



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

**TALLER PARA LA PREVENCIÓN
DEL USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS
EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A LOS
PADRES DE FAMILIA**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

IRASEMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

COMITÉ DE TESIS:

LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



® **Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F

Febrero, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Para ustedes, mamá y papá, por amar más allá de sus corazones (R.I.P.), para ti Nora con todo mi amor porque cada día aprendo de ti.

A mis hermanos y hermanas.

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesora, Dra. Mariana Gutiérrez Lara por su valioso conocimiento, paciencia, dedicación, disponibilidad y guía en la elaboración de este trabajo además del amor a la psicología.

Al comité de tesis, por el tiempo dedicado a la revisión de esta tesina ya que me motivaron y enriquecieron mi aprendizaje.

A la DEC en especial al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez por su agradable orientación en este programa.

A Nora Irasema Bribiesca por su incalculable ayuda en la elaboración de este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi querida Alma Mater.

INDICE

RESUMEN	- 6 -
ABSTRACT	- 6 -
INTRODUCCIÓN	- 7 -
CAPÍTULO I. LA FAMILIA	- 9 -
1.1 DEFINICIONES	- 9 -
1.2 FAMILIAS POR RELACIÓN GENÉTICA.....	- 11 -
1.2.1 FAMILIA NUCLEAR.....	- 11 -
1.2.2 FAMILIA EXTENSA.....	- 11 -
1.2.3 FAMILIA MONOPARENTAL.....	- 11 -
1.2.4 FAMILIA HOMOPARENTAL.....	- 11 -
1.3 FAMILIAS POR RELACIÓN AFECTIVA.....	- 12 -
1.3.1 FAMILIA ENSAMBLADA.....	- 13 -
1.4 TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU COMPORTAMIENTO	- 13 -
1.4.1 FAMILIA RÍGIDA.....	- 14 -
1.4.2 FAMILIA SOBREPOTECTORA.....	- 14 -
1.4.3 FAMILIA PERMISIVA.....	- 14 -
1.4.4 FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS.....	- 15 -
1.4.5 FAMILIA INESTABLE.....	- 15 -
1.4.6 FAMILIA ESTABLE.....	- 16 -
1.5 SEPARACIÓN FAMILIAR.....	- 17 -
1.5.1 EL IMPACTO DE LA SEPARACIÓN FAMILIAR EN LOS HIJOS	- 18 -
CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA	- 19 -
2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	- 19 -
2.2 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA.....	- 21 -
2.2.1 CAMBIOS FÍSICOS.....	- 22 -
2.2.2 CAMBIOS HORMONALES.....	- 22 -
2.2.3 EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE.....	- 23 -
2.2.4 NEUROPLASTICIDAD.....	- 25 -
2.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.....	- 28 -
2.3.1 DESARROLLO DE LA IDENTIDAD.....	- 28 -
2.3.2 LUCHA ENTRE LA INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA	- 29 -
2.3.3 PREOCUPACIÓN POR EL ASPECTO CORPORAL	- 30 -
2.3.4 INTEGRACIÓN CON EL GRUPO DE AMIGOS.....	- 30 -
CAPÍTULO III. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU USO POR ADOLESCENTES	- 32 -

3.1 PROCESO DE ADICCIÓN.....	- 32 -
3.2 CLASIFICACIÓN DE USOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	- 35 -
3.2.1 USO EXPERIMENTAL.....	- 35 -
3.2.2 USO SOCIAL.....	- 36 -
3.2.3 USO CRÓNICO Y ABUSO.....	- 36 -
3.2.4 DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	- 37 -
3.2.5 SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	- 38 -
3.2.6 TOLERANCIA.....	- 38 -
3.3 FACTORES DE RIESGO.....	- 39 -
3.3.1 INDIVIDUALES.....	- 39 -
3.3.2 FAMILIARES.....	- 39 -
3.3.3 SOCIALES.....	- 39 -
3.4 FACTORES DE PROTECCIÓN (HABILIDADES SOCIALES).....	- 40 -
3.4.1 AUTOESTIMA.....	- 44 -
3.4.2 COMUNICACIÓN ASERTIVA.....	- 45 -
3.4.3 MANEJO DE EMOCIONES.....	- 46 -
3.5 EFECTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	- 47 -
3.5.1 DROGAS DEPRESORAS.....	- 48 -
3.5.2 DROGAS ESTIMULANTES.....	- 49 -
3.5.3 DROGAS PSICODÉLICAS O ALUCINÓGENAS.....	- 49 -
3.6 CONSECUENCIAS PARA EL ADOLESCENTE QUE USA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	- 51 -
3.6.1 CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.....	- 51 -
3.6.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.....	- 51 -
3.6.3 CONSECUENCIAS EDUCATIVAS.....	- 52 -
3.6.4 CONSECUENCIAS EN LA VIDA FAMILIAR Y COTIDIANA.....	- 52 -
CAPÍTULO IV. PROPUESTA: TALLER PARA LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA.....	- 53 -
4.1 JUSTIFICACIÓN.....	- 53 -
4.2 OBJETIVO DEL TALLER.....	- 56 -
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 57 -
4.4 PARTICIPANTES.....	- 57 -
4.5 ESCENARIO.....	- 57 -
4.6 MATERIALES.....	- 58 -
4.7 CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER.....	- 59 -
DISCUSIÓN.....	- 66 -
REFERENCIAS.....	- 69 -

RESUMEN

El presente trabajo documenta la investigación teórica realizada acerca de los principales conceptos y características de la familia y de la adolescencia. Así mismo, se incluyen las definiciones y categorías de las sustancias psicoactivas comúnmente usadas por los jóvenes.

Considerando esta investigación y analizando las causas más usuales del consumo de drogas en los adolescentes y la importancia del apoyo e interacción con sus familiares para superar este problema, nace la necesidad

de crear un taller dirigido a los padres de familia enfocado a enseñarles a identificar los factores de riesgo para poder prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y a generar factores de protección como las habilidades para la vida, de manera especial la autoestima, autoconcepto, la comunicación asertiva y el manejo de emociones.

Palabras clave: Uso de drogas, adolescencia, familia, factores de riesgo, prevención, autoestima y comunicación asertiva.

ABSTRACT

The following work documents the theoretical research on the main concepts and characteristics of family and adolescence. Included are definitions and categories of psychoactive substances commonly used by juveniles.

Through research and analysis of the most common causes of drug use in adolescents and the importance of support and interaction with their families to overcome this problem, comes the need to create a workshop for parents which focuses on: Identifying risk factors to prevent substance abuse; and generating protective factors such as strengthening the life skills of self-esteem and assertive communication.

Keywords: Drug use, adolescence, family, risk factors, prevention, self-esteem and assertive communication.

INTRODUCCIÓN

La familia es el primer grupo social donde empezamos a desarrollarnos como individuos, donde aprendemos costumbres, valores morales y comportamientos de uno o varios de sus integrantes, principalmente de los padres, convirtiéndose así, en nuestros primeros modelos a seguir, las personas en quienes aprendemos a confiar, de quienes imitamos comportamientos, actitudes y maneras de pensar.

Con el paso del tiempo, y sobre todo cuando se alcanza la adolescencia, la comunicación entre los padres e hijos se transforma, disminuye e incluso puede desaparecer porque la adolescencia es una etapa compleja y llena de cambios físicos, sentimentales y hormonales. Es un periodo difícil donde muchas veces sienten que nadie (ni su propia familia) los entiende, por lo que tienden a limitarse al comunicar sus verdaderos sentimientos y pensamientos por el temor a la incompreensión. Todos estos cambios, miedos, frustraciones y nuevas necesidades a veces son tan abruptas e inesperadas que orillan a los jóvenes a tomar decisiones equivocadas como iniciar el consumo de sustancias psicoactivas.

La presente tesina tiene como objetivo proponer un taller de prevención a las adicciones en adolescentes dirigido a los padres de familia. Con éste se intenta combatir el daño, muchas veces irreversible, que pueden causar las adicciones. Para lograrlo, se ha diseñado un taller de prevención que requiere la colaboración y participación de la familia, especialmente la de los padres, que mediante su apoyo, cuidado, atención y comprensión proveerán la principal ayuda a sus hijos adolescentes. Con este taller se les indicará las pautas a seguir para poder identificar los factores de riesgo y generar factores de protección ante esta amenaza de uso y abuso de sustancias psicoactivas, que afecta a una gran población de jóvenes mexicanos de entre 16 y 18 años de edad.

El primer capítulo hace referencia a los principales conceptos y tipos de familia, mencionando las tres modalidades generales para su tipificación: por relaciones genéticas, afectivas y según su comportamiento. También se mencionan las causas más comunes de la separación familiar como el divorcio y el impacto que tiene en los hijos adolescentes.

El segundo capítulo presenta las definiciones y características de la adolescencia, así como los cambios biológicos, psicológicos y sociales que en esta etapa se presentan.

Siendo un poco más extenso, el capítulo tercero aborda la definición del proceso de adicción, antecedentes históricos y categorías de las sustancias psicoactivas más comunes entre los adolescentes, del mismo modo, analiza los diferentes tipos de consecuencias que su consumo representa. Se exponen los factores de riesgo y protección para prevenir que inicie el proceso de adicción y se enfatiza en la importancia de la autoestima en el adolescente.

En el capítulo cuarto se propone un taller de prevención que buscará crear un espacio donde se brinde la información necesaria para mejorar la educación preventiva, orientando y educando a los padres sobre las necesidades y cambios de la adolescencia, facilitándoles el reconocimiento de factores de riesgo, brindándoles las herramientas y apoyo para que ellos, desde sus casas, ayuden y eviten que sus hijos comiencen a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva generando factores de protección.

CAPÍTULO I. LA FAMILIA

1.1 DEFINICIONES

La familia es la primera organización social en la que se desenvuelve la mayoría de los seres humanos, donde aprenden a relacionarse y a expresar sus necesidades básicas. La familia influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres, los cuales conforman un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres y valores que contribuyen en el desarrollo de la personalidad y comportamiento de los hijos. A su vez, los padres crecieron influenciados por sus familias y estas familias son influenciadas por las costumbres religiosas, culturales y morales.

Diversos autores han definido lo que es la familia, abordando sus conceptos según las ciencias que estudien ya sean sociales, psicológicas, legales o antropológicas, sin embargo, se mencionan las definiciones que la literatura especializada considera más relevantes en el campo de la psicología.

Picad (1992), define a la familia como:

El lugar de elaboración y aprendizaje de las dimensiones más significativas de la interacción, debido a que existen los contactos corporales, el lenguaje, la comunicación y las relaciones interpersonales instaurándose en el proceso de socialización del niño. (p. 23).

Y Becerra (2008), define que:

La familia juega un papel fundamental para el desarrollo de cualquier niño, pues se van enseñando diversas pautas de relación y comportamiento que son aceptados socialmente, desde que somos pequeños, la familia es un lugar primordial para las enseñanzas y comprensión de los requerimientos afectivos y físicos; por lo que constituye una de las bases de la vida social que representa un modelo y un ejemplo del sistema interactivo (p. 45 y p. 46).

La familia como sistema, como define Ramírez (1995), es una organización social que promueve el desarrollo de todos sus miembros y puede ser analizada en término de estructura y función de los procesos por los cuales las partes se influyen mutuamente.

Es en el seno familiar donde el humano inicia su educación (p. 7). Los padres o madres son educadores por obligación y no por vocación (Vázquez 1988).

El ser padre o madre es uno de los roles más significativos (p. 8) En la perspectiva actual de trabajo con padres y madres, destaca el modelo andragógico desarrollado por Knowles, Holton y Swanson (2001), para trabajar con adultos, el cual es fundamental en la firme noción de que los adultos y los niños aprenden de maneras distintas (p. 13).

Según el artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO), en su convención sobre derechos del niño (2010), define a la familia como un grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros. Así la familia conforma el primer grupo de personas que rodean a casi todo ser humano y prepara a los niños para que en un futuro puedan desarrollarse adecuadamente en esta inmensa sociedad. Por esta razón la familia tiene tanta importancia, porque cimienta las raíces de cada persona, va construyendo y moldeando a los nuevos integrantes “heredando” además de cultura y costumbre, enseñanzas que definirán a este nuevo individuo y su comportamiento al desenvolverse con los demás. Según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (1977), es también el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes. Por lo tanto, la familia también es la primera escuela porque además de las funciones afectivas y socializadoras, tiene la función de impartir diferentes tipos de conocimiento ya sea mediante la cátedra directa o por el ejemplo impartido por los padres y miembros mayores día a día fuera y dentro del hogar y como menciona Benítez (2009), la personalidad se desarrolla a raíz del proceso de socialización, en la que el niño asimila las actitudes, valores y costumbres de la sociedad. Y serán los padres los encargados principalmente de contribuir en

esta labor, a través de su amor y cuidados, de la figura de identificación que son para los niños (agentes activos de socialización). Es decir, la vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

1.2 FAMILIAS POR RELACIÓN GENÉTICA

Comúnmente conocidas como “familias por lazos de consanguinidad” pueden categorizarse generalmente en nuclear, extensa, monoparental, homoparental y ensamblada, variando en estas la extensión y cercanía de esta relación genética.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), define familia como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de familia dependerá de los usos a los que destinen los datos y, por lo tanto no puede definirse con precisión en escala mundial.”

1.2.1 FAMILIA NUCLEAR

La OMS (2009) define a la familia nuclear a la compuesta por los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre. La familia Nuclear es también conocida como “Familia elemental” y es uno de los tipos de familia más comunes en México. Es la que se conforma de madre, padre y su descendencia.

1.2.2 FAMILIA EXTENSA

Según la Declaración de Ámsterdam, V Congreso Mundial de Familias del 12 de agosto de 2009 la familia extensa es aquella donde los lazos consanguíneos son extendidos más allá de padres e hijos. También se incluye a los abuelos, hermanos del padre y de la madre y los hijos de éstos.

1.2.3 FAMILIA MONOPARENTAL

Es la que únicamente es integrada por uno de los padres y el o los hijos, como claramente lo definió Rodríguez (2003). Es un grupo familiar compuesto por un solo progenitor (puede ser padre o madre) y un hijo único o varios hijos.

1.2.4 FAMILIA HOMOPARENTAL

Esta familia es donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Como define Fiorini (2009), las parejas

homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres. También se consideran familias homoparentales aquellas en las que uno de los dos miembros tienen hijos de forma natural de una relación anterior, por lo tanto, este tipo de familia puede tener lazos consanguíneos o solamente afectivos.

También se considera familia homoparental a las parejas del mismo sexo que no tengan hijos pero estén casados. Diversos autores del tema coinciden en que el matrimonio en sí constituye a la familia. Como se menciona en el libro de Centro de integración juvenil (2009), se define que cuando se acepta a la pareja como es, esto puede ser el principio de una relación duradera, lo importante es que exista la armonía entre ambos. La atracción física y los sentimientos recíprocos deberán estar unidos a la inteligencia y la voluntad. El matrimonio se puede considerar como el primer paso para formar una familia.

1.3 FAMILIAS POR RELACIÓN AFECTIVA

"La unión de la familia no se mide por el número de miembros, sino por la unión que hay en ellos"

San Agustín

La mera consanguinidad no garantiza el establecimiento automático de los lazos solidarios con los que se suele caracterizar a las familias. En la Declaración del V congreso mundial de familias (2009), se estableció que si los lazos familiares fueran equivalentes a los lazos consanguíneos, un niño adoptado nunca podría establecer una relación cordial con sus padres adoptivos, puesto que sus "instintos familiares" le llevarían a rechazarlos y a buscar la protección de los padres biológicos. Entonces, estos lazos familiares, son el resultado de un proceso de interacción entre una persona y su familia (lo que quiera que cada sociedad haya definido por familia, ya sea por relación genética o no). Como puntualiza Del Bravo (2000), en el proceso de definición de familia no se diluye un fenómeno puramente biológico: es también y, sobre todo, una construcción cultural, en la medida en que cada sociedad define de

acuerdo con sus necesidades y su visión del mundo lo que constituye una "familia".

Mars (2014), menciona que:

Una familia se define como la unión de personas que comparten, no siempre o no únicamente lazos consanguíneos, sino un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia" (p.46).

1.3.1 FAMILIA ENSAMBLADA

Las familias ensambladas, son aquellas que se conforman por los hijos de relaciones anteriores de los miembros de la nueva pareja. La mujer con hijos que se casa nuevamente o tiene nueva pareja que cuenta con hijos de relación o relaciones anteriores. También pueden agregarse otros miembros como los amigos cercanos o vecinos.

Otro punto de vista de lo que es una familia ensamblada es el concepto expuesto por los autores Burguess y Locke (1960 en Roche, 2006), que la definen como una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros.

1.4 TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU COMPORTAMIENTO

Otra forma de catalogar a las familias, sin importar si tienen lazos genéticos o simplemente afectivos, es según el comportamiento e interacción que entre los miembros exista, generando así seis principales categorías: rígidas, sobreprotectoras, permisivas, centrada en los hijos, inestables y estables. Sin embargo, existen muchas más variantes que no pueden encasillarse pero por lo general el centro neurálgico de las familias se puede comparar con alguna de ellas.

1.4.1 FAMILIA RÍGIDA

Como su nombre lo indica, este tipo de familias se rige por sus propias reglas establecidas. Reglas generalmente desarrolladas por los padres o cabezas de familia. En esta relación, el acatar dicho reglamento es una obligación implícita para todos los miembros y el no hacerlo, implica algún grado de desaprobación o castigo. Son incapaces de aceptar que los hijos han crecido y tienen nuevas necesidades, por lo que a los jóvenes nos les queda otra salida que someterse a la frustración o a mostrar rebeldía de manera destructiva. Este tipo de familia está establecido en el documento del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1990).

De acuerdo a Costasur (2010), en Gallegos (2012):

En la familia rígida los padres tienen una dificultad grande para asumir los cambios que experimentan sus hijos, ya que aunque pase el tiempo y dejen de ser niños, los padres de esta familia los seguirán tratando como cuando eran pequeños, seguirán intentando controlar sus vidas y decidiendo por ellos, esta es una forma de no admitir el crecimiento por eso se muestran rígidos y autoritarios con ellos. En este tipo de relaciones padres e hijos, los padres suelen dar respuestas autoritarias y sin ningún tipo de explicación o razón, por ejemplo: ¿papá, puedo ir a jugar al parque? y éste responde simple y llanamente con un “NO” y si es que alguna vez da alguna respuesta, esta será del tipo: “porque lo digo yo que soy tu padre/madre” (p.12).

1.4.2 FAMILIA SOBREPTECTORA

En esta familia los padres sienten una fuerte preocupación por proteger a sus hijos, lo que es natural y normal de cualquier padre. El amor a los hijos equivale a la preocupación por su bienestar, pero en estas familias, esa preocupación y cuidados a los hijos son exageradas. Con este tipo de excesos, los padres retardan la madurez de sus hijos porque no les permiten desarrollarse y mucho menos conocer lo que es su independencia. El tipo de excesos en los cuidados genera que el hijo crezca con miedos, sintiéndose inútil, indefenso, incompetente, inseguro, sin la compañía de sus padres (Rodríguez, 1998).

