositores (as) establecieron un clima de confianza.			
Los expositores (as) dominaron la información del taller.			
Las palabras utilizadas por las expositoras fueron claras.			
Los materiales utilizados me gustaron.			
Me agradaron las actividades.			
Los temas del taller fueron fáciles de entender.			
Los temas tratados son útiles para la vida diaria.			
La duración del taller fue adecuada.			
Considero que este taller le puede ayudar a alguien que consuma alcohol u otras drogas.			
Me gusto el taller.			

Mi opinión y sugerencia(s): _____