1.4.3 FAMILIA PERMISIVA

Esta familia se distingue de las otras porque los roles de padre e hijos se pierden. Al contrario de los otros tipos de familia, los padres no ejercen ningún tipo de autoridad ni control sobre los hijos. No hay ninguna regla establecida,

por lo tanto, cada uno de los miembros hacen lo que les plazca. Este tipo de familia es la opuesta a la familia rígida, los padres no quieren caer en autoritarismo y son incapaces de disciplinar a los hijos. Entonces, los hijos de este tipo de familia, crecen sin ninguna restricción, como puntualiza Amato (2012), parece que los hijos mandan más que los padres, e incluso hay familias en la que ni el padre ni la madre se atreven a decir nada en contra de las decisiones o actitudes de sus hijos.

1.4.4 FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS

Obviamente, como su nombre lo determina, esta familia basa toda la atención y comunicación en torno a los hijos. Pero no como en la sobreprotectora donde los padres viven llenándolos de cuidados y atención extrema, sino más bien utilizándolos como pretexto y fuente de chantajes en contra del otro.

Amato (2012), describe a este tipo de familia como:

La que se caracteriza porque los progenitores siempre meten a los hijos de por medio, los hijos son la pieza clave de la familia se centran en ellos, y ni siquiera hablan de la pareja, siempre lo sustituyen por los niños y esto es debido a que lo utilizan como un método de defensa, es decir, como no saben enfrentarse a sus propios conflictos, desvían la atención hacia sus hijos, como si ese fuera su único tema de conversación. En este tipo de familia centrada en los hijos lo que se busca es la compañía de los hijos, de esto depende su satisfacción personal. Viven exclusivamente para ellos (p.13).

Este tipo de familia les impide crecer volviéndolos dependientes y la separación del núcleo familiar implicaría romper su equilibrio.

1.4.5 FAMILIA INESTABLE

La familia inestable se caracteriza por tener diversos problemas psicológicos, de comunicación y conducta entre sus miembros. Por lo general, en este tipo de familias siempre existe algún tipo de conflicto y evidentemente nunca pueden formar una familia unida. Los padres, que deberían ser la guía y ejemplo, coincidiendo con Rodríguez (1998), tienen las metas difusas, no planean ni tienen creencias. Por lo tanto, no pueden decidir el tipo de educación, valores y principios con los que quieren criar a sus hijos (p.14).

Benítez (2009), enfatiza la importancia de la familia en el desarrollo de la personalidad de esta manera:

La personalidad se desarrolla a raíz del proceso de socialización, en la que el niño asimila las actitudes, valores y costumbres de la sociedad. Y serán los padres los encargados principalmente de contribuir en esta labor, a través de su amor y cuidados, de la figura de identificación que son para los niños (son agentes activos de socialización). Es decir, la vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

De tal modo, los hijos de estas familias crecen rodeados de un ambiente de inestabilidad, lo que los convierte en jóvenes inseguros y desconfiados con una imposibilidad afectiva y cuando crecen se convierten en adultos incapaces de comunicar sus necesidades y sentimientos, lo que los transforma en personas con sentimientos de culpa y frustrados.

1.4.6 FAMILIA ESTABLE

Esta familia es, a grandes rasgos la familia ideal, ya que en ella se observa un claro reparto de roles, donde los padres no se exceden ni en la imposición de reglas ni en la impartición de castigos. Los padres hablan con sus hijos y se establecen reglas familiares comprensibles y funcionales y los hijos las acatan.

Reveco, Blanco y Umayahara (2004), describen este tipo de familia y sus funciones de la siguiente manera:

Las enseñanzas y valores que se quieren dar a los hijos son claras, llenas de perspectivas y de futuro. Hay ilusión y se encuentran todos los miembros unidos y queridos, dando como resultado seguridad, estabilidad y confianza. Por eso, los hijos que crecen dentro de esta familia, se transforman en adultos con seguridad y buena autoestima, independientes y sobre todo, saben controlar la frustración y expresar sus necesidades y sentimientos. (p. 81).

Para categorizar a una familia dentro del grupo estable, es necesario que cumpla las siguientes funciones:

- Asegurar la supervivencia, crecimiento y socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.
- Aportar a los hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no sería posible.

- Aportar a los hijos la estimulación necesaria para relacionarse de una forma competente con su entorno físico y social, así como la capacidad para responder a las demandas y exigencias.

Como define Ituarte (2010), las funciones de una familia estable son: Cuidado, alimentación, afecto, aceptación, confirmación de la identidad, autoestima, socialización, valores, nutrición afectiva. (p. 134).

1.5 SEPARACIÓN FAMILIAR

Como en todos los grupos y organizaciones sociales, dentro de la familia también existen diferencias de opinión entre sus miembros que generan conflictos, discusiones y en el peor de los casos, la ruptura de relaciones y separación familiar.

Desafortunadamente, es muy común que por problemas de los adultos, son los niños y jóvenes los que sufren las consecuencias, los adultos discuten y rompen la relación, sin considerar que los hijos sostenían una buena amistad y comenzaban a formar lazos de unión, confianza y cariño con sus primos. Lo mismo pasa cuando los padres alejan a los hijos de los abuelos, de otros familiares y hasta del padre o la madre en caso de que esta ruptura sea el divorcio.

En otras circunstancias, es dentro de la familia nuclear donde se suscitan los conflictos, cuando los padres ya no pueden convivir más tiempo juntos sin llegar a discusiones y peleas, lo que los lleva a la decisión del divorcio.

Según Fernández y Godoy (2013), se podrían establecer cinco tipos de divorcio con consecuencias diferentes cada uno:

- La separación matrimonial o divorcio psíquico, que supone el distanciamiento emocional entre la pareja, ya estén ambos de acuerdo o la decisión sea tomada de forma unilateral.
- El divorcio legal, el establecido ante la ley y en el que se deben tomar medidas con respecto a los bienes, los hijos... etc.
- El divorcio de comunidad o social, que supone el distanciamiento de los miembros de la pareja del entorno social que hasta entonces compartían.

- El divorcio de propiedad, en lo referente al reparto de bienes acaecidos en la pareja.
- El divorcio de dependencia, entendiendo como tal un cambio evidente de roles desempeñados de aquí en adelante.

1.5.1 EL IMPACTO DE LA SEPARACIÓN FAMILIAR EN LOS HIJOS

Sin importar el tipo de ruptura que exista en la familia, la separación familiar siempre tendrá repercusión en los integrantes de ésta, sobre todo el divorcio en los hijos, ya sea de una forma directa o indirecta dependiendo de las etapas de crisis que los padres tengan que afrontar, los acuerdos a los que lleguen y la manera en la que determinen cómo será la relación entre ellos y con los hijos a futuro.

De acuerdo con Cantón, Cortes y Justicia en su investigación realizada (2002), los hijos de padres en conflicto, en proceso de separación o divorciados, tienen mayores probabilidades de presentar problemas emocionales como depresión, ansiedad, dificultades interpersonales e inestabilidad, así como un incremento en el riesgo de desarrollar adicciones y posibilidad de intentos de suicidio en comparación con los hijos de matrimonios estables. (pp. 3,4).

Como se ha puntualizado en este capítulo, la familia y la manera en que ésta se comporta con sus miembros adolescentes, los afecta de maneras positivas y/o negativas ya que principalmente los padres, como guía determinan la forma en que sus hijos resolverán sus conflictos y el tipo de decisiones que tomarán; sobre todo durante la adolescencia, etapa del desarrollo que se detallará de manera más precisa en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA

Hijo de Tláloc y Chalchiuhtlicue, eres descendiente
de un ser divino y sagrada diosa. Caballero azteca, águila bravía.
Forja para bien, forja tú, la patria.
Escribe una nueva historia.
Tienes el legado de la raza azteca, raza poderosa.

“Valiente Guerrero” publicado 2010 por Vida.

2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2011), la palabra adolescencia deriva del latín *adolescens* que significa hombre joven, siendo el participio activo de *adolescere* que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina *dolescere* que significa padecer alguna enfermedad o estar sujeto a efectos, pasiones, vicios o malas cualidades.

El término “Adolescencia” es una creación de la modernidad para referirse a la etapa de la vida que abarca aproximadamente entre los 13 y 20 años (aunque no es la edad cronológica el criterio fundamental para determinar el inicio y término de ella).

La OMS (2009) define la adolescencia “*como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose 2 fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años*”.

Durante este periodo van produciéndose en el ser humano cambios físicos y psíquicos muy marcados y acelerados. Es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. Al respecto Velasco (2010), establece que en esta etapa se abre un amplio campo de descubrimientos y a la vez de confusión apareciendo intereses y sentimientos nunca antes experimentados, que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas femeninas y masculinas), cambios estructurales, anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales.

Campoverde (2012), refiere que es la etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los efectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas y su duración. Existen diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este periodo:

- Cronológicamente: De acuerdo al criterio utilizado por la OMS (2009), la adolescencia se define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 17 años y la tercera desde los 17 a los 19 años respectivamente.

- Sociológicamente: Según Gumucio (2014), es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

- Psicológicamente: La adolescencia es un período donde los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, Montenegro & y Guajardo (1994), retoman el concepto de Krauskopf (1994), que la define como: *“alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia”*.

La adolescencia es un periodo por el cual todo ser humano atraviesa, que ocurre en la primera década de vida y en el que se producen intensos cambios físicos, psicológicos y sociales que comienzan con la pubertad y adolescencia terminando cuando cesa el crecimiento y según señalan Casas, Ceñal, Del

Rosal, Jurado y De la Serna (2006) se trata de una etapa que se caracteriza por rápidos y significativos cambios en el joven, lo cual determina una situación típica: alteración de la personalidad y dificultad en la interrelación con los adultos; todo esto ha contribuido a la visión comúnmente difundida de esta etapa como crítica o caótica.

Por lo tanto, se puede concluir que la adolescencia es un periodo de “aprendizaje prolongado” alargando el tiempo para la recaudación, selección y adquisición de conocimientos (que cada vez son más y más complejos) y estrategias para afrontar la edad adulta.

Este “aprendizaje prolongado” analizado desde un punto de vista educativo, tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, ya que como adolescentes, se sienten solos, no comparten sus experiencias, no existe una relación de maestro-alumno y de ahí surgen los problemas en la comunicación no sólo de facilitador del aprendizaje-alumno, sino también de padre-hijo.

Los adolescentes viven un mundo de jóvenes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos, pero no es que este “mundo de jóvenes” sea algo malo, al contrario, refieren Casas et al (2006) la mayoría de los seres humanos en la adolescencia tienen en este periodo un comportamiento normal y mejor aún, esta es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, motivación, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico. Esto supone “mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida” (p. 46).

2.2 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA

Para Radick, Sherer y Neistein (2009), la variedad de cambios que se presentan a lo largo de este período, suceden entre 10 y 12 años aproximadamente, comienzan a apreciarse los primeros y quizá más bruscos cambios en la constitución física del joven, ya que en proporción al crecimiento de su cuerpo, también se desarrollan sus órganos, y en especial el cerebro y sus funciones. Comienza un aumento paulatino de los niveles hormonales, que

va influyendo en el crecimiento físico y desarrollo de caracteres sexuales secundarios (barba, vello púbico, mamas).

2.2.1 CAMBIOS FÍSICOS

Durante esta etapa se produce un significativo aumento de la talla, muy superior a lo experimentado por el o la joven previamente, lo que va acompañado de otros signos característicos como el crecimiento acelerado de las extremidades, aparición de acné, ensanchamiento de las facciones faciales y corporales y la maduración sexual tanto en hombres como en mujeres.

Los médicos Gutgesell y Payme (2006), describen la maduración sexual como:

Los caracteres sexuales secundarios son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes. De su exploración concluimos el grado de maduración y su correspondencia con la edad cronológica. El desarrollo del vello pubiano y crecimiento de los testículos, pene y desarrollo de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes: una preparación para el futuro reproductor (p. 93).

El comienzo del desarrollo sexual inicia aproximadamente entre los nueve y trece años. El primer signo de que este proceso ha comenzado es el aumento del tamaño de los testículos en los hombres y en las mujeres, el inicio lo marca el crecimiento del botón mamario.

Radick, Sherer y Neistein (2009), sostienen que *“la edad de la menarquia tiende a descender en todos los países cuando las condiciones socioeconómicas son buenas. Influyen escasamente el clima y la raza. La media de edad de la menarquia está alrededor de los 12,4 años. También hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero”* (p. 87).

2.2.2 CAMBIOS HORMONALES

El crecimiento implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. Con el crecimiento y desarrollo del cerebro, el cuerpo empieza a producir nuevas y mayores cantidades de hormonas, lo que se va a reflejar de diversas maneras en el cuerpo del adolescente.

En la investigación de las hormonas en la adolescencia, Iglesias (2013) menciona:

La GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; está secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina. Las somatomedinas o factores de crecimiento de tipo insulínico son estimuladas por la GH y actúan sobre el crecimiento óseo. La maduración ósea parece depender de las hormonas tiroideas, los andrógenos adrenales y esteroides gonadales sexuales. Cuando comienza la pubertad, tanto la GH como los esteroides sexuales participan en la puesta en marcha del estirón puberal.

Existen mecanismos de retroalimentación hormonal que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Como explica Iglesias (2013), los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH, hormona estimulante del folículo, en los hombres que estimula la gametogénesis (es el nombre que se le da a la producción de espermatozoides en los testículos) y en las mujeres estimula el desarrollo de los folículos ováricos primarios, y la activación de enzimas en las células de la granulosa ovárica, incrementando la producción de estrógeno (producción de óvulos fértiles en la mujer).

2.2.3 EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE

Los cambios específicos en el cerebro durante la adolescencia incluyen un rápido aumento en las conexiones entre las células del cerebro y el podar (refinamiento) de las vías del cerebro. Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2013), las células nerviosas desarrollan mielina, una capa aisladora que ayuda a las células a comunicarse. Todos estos cambios son esenciales para el desarrollo coordinado de pensamiento, acción y comportamiento. Sus acciones son guiadas más por la amígdala y menos por la corteza frontal. Como especifica Iglesias (2013), La corteza frontal es el área del cerebro que controla el razonamiento y nos ayuda a pensar antes de actuar, se desarrolla más tarde. Esta parte del cerebro va cambiando y madurando hasta bien entrada la edad adulta.

Las recientes investigaciones realizadas por la AACAP (2013), también han demostrado que la exposición a drogas y alcohol antes del nacimiento, trauma a la cabeza u otros tipos de lesiones cerebrales pueden interferir con el desarrollo normal del cerebro durante la adolescencia.

Basado en el estado de desarrollo del cerebro, los adolescentes tienden a:

- Actuar impulsivamente.
- Leer mal o malinterpretar las señales sociales y emocionales.
- Envolverse en toda clase de accidentes.
- Envolverse en peleas.
- Participar en comportamiento peligroso y arriesgado.

Los adolescentes tienden a no:

- Pensar antes de actuar.
- Hacer una pausa para considerar las consecuencias potenciales de sus acciones.
- Modificar sus comportamientos peligrosos o inapropiados.

Estas diferencias en el cerebro no quieren decir que la gente joven no pueda tomar decisiones buenas o sepa diferenciar entre lo correcto y lo incorrecto. Esto no significa que ellos no deben de ser responsables por sus acciones. Pero, el estar conscientes de que la exposición a drogas y al alcohol antes del nacimiento, traumas a la cabeza y otros tipos de lesiones cerebrales, puede ayudar a los padres, maestros, abogados y a los que establecen la política, a entender, anticipar y manejar el comportamiento de los adolescentes.

“Los estudios de imagen cerebral desde los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos” (Epstein 2008, en Iglesias, 2013).

Iglesias (2013), concluye que:

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales. Sin embargo, el adolescente de 12 a 14 años generalmente ha sustituido el pensamiento concreto por

una mayor capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas. Otra cuestión es que el deseo y la posibilidad de experimentar superen a la prudencia. Con todo, el adolescente por esa restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener dificultades para evaluar riesgos a largo plazo para la salud.

También el Centro de Integración Juvenil (C.I.J.) (2010), afirma que las drogas afectan el funcionamiento normal del cerebro al generar sensaciones de placer y que tienen efectos duraderos sobre el metabolismo y la actividad cerebral, es un trastorno crónico sujeto a recaídas (p.33).

2.2.4 NEUROPLASTICIDAD

Durante años, se ha asumido que el cerebro del adolescente podría tener el mismo tamaño físico que el de un adulto, entonces significaba que estaba completamente formado, se asumía que si había cambios estructurales en el cerebro, estos eran sutiles. Pero los neurocientíficos han descubierto que el cerebro del adolescente está completamente formado y sufre una transformación dramática entre los 10 y hasta la mitad de los 20 años. Para comenzar, la corteza cerebral pasa por un periodo llamado de “exuberancia” en el cual la corteza cerebral crece hasta alcanzar el doble del grosor del de un adulto. Es durante este periodo que el cerebro del adolescente está más receptivo para adquirir nueva información. La especialización de las diversas áreas del cerebro en habilidades individuales se va dando con la práctica de dichas habilidades y se completa hacia los últimos años de la adolescencia y los principios de la adultez joven (Gieddan Strauch, 2003, pp 15-18). Específicamente, una de las áreas que estipulan gran parte de los comportamientos adolescentes y por lo mismo, determinantes para el desarrollo de comportamientos “adultos” (toma de decisiones responsables, anticipación de consecuencias, control de impulsos y actuar con intencionalidad, entre otros), es el lóbulo frontal (área pre frontal la cual no termina su desarrollo, por lo tanto su especialización, hasta finales de los 21 años de edad). Al ir finalizando la adolescencia las sinapsis no utilizadas o no fortalecidas a través de la práctica (de las habilidades correspondientes) se van perdiendo, de manera que la corteza cerebral va disminuyendo su grosor conforme se especializa.

Desde antes del nacimiento y hasta más allá de los 20 años de edad, ocurre un proceso llamado “mielinización” en el cerebro. Siguiendo un patrón de desarrollo pre establecido, se recubren las neuronas con una sustancia gruesa y cerosa llamada Mielina. Una vez recubiertas estas células mielinizadas, se hacen más eficientes en el modo en el que transportan los mensajes a lo largo del cerebro.

La mielina proporciona aislamiento para cada neurona y permite que la información viaje mucho más rápidamente que en las células que no han sido mielinizadas.

Es sólo cuando todas las neuronas en el cerebro han sido equipadas con su cubierta de mielina, que éste se vuelve eficiente y eficaz en su funcionamiento. Algunas neuronas están completamente mielinizadas para el momento del nacimiento, tal como aquellas de la corteza motriz que controlan la habilidad del infante para succionar. Otras neuronas son mielinizadas en los primeros años de vida y proporcionan una eficacia creciente en los infantes conforme afinan su visión, audición, lenguaje, emociones y otras capacidades físicas. Las últimas áreas del cerebro en recibir la cobertura total de mielina son los lóbulos frontales. Son éstos lóbulos los que (cuando están completamente desarrollados) permiten planear para el futuro, evaluar adecuadamente los riesgos, controlar impulsos, razonar, establecer metas y prioridades, hacer juicios firmes, planear y organizar múltiples tareas y exhibir un control emocional.

Aunque los lóbulos frontales del cerebro del adolescente están aún “en construcción” su centro emocional (sistema límbico) es completamente funcional, este grupo de estructuras localizadas en el centro del cerebro han estado desarrollándose desde la infancia y en su mayoría están completas (al igual que el resto del cerebro el desarrollo del cerebro emocional depende de una combinación de genes y medio ambiente, naturaleza y experiencias). Puesto que los lóbulos frontales – aquellos que gobiernan la mayoría de los comportamientos asociados con la adultez- no se desarrollan por completo hasta la mitad de los 20 años de edad, los adolescentes dependen de sus

centros emocionales completamente formados mucho más que la mayoría de los adultos. La mayor parte de los adultos son capaces de templar su centro emocional cerebral exhibiendo comportamientos más complejos de pensamiento y razonamiento que son gobernados por los lóbulos frontales completamente funcionales (Jensen, 2005).

Ellos son capaces de “anular” la respuesta al área más primitiva del cerebro y utilizar las áreas más complejas y completamente formadas de los lóbulos frontales en su vida cotidiana. Los adolescentes frecuentemente tienen dificultad haciendo esto, por lo que reaccionan emocionalmente a las experiencias y eventos, en vez de hacerlo de manera racional y pensada (p. 7).

Barocio (2008), menciona que los últimos descubrimientos se inscriben en lo que se llama *neuroplasticidad*, que es la capacidad del cerebro de aumentar o disminuir el número de ramificaciones neuronales y de sinapsis, a partir del estímulo sobre el córtex cerebral... Así es como se comprende que la neuroplasticidad sea la base estructural del aprendizaje.

El aumento del volumen del cerebro entre el nacimiento y la edad adulta se atribuye al desarrollo de axones y dendritas, y al establecimiento de la conmutación cerebral mediante las conexiones sinápticas entre las neuronas. Esta serie de procesos se llama neuroplasticidad, y, en un sentido más amplio también cabría incluir en este concepto los procesos de regeneración neuronal, actualmente en estudio. Las neuronas, células nerviosas, reciben, conducen y transmiten señales electroquímicas. ¿Cuántas tenemos? El cálculo es muy aventurado... pero hay quienes afirman que un adulto tendría unas 100.000.000.000... y que cada neurona establece conexiones con otras 100.000.

Es frecuente escuchar que el saber no ocupa espacio, pero la afirmación no es cierta. A partir de la percepción y la experiencia las neuronas desarrollan filamentos (axones, dendritas), que sirven para interconectar unas neuronas con otras, creando una red, una maraña de conexiones que sirve para dar

cabida y asiento a la memoria. Una persona estimulada por la percepción desarrolla más conexiones que otra menos receptiva.

Entonces, el saber, el conocimiento, crea estas conexiones, y ocupa espacio: hace crecer el volumen del cerebro. Si tenemos unos 100.000 millones de neuronas... ya desde finales de la juventud (o antes), se inicia el lento proceso de muerte neuronal, la que puede acelerarse por el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas); malnutrición, y disminución de aporte de oxígeno y glucosa necesarios para el buen funcionamiento cerebral.

El crecimiento de la masa cerebral ocurre durante la infancia y la adolescencia: al momento del parto sólo tenemos alrededor del 24% del cerebro del adulto. El crecimiento de volumen significa aumento del tamaño de las neuronas, No de su número... pero, fundamentalmente, se debe al desarrollo de axones y dendritas, que se multiplican, extienden e interconectan unas neuronas con otras especialmente después del nacimiento, en los primeros años de vida. Este proceso es precoz, porque alrededor de los 10 años de edad ya casi tenemos el cerebro de un adulto. Este proceso de desarrollo de axones, dendritas, y conexiones entre las neuronas se llama neuroplasticidad (Jensen, 2005).

2.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Con tantos cambios físicos acelerados que contribuyen a una imagen personal cambiante e inestable y muchas veces a un físico poco agraciado e incluso a incoordinación motora (crecimiento desproporcionado), suele crear problemas de autoimagen negativa, las que se incrementan cuando se presenta algún retraso en la aparición de estos rasgos.

2.3.1 DESARROLLO DE LA IDENTIDAD

En la adolescencia hay una visión ideal del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación

se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, conductas de riesgo.

Berman, Weems y Petkus (2008) afirman que:

Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro. Se produce una acentuación general de los impulsos que no están muy definidos, los que se traducen en una excitabilidad difusa (irritabilidad, cambio de ánimo, hipersensibilidad). También, el adolescente tiende a disminuir la vitalidad propia de la edad escolar, presentándose momentos de actividad alternados con momentos de pasividad e introversión.

Comienza a surgir una nueva modalidad de pensamiento que permite al joven trascender del nivel más primario que maneja en la edad escolar. Esta nueva modalidad se denomina pensamiento hipotético, por ser una modalidad naciente, ella se presenta en forma oscilante, fluctuando entre momentos de razonamiento hipotético-deductivo y otros de razonamiento anterior (Berman et al, 2008).

Uno de los sentimientos característicos en esta etapa es el de ser incomprendido, lo cual se relaciona con una percepción de no ser niño ni joven y es común el aburrimiento y el no saber qué hacer, ya que los intereses de la etapa anterior ya no están vigentes y los de la nueva son aún nacientes. Según Neistein (2009). El impulso sexual emerge y comienza a diferenciarse del resto de la vida psicológica, pero aún no hay conciencia de él por lo cual se traduce, también en este plano, en una excitación difusa que influye en las variaciones del ánimo.

2.3.2 LUCHA ENTRE LA INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA

Las transformaciones físicas que sufren los jóvenes durante este proceso, tienen consecuencias en su desarrollo psicosocial y se pueden dividir en cuatro áreas: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus padres, el desarrollo de la propia identidad, además viven distanciamiento con respecto a sus padres, tratan de identificar a un líder, personaje o grupo de amigos, desea relacionarse con personas del

sexo opuesto, discute y pelea por todo, siente la capacidad de enfrentar y transformar el mundo, siente nostalgia. (Sierra, Reyes y Córdoba, 2010).

Comienza por producirse un quiebre en las relaciones interpersonales tanto con la familia como con las amistades, con el afán de independencia que marca conflictos en las relaciones con los padres, ya que esto también oscila entre arranques de independencia y actuaciones infantiles que requieren protección y dependencia.

Esta última también es buscada debido a la inseguridad básica experimentada a raíz de los múltiples cambios, lo que marca una intensificación de las manifestaciones de obstinación.

Para Epstein (2008) muchas veces se desestructuran los anteriores grupos de amistades a causa del cambio de intereses o se estructuran nuevos, con fines o metas difusas (juntarse para molestar o descalificar a otros grupos). Se aprecia una tendencia al antagonismo entre los sexos, constituyéndose grupos más bien unisexuados.

2.3.3 PREOCUPACIÓN POR EL ASPECTO CORPORAL

Los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad.

En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Como señala Weissmann (2012) “Las relaciones sexuales son más frecuentes entre los 18 y 21 años por lo que acelera la aceptación del aspecto externo, ya que el que otro ser aprecie el cuerpo, proporciona mayor seguridad” (p. 33).

2.3.4 INTEGRACIÓN CON EL GRUPO DE AMIGOS

Para la mayoría de las personas, sentirse parte de un grupo es muy importante, pues otorga ese sentimiento de pertenencia. Para los adolescentes, este sentimiento es muy importante, pues como se mencionó anteriormente, después de tantos cambios de diversos tipos y tantas rupturas en relaciones, el

tener amigos y sentirse aceptados y comprendidos se torna en uno de los principales ejes de su vida social y también de su equilibrio emocional.

Vital para el desarrollo de aptitudes sociales, la amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad como el uso de aretes, tatuajes, vestimenta y también las conductas de riesgo.

Influenciando de manera tan poderosa, el grupo de amigos también puede proponer y convencer fácilmente al adolescente a probar sustancias tóxicas adictivas.

Como se ha detallado en este capítulo la adolescencia representa un cambio físico, emocional y psicológico para todo ser humano que suele ser difícil de manejar, por lo que muchas veces se toman malas decisiones y recurren al uso de sustancias psicoactivas, cuyas consecuencias son especificada en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU USO POR ADOLESCENTES

3.1 PROCESO DE ADICCIÓN

Desde el nacimiento de la persona, surgen los impulsos siendo el de mayor respuesta el impulso hacia el placer y en su búsqueda de aquello que se lo produzca, es capaz de caer en los excesos o depender de todo aquello que produce dicho placer. Es aquí donde surge la adicción, que significa que te adhieres a algo, por voluntad propia, conocida también como libre albedrío, y es éste el que regirá su vida. La persona primero buscará experimentar la “sensación” al usar alguna sustancia, luego le gustará y la querrá usar más y más veces, la utilización en exceso se convierte en abuso y de este abuso sigue la dependencia y al ser dependiente se pierde la voluntad y el control.

Fromm (1955), afirmó que:

En un ritual la persona “actúa con el cuerpo lo que piensa con su cerebro”. Los rituales son afirmaciones de valores. En la adicción, los rituales son la afirmación de valores acerca de las creencias del adicto. Estos rituales pueden ser y son, de hecho, totalmente opuestos a las creencias del yo. De allí que en la adicción la persona actúe con su cuerpo la lógica adictiva que existe en su cerebro (tolerancia, abstinencia, obsesión).

Según la OMS (1969) droga es” *toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones*”. En 1982, también la OMS entiende por farmacodependencia o drogadicción: “*un estado psicofísico caracterizado por el consumo reiterado y continuo de una sustancia, a fin de experimentar los efectos que produce, o bien, para evitar los síntomas desagradables que se presentan si no se consume*”.

Droga es un término que se refiere a un gran número de sustancias que cumplen con las siguientes condiciones: introducidas en el cuerpo de un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas. Impulsan a las personas que consumen a repetir su utilización por los efectos placenteros que crean, independientemente de los daños a la salud

que también generan. Su consumo no tiene que ver con alguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V (2013), afirmó que: “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”; añade que “existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”.

La adicción es la incapacidad involuntaria de poder tomar buenas decisiones por uno mismo, como también es sinónimo de vacío espiritual, al tener que encontrar la felicidad a través de un sustituto.

Como lo afirma CIJ (1999):

La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros que suelen llevar a quienes las prueban, a buscarlas nueva y reiteradamente para experimentar dichos efectos. Tienden a recurrir a ellas con más frecuencia y en cantidades cada vez más fuertes a este fenómeno se le denomina tolerancia y esta encadenado a otra situación que se conocen como adicción (p. 71).

Quienes padecen adicción a una o varias sustancias, siempre van a tener tendencia al apetito voraz de transgresión y una pre-disposición a querer hacer sólo su voluntad. Por esa razón, la adicción es una búsqueda desenfrenada del alivio o placer inmediato, generando un vacío interior más grande en quien la padece, llevándolo a tocar de manera progresiva, con más intensidad, diversos fondos en todos los aspectos de su vida a medida que su adicción avanza y entre más avanza, menos conciencia de ella se tiene.

Torres (2012), retoma el concepto de "*La adicción es una enfermedad crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva*" al mismo modo, menciona que tiene características específicas "*...episodios continuos o periódicos de descontrol sobre el uso, a pesar de consecuencias*

adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente la negación". (p. 291). Con esto se refiere a la naturaleza de la adicción como entidad patológica separada de otros estados patofisiológicos que pueden estar asociados.

Significa que existe una incapacidad involuntaria, representa la suma de fenómenos anormales que se presentan en un grupo de individuos. Estos fenómenos están asociados con un conjunto específico de características comunes, por lo que estos individuos difieren de la norma, y que los coloca en desventaja. Significa que la adicción persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan mientras el uso continúa.

Según el informe nacional de Salud (2014), La adicción causa muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que involucran al cerebro, hígado, corazón, y otros órganos, dependiendo del tipo de adicción; y contribuye a la ocurrencia de suicidios, homicidios, violencia, maltrato, violación y abuso sexual, accidentes y otros eventos traumáticos interpersonales y/o familiares. Tal afirmación se utiliza comúnmente pero se llama incapacidad involuntaria (p. 97).

Ahora bien, la OMS (2006), desde 1948 define a la salud como: *"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.

Como lo menciona Laham (2014). "La adicción es una enfermedad crónica que se desarrolla gradualmente permitiendo al sujeto de la adicción ir realizando ajustes momentáneos a la enfermedad y volviéndolos capaces de seguir funcionando aún enfermos".

Continúa Laham *"las adicciones en tanto hábitos compulsivos, constituyen conductas altamente riesgosas para la salud en la medida que una adicción remite a pérdida de control de sí y dependencia. Finalmente este tipo de comportamiento toma toda su vida: se vuelve su vida"* (pp. 37,40).

Como toda adicción va evolucionando, va progresando, cada vez se requiere más dosis, el joven debido a su inmadurez pierde más rápido el control, las

emociones negativas estallan con mayor frecuencia o se muestra eufórico o todo lo contrario con total indiferencia, con mayor o menor apetito, violento, en fin, progresivamente se va deteriorando, de manera tal que se va autodestruyendo. Es el proceso de salud – enfermedad por lo que la conducta adictiva se convierte en enfermedad.

Tras realizar una ardua investigación, los médicos Matus, Calva, Flores, Leff y Anton (2012) concluyen que:

La conducta patológica más importante en la adicción es la búsqueda compulsiva de la droga y la pérdida del control en el deseo de obtenerla. Para lograr que las terapias sean exitosas es necesario entender los mecanismos neurobiológicos que intervienen en los procesos de adquisición y consolidación del síndrome adictivo. Así, es de suma relevancia comprender las bases neurobiológicas de los procesos adictivos que ocasionan cambios en la plasticidad neuronal.

Como precisa Guerrero (2015) *“Toda la parte del cerebro que es responsable del juicio, raciocinio y control de la conducta se desarrolla hasta los 21 años”* (p. 51)

Explica Medina (2012), que los adolescentes suelen tomar sus decisiones a partir de las emociones y no del juicio y del raciocinio, es más probable que abusen de las sustancias, en esa etapa del desarrollo del cerebro es mucho más vulnerable y “exponer el cerebro a las drogas a esa edad tiene consecuencias mucho más dañinas” (p. 33).

3.2 CLASIFICACIÓN DE USOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Existen diferentes tipos de consumidores de sustancias: experimentales, sociales y crónicos o abusadores, estos tipos de consumidores y sus características dependen del uso que hagan a las sustancias.

3.2.1 USO EXPERIMENTAL

Si bien el ser humano como especie siempre ha querido, por naturaleza, comprender y saber del mundo que lo rodea, durante la adolescencia esta necesidad se agudiza y quiere aprender más, adquirir tanto conocimiento como

le sea posible y para ello, necesita explorar y experimentar nuevas sensaciones y situaciones; es por esto, que el adolescente está más expuesto a la “tentación” del uso experimental de sustancias psicoactivas y más si el ambiente que lo rodea lo invita a hacerlo como algo que todos deben hacer, como lo menciona C.I.J (2010) “el bombardeo de información en la publicidad, radio, televisión, cine, letras de canciones, en la que los personajes aparecen bebiendo, en estado alterado de la conciencia, rodeados de una atmósfera de diversión” (p.17).

Por esta razón, muchos adolescentes prueban alguna sustancia psicoactiva. Empiezan, comúnmente, con tabaco y alcohol, ya que son más fáciles de adquirir y después buscan nuevas sensaciones como la marihuana o alguna otra sustancia. A esta primera vez, por este motivo, se le llama uso experimental. Hay muchos adolescentes que después de probarla experimentan tanto malestar físico que no lo vuelven a hacer, pero desafortunadamente, la mayoría lo practica con más cotidianeidad.

Como lo señala el C.I.J. (2010) “Si la primera experiencia resulta agradable y aceptable para el grupo de amigos, comunidad y familia hay mayor probabilidad de que el consumo continúe” (p. 11).

Según Pick (2011) “los consumidores experimentales son aquellas personas que consumen dosis bajas por curiosidad” (p. 158).

3.2.2 USO SOCIAL

Pick (2011) los define como “aquellos que consumen dos o más veces; la cantidad, frecuencia o ambas aumentan en cada ocasión”

El adolescente busca activamente el efecto placentero del uso de sustancias. El consumo empieza a ser más regular (fines de semana) y puede iniciarse un cierto deterioro en el rendimiento académico y en la aceptación de normas.

3.2.3 USO CRÓNICO Y ABUSO

El consumo aumenta de frecuencia, apareciendo entre semana. Su grupo está compuesto por consumidores y el adolescente empieza a conocer cómo y dónde obtener alcohol y otro tipo de drogas, de manera que esto absorbe gran parte de su tiempo. Se produce un deterioro en el funcionamiento del

adolescente, tanto en la escuela como en casa, con el incumplimiento progresivo de sus obligaciones. Se produce un cambio en su conducta, volviéndose reservado y deshonesto. En este punto, el adolescente ya cumple ciertos criterios de trastorno por abuso de sustancias.

Tienen una gran necesidad de consumir la sustancia ya que sienten que dependen para funcionar de su consumo, según Pick (2011).

3.2.4 DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Como menciona Alvares (2008) es la costumbre frecuente y repetida de beber, fumar o usar drogas, además de formar un hábito, llega a crear la necesidad, en cierta manera patológica, que sobre pasa o anula la voluntad del individuo y lo hace incapaz de eliminar fácilmente el hábito. La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central, debido a la disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales meso encefálicas, límbicas, corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta.

Kalivas y Volkof (2005) definen la dependencia a sustancias como:

El equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias donde la búsqueda de estas sustancias y el consumo absorben la mayor parte de la vida del adolescente y el consumo se mantiene a pesar de las consecuencias negativas que le produce. Pueden aparecer síntomas de abstinencia a pesar de ser menos frecuentes que en los adultos. Los adolescentes son capaces de mantenerse abstinentes durante algún periodo, sin embargo, la recaída conduce a una rápida pérdida de control en el consumo (p. 151).

Los criterios para abuso y dependencia de sustancias son los mismos para adultos y adolescentes. Sin embargo, hay discrepancias porque en los adolescentes la historia de consumo es más corta por lo que es más difícil que aparezcan complicaciones somáticas del síndrome de abstinencia, lo que limita la sensibilidad diagnóstica de los criterios actuales, sobre todo a la hora de diferenciar abuso de dependencia. Por otra parte, las repercusiones sociales sí aparecen de manera inmediata. Por este mismo camino se encuentra la Asociación de Psiquiatría Americana que, en el borrador de las propuestas para los criterios diagnósticos que pretende transformarse en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (MDE) de los trastornos mentales para el año 2013, plantea que el término de dependencia se deberá utilizar restrictivamente para indicar la presencia de dependencia fisiológica. Proponen

considerar la agrupación de abuso y dependencia de drogas como un solo trastorno de diferente intensidad y gravedad clínica. Se propone eliminar el criterio de problemas legales para el diagnóstico, así como incorporar un nuevo criterio diagnóstico definido como “ansia de consumo”.

3.2.5 SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Según el CAT (Centro de atención Terapéutica Barcelona) (2015), *“El síndrome de abstinencia se presenta cuando por razones diversas se deja de administrar la sustancia a la que se es dependiente y aparecen una serie de síntomas psíquicos y físicos que crean un intenso malestar”* y pueden provocar la ansia de repetición del consumo.

Es verdad que al principio el sujeto consume por placer o gusto, pero el cuerpo, sus órganos, se acostumbran a los componentes o activos de estas sustancias y después de haber sufrido el síndrome de abstinencia, suele consumirse también por miedo a que éste aparezca nuevamente, ya que la necesidad antes sólo psicológica, ahora es física también. Inevitablemente, el síndrome de abstinencia incide enormemente en la convivencia familiar, creando un clima de inestabilidad que algunas familias definen como "una falta de control absoluto".

3.2.6 TOLERANCIA

La ingesta de fármacos puede producir en el organismo, independientemente de la acción terapéutica para los que han sido desarrollados, ciertas consecuencias en nuestro bienestar físico y psicológico. Estas consecuencias son la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia que puede provocar el uso inadecuado de ciertos fármacos.

Como lo afirma Barragán (2013) la tolerancia es:

Cuando una persona consume una droga de una forma continuada y su organismo se habitúa a ella. Como consecuencia, se desarrolla un proceso psicológico y físico que hace necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados o efectos. También hablamos de tolerancia como la cualidad de una sustancia de que con el uso continuado y con la misma dosis, produce un efecto cada vez menor y existen dos subtipos: la tolerancia

cruzada, que implica que cuando una persona ha desarrollado tolerancia a una droga, la hace extensiva también a todas las drogas de su mismo grupo farmacológico o similares, y la tolerancia inversa, que se da cuando con una dosis menor conseguimos el mismo o mayor efecto.

3.3 FACTORES DE RIESGO

Como menciona C.I.J (2010) *“La disponibilidad, los medios de comunicación que promueven el consumo (haciéndolas accesibles y atractivas a los jóvenes), la baja percepción de riesgo, la tolerancia social, el desempleo, los amigos consumidores y la asociación de consumo con diversión”* (p.13) hacen que los factores de riesgo en la adolescencia para el uso de sustancias psicoactivas se incrementen cada día más.

3.3.1 INDIVIDUALES

Ituarte (2010) afirma que los factores de riesgo individuales son:

Baja autoestima, estrés, ansiedad, angustia, depresión, duelos no resueltos, sentimientos de intenso temor, rechazos, soledad, evitar preocupaciones, tensiones, agobio, frustración, conflictos no resueltos, niveles de exigencia muy altos, por diversión, recreación, placer, escape a los problemas, convivencia con los amigos, curiosidad, ir contra las reglas, imitación, hacer algo prohibido (pp. 56-57).

3.3.2 FAMILIARES

Ituarte (2010), menciona que algunos de los factores de riesgo familiares son:

La baja percepción de riesgo en la familia, el consumo frecuente en el hogar; padre, madre o abuelos consumidores, violencia familiar, divorcio; propiciar una conducta de aceptación ante las sustancias, práctica cotidiana de consumo, se transmite a los hijos que esta conducta es normal, hijos inmiscuidos en los conflictos de los padres (p. 152).

3.3.3 SOCIALES

Como seres pertenecientes a una sociedad, todos los días usamos estas habilidades para la vida en diferentes situaciones y escenarios, por ejemplo: cuando llega la hermana mayor a casa después del trabajo y le platica a la familia el mal momento que pasó con uno de sus compañeros en la oficina, la familia, al poner atención a sus palabras, está ejercitando las habilidades para

la vida como: empatía, escucha activa, comunicación, manejo y expresión de emociones. Este tipo de destrezas y conductas se van aprendiendo a través de la experiencia, ya sea en nuestro entorno social, familiar o laboral, pero principalmente en el núcleo familiar y así, practicándolos día a día van integrándose al repertorio conductual y forman parte de nuestra personalidad individual favoreciendo el cambio personal y en la sociedad en la que se vive C.I.J (2008) menciona:

Son los que están relacionados con los ambientes social y cultural que rodean a las personas, por ejemplo: la violencia que se manifiesta de manera física o psicológica y puede ocurrir en cualquier parte, esto es la familia, la calle, la escuela y genera problemas de adaptación y defensa, así como también la impotencia hacia situaciones que no se pueden castigar o denunciar, provocando desesperanza y sentimientos de fragilidad, lo cual favorece conductas inadecuadas que pueden generar algún problema y sobre todo la facilidad con que se pueden adquirir las sustancias psicoactivas cuando se deseé.

3.4 FACTORES DE PROTECCIÓN (HABILIDADES SOCIALES)

Un factor protector define las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos y en muchos casos reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Son aquellos aspectos personales como familiares y sociales que permiten disminuir el riesgo de adicción.

Según las OMS (1993), las habilidades para la vida son las capacidades a través de las cuales las personas podemos actuar de una manera más eficaz ante los desafíos de la vida cotidiana al promover una conducta adaptativa y positiva “estas habilidades para la vida nos permiten convertir todo el conocimiento (que es lo que sabemos) y las actitudes y valores (que es lo que pensamos, sentimos o creemos) en habilidades reales (qué y cómo hacerlas)” (p.9).

Son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas afrontar en forma afectiva las exigencias y desafíos de la vida diaria:

- Autoconocimiento

- Empatía
- Comunicación asertiva
- Relaciones interpersonales
- Manejo de problemas y conflictos
- Pensamiento creativo
- Pensamiento crítico
- Manejo de emociones y sentimientos
- Manejo de tensiones y estrés

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto una clasificación de las habilidades para la vida para fines didácticos en tres categorías: habilidades cognitivas, habilidades sociales o interpersonales y habilidades para el control de las emociones. Aunque existen diferencias entre cada una de ellas, operan de manera conjunta.

Choque-Larrauri & Chirinos (2009) consideran que las habilidades sociales como: las actitudes que van alimentando las relaciones interpersonales en contextos definidos, que son las habilidades cognitivas, dirigen el procesamiento de la información y de las habilidades para el control de las emociones se encargan de regular las emociones para que sean aliadas a la hora de conseguir objetivos y también como fuente de motivación.

Las habilidades sociales son: comunicación asertiva, negociación-rechazo, empatía y cooperación.

Las habilidades cognitivas son: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico, autoevaluación y clarificación de valores.

Las habilidades para el control de las emociones son: manejo del estrés, manejo de emociones y control interno. (Mangrulkar & Posner, 2001).

Pérez de la Barrera (2012) menciona que es importante que los programas de intervención incluyan información, pero afirma que esta información no constituye un factor de cambio significativo ni de prevención; el asigna a las

habilidades para la vida como la mayor estrategia para generar conductas de prevención de adicciones. La investigación que realizó con población mexicana adolescente contrastó los niveles de algunas habilidades para la vida como la resistencia a la presión, toma de decisiones, empatía, expresión de emociones, autoconocimiento, planeación del futuro y manejo del enojo así como sus creencias conductuales hacia las drogas, encontrando diferencias significativas entre los estudiantes consumidores y los no consumidores de inhalables, marihuana, tabaco y alcohol; donde los estudiantes adolescentes no consumidores obtuvieron puntuaciones más altas en las siguientes habilidades: presión de los padres, empatía y planeación a futuro.

Con los estudiantes que durante el último mes del estudio seguían consumiendo alguna sustancia, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sus habilidades para la vida.

En cuanto a investigaciones realizadas con población adulta, el enfoque de las habilidades para la vida se ha utilizado más para sensibilizar al personal de docencia que trabaja con adolescentes en las escuelas, al personal de salud y a los padres de familia obteniendo cambios cuantitativos y cualitativos a favor de promociones para la salud, aplicando conductas de prevención y favorecedoras del desarrollo humano de manera integral, mejorando la escucha constante, atenta y sensible a los adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas. (Pick, García y Leennen 2011) de tal manera, según Choque (et al 2009) las habilidades para la vida promueven el desarrollo de los factores de protección comunes a diversos problemas psicosociales (p 151).

Las habilidades para la vida como la comunicación asertiva y el control y manejo de emociones y la autoestima son las que principalmente se consideran en este trabajo, tomando como base el autoconocimiento para favorecer el incremento de las relaciones familiares porque son las herramientas que se pueden aprender para empezar a desarrollar conductas preventivas ante el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. Utilizar las habilidades para la vida como herramientas preventivas para el

consumo de estas sustancias, transformar dichas habilidades en nuestras más importantes herramientas.

En primer instancia, trabajaremos con el autoconocimiento, que es la capacidad que permite identificar el quién soy, cuáles son mis preferencias, mis aptitudes, mis debilidades y lo que da como resultado, sentir seguridad y confianza de que se pueden lograr las metas, desarrollando el sentimiento de valía hacia uno mismo como persona, valorarme a mí mismo como ser independiente, razonable, pensante y único.

El autoconocimiento es muy importante porque es la base de la autoestima que según Lagarde (2000) nos lleva a seguir hacia adelante y analizar, reflexionar, comprender, recordar, descansar, elaborar, conectarnos con nuestras emociones y necesidades reales más allá de las expectativas de las demás personas.

Las emociones básicas son: ira, alegría, miedo, sorpresa y tristeza. Roque y Veríssimo (2011) refieren que el manejo y expresión de emociones implica el reconocimiento de las emociones propias y de las demás personas, considerando el impacto de estas emociones en los procesos cognitivos y en la acción de manera tal que las personas puedan experimentarlas de manera flexible y regulada. De esta manera se logra poner en movimiento los recursos conductuales para la obtención de metas específicas.

La habilidad de poder percatarnos de nuestros procesos cognitivos y regular nuestras acciones favorece el comportamiento social, el establecimiento de relaciones interpersonales (al tener buenas conductas hacia los demás, o de manera comúnmente conocida “buenos modales” tenemos más probabilidades de socializar con más personas).

3.4.1 AUTOESTIMA

La autoestima, como menciona Satir (2008) “es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen representada por la conducta; es la valía personal de cada individuo y puede ser positiva o negativa; es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con amor, dignidad y realidad”.

Como enfatiza Satir (2008) al definir la autoestima como valía:

Los sentimientos de valía sólo pueden florecer en un ambiente en el que pueden apreciarse las diferencias individuales donde el amor se manifieste abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación sea abierta, las normas flexibles, las responsabilidades moldeadas, las promesas con el cumplimiento y practicada la sinceridad, en el ambiente que se observa en una familia nutrente, los hijos de estas familias se sienten bien consigo mismos, son amorosos, saludables y competentes. Al contrario de los hijos de las familias conflictivas que a menudo tienen sentimientos de inutilidad, crecen con mala comunicación, reglas inflexibles, criticados por sus diferencias, castigados por sus errores, sin experiencia alguna en el aprendizaje de la responsabilidad. Estos niños tienen riesgo de desarrollar conductas destructivas contra sí mismos y contra los demás. Este sentimiento es aprendido, por lo que es posible desaprenderlo (p.41).

Los primeros pasos son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos a lograrlo.

Autoestima elevada: cuando se siente bien consigo mismo, se agrada, hay magníficas oportunidades de enfrentar la vida con dignidad, sinceridad, fortaleza, amor, realidad (p.51).

Para Vargas y Trujillo (2008), “la autoestima es el sentimiento de valor propio y lo aprendemos desde la infancia” y, en cuanto a la baja autoestima añaden que “hay que reconocer que el problema radica en los padres, no en el adolescente”

Fernández, Gómez, Días-Barriga, Sánchez, Cortés, Cruz, Martínez Arrollo y Martínez Cuevas (2015) establecen que:

La Autoestima es la evaluación global del valor que cada individuo tiene de sí mismo, en grado de satisfacción personal, implica tener confianza de nuestra capacidad cuando se tienen buenas relaciones con los demás, se

beneficia la salud, sin soslayar los hechos y pensamientos positivos, este concepto tiene dos dimensiones:

- 1) dimensión cognitiva: es el conocimiento, la idea que se tiene de uno mismo, de nuestras habilidades, capacidades y valores que ayuda a elegir objetivos más cercanos a nuestras capacidades y disfrutar los resultados.
- 2) dimensión evaluativa: es el valor que se atribuye a sí mismo. El hecho de apreciarnos o despreciarnos y el impacto que estos componentes tienen en el bienestar físico y psicológico (pp. 46- 48).

Se construye de manera progresiva y su desarrollo es el resultado de un proceso dinámico y continuo, se ve influida por nuestras experiencias, forma de pensar, y la manera en la que se incorpora a la forma del ser, a la idea del mundo que nos rodea (p.49)

La aceptación entendida como un reforzamiento efectivo, proporciona estímulo y afecto a la vez que favorece el proceso de independencia y toma de decisiones, una falta de reforzamientos positivos y promueve una necesidad constante de aprobación externa y en consecuencia, una conducta dependiente (p 50) la autoestima está influida de lo que ha aprendido de sus experiencias anteriores, de sus habilidades y en la posibilidad de tener un mayor desempeño de actividades que considere importantes (p51).

3.4.2 COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva se basa en transmitir de forma clara, concisa, rápida y contundente lo que queremos, haciendo entender al máximo el mensaje.

Satir (1986) menciona que “la comunicación es el proceso simbólico y transaccional, es decir, es un trayecto donde la conducta verbal y no verbal funcionan como símbolos creados, los cuales permiten compartir significados, interactuar, al mismo tiempo de profundizar en el conocimiento propio y de otras personas”.

La comunicación asertiva es la habilidad de expresar ideas y sentimientos de manera abierta, honesta y directa que reconoce nuestros derechos.

Acorde con Aguilar y Vargas (2010) la comunicación asertiva:

Surge del desarrollo cognitivo y se refiere al desarrollo de la capacidad de pensar y razonar. En la adolescencia se marca

el comienzo de procesos de pensamiento más complejos, se pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, comenzando a desarrollar operaciones lógico-formales razonando a partir de principios conocidos, construyendo nuevas ideas o elaborando preguntas, considerando distintos puntos de vista, compara, debate, opina acerca de ideas y adquiere la capacidad de pensar sistemáticamente acerca de todas las relaciones lógicas implicadas en un problema. En esta transición de pensamiento y operaciones simples a operaciones más complejas se va dando con el tiempo y es independiente en cada adolescente, comienzan a demostrar habilidades para aplicar operaciones lógico-formales en las tareas escolares, cuestionan la autoridad y las normas sociales, comienza a desarrollar su propia identidad, con sus propios planes y comienza a elaborarlos y piensan a largo plazo.

3.4.3 MANEJO DE EMOCIONES

Todos estos cambios físicos y psicológicos, son percibidos por el o la joven, quien va experimentando sentimientos en relación a ellos y afecta sus emociones, que son variadas y como menciona C.I.J (2008) “muchas veces los adolescentes no reconocen ni definen sus emociones, lo que provoca un malestar con ellos mismos y su entorno”, considerando la postura de Ituarte (2010) son “oscilantes y naturales, cambian de alegría a tristeza, soledad en celos o miedo, angustia, inseguridad, curiosidad, disgusto” todo este cúmulo es difícil de manejar.

Mediante las emociones expresamos lo que percibimos, ya sea de manera verbal o no verbal; son reacciones complejas en las que se interrelacionan la mente y el cuerpo, las emociones son capaces de generar sensaciones de efecto inmediato que pueden ser placenteras o desagradables, pueden orillarnos a tomar decisiones, a actuar de manera positiva o negativa, a marcar nuestro futuro. Las emociones más frecuentes en los adolescentes son:

- **Alegría:** sensación positiva que se produce ante la satisfacción y triunfo.
- **Sorpresa:** surge al presentarse situaciones inesperadas, es breve y después se transforma en otra emoción como alegría, temor, miedo o enojo.
- **Miedo:** se activa cuando sentimos daño o peligro. Se puede confundir con la ansiedad y la desesperación.

- Ira: conocido también como enojo o cólera, puede ser muy peligrosa si no la sabemos controlar, se presenta cuando se detiene una conducta dirigida a una meta, al ser engañados, lastimados, traicionados o al percibir una amenaza.
- Angustia: se presenta ante la separación, el fracaso o el dolor, genera sentimientos de desesperanza, falta de motivación o depresión. Se manifiesta con temblor, sudoración excesiva, opresión en el pecho, falta de aire.
- Culpa: puede conducir al cambio, corregir nuestros actos o hacernos sentir vergüenza o falta de aceptación.
- Vergüenza: sólo se experimenta a través del juicio de los demás mediante el sentimiento de culpa, timidez e inseguridad.
- Tristeza: se presenta ante las situaciones de fracaso, separación o pérdida con un sentimiento de frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesimismo, autocompasión, soledad, desgano, preocupación.
- Celos: se presenta cuando hay sentimientos que amenazan la relación con otra persona, puede ser amistad, de pareja, familiar, laboral y a menudo desemboca en enojo expresado o contenido.

3.5 EFECTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Existen diferentes tipos sustancias psicoactivas, se clasifican según su origen ya que puede ser natural o sintético y según los efectos que ejerzan sobre el ser humano: depresoras, estimulantes y psicodélicas (o alucinógenas).

3.5.1 DROGAS DEPRESORAS

Clasificación de las drogas depresoras más usadas por la población adolescente, señalando el tipo de sustancia psicoactiva, nombres comunes, aspecto, efectos y vías de consumo (elaboración propia adaptando información de De los Ríos, 2004 y del Programa de prevención del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, ITESM, 2015). (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Tipo	Droga	Nombre común	Efectos	Aspecto	Vía de consumo
Sedante hipnótico	Etanol	Alcohol, chupe, drinks	Euforia, relajación, disminución de reflejos y timidez, alteración de la coordinación	Líquido de varios sabores	Se bebe
Analgésico opioide	Heroína	Polvo, dama blanca, H.	Placer, sedación, euforia, miosis, hipotensión y depresión respiratoria	Polvo blanco o marrón oscuro	Se inyecta, fuma o inhala
Sedante ansiolítico	Benzodiacepina	Roofies, píldora del olvido, rufis	Sedación, relajación, bienestar y amnesia al día siguiente	Comprimidos, pastillas o cápsulas	Se traga o inyecta
Sedante hipnótico	Ácido gamma hidroxibutírico	Éxtasis líquido, GHB	Sedante, somnífero, amnesia	Líquido transparente en pequeños frascos de cristal	Se bebe

3.5.2 DROGAS ESTIMULANTES

Clasificación de las drogas estimulantes más usadas por la población adolescente, señalando el tipo de sustancia psicoactiva, nombres comunes, aspecto, efectos y vías de consumo (elaboración propia adaptando información de De los Ríos, 2004 y del Programa de prevención del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, ITESM, 2015). (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Tipo	Droga	Nombre común	Efectos	Aspecto	Vía de consumo
Anestésico estimulante	Clorhidrato de cocaína	Coca, polvo, nieve	Euforia, hiperactividad, grandiosidad y midriasis	Polvo blanco cristalino	Se inhala o inyecta vía intravenosa
Estimulante fentilamínico	Anfetamina, metanfetamina y derivados	Metas, anfetam, cristal, pastillas, glass, meth, cristal	Euforia, ansiedad, grandiosidad, aumento de concentración, irritabilidad y paranoia	Pastillas	Se traga
Estimulante sinérgico	Nicotina	Tabaco, cigarros	Estimula la memoria y vigilia, inhibe el sueño y el hambre, bienestar general	Hojas secas en forma de hebras color marrón	Se fuma o mastica

3.5.3 DROGAS PSICODÉLICAS O ALUCINÓGENAS

Clasificación de las drogas alucinógenas más usadas por la población adolescente, señalando el tipo de sustancia psicoactiva, nombres comunes,

aspecto, efectos y vías de consumo (elaboración propia adaptando información de De los Ríos, 2004 y del Programa de prevención del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, ITESM, 2015). (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Tipo	Droga	Nombre común	Efectos	Aspecto	Vía de consumo
Alucinógeno/ Anestésico disociativo	Ketamina	Special K, Korn flakes, K	Anestesia, distorsión de la percepción, aislamiento, reducción de la atención y aprendizaje, alucinaciones	Líquido incolore e inodoro	Se bebe
Alucinógeno cannabinoide	Delta-9- tetrahidro- cannabinol	Marihuana, mota, María, hierba, mois, weed, grass	Relajación, placer, amnesia, bienestar, enlentecimiento del tiempo, irritación conjuntival, aumento de apetito	Bolas o placas color marrón, hojas secas, aceite	Se fuma y se come
Alucinógeno psicodisléptico	Dietilamida del ácido lisérgico	LSD, ácido, tripis	Alucinaciones, creatividad, apertura emocional, cambios de humor	Estampitas impregnadas, trozos de papel secante impregnado, estrellitas, pastillas	Se chupa y traga
Alucinógeno psicodisléptico	Mezcalina	Hongos, zetas	Alucinaciones basadas en la realidad, sinestesias	Pequeños cristales blancos o rosas	Se come o inyecta
Alucinógeno psicodisléptico	MDMA (metilendioxi- metanfetamina) MDA (metildioxi- anfetamina)	Éxtasis, XTL, Adán, EVA	Euforia, felicidad, ligereza mental y física	Pastillas de colores, formas y tamaños distintos	Se traga

3.6 CONSECUENCIAS PARA EL ADOLESCENTE QUE USA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Considerando la cantidad de uso o abuso de sustancias psicoactivas, éstas tienen consecuencias que se ven reflejadas en el cuerpo, la actitud y desempeño de los adolescentes.

3.6.1 CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Dependiendo del grado de uso y abuso de sustancias y el tipo que éstas sean. De acuerdo con la OMS (2009) las consecuencias para la salud son variadas, pero las más comunes pueden ser: pérdida de peso, hipertensión, ojos rojos debido a la dilatación de las venas oculares, irritación y sequedad nasal, ronquera debido a la resequedad de la garganta, tos crónica, hemoptisis que es tos fuerte con sangrado, sibilancias (hacer ruido al respirar, signo de problemas respiratorios) hepatomegalia, que es el crecimiento anormal del hígado, cirrosis, huellas de punción con aguja y muchas veces, cuando se utilizan sustancias inyectables como la heroína, se corre el riesgo de contraer enfermedades como la hepatitis o VIH.

De los Ríos (2004), menciona que:

En las drogas sintéticas, en dosis normales, los efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritabilidad, ira inmotivada y repentina, trastornos amnésicos e incoherencia. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta. El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios (p. 113).

3.6.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

El adolescente que usa o abusa de sustancias psicoactivas suele tomar más riesgos, presenta un estado de ánimo oscilatorio, cambiante; es más susceptible a la depresión, reacción de pánico, psicosis aguda y paranoia. Todos estos estados psicológicos acarrearán problemas con sus amigos y familia, en caso más agudos, puede llegar a robar para conseguir el dinero

para comprar las sustancias que requiere; al estar en un estado diferente de la realidad, suelen ser más promiscuos y es frecuente que presenten problemas legales, lo que los hace sentir mal y volver a caer en el círculo vicioso de los consumidores.

3.6.3 CONSECUENCIAS EDUCATIVAS

Estos adolescentes consumidores, bajan el rendimiento académico ya que con el uso de estas sustancias se altera la memoria a corto plazo, se hacen juicios inadecuados, se comienza a faltar mucho a la escuela y por el nivel mental que las sustancias generan, tienen problemas con los maestros, lo que acarrea suspensión y muchas veces a la expulsión de la escuela.

3.6.4 CONSECUENCIAS EN LA VIDA FAMILIAR Y COTIDIANA

La mayoría de los adolescentes que abusan de algún tipo de sustancia se aíslan de sus familias, suelen discutir con los padres porque se hacen evidentes los cambios que tienen como sus patrones de sueño, el apetito alterado, porque prestan menos atención a su higiene personal, pierden el interés en los deportes, incluso en los casos en los que dichos adolescentes practicaban alguno de manera asidua; abandonan a los viejos amigos y conocidos por nuevos y con diferentes intereses, suelen cambiar su manera de vestir (puede ser simplemente más desaliñado por la falta de interés en la higiene o cambiar completamente de “estilo”). Estos adolescentes no quieren tener conversaciones con su familia, menos con sus padres y si éstos les preguntan o reprochan ésta actitud, ellos contestan evasiva y agresivamente. Por esto, se les enseñará o fortalecerá el aprendizaje de la escucha activa, la comunicación asertiva y ser más pacientes con sus hijos.

CAPÍTULO IV. PROPUESTA: TALLER PARA LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

4.1 JUSTIFICACIÓN

El taller de prevención de uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes dirigido a los padres de familia se llevará a cabo en cuatro sesiones de 4 horas cada una, con un receso de 20 minutos, durante cuatro semanas en un horario fijo. Dicho taller será dirigido por dos psicólogas. Las actividades que se presentarán son técnicas psicopedagógicas que serán una herramienta útil en la vida diaria de los padres de familia.

Estas técnicas tienen como objetivo manejar adecuadamente las habilidades para la vida, teniendo en cuenta el criterio incluyente de estimular el autoconocimiento, favorecer la comunicación entre padres e hijos adolescentes, fomentar la elevación de la autoestima y facilitar el manejo de las emociones en forma positiva. Al finalizar este taller se evaluarán los objetivos planteados en cada sesión con preguntas planteadas en un cuestionario que está detallado en el anexo número 19 en la sección “Manual del taller”.

Las indicaciones generales para realizar la convocatoria del taller será abierta y general, es decir, de tipo universal, haciéndoles saber que se tratará de un espacio en el que se ofrecerá confidencialidad, cuidado responsable, calidad de la intervención y la integridad en las relaciones que establece el profesional en psicología, apegándose a los reglamentos y normas propuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología en el código ético del psicólogo (2010). Por lo que se recomienda que puede ser en el espacio proporcionado por alguna institución de educación media superior.

Mientras me desempeño profesionalmente en una institución de enseñanza media superior, me enfrento a situaciones en las que los jóvenes están en situación de riesgo al consumir por primera vez o continuar el uso de alguna

sustancia psicoactiva, estas situaciones me conducen a citar a los padres de familia para informarles lo que acontece, colocándome en la condición de buscar herramientas definidas para que estos padres de familia se relacionen de manera correcta, positiva e informada con sus hijos en el día a día. Esta situación me conduce a generar la propuesta de este taller, resultado de lo que en mi consideración profesional es una excelente oportunidad de servicio y del propio desarrollo intelectual.

En este tiempo laboral me he percatado que el error principal, por así llamarlo de parte del área de Orientación Educativa en las escuelas, es la falta de tiempo para dedicarles a los padres de familia, por la gran demanda que existe en atender a los adolescentes.

Por esta razón considero que la metodología vivencial y participativa, apoyada en técnicas didácticas, puede ser de impacto para promover en los padres el aprendizaje significativo a través de la interacción grupal. En esta metodología cada técnica posee un objetivo particular y busca potenciar cambios sostenibles de conducta y de actitud en los padres de familia mediante la generación de un cambio de paradigma en la dinámica grupal al reconocerse como los principales protagonistas del aprendizaje al tener la oportunidad de construirlo y enriquecerlo con sus emociones y experiencias.

Esta metodología también puede aplicarse en grupos homogéneos y heterogéneos. Es importante recalcar que el trabajo realizado en el taller va a acompañado de un apoyo psicológico hacia la familia que lo deseé, ya que constituye un complemento en la intervención terapéutica que busca potencializar los factores de protección.

Para la impartición de este taller se recomienda que el perfil del facilitador sea:

- Experiencia y conocimientos en el manejo de grupos y capacitación.
- Conocimiento de técnicas y herramientas para el diagnóstico, intervención y prevención de las adicciones.

- Conocer el modelo de atención concreto a los padres de familia con hijos adolescentes en la institución donde se aplique el taller.
- Tener habilidades de escucha activa, asertividad y empatía.

Del mismo modo, se le recomienda al facilitador:

- Utilizar lenguaje incluyente.
- Evitar interrumpir las participaciones de las personas para imponer sus puntos de vista.
- Evitar hacer juicios de valor como: “bueno” o “malo”.
- Generar un clima grupal de escucha, apertura y respeto.
- Evitar hacer interpretaciones de lo que les pasa a las personas, pues éstas pueden sentirse exhibidas; más bien utilizar recursos de facilitación como son: reflejo de reiteración, reflejo de sentimiento, señalamiento de las discrepancias observadas, contención emocional, resolución de conflictos dentro del grupo, actitud empática y congruente.

En el taller se abordarán temas clave sobre las habilidades sociales en la vida como son: autoconocimiento, autoestima, comunicación asertiva y manejo de emociones, mismas que se adquieren en base a nuestros repertorios sociales a través del aprendizaje, típicamente por imitación, ensayo, instrucción, información correctiva, etc. (Michelson, 1987); además estas habilidades son una serie de respuestas, hacer y rechazar peticiones, expresar opiniones personales, manifestar amor, agrado, afecto, expresar sentimientos negativos, etc.; asimismo, nos permiten tener satisfactorias relaciones interpersonales que se aprenden a través de un largo proceso que a veces se da por ensayo y error. (Caballo, 1996).

Por lo tanto, dicho taller está conformado por 4 sesiones con duración de 4 horas cada una, se propone que en cada sesión el grupo pueda tener un receso de 20 minutos y que se imparta una sesión a la semana, ya que es importante para optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje que exista un tiempo de reflexión y acción en cada sesión en otros espacios diferentes al del grupo por parte de los participantes.

Para garantizar el logro del objetivo del taller, así como los objetivos específicos de cada actividad, el lugar tendrá que ser amplio, ya que muchas de las técnicas implican movimiento; la iluminación y ventilación deberán ser adecuadas.

Cada actividad a realizarse en el taller, tendrá 4 componentes de los cuales dependen los resultados que se esperan en cuanto a los cambios de conducta y de actitud. Estos se describen a continuación:

- Objetivo: Es la finalidad a la que se pretende llegar con la actividad. Cada tarea tiene un objetivo particular, el cual se detalla en la carta descriptiva (por ejemplo: fomentar el fortalecimiento de la autoestima).

- Desarrollo del tema: Es el procedimiento detallado de cada actividad que los participantes realizarán (por ejemplo: trabajar en parejas, observar un video).

- Reflexión grupal: es la discusión y análisis grupal del tema explorando 3 dimensiones de la actividad: emoción, cognición y acción a través de preguntas clave que le permitirán al facilitador tener una guía sobre los aspectos fundamentales a preguntar para no perder de vista el objetivo (por ejemplo: ¿Cómo te sentiste al realizar esta actividad?, ¿por dónde vas a comenzar?). En el anexo se detallará a profundidad esta sección como: "Preguntas clave" para no perder el objetivo y desviarnos hacia una curiosidad personal que no favorece el aprendizaje grupal.

- Conclusión del tema: Se trata de transmitir al grupo el mensaje clave de la actividad de manera clara, directa, breve y precisa (es importante...).

Durante la reflexión y conclusión del tema es conveniente trabajar en círculo, ya que genera que los participantes se vean y se escuchen, por lo que es imperativo mantener el contacto visual por parte de la facilitadora durante todo el proceso para poder establecer una afinada lectura de grupo que le permita reconocer los logros, identificar necesidades e inquietudes de los participantes.

4.2 OBJETIVO DEL TALLER

Que los padres de familia con hijos de 15 a 18 años de edad identifiquen los factores de protección y así prevenir que sus hijos usen cualquier tipo de sustancia.

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar y favorecer el desarrollo de las habilidades sociales y la obtención de conocimientos para que disminuyan las barreras psicológicas, comunicarse asertivamente e incrementar la autoestima en los adolescentes, para lograr cambios de conducta y de actitud, por medio de una metodología vivencial participativa.

4.4 PARTICIPANTES

Esta propuesta está diseñada en un taller para 16 padres de familia con hijos adolescentes de 15 a 18 años que cursan la educación media superior que sean usuarios activos y/o propensos a uso de sustancias psicoactivas. Las indicaciones generales para realizar la convocatoria del taller será abierta y general, de tipo universal.

4.5 ESCENARIO

Para la realización de este taller se contará con un espacio establecido por la institución, el cual contará con las condiciones adecuadas de ventilación, mobiliario e iluminación y con los menores distractores posibles.

4.6 MATERIALES

Nombre	Descripción	Cantidad
Proyector o cañón	Proyector de imágenes para conectar en la laptop o computadora	1
Sillas	Sillas de plástico o madera	17
Mesas	Mesas de plástico o madera	5
Laptop o computadora	Ordenador y material en power point	1
Bocinas	Altavoces conectados al ordenador o laptop	1
Cartulinas, papel bond	De colores y blanco	30
Pizarrón	En blanco	1
Marcadores para pizarrón	De diferentes colores	5
Etiquetas	Color blanco	17
Plumones	Plumones de diversos colores	50
Plumas	Tinta negra	17
Pelotas de goma	De 7 cm de diámetro de diferentes colores	10
Cuestionarios	Impresos para la evaluación	16

4.7 CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

A continuación se presenta la descripción de las sesiones en la carta descriptiva.

Sesión 1: “Autoconocimiento”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para los participantes:

Identificar las habilidades para la vida como lo es el autoconocimiento a fin de que puedan realizar cambios de conducta y actitud frente a diferentes problemáticas que presenten los adolescentes.

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIALES Y APOYO DIDÁCTICO
Introducción	Dar bienvenida a los participantes	Bienvenida y presentación	10 min.	Etiquetas y plumones
Presentación del taller	Abrir el canal de comunicación con el grupo.	Introducción: Concepto y proceso de adicción, tipos de Sustancias psicoactivas, sus efectos y cómo se puede prevenir que los adolescentes las consuman, dando a conocer que es el objetivo general del taller.	40 min.	Pizarrón blanco y sus marcadores
Integración grupal	Generar un ambiente de confianza e integración grupal fomentando la habilidad de autoconocimiento y comunicación	“Saludándonos”	15 min.	Pelotas de goma de 7 cm de diámetro de diferentes colores. Anexo 1
Expectativas	Identificar las expectativas del grupo y definir los objetivos del taller	“Lo que esperamos”	10 min.	Pizarrón blanco y sus marcadores. Anexo 2
Expresión de intereses y motivaciones personales	Reconocer la importancia del autoconocimiento como elemento indispensable de la	“Collage”	30 min.	Cartulinas blancas, revistas, tijeras, pegamento en

	autoestima y conducir a los participantes a la reflexión			barra. Anexo 3
Receso			20 min.	
Auto-conocimiento	Conocerse a sí mismo, identificar su forma de ser, cómo vivir y conducirlos a la reflexión para que definan lo que desean hacer	“El árbol de los logros”	40 min.	Gomas para borrar, hojas blancas tamaño carta, lápices, plumines de diferentes colores. Anexo 4
Actitudes de la adolescencia	Identificar las características, actitudes, valores que tienen y reconocerlas en su hijo como instrumento para el establecimiento de acuerdos en las relaciones padre e hijo y para resolver conflictos en la vida cotidiana	“Características del adolescente”	35 min.	Hojas tamaño carta con la imagen de 2 jóvenes, lápices, sacapuntas, gomas y bolígrafos. Anexo 5
Aspiraciones	Reconocer la importancia de pensar profundamente sus aspiraciones y reflexionar acerca de lo que están haciendo para lograrlo	“¿Cómo podría ser diferente su vida?”	30 min.	Hojas blancas tamaño carta y bolígrafos. Anexo 6
Cierre	Comentar y hacer un análisis de las conclusiones de lo que se trabajó en esta sesión	“Conclusiones, despedida y cierre”	10 min.	

Sesión 2: “Autoestima”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para los participantes:

*Fortalecer la importancia de la autoestima a fin de poder enfrentar los desafíos de la vida cotidiana.

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIALES Y APOYO DIDÁCTICO
Introducción	Dar la bienvenida a los participantes y revisar brevemente la sesión anterior	“Bienvenida”	10 min.	
Integración grupal	Generar un ambiente de confianza e integración grupal fomentando la autoestima	“Descubriendo mis habilidades”	40 min.	Laptop, proyector de imágenes, tarjetas de cartulina de 20 por 15 cm. con frases y un letrero con el título “tesoro de habilidades”. Anexo 7
Áreas de oportunidad	Conocerán y aplicarán identificando las áreas que necesiten mayor atención para mejorar su rendimiento	“El circo de la Mariposa”	40 min.	Lap top, reproductor de video, bocinas y proyector de imágenes. Anexo 8
Receso			20 min.	
Autoestima	Promover un clima de confianza personal, de valoración a sí mismo y a las demás personas proporcionando estímulos positivos	“El regalo de la alegría”	60 min.	Hojas blancas tamaño carta, bolígrafos y mesas de trabajo. Anexo 9
Reconocimiento público propio y de otros	Proporcionar a los participantes herramientas de comunicación y manejo de emociones a fin de aumentar su autoestima y calidad de	“Dando y recibiendo retroalimentación positiva”	60 min.	Hojas tamaño carta blancas, bolígrafos y mesas de

	vida			trabajo. Anexo 10
Cierre	Conclusión y análisis de lo que se vio en la sesión	“Conclusiones, despedida y cierre”	10 min.	

Sesión 3: “Comunicación Asertiva”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para los participantes:

* Discriminar entre la expresión de sentimientos y pensamientos, para favorecer la comunicación y aprender las posibilidades de reforzar las relaciones padre e hijo y con los demás.

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIALES Y APOYO DIDÁCTICO
Introducción	Dar la bienvenida a los participantes y revisar brevemente las sesiones anteriores	“Bienvenida”	10 min.	
Comunicación verbal	Observar y describir que sucede cuando la información, instrucción y comunicación no son las adecuadas para que se analice y reflexione este tipo de conducta y se genere el cambio de actitud	“Teléfono descompuesto”	60 min.	Pizarrón blanco y marcadores, hojas tamaño carta y bolígrafos de tinta negra. Anexo 11
Comunicación no verbal y corporal	Expresar la integración padre e hijo adolescente mediante la observación y el lenguaje corporal	“Díselo con mímica”	40 min.	Anexo 12
Receso			20 min.	
Asertividad	Identificar y desarrollar la comunicación asertiva resaltando su importancia como un elemento indispensable en el día a día	“¿Qué tan asertivo soy?”	60 min.	Hojas blancas tamaño carta y bolígrafos de tinta negra. Anexo 13
Derechos asertivos	Conceptualizar racionalmente la libertad de expresión y el respeto a sí mismo y a los demás	“Defender los propios derechos”	40 min.	Anexo 14
Cierre	Conclusión y análisis de lo que se vio en la sesión	“Conclusiones, despedida y cierre”	10 min.	

Sesión 4: “Manejo de emociones”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para los participantes:

* Identificar y analizar la aplicación del manejo de sus emociones para poder hacerlo extensivo con su hijo adolescente.

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIALES Y APOYO DIDÁCTICO
Introducción	Dar la bienvenida a los participantes y revisar brevemente las sesiones anteriores, ejemplificando	“Bienvenida” y “Lluvia de ideas”	20 min.	Pizarrón blanco y marcadores
Manejo y expresión de emociones	Determinar la importancia de reconocer emociones básicas, brindar herramientas para el manejo de estrés y poder demostrar afecto de diferentes maneras	“Querido cuerpo...”	40 min.	Hojas blancas tamaño carta, lápices, sacapuntas, gomas, bolígrafos de tinta negra. Anexo 15
Sintonía con el propio mundo afectivo	Identificar las propias emociones y saber la menor manera de expresarlas (de manera física, oral o por escrito)	“Emociones por escrito”	40 min.	Laptop con reproductor de música, bocinas, hojas blancas tamaño carta y bolígrafos. Anexo 16
Fuentes de tensión y estrés	Identificar los fuentes que provocan tensión o estrés, reconocer sus distintas manifestaciones y saber contrastarlas	“El que se enoja pierde”	30 min.	Anexo 17
Receso		Receso	20 min.	
Expresión de emoción	Detallar los factores que intervienen al escuchar la canción sin prejuicios o temores, reconociendo la importancia de aceptar las emociones básicas	Se escucha la canción “No basta” de Franco De Vita	40 min.	Laptop con reproductor de música y bocinas. Anexo 18
Evaluación	Aplicar el cuestionario de	Cuestionarios	30 min.	Cuestionarios impresos y

	evaluación al taller y al facilitador para detectar áreas de oportunidad			bolígrafos de tinta negra
Cierre	Despedir el Taller reconociendo a través del desarrollo de las habilidades para la vida el factor clave para potencializar la relación padre e hijo y así poder prevenir el uso de sustancias psicoactivas	“Hasta la vista”	20 min.	Bolígrafos de tinta negra. Anexos 19 y 20

DISCUSIÓN

La revisión teórica del uso y consumo de sustancias psicoactivas, es un tema conocido y estudiado en diversas áreas profesionales como la médica, legal, social y psicológicas debido a la prevalencia que existe en las aulas y en la comunidad; por las dificultades académicas, sociales, familiares y de salud, que repercuten en la mayoría de los casos en su personalidad y autoestima.

Desde la década de los 90 se ha demostrado un seguimiento especial en el tratamiento de adicciones, se buscan los factores de protección para poder prevenir este tipo de conducta. En este trabajo se ha puesto principal énfasis en los padres de familia o tutores como los principales protagonistas para poder prevenir de manera satisfactoria el consumo de sustancias tóxicas.

Las adicciones en los adolescentes en México son un problema psicosocial grave, sobre todo si se toma en cuenta la vulnerabilidad y la cantidad de jóvenes propensos en el país, estimado según el INEGI (2013) la población con edades entre los 15 y 17 años es de 6.8 millones y ya que las cifras van a la alza; este problema requiere una intervención integral que sume el esfuerzo de los sectores familiares, educativos y de salud.

A lo largo de esta tesina también se ha resaltado la importancia de la comunicación, sobre todo de la comunicación asertiva, la autoestima, el autoconocimiento y manejo de emociones, asociándolo a conceptos como calidad de vida, tranquilidad y bienestar como base para fortalecer la relación padre e hijo, lo cual concuerda con Becerra (2008).

Como se ha ido planteando a lo largo de esta investigación teórica, la adolescencia es un proceso que puede resultar difícil, y si a este proceso se le añaden conflictos familiares, la autoestima de los jóvenes resulta seriamente afectada y ya sea para intentar olvidar los problemas y sentirse “mejor” o sentirse aceptados en un grupo de amigos, muchas veces estos jóvenes, de por sí ya vulnerables, son orillados a tomar la decisión de usar algún tipo de

sustancia psicoactiva, ya que tanto los amigos e incluso la televisión, les ha hecho creer que formar parte de este mundo es algo divertido y pasajero, pero no toman en cuenta (o no les interesan) las consecuencias que el uso de estas sustancias les pueden ocasionar.

La fácil accesibilidad a todo tipo de medios de comunicación, en especial al internet, que es el medio favorito de los jóvenes, hace que crezca la curiosidad de consumir sustancias psicoactivas, lo que a su vez crea preocupación a los padres de estos adolescentes que muchas veces, por más que quieran, no saben que hacer o de qué manera prevenir a sus hijos contra las adicciones o cómo ayudarlos a combatirlas, por esta razón es que es tan importante involucrar a los padres de los adolescentes en los talleres de prevención, ya que se les ayudará a tener un mejor conocimiento de lo que son las habilidades para la vida, disminuir los riesgos que detonan el consumo de estas sustancias, saber manejar los conflictos, incrementar la autoestima, comunicarse de manera asertiva con sus hijos, aprender a identificar y manejar sus emociones; se les enseñará también a fomentar la comunicación, a ayudar a sus hijos a elevar su autoestima basándose en el autoconocimiento y en el manejo de emociones.

Apoyando la hipótesis de que la familia, en especial los padres, son las personas que verdaderamente aman a sus hijos y quienes a toda costa quieren evitar que sus hijos se vuelvan usuarios de cualquier sustancia, la intención de este taller es que los padres de familia comiencen a identificar los factores de protección favoreciendo el desarrollo de las habilidades para la vida y la obtención de conocimiento para que disminuyan las barreras psicológicas y de comunicación con sus hijos y así lograr cambios de conducta y de actitud por medio de una metodología vivencial, presencial y participativa.

La ventaja de utilizar las habilidades para la vida en la metodología interactiva para la intervención, es que propician un entorno seguro para la reflexión, el insight y el reconocimiento, favoreciendo que los participantes se den cuenta que poseen habilidades, facilitando el proceso de aprendizaje, pues coadyuvan a que se visualicen de manera inmediata y concreta los objetivos que se obtienen de estas habilidades.

Esto es importante, puesto que la intervención en el área de Orientación Educativa se enfoca principalmente a la conducta de los jóvenes, llegando a reforzar ciertos roles sociales y estereotipos conductuales, obstaculizando su empoderamiento, conocimiento y el fortalecimiento de su autoestima, sin cambiar de raíz la verdadera situación que provoca su conducta y el factor o factores detonantes que lo pueden conducir al consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Los padres de familia por sí mismos, tampoco podrían cambiar este problema de raíz, pues lo fundamental es que estos padres se percaten a nivel individual de que a través de la autoeficacia, pueden tener el control de sus emociones y que en sus manos está la posibilidad de un cambio; así como darse cuenta que en ellos están las habilidades que les permitirán sortear obstáculos en cuanto a ayudar y educar a sus hijos se refiere. Para los padres de familia, el propósito de acudir a los servicios escolares es meramente académico, cuando se les requiere para darles información sobre la conducta o actitud de los hijos, sin obtener cambios de concientización; pues no se acercan por iniciativa propia sino para cumplir con el requisito. Derivado de lo anterior, la concientización y las iniciativas resultan prioritarias, en sus manos está realizar determinadas acciones y desarrollar el tipo de habilidades para la vida que solo pueden ser modificadas en el seno del núcleo familiar y así modificar la calidad de vida.

La propuesta de intervención de este trabajo pretende ser un modelo alternativo de aproximación ante el problema de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, en donde las habilidades para la vida constituyen la herramienta de trabajo clave para acompañar a los padres de estos adolescentes en el desarrollo y crecimiento de sus hijos.

La invitación de esta propuesta de intervención en lo que respecta a la labor de instituciones de salud y educativas, incluyendo a los psicólogos; es ofrecer un acompañamiento sincero, oportuno y sensible, siendo la principal tarea facilitar el intercambio de experiencias de residencia, el desarrollo y ejercicio de factores de protección tanto como sea posible.

REFERENCIAS

- Aguilar M. J. E.; Vargas M. J. (2010) Comunicación asertiva. Network de Psicología organizacional. México: Asociación oaxaqueña de psicología, A.C.
- Alvares A. (2008). Educación para la salud. Cap. 7 (p.122). México, Editorial El manual moderno S.A. de C.V.
- Amato R. (2012) Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith 1991. Journal of family psychology. New York. (p. 206) 10.1037/0893-3200.15.3.355
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2013). AACAP. Washington, DC. Recuperado de:
http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Cerebro_del_Adolescente_Comportamiento_Solucion_de_Problemas_y_Toma_de_Decisiones_95.aspx.
- American Psychiatric Association. (2011). Diagnostic statistical manual of mental disorders (4a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: AUTOR
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic statistical manual of mental disorders (5a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: AUTOR
- Ávila P. R; Sánchez A. E. (2005). Colaboración entre psicólogos y padres de familia para fomentar el gusto por la lectura en los alumnos de la escuela primaria oficial. (pp 7-13). Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.
- Barocio R. S. (2008) El cerebro del adolescente. Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: Intervención parental. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

- Barragán, E. (2013). Fármacos y otras sustancias: tolerancia y dependencia". Recuperado de: <http://www.engenrico.com/farmacos-tolerancia-y-sindrome-de-abstinencia/>
- Becerra, A.L. (2008). Promoción de habilidades en padres de familia con un hijo con necesidades educativas especiales asociadas a autismo: manejo de programas para el área de atención en casa. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.
- Benítez, M. (2009) "Personalidad". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de La Sabana, Colombia. Recuperado de: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/1807/2424>.
- Berman, S., Weems, C. Y Petkus, V. (2008). The prevalence and incremental validity of identity problems symptoms in a high school sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 183-195. Recuperado de: <http://cv.uoc.edu/DBS/a/materials/portada/ambits/fi/Pdf/fipla.doc>.
- Berra B. M.; Dueñas F. M. (2013). Educación para la salud y conductas de riesgo. Benemérita Universidad de Puebla. Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEM. Número 5. Recuperado de: <http://dgsa.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/7-N-5.pdf>.
- Bringas G. M. (2007). Prohibido entrar!. Claves para entender a los adolescentes. (p.90).Etapa de transición. Capítulo 2. México. Editorial Trillas.
- Burgess y Locke (1960) en Roche O. (2006). Psicología de la pareja y de la familia. (p. 84).
- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid, México Siglo XXI.

- Campoverde, M. L. Las redes sociales y su influencia en el comportamiento de los adolescentes. (2012). Tesis de licenciatura en Psicología Clínica. Universidad del Azuay. Ecuador. Recuperado de:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3659/1/10335.PDF>.
- Cantón D. J., Cortés A. M., Justicia, D. M. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. (pp. 3-4). Psicopatología clínica, legal y forense. Vol. 2, No.3. México. Editorial Trillas.
- Casas, R. J; Ceñal, G. M; Del Rosal, R. T; Jurado P. J; De la Serna B. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físico-funcionales, psicológicos y sociales. Medicina.
- Centro de Atención Terapéutica Barcelona (CAT) (2015). Recuperado de:
<http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-sindrome-de-abstinencia>.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (1999). Cómo proteger a tus hijos de las drogas. (p. 9-11 y 71). México.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (2008). Habilidades para la vida, Capítulo 1 México, 2da edición 27 reimpresión (pp. 9-18, 48). México.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (2009). Mujer y drogas. México. (pp. 31-33, 42-46, 134, 135 y 152). México.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (2010). Las 100 preguntas más frecuentes. México D.F. Grupo Editorial Gráfico. México.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (2011). Los jóvenes y el alcohol en México. Segunda edición. (pp. 17, 57-59). México.

- Centro de Integración Juvenil, A.C. (C.I.J) (2012). Inhalables: un problema reemergente de salud pública. Editorial Grupo gráfico, S.a. de C.V. (pp. 11-13, 77). México.
- Ceñal, M. J. (2012). Patrones normales de crecimiento y desarrollo físico. La pubertad. (p.35-42). En: medicina de la adolescencia. Atención integral 2ª ed. Madrid. Editorial Ergon.
- Choque, L. R., Chirinos, C. (2009). Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. Revista de la salud pública, 11 (2) 170-180.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1974 / 2015). Indicadores sociodemográficos. Indicadores de jóvenes. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_sociodemograficos.
- De los Ríos S. J. (2004). La drogadicción: dimensiones antropológicas, psicológicas y sociales. Tesis de maestría. Facultad de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid (UCM)
- Declaración de Ámsterdam. V Congreso Mundial de Familias. 12 de agosto de 2009.
- Declaración Universal de los derechos humanos (1948 / 2015) Art 16. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Del Bravo, M. A. (2000). La familia en la historia: Propuestas para su estudio desde la «nueva» historia cultural 304 páginas. ISBN 9788474905700. Ediciones Encuentro.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5 2013) fifth edition (Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales 5ta edición).

Diccionario de la Real Academia Española. (22.^a ed.). (2011).(3 vols.). Madrid, España: McGraw-Hill. Edición de México.

Epstein R. (2008). El mito del cerebro adolescente. *Mente y cerebro*. (pp. 22-29). Capítulo 3. México: Mc Millan.

Fernández, C.C; Gómez, M. P; Díaz-Barriga S., Sánchez, G. A., Cortés, F. R., Cruz, S., Martínez, A. M., Martínez, C. G. (2014). Alianza por la Calidad la Educación. Programa Nacional Escuela Segura. Secretaría de Educación Pública (SEP). Recuperado de <http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/habilidadesparala vida.df>

Fernández, R., Fernández G. (2013). Los cambios en la adolescencia. Citado en un artículo recuperado de Psicologia-online.com

Fiorini, L. (2009). Reflexiones sobre la homoparentalidad en Homoparentalidades, nuevas familias. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-288-5.

Fundación “Sólo por hoy” (2014). Recuperado del sitio web de la fundación: <http://escuela.med.pu.cl/paginas/ops/cuijo/lecciones/leccion02/leccion.html>.

Fromm, E. (1955 / 2015). *The sane society*. Tomo XIX. New York

Gallegos, V. A. (2012). Influencia del modelo parental en los adolescentes para desarrollarse en su medio. (p.12). Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM.

Giedd, J. N. (2003). The Mystery of the Teenage Brain. *Nature Neuroscience* 2, no 14: 861–67. Recuperado de:

<http://www.teachers.ab.ca/Teaching%20in%20Alberta/Resources%20for%20Parents/Parent-Friendly%20Articles/Pages/MysteryTeenageBrain.aspx>

Guerrero, N. (2015). Los adolescentes y las drogas. (p.51). Tesis de maestría. Universidad Nacional de México. UNAM.

Gumucio, M. E. (2009). Desarrollo psicosexual y psicosocial en la adolescencia. Psicóloga y terapeuta familiar. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>.

Gutgesell M. E., Payme N. (2006). Cuestiones relativas al desarrollo psicológico del adolescente del siglo XXI. (pp. 79-85). Pediatrics in Review. Los Angeles: Mc Millan.

Identidad y comunicación. Vivat Academia. (2012). Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/numerosanteriores/publicacion>.

Iglesias, D. J.L.; Guajardo, F. S. (2013). Recuperado de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>.

Informe nacional de salud. (2014). Informes institucionales. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.insp.mx/planeacion-estrategica/informes-institucionales.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013. Recuperado de www.inegi.org.mx

Ituarte De A, A. (2010). "Adolescencia y personalidad". (pp. 134,135,152). Editorial Trillas. 2da edición Reimpresión.

Jensen, E. (2005). Teaching With the Brain in Mind. Gale virtual reference library. Edition 2, revised. Publisher Assn for Supervision & Curriculum,

2005 Original from the University of California. Neuroscience. Digitized 20 Jan 2010. ISBN 1416602658, 9781416602651. Pages 186 (p. 54).

Jurado P. y De la Serna B. O. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físico-funcionales, psicológicos y sociales. Localización: Medicine, ISSN 0304-5412, Serie 9, N°. 61, 2006 (Ejemplar dedicado a: Medicina de la adolescencia), págs. 3931-3937. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2066098>.

Kalivas P. W., Volkof N. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. (p.162). AM J Psychiatry. New Jersey: The Strawberry.

Knowles, M., Holton, E. y Swanson, R. (2001). National Center for Biotechnology Information. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Effective Antenatal Education: Strategies Recommended by Expectant and New Parents. Journal. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582411/>.

Knowles, M, Holton, E., and Swanson, R. (2004). Andragogía: El aprendizaje de los adultos. (p. 13). Oxford University. Press México. Editorial Mexicana.

Lagarde, M. (2000). Claves feministas para la mejora de la autoestima. (pp.9-13). Madrid: horas y horas.

Laham M. (2014). La familia y su importancia. Barcelona. (pp. 37-40).

Mangrulkar, L., Vince W. & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida, un desarrollo saludable de niños y adolescentes. organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

- Mangrulkar, L., Vince W. & Posner, M. (2001). Life skills to child and adolescent healthy. (p. 191).
- Mars LI. (2014) Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Clínica de Psicología "V. Mars" desde 1983. Valencia (España) artículo publicado el 08 de abril de 2014. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/areas/clinica.htm>
- Martínez LI. M. (2003). Naturaleza de la Filosofía de la Educación. (Material Básico). Barcelona.
- Matus O. M.; Calva N. J.; Flores Z. A.; Leff G. P.; Palma B. (2012). Las adicciones, la genómica y la proteómica. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Scientific Information System. Salud Mental 2012, 35 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312007>.
- Medina M, (2012). Salud y adolescencia. Recuperado de http://www.colegionacional.org.mx/SACSCMS/XStatic/colegionacional/docs/espanol/medina_mora.pdf.
- Michelson, L. (1987). Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Monjas I. (2000). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social.. CEPE. Habilidades sociales. Madrid (p. 88).
- Montenegro & Guajardo (1994), en Krauskopf (1994), en Desarrollo psicosexual en el adolescente. La búsqueda de la identidad en la etapa adolescente. (p.254) México: Trillas.
- Montes V. C. (2011). Aspectos psicológicos de la adolescencia. Universidad Complutense de Madrid. Colegiados. Artículo recuperado de: <http://www.psicoterapia-transpersonal.es/psicologo.htm>.

- Neistein L. S. (2009). Adolescent Health Care: A Practical Guide. 5a Edition. Philadelphia: Ed. Lippincott Williams and Wilkins. (p.30).
- Organización Mundial de la salud (OMS), (1993). Enseñanza en los colegios. Habilidades para vivir. División de salud mental. Ginebra. (p.9).
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2009). Según un artículo publicado por la Secretaría de Salud el 29 de octubre de 2009. Recuperado de cemece.salud.gob.mx/fic/index.
- Organización de las Naciones Unidas para la educación, ciencia y cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) (2010). En el preámbulo de la convención sobre los derechos del niño.
- Organización Panamericana de la salud (OPS). Sin fecha. Equidad de género en la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Recuperado de: <http://cidbimena.desastres.hn/spanish.pdf>.
- Pérez de la B. C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en escolarizados mexicanos. Adicciones, 24 (2). (pp. 157-160).
- Picad D. (1992). La interacción social, cultura, instituciones y comunicación. Ed. Paidós. (p.23).
- Pick de W. S., García, G. y Leenen I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. Revista Universitas Psychologica, 10 (2) (pp. 327-340).
- Pick de W. S, Giuaudan, M. (2004). Soy adolescente: mis retos, mis riesgos y mis expectativas. (pp.68-71). Editorial Idéame, S. A. de C.V. México D.F.

Pick de W. S, Trujillo E. (2007). Yo adolescente, respuestas claras a mis grandes dudas. (pp. 46-50). México, Ed. Grupo Editorial planeta.

Instituto mexicano de Investigación de familia y población, trigésima sexta edición. Cap. 2.

Programa de prevención. Tecnológico de Monterrey ITESM. Julio de 2015. Recuperado de http://prevencion.itesm.mx/3_5.htm .

Psicología online Costasur. (2013). Tipos de familia Recuperado de: <http://psicologia.costasur.com/es/tipos-de-familia.html>.

Psychiatry and Human Development. (2014). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19640/?report=reader>.

Quero, M. (2008). Familia y educación familiar: conceptos, clave, situación actual y valores. Narcea, S.A. de ediciones, Madrid, España.

Radick, M., Sherer, S, Neistein L. (2009). Psychosocial Development in Normal Adolescents. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 5ª edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Ramírez, O. (1995) Una aproximación psicodinámica, la relación familiar en el autismo. (p.54). Tesis de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

Reveco; Blanco, Umayahara. (2004). Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana. Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.

Reyna V., Farley F. (2007). El cerebro del adolescente. Mente y cerebro. (pp. 56-63). Madrid. Editorial Mc Millan.

Rodríguez. J. L.. (2010). Comunicación asertiva. México. (p.81). Editorial Trillas.

- Rodríguez P. R. (1998). Influencia de la familia disfuncional en la deserción escolar. (pp.22-31). Tesis doctoral. Instituto Politécnico Nacional. IPN. México.
- Rodríguez S. C. (2003) "Familia". Barcelona. Manuscrito inédito.
- Roque L., Veríssimo, M. (2011) Emotional context maternal behavior and emotion regulation. *Infant behavior and development*. Arizona. (pp. 618-620).
- San Agustín de Hipona. De Beata Vita, de Ordine, de immortalitate animae. (386 A.C.).
- Satir, V. (2008). "Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar". (pp.35-51). México 2da edición. Editorial Pax.
- Secretaría de Seguridad Pública. (2011). Subsecretaría de prevención y participación ciudadana. Dirección escolar y conductas de riesgo en los adolescentes. (pp.17-19).
- Sierra, J., Reyes, P.O y Córdoba, M.A. (2010). El papel de la comunicación en el entorno familiar. México. Editorial Trillas.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2003). El desarrollo del adolescente. Recuperado de:
<http://www.desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales>.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Tanner J, (1962 / 2014) Growth at Adolescence. 2nd. Ed. Charles C. Thomas, Springfield; 1962.

Torres López, J. C. Adicción. (2012). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Epidemiología estatal. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf (p.291).

Vargas T. E. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006, 6 (3). Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Scientific Information System. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760310>.

Vázquez, C. (1988). Fortalezas humanas para adolescentes. Artículo de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Recuperado de: eprints.ucm.es/11578/1/T32253.pdf.

Velasco Montes, C. (2010). Identificación y síntomas de adolescentes con problemas de drogadicción. Tesis Psicología Colegiada. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Weissmann, P (2012). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. Organización de estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura. Recuperado de <http://www.rieoei.org/index.php>.

ANEXOS

MANUAL DEL TALLER “USANDO MIS HABILIDADES, ME ACERCO A MI HIJO”

En esta sección se describe detalladamente el desarrollo de cada actividad del taller, la reflexión grupal e individual a través de preguntas clave. Se incluye también las hojas con imágenes didácticas necesarias y el instrumento de evaluación sobre la pedagogía del taller y la facilitadora que servirá como retroalimentación con las metas y compromisos cumplidos.

No está de más recomendar que sea necesario destacar en todo momento, a lo largo del taller, el uso de lenguaje coloquial, sencillo, claro, pausado, fuerte y claro, además de evitar usar tecnicismos para garantizar que los contenidos sean entendibles para personas que posean diferentes escolaridades. Quiero aclarar que al hablar de padre e hijo me refiero en con este término al hablar también de madre e hija no me refiero al género.

También se sugiere tener cuidado en el manejo de las respuestas a las preguntas clave, para no dejar a las personas abiertas con algún sentimiento y para que la reflexión no se torne muy larga.

Y por último se propone trabajar solamente con cuatro participaciones por pregunta como máximo para poder realizar el monitoreo del tiempo, pero mostrando flexibilidad ante alguna persona que entre en contacto con alguna emoción y que implique detener un poco la reflexión para poder contenerla y brindar soporte.

SESIÓN No. 1 “AUTOCONOCIMIENTO”

Bienvenida

Desarrollo: Conforme vayan llegando se les pedirá que escriban su nombre en una etiqueta adherible y se la coloquen en un lugar visible bajo su hombro derecho, se les invitará a que se sienten donde prefieran, una vez que todos estén reunidos, se les dará la bienvenida, saludándolos, agradeciéndoles su asistencia y la facilitadora se presenta.

Se les menciona que el taller es un espacio seguro, de escucha y reflexión y tiene el objetivo de mejorar sus relaciones, comunicación, afecto y prevenir el uso de sustancias psicoactivas en sus hijos adolescentes, por medio de la metodología vivencial y participativa, aprendiendo de manera divertida, donde se compartirán experiencias e inquietudes en relación a sus hijos adolescentes, la prevención del uso de sustancias tóxicas, la comunicación, las emociones, la autoestima y el autoconocimiento.

Se anunciará que el taller consta de 4 sesiones de cuatro horas cada una, con un receso de 20 minutos en cada sesión, una vez por semana.

Se mencionan los objetivos específicos de esta primera sesión que son: saber la importancia de las habilidades para la vida como el autoconocimiento, herramienta que les permitirá ir modificando la conducta y la actitud para hacer frente a las diferentes problemáticas que presenta la adolescencia e ir extendiendo estos cambios en todo el medio que le rodea incluyendo el trabajo y la familia, durante la próxima semana hasta la siguiente sesión.

Anexo 1 “Saludándonos”.

Desarrollo: Se les preguntará ¿qué es lo primero que hacemos cuando llegamos a un lugar nuevo? , se escucharán varias respuestas hasta que algún participante responda “saludarnos”. A continuación se les indicará que realizaremos una actividad para saludarnos. Se les pedirá que se pongan de pie y formen un círculo, ahora cada uno de los participantes dirá su nombre completo y edad, después de que la ronda termine y hayan pasado todos los

participantes del grupo se les entregará una pelota de goma de 7 cm de diámetro de cualquier color y ésta se la pasará a otro participante al azar llamándolo por su nombre, después este segundo participante al azar a un tercer participante al azar llamándolo por su nombre, después este tercero a un cuarto participante al azar y así hasta que termine la ronda. Después se les entregará una segunda pelota de otro color y se seguirá el mismo trayecto que con la primera pelota, ahora tienen dos pelotas. Siguiendo el mismo trayecto que la primera vez, antes de que llegue al quinto participante se les entregará una tercera pelota de otro color, así tienen tres pelotas en trayecto, de les entregará otra, la cuarta pelota de otro color y así continuarán hasta llegar a 7 pelotas no importa que se caigan, la facilitadora se encargará de levantarlas del suelo y de incluirlas en la dinámica. La facilitadora modelará el ejemplo.

Pregunta clave: ¿Cuál es la importancia de saludarse?.

Anexo 2 “Lo que esperamos”

Desarrollo: Se les pedirá que se numeren y formen grupos de 4 participantes y se les preguntará a cada equipo que compartan con el grupo a manera de lluvia de ideas ¿Qué esperan obtener al finalizar el taller?. La facilitadora escribirá sus respuestas en el pizarrón.

Pregunta clave: ¿Para qué nos es útil conocer lo que esperan del taller?.

Anexo 3: “Collage”

Desarrollo: La facilitadora les explicará a los participantes que es un collage y les pedirá que realicen uno, en el que expresarán por medio de imágenes recortadas que reflejen sus gustos, aspiraciones cómo soy, a qué me dedico, quién soy. Dichas imágenes serán colocadas y pegadas en una cartulina. Estas imágenes serán extraídas de revistas que se les proporcionaron previamente. A continuación la facilitadora divide al grupo en 4 equipos en el que cada uno de los integrantes del equipo interpreta el “collage” del miembro de su equipo que se está presentando aclarando que la persona que muestra su trabajo permanece callado. Después de que sus compañeros han expresado su punto de vista, el autor explica o aclara su obra

y para finalizar, una vez que los equipos han terminado se hace una mesa redonda general invitándolos a reflexionar sobre su autoconocimiento, como se ven y se presentan a los demás.

Pregunta clave: ¿Quién soy?.

Anexo 4: “El árbol de los logros”

Desarrollo: La facilitadora les explicará a los participantes que el árbol de los logros es una sencilla técnica que les permitirá reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas, analizando la imagen que tiene de sí mismo y centrarse en las partes positivas. El ejercicio consiste en una reflexión sobre sus capacidades, cualidades positivas y logros que han desarrollado desde la infancia a lo largo de su vida. Se le indicará que debe tomárselo con calma y dedicación para poder descubrir todo lo positivo que hay en su persona.

La facilitadora les pedirá que deben elaborar una lista de todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor...), sociales (simpatía, capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad...). Solicitándoles hacer una lista lo más larga posible tomándose el tiempo que necesite.

Una vez acabada la primera lista, se le pedirá que elabore otra con todos los logros que haya conseguido en la vida. Refiriéndole que da igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que se sienta orgulloso de haberlos conseguido. Al igual que antes, reflexione y anote todos los que pueda.

A continuación, cuando ya tenga las dos listas, se le requerirá dibujar su “árbol de los logros”. Pidiéndole que haga un dibujo grande, que ocupe toda la hoja y dibuje las raíces, las ramas y los frutos. Reitérele que haga raíces y frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces debe ir colocando uno de sus valores positivos (los que anotó en la primera lista). Si considera que ese valor es muy importante y le ha servido para lograr grandes metas,

colóquelo en una raíz gruesa. Si por el contrario no ha tenido mucha influencia, colóquelo en una raíz pequeña.

En seguida se les dirá que en los frutos irán colocando de la misma manera sus logros (los anotados en la segunda lista). Colocando sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los frutos pequeños.

Después, se le señalará que una vez que lo tenga terminado, lo contemple y reflexione sobre él. Refiriéndole que es posible que le sorprenda la cantidad de cualidades que tiene y todas las cosas importantes que ha conseguido en la vida. Y para finalizar se le indicará que, puede enseñárselo a alguien de confianza para que le ayude a añadir más raíces y frutos que la otra persona haya visto en usted y de los que no sea consciente.

Pregunta clave: ¿Se ha percatado de cuantos logros tiene y de los cuales no se había dado el tiempo de reconocerlos?

Anexo 5: “Características del adolescente”

Desarrollo: La facilitadora hará entrega a cada participante de dos hojas con la fotocopia de una imagen con un par de adolescentes; en la primera se les pedirá que escriban en cada línea las características de cuando ellos eran adolescentes, indicándoles que se tomen el tiempo suficiente. Una vez terminado se les pedirá que en la segunda hoja, escriban las características propias de sus hijos que ellos han observado, por ejemplo; es rebelde, no participa en las reuniones familiares, duerme mucho, no cumple con sus tareas escolares. Terminando esta actividad, se les solicitará que se formen 4 equipos y que discutan entre ellos las observaciones encontradas al comparar ambas hojas y que elijan a un representante del equipo.

Antes de finalizar la sesión, se pide a cada uno de los representantes de los equipos que compartan con todo el grupo las conclusiones a la que llegaron al comparar su adolescencia y la de sus hijos.

La facilitadora toma estas conclusiones transformándolas en un tema de reflexión para que los padres de familia sientan empatía, identificando actitudes y valores que ellos tuvieron y ahora tienen sus hijos para que les ayude a establecer acuerdos padres e hijos y resuelvan conflictos en la vida cotidiana.

Pregunta clave: ¿Se ha percatado en este viaje al pasado de cuantas similitudes tiene usted y ahora ha encontrado en su hijo y de los cuales no se había percatado porque no se había dado el tiempo de reconocerlos?

A continuación se muestra la hoja No. 1 y la hoja No. 2

Características del adolescente

Instrucciones: Escriba en cada línea las características que usted tenía cuando fue adolescente



Características del adolescente

Instrucciones: Escriba en cada línea las características que tiene su hijo adolescente



Anexo 6: “Como podría ser diferente su vida”

Desarrollo: La facilitadora dirá a los participantes: "Su médico les ha informado que sólo les queda un año de vida y ustedes están convencidos de que el diagnóstico es correcto.

A continuación, se les indicará que describan cómo cambiaría su vida esta noticia". Se les pedirá a los participantes que se den tiempo, que piensen detenidamente y escriban sobre la pregunta anterior.

Pasado este tiempo y con las respuestas escritas, la facilitadora les mencionará lo siguiente: "Si ustedes desean cambiar su vida en esa dirección, ¿Qué los detiene para hacerlo ahora mismo?".

La facilitadora solicitará que se formen equipos de 4 participantes y les pedirá que comenten sus respuestas a la pregunta anterior. Para finalizar esta técnica se solicitará que se coloquen de nuevo en plenaria y se solicitará a tres voluntarios que expresen sus comentarios sobre el ejercicio y como se sintieron.

Preguntas clave: ¿Qué habilidades necesito poner en práctica para cambiar mi conducta y actitud ante la vida ? ¿Será importante realizar estos cambios de conducta y actitud para poder prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en mi hijo?

SESIÓN No. 2 “AUTOESTIMA”

Bienvenida

Se les dará la bienvenida a la sesión. Enseguida se mencionarán los objetivos específicos de esta sesión que son: desarrollar y fortalecer la importancia del respeto, confianza, consideración que se debe sentir por uno mismo, tomando como base el autoconocimiento para elevar la autoestima, para enfrentar los desafíos del día a día, mostrando responsabilidad, seguridad, relacionándose adecuadamente con sus hijos adolescentes, familia y el resto de las personas.

Después se solicita a dos voluntarios del grupo para compartir con los demás sus experiencias durante la semana, como se sintieron consigo mismos y con los resultados obtenidos.

Al término de cada exposición se otorga un aplauso a cada participante a manera de reconocimiento.

Pregunta clave: ¿Qué reacciones encontraron en sus familias ante sus cambios?

Anexo 7 “Descubriendo mis habilidades”

Desarrollo: Se preparará el siguiente material: proyectar la imagen de un cofre con tesoro, el tesoro debe ser visible; unas cartulinas de 20 por 15 cm con las frases de las siguientes habilidades: “conocerme a mí mismo”, “comunicación clara y directa”, “tomo decisiones”, “ponerme en el lugar de otra persona”, “Tengo capacidad de reflexión y análisis”, “manejo y expreso mis emociones, “manejo el estrés”. Además de un letrero con la frase “Tesoro de habilidades”. Ya en el grupo, lo primero a realizar es pegar en frente de los participantes la imagen del cofre con el tesoro, debajo de este el letrero “Tesoro de habilidades”. Después se les reparten las tarjetas al grupo, una por participante, se pedirá a una voluntaria que comparta algún problema que haya tenido en relación con algún hijo adolescente, cuando haya terminado de compartir, se le preguntará cómo la tarjeta que tiene en sus manos podría

facilitar el solucionar el problema expresado por su compañero y cuando terminen se les pedirá que coloquen esa tarjeta debajo del tesoro.

Preguntas clave: ¿Por qué creen que las habilidades para la vida son como un tesoro? ¿En qué lugar está ese tesoro?, ¿Cómo te sientes al saber que en uno mismo está este tesoro de habilidades? ¿Cuál de estas habilidades está muy desarrollada en usted y cuál necesita poner más en práctica?

Anexo 8: Proyección del video “El circo de la mariposa”

Desarrollo: La facilitadora solicitará a los participantes se sienten a manera de plenaria para poder ver el video llamado “El circo de la mariposa” disponible en : www.youtube.com/watch?v=looUBhyZtOs , el cual tiene una duración de 20 minutos . Al termino del video se les dará una hoja con las siguientes cinco preguntas para que las respondan según su criterio y para finalizar, la facilitadora hablará de la importancia de la autoestima

Preguntas clave:

¿Hoy me he sentido bien conmigo mismo por...?,

¿Hoy he hecho algo bueno para mí cuando...?

¿Me empiezo a dar cuenta de que tengo la virtud de...?

Aunque he cometido un error, me he dado cuenta de...

Mis necesidades más importantes son...

Anexo 9: “El regalo de la alegría”

Desarrollo: La facilitadora pedirá que se formen 4 equipos numerándolos del 1 al 4 y repartirá hojas. Después hará una breve presentación, hablando clara y pausadamente “Muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. Y en otras ocasiones estamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y dejamos de lado hacer cosas pequeñas aunque tendrían quizá un gran significado. En la experiencia que sigue, vamos a poder hacer un pequeño “regalo de alegría” a cada participante del grupo”

La facilitadora invitará a los participantes a que escriban cada uno un mensaje a los demás compañeros de su grupo. Este mensaje deberá ser con pensamientos positivos hacia la persona a la que va dirigido pero específico, no tan general, destacando alguna de sus cualidades personales y especiales. Estos mensajes pueden ser firmados o anónimos. Todos estos mensajes se depositarán en una caja doblados, con el nombre de la persona a quien va dirigido en el anverso.

Al término de esta actividad, todos los mensajes se les entregarán a sus destinatarios y cuando todos los participantes hayan leído sus mensajes haremos una sesión en plenaria para comentar lo que los demás ven en nosotros.

Preguntas clave: ¿Qué emociones pudiste experimentar durante el ejercicio?, ¿Cómo se puede fomentar el buen trato entre padres e hijos?

Anexo 10: “Dando y recibiendo retroalimentación positiva”

Desarrollo:

La facilitadora explicará los objetivos del ejercicio. Remarcará la importancia del reconocimiento de otros y el efecto de estos factores en el concepto que se tiene de uno mismo, en la motivación y comportamientos. Enseguida a cada participante se le entregarán hojas blancas y un lápiz y se les pide que hagan una lista de:

- 1.- Dos cosas que hago bien.
- 2.- Un logro reciente.
- 3.- Una pequeña frase que me gustaría que se hubiera dicho

Después los participantes se juntarán en parejas para intercambiar la información que tienen en sus listas, aclarando y explicando lo que sea necesario. Terminada esta actividad, se solicitará que cada participante elabore una carta de reconocimiento para su pareja, basándose en la información recibida. Solicitándoles que la carta sea escrita directamente a su pareja.

Concluida esta actividad se intercambiarán las cartas para leerlas y reflexionar su contenido sin hablar.

A continuación se reúne nuevamente todo el grupo en forma de plenaria y se les dice a los participantes que tendrán la oportunidad de presentar y recomendar a su pareja ante el grupo. Cada miembro por turno, se parará atrás de su compañero con sus manos puestas en los hombros del otro, y presenta a su pareja ante el grupo. La persona que está siendo introducida no comenta nada en ese momento.

Después de que todos los miembros hayan sido presentados, las personas podrán aclarar cualquier información dada acerca de ellos.

Enseguida la facilitadora brevemente explicará la idea que lo que una persona dice que otra habla mucho de ella y sugiere a los participantes que también reflejaron sus valores mediante la presentación de sus compañeros. Al consumir esta actividad la facilitadora congrega a las parejas y les pide que elaboren un resumen de la actividad mediante la discusión de sus comportamientos, como sus sentimientos acerca de sus presentaciones orales y la carta.

A continuación la facilitadora pide a los participantes que discutan lo que han aprendido acerca de ellos durante el ejercicio. Enseguida se reúne el grupo entero y la facilitadora les pide que opinen acerca de los factores que tienen influencia en dar y recibir elogios. Para terminar se invita a los miembros del grupo a relacionar esta experiencia de sus relaciones con otros, y sugerirán aplicaciones prácticas de sus aprendizajes en situaciones de trabajo.

Preguntas clave: ¿Cómo se siente al poder reconocerse como una persona valiosa?, ¿En el día a día que le impide reconocerse como una persona valiosa?, ¿El reconocerse como una persona valiosa beneficiará de alguna manera la empatía y comunicación con su familia y con sus hijos adolescentes?

SESIÓN No. 3 “COMUNICACIÓN ASERTIVA”

Bienvenida

Desarrollo: Se les dará la bienvenida en esta tercera sesión del taller y se les mencionará el objetivo específico de esta sesión: proporcionar una serie de actividades que propicien el análisis, la reflexión, la expresión de sentimientos y pensamientos, para favorecer una comunicación de respeto y valoración, proporcionando el aprendizaje de conductas asertivas que ofrezcan la posibilidad de reforzar las relaciones con las demás personas de su medio, resaltando la importancia de la comunicación asertiva como base de la relación padre e hijo.

Preguntas clave: ¿Reacciona de manera asertiva ante una crítica negativa?, ¿afrenta las críticas de manera constructiva y asertiva?, ¿escucha de manera activa y atenta cuando se dirigen a usted?

Anexo 11: “Teléfono descompuesto”

Desarrollo: La facilitadora. Deberá llevar un pequeño mensaje escrito, el cual puede ser el siguiente tipo:

"Juan le dijo a Jaime que mañana tenía una invitación con la novia del hermano de José, y que si quería ir le hablará a Jacinto para que lo apuntara en la lista que tiene Jerónimo".

A continuación la facilitadora solicitará seis voluntarios y se numerarán. Cinco de ellos salen del salón. Enseguida se lee el mensaje al participante No. 1 y se le pide al No. 2 que regrese al aula. Después El No. 1 dice al No. 2 lo que le fue dicho por el instructor sin ayuda de los observadores. Posteriormente se pide al participante No. 3 que regrese al salón. Consecutivamente El No. 2 le trasmite el mensaje que recibió del No. 1. Se repite todo el proceso hasta que el No. 6 reciba el mensaje, el cual debe ser escrito en el pizarrón para que el grupo entero pueda leerlo.

A su vez, la facilitadora escribe el mensaje original y se comparan. Y ya para finalizar se discute acerca del ejercicio; se les solicitará a los observadores un pequeño reporte sobre las reacciones de los participantes

Preguntas clave: ¿Esta experiencia le muestra la distorsión de la comunicación? ¿Cómo se siente al no poder entender lo que le comunican?

Anexo 12 “Díselo con mímica”

Desarrollo: La facilitadora pedirá se divida el grupo en parejas A y B. una vez establecidas las parejas, se les indicará que en este ejercicio no podrán hablar y que únicamente pueden expresarse con el cuerpo y con mímica. En primer lugar será el turno de A para imitar durante dos minutos cómo su hijo se comunica con el de manera típica, mientras que B fingirá ser el padre de familia. Después se cambiarán los roles.

Preguntas clave: ¿Qué recursos utiliza su hijo/a para poder comunicarse con usted?, ¿pudo percatarse de qué es lo que le falta desarrollar al comunicarse con su hijo?, ¿cuál será la importancia de aprender a comunicarse de manera clara y directa en el cuidado de la relación familiar? ¿qué habilidades será importante incluir en la relación con su hijo para prevenir el uso de sustancias psicoactivas?

Anexo 13 “¿Qué tan asertivo soy?”

Desarrollo: La facilitadora leerá de manera clara y pausada, lo siguiente, dejando un intervalo de tiempo después de cada historia, para que los participantes identifiquen si el personaje fue asertivo, pasivo o agresivo; así como, comuniquen experiencias propias que les haya recordado y qué respuesta asertiva encuentran para el ejemplo de pasividad y agresividad.

- Pasivo: La semana pasada mi hermano tomó 500 pesos de mi cartera sin pedírmelos; en consecuencia no puede ver la película que quería, esa noche. El acostumbra hacer cosas como éstas, pero nunca le digo nada.

- Agresivo: Una amiga bromeaba conmigo en la oficina. Yo tenía dolor de cabeza, así que le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, y me fui dejándola con la palabra en la boca.

- Asertivo: El otro día iba yo con un amigo en el coche y éste prendió un cigarro; le dije que fumar en un espacio tan reducido y encerrado me molestaba y le pedí de favor, que no fumara mientras estuviéramos dentro del coche. El apagó el cigarro.

La facilitadora solicitará a los participantes que hagan un autoanálisis sobre los comportamientos (Agresivo, asertivo y pasivo) que muestra en cada una de las áreas de vida:

Salud

Trabajo

Economía

Familia

Sociedad

Esparcimiento

Estudios (actuales)

Necesidades

Valores

La facilitadora integrará grupos para que comenten sus respuestas, finalmente, la facilitadora guía un proceso para que el grupo analice y reflexione como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Preguntas clave: ¿Qué recurso utiliza para poder comunicarse con las demás personas?, ¿pudo observar al percatarse de estar más atento y consciente de lo que se le dice?, ¿cómo se beneficiaría usted mismo y su familia al continuar con esta práctica?

Anexo 14 “Defender los propios derechos”

Desarrollo: La facilitadora explicará los tres estilos de conducta (pasivo, agresivo, asertivo) y sus respectivas ventajas y desventajas, después dividirá el grupo en 4 equipos de 4 participantes explicándoles que a cada uno de los equipos les corresponde preparar una de las situaciones que se presentan a continuación, utilizando uno de los tres tipos de comportamiento: agresivo, pasivo y asertivo. A continuación se describen las situaciones:

1.- Debe acercarse a las dos personas que están delante de usted en un evento público (cine teatro), para decirles que no puede escuchar. Estas personas llevan un buen tiempo hablando (asertivo)

2.- Su grupo de compañeros se reúne y en esa ocasión le ofrecen un cigarro de marihuana para que fume. Pero a usted no le interesa (pasivo)

3.- Su jefe acostumbra trabajar hasta tarde y decide llamarle antes de que usted salga de su trabajo para ir a casa, le incomoda esta situación y decide hablar con su jefe (asertivo)

4.- Su compañero de trabajo suele invadir con sus cosas su mesa personal de trabajo, dejándole poco espacio para trabajar (agresivo)

Se indicará que realicen las representaciones para después hacer una plenaria y se resolverán las siguientes.

Preguntas clave:

¿Cómo fue la representación de cada persona?

¿Cómo se sintió cada actor con su papel?

¿Se identificó con el estilo de comportamiento representado?

¿Cuáles son las ventajas y desventajas del tipo de conducta representado en cada situación?

SESIÓN No. 4 “MANEJO DE EMOCIONES”

Bienvenida

Desarrollo: se les dará la bienvenida a esta última sesión del taller y se les mencionará el objetivo específico de esta sesión: Identificar, analizar, reflexionar y aplicar el manejo de sus emociones de manera adecuada consigo mismo, además de hacerlo extensivo con su hijo adolescente, con su familia y con todas las relaciones de su medio. Fomentar lo aprendido, lo practicado y lo perfeccionando de las habilidades para la vida para favorecer el buen trato así como invitarlos a reproducir estas conductas aprendidas.

Preguntas clave: ¿Qué aprendió acerca de sus emociones desde este punto de vista vivencial?, ¿Cómo valora su propia vida y la de los demás?

Anexo 15: “Querido cuerpo”

Desarrollo: A continuación se les mencionará que este ejercicio es de contacto consigo mismo y que la riqueza del mismo dependerá de su concentración para seguir indicaciones y entregarse al ejercicio. Se les invitará a cerrar sus ojos, una vez que lo hayan hecho es importante que la facilitadora module su voz al dar las siguientes indicaciones de manera pausada, con un tono de voz más suave para favorecer el clima del ejercicio:

- Le pido por favor que realice una serie de respiraciones lentas y profundas (la facilitadora pone el ejemplo respirando suave y profundamente) Invitándolos a inhalar la mayor cantidad de aire desde el abdomen bajo, hasta llenar los pulmones, retenerlo durante 5 segundos y después exhalar por la boca lo más lento y suavemente posible. Siga realizando este tipo de respiración, como máximo 10 veces en este ejercicio y regálese un momento para estar consigo mismo... perciba como se siente su cuerpo en este momento: ¿cansado?, ¿relajado?, ¿tiene hambre?, ¿siente algún dolor?, ¿Siente bien la respiración profunda?, ¿hay alguna mejoría en su cuerpo?. Ahora le pido que reflexione sobre estas preguntas:

¿Cómo es tu cuerpo?

- ¿Qué lo hace único?
- ¿Recuerda las veces que se ha sentido querido?
- ¿Cómo se sentía físicamente?
- ¿Cómo se percibía en esos momentos?
- ¿Qué cosas disfrutas hacer con tu cuerpo?
- ¿Qué satisfacción le ha dado?
- ¿Qué cosas le gustan de su cuerpo?
- ¿Qué acciones específicas haces para cuidar y mantenerlo sano?
- ¿De qué manera lo has descuidado?
- ¿Qué puede hacer a partir de este momento para cuidarlo mejor y ver por su bienestar?

Es importante que la facilitadora de un tiempo de reflexión entre cada una de las preguntas, cuando hayan terminado, se les pide que sigan respirando y se despidan de ese ambiente de relajación creado y que abran los ojos cuando se sientan listos. A continuación se les entregará una hoja y un lápiz y se les pide que escriban una carta a su cuerpo mencionando de qué se dieron cuenta durante la actividad respecto a las preguntas hechas. Después de haber transcurrido 10 minutos, se les pide a dos voluntarios que deseen compartir su carta con el grupo y al finalizar de leer su carta, todos les aplaudimos en reconocimiento.

Preguntas clave: ¿Cómo se sintió durante el ejercicio al entrar en contacto con su cuerpo?, ¿se dio cuenta de algo nuevo con el ejercicio?, ¿cuáles serán los beneficios para su cuerpo si toma una pausa y es consciente de su respiración?, ¿cuál será la importancia de que cuide su cuerpo?, ¿qué habilidades para la vida tendrá que poner en práctica para cuidarlo mejor?

Anexo 16 “Emociones por escrito

Desarrollo: Para empezar se les solicitará ponerse todos de pie en un círculo, se les pedirá que cierren los ojos y la única consigna será estar completamente en silencio. (Hacer una pausa). A continuación la facilitadora les dirá diciendo lo siguiente “piensen donde estaban hace año, el primer día

que empezó ese año, ¿por qué decidió venir aquí?, ¿a quién conoció primero?, ¿qué recuerda de aquellas personas desconocidas?. (Hacer una pausa). Ahora se les solicitará que abran los ojos y comiencen a caminar por el espacio del aula, se les pedirá que se miren unos a otros, diciéndoles, como son ahora sus compañeros, ¿qué sienten?. Ahora cada vez que se crucen con alguno de sus compañeros, les podrán dedicar unos segundos de atención, una mirada, un beso, un abrazo, y después continuar su camino. Se les pedirá que poco a poco vayan llegando a su lugar y se sienten en forma de asamblea.

Se les indicará que se colocarán plumines de colores y marcadores de colores repartidos en las cuatro mesas que se encuentran en las esquinas del aula, se les entregará una hoja a cada participante y se les solicitará que por un lado de la hoja (anverso) hagan un dibujo sobre cómo se sienten en este momento y que le coloquen un título, por el otro lado de la hoja (reverso), coloquen su nombre. Conforme vayan acabando irán dejando su dibujo hacia arriba en el suelo. A continuación se les entregará un bolígrafo y se les invitará a pasear por el aula y observar cada dibujo, lean el nombre de la persona que lo ha realizado y expresen su afecto por escrito, puede ser un deseo, alguna cualidad de la persona que les guste mucho.

Para ambientar la situación se les solicita que cierren los ojos y se comenzará a narrar lo siguiente. “Ahora se van a imaginar que esta aula se convierte en un pequeño pueblo y cada uno de sus dibujos es una casa de ese pueblo, cada una de esas casas está pintada con los colores que ustedes eligieron, sus casas tienen las puertas y ventanas abiertas de par en par, ahora abran los ojos y salgan a las calles de ese pueblo. Paseen entre las casas, asómense para ver su interior, mírenlas, ¿qué les llama la atención?, ¿de quién será? , después denle la vuelta al dibujo, miren el nombre de su habitante, déjeles una nota, puede ser un deseo, lo que sientes por esa persona, aquello que quieran expresarle, eso, que más le gusta de esa persona y pongan su nombre, para que cuando regrese sepa que han estado ahí. Les avisaremos que poco a poco vayan acabando de escribir y vuelvan a sentarse en su lugar, después se les dirá que vayan por su dibujo, se sienten y cierren los ojos y se les leerá lo siguiente: “Han pasado algunos años ya desde

que asististe al taller y ahora estás en tu casa, ordenando documentos y recuerdas a aquel grupo de compañeros que tuviste, cae una hoja al suelo y es tu dibujo... lo observas y recuerdas aquella dinámica de juego, le das la vuelta a la hoja y empiezas a leer lo que tus compañeros te escribieron con tanto cariño. (Hacer una pausa). Ahora abran los ojos y lean”

Al finalizar de leer, se les solicitará que se sienten en la asamblea y se les explicará que cada vez que quieran hablar tendrán que pedir la palabra y esperar su turno; se dejará que cada quien se exprese libremente. Si quiere decirle algo a alguien o abrazarlo, dar un beso.

Preguntas clave: ¿Es capaz de reconocer y contactar con sus propias emociones y compartirlas con los demás por escrito?

Anexo 17: El que se enoja pierde

Desarrollo: La facilitadora solicitará a los miembros del grupo que completen verbalmente algunas oraciones señaladas en el pizarrón relacionadas con situaciones de enojo, ejemplo:

- a) Llego a enojarme cuando...
- b) cuando me enojo digo...
- c) cuando me enojo hago...
- d) cuando alguien se encuentra cerca de mí y está enojado yo...
- e) consigo controlar mi enojo...

Se generará una discusión tomando como punto de partida las expresiones manifestadas por los participantes. Se le pedirá a cada participante hacer un estimado de las ocasiones en que llega a sentirse enojado, molesto o irritado (por semana). Estos estimados se anotarán en el pizarrón y se discutirán en grupo acerca de la cantidad de enojo que puede experimentar una persona. Y para finalizar la esta técnica se llegará a las conclusiones.

Anexo 18: “No basta”

Desarrollo: La facilitadora preparará previamente las bocinas a un volumen apropiado y la canción que será escuchada por los participantes, enseguida solicitará a los miembros del grupo sentarse a manera de plenaria para poder escuchar la canción llamada “No basta” interpretada por Franco de Vita, diciéndoles “ahora pónganse cómodos y escuchen esta canción” la cual tiene una duración de 3 minutos.

Al término de la interpretación se les dará un tiempo de cinco minutos para que reflexionen en la letra de la misma, al finalizar este tiempo de reflexión se les invitara a contestar las siguientes preguntas :

¿Cómo te sentiste al escuchar esta canción?,

¿Qué te hizo recordar?

¿Movi6 algunas emociones, cuáles, por qué?

Aunque he cometido un error, hoy me he dado cuenta de...

Para finalizar esta técnica la facilitadora invitará a quien lo deseé a compartir sus emociones y sentimientos con los demás.

Anexo 19 “Evaluación del Taller y del facilitador”

Desarrollo: La facilitadora invitará a los miembros del grupo que evalúen el taller y a la facilitadora, solicitándoles franqueza en la misma.

Se les dirá: con el objetivo de evaluar este taller, le solicitamos evaluar los objetivos del mismo por lo que le pido leer cuidadosamente cada uno de los ítems, según la escala.

Instrucciones: Marque con una X la opción que usted considere adecuada según su experiencia con el facilitador de este taller

El facilitador...	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Demostró dominio en el contenido del taller					
Presentó el contenido de manera clara y precisa					
Resaltó las aplicaciones prácticas del contenido del taller en la vida cotidiana					
Fomentó la reflexión y el espíritu crítico					
Mantuvo el interés, la atención y participación de los participantes del taller					
Utilizó lenguaje, ritmo y tono de voz apropiados					
Promovió la formulación de conclusiones					
Verificó que los participantes aprendiéramos algo nuevo					
Se mostró receptivo ante pensamientos, sugerencias y dudas de los participantes					
Trató a los participantes respetuosamente					

EVALUACIÓN DEL TALLER

El taller...	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Los temas son útiles y aplicables a su vida como padre de familia o tutor de un adolescente					
Los temas revisados respondieron a sus intereses y expectativas					
Las dinámicas de trabajo le permitieron ser activo y participar					
Las actividades variaron de acuerdo al contenido del curso					
El uso de recursos y materiales didácticos durante el desarrollo de las sesiones (ilustraciones, ejemplos, material visual,) fue apropiado y variado					
El desarrollo de las sesiones evidenció que fueron planeadas con anterioridad					
Se utilizaron diferentes estrategias para el logro del aprendizaje					
Considera que le puede ser útil el aporte de las experiencias de otros padres/madres de familia					
La higiene, ventilación, iluminación y mobiliario de las instalaciones permanecieron agradables durante el taller					

Anexo: 20 “Hasta la vista”

Desarrollo: La facilitadora pedirá que se todos los participantes se pongan de pié y que cada quien, mediante una frase resuma su experiencia del día englobando cómo se sienten al finalizar el taller e identificar de qué cosas nuevas acerca de sí mismos pudieron aprender este día de trabajo. Una vez que todos los participantes hayan mencionado su frase, se les pedirá un aplauso grupal y así se cierra esta sesión y se finaliza el taller agradeciendo su participación.