



***“EMOCIONES MAXIMIZADAS Y CONDUCTAS EN ADOLESCENTES CON
PROBLEMAS DE DROGRADICCIÓN”***

Tesis

***para obtener el título de
Licenciada en Enfermería***

Presenta:

Del Rio Gómez Karla Ivette
Olvera Morales Sandra Pilar

Directora

Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo

Los Reyes Iztacala Estado de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DEDICATORIA

A ustedes mis padres Ignacio Del Rio y Bertha Alicia Gómez, los mejores maestros que la vida me pudo dar, a quienes principalmente les agradezco me hayan dado la oportunidad de vivir, quienes con sacrificios y su ejemplo me ayudaron a cumplir una de mis más grandes metas que fue concluir una carrera universitaria, quienes me alentaron a continuar cuando se me presentaban derrotas, ustedes me han brindado su apoyo incondicionalmente a lo largo de mi vida, les dedico todos y cada uno de mis logros, gracias por dejarme la mejor herencia, una carrera para solventar mi futuro.

A mi hermano Rodrigo Del Rio, tú mi más preciado regalo, a ti que a pesar de ser menor que yo me has enseñado que con dedicación y constancia podemos lograr las metas que nos proponemos, por demostrarme que las cosas se deben realizar con amor y que los límites nos los ponemos nosotros mismos, quien a pesar de las peleas siempre estas a mi lado para hacerme cada vez más fuerte ante las adversidades que se me presenten, te doy las gracias por regalarme un pedacito de ti, y mis triunfos también van dedicados a esa personita, gracias por tanto.

Karla Ivette Del Rio Gómez



Dedico este trabajo principalmente a Olofin y sobre todo a mi madre Oshun, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Guadalupe Morales, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su apoyo incondicional, a mi padre Edgar Olvera, a pesar de nuestra distancia me apoyo a concluir con este proceso tan importante para mí.

A Mane mi hermano que siempre me apoyo en realizar esta tesis y estuvo en las buenas y malas, aunque siempre lo ponía de malas siempre estuvo ahí, a mi hermana que de igual forma siempre me apoyo y sobre todo me escucho.

A Yein mi amiga que a pesar de sus circunstancias siempre estuvo ahí en cada momento y que me enseñó a que se puede lograr cualquier objetivo.

A Elena Llaguno y Alba Vital mis otras hermanas que han estado en la mitad de mi formación Académica y que me enseñaron a creer en mí.

Sandra Pilar Olvera Morales



AGRADECIMIENTOS

A mis padres por no soltarme de la mano en este largo camino, por ayudarme a continuar cuando sentía que ya no podía más, por haberse desvelado conmigo, por trabajar juntos para lograr darme la mejor herencia; el estudio, gracias por creer siempre en mí y por estar conmigo en cada una de mis decisiones, por dejar que me equivoque y de eso obtener los mejores aprendizajes, por sus consejos para poder ser mejor persona día con día, los amo.

A mi abuela Rosa por estar al pendiente de mí siempre, por esperarme en las noches cuando iba a campo clínico, por demostrarme su amor a lo largo de mi vida.

A ti Brandon M. porque a pesar de que llegaste a mi vida hace poco tiempo, al final de esta etapa, pero no menos importante, me has apoyado para cumplir mis metas, me has tomado de la mano para darme fuerza y hacerme ver lo mucho que valgo como persona, gracias por escucharme y aunque no entiendas mucho de mi rama estas ahí en mis días de estudio, por eso y por todo infinitas gracias.

A la Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo por su asesoramiento continuo para la realización del presente trabajo y por demostrarme siempre que el trabajo que se elige se debe realizar con dedicación y paciencia.

Karla Ivette Del Rio Gómez.



Agradezco principalmente a mi madre Guadalupe Morales, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi padre Edgar Olvera en lo cual me apoyo y estuvo al pendiente de mí y que sin su ayuda no hubiera concluido con mi formación académica,

A Mane mi hermano y hermana Susan, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos. Diana Segura y Mariana Morales aunque es mi prima la veo como hermana, sin ellas no hubiera podido concluir con este proceso ya que me ayudaron bastante.

A Yein mi mejor amiga, y más que una amiga es una hermana para mí que siempre estuvo al pendiente de mí nunca dejándome sola, apoyándome y siempre ayudándome en cada momento de mi formación académica.

A Elena Llaguno mi hermana y Alba Vital que a pesar de todo siempre me escucharon y soportaron mi mal genio, y en donde estuvieron desde el inicio de este proceso hasta el final.

A la Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo, mi directora de tesis por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de esta tesis

Sandra Pilar Olvera Morales



INDICE DE CONTENIDO

Resumen	11
Introducción	13
Justificación	15
Marco referencial	16
Capítulo I. Definición de adolescencia	16
1.1. Adolescencia	16
1.2. Teorías del desarrollo adolescente	19
1.3. Erikson	24
1.4. Kohlberg	27
1.5. Loevinger	29
1.6. Bandura	30
1.7. Bronfenbrenner	31
1.8. Blos	32
Capítulo II. Sentimientos y emociones	34
2.2. Principales teorías de las emociones	39
2.2.1. Las emociones de Darwin	39
2.2.2. Teoría de la activación (arousal)	40
2.2.3. Teoría bio-informacional de Lang	40
2.2.4. Teorías conductistas	41
2.2.5. Teoría del proceso oponente de Solomon y Corbit	41
2.2.6. Teoría del aprendizaje vicario de las emociones	41
2.2.7. Teoría cognitiva	43
2.2.8. Teoría bifactorial de Schachter y Singer	43
2.2.9. La valoración cognitiva de Lazarus	45
2.2.10. Construccionismo social	46
2.3. Componentes de la emoción	47
2.4. Funciones de la emoción	48
Capítulo III. Tipos de emociones	50
3.1. Emociones básicas o primarias	50



3.2. Emociones secundarias	53
Capítulo IV. Factores de riesgo en el consumo de drogas	58
4.1. Factores de riesgo individuales	59
4.2. Factores de riesgo familiares	60
4.3. Factores de riesgo sociales	62
Capítulo V. Factores de protección	63
Capítulo VI. Drogas	64
6.1. Sustancias psicoactivas	64
6.2. Clasificación de las drogas	65
6.3. Uso y abuso de drogas	71
6.4. Efectos de las drogas en el cerebro	72
Problematización	76
Pregunta de investigación	77
Objetivos	77
Objetivo general	77
Objetivos específicos	77
Metodología	77
Diseño	78
Escenario o campo para la recolección de datos	79
Informantes	81
Características de los informantes	82
Criterios de selección	83
Estrategia de recolección de datos y técnicas para la obtención de información	84
Aspectos éticos y legales	85
Código de Núremberg (experimentos médicos permisibles)	85
Declaración de Helsinki (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos)	86
Informe de Belmont (principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación)	87
Análisis de datos	89
Categorización	89



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA



Hallazgos-----	93
Discusión-----	94
Conclusiones-----	100
Referencias bibliográficas-----	102
Anexos-----	106
Consentimiento informado-----	106
Entrevista semiestructurada-----	107



INDICE DE FIGURAS

Fig. No. 1 Adolescencia	17
Fig. No. 2 Clasificación de la Adolescencia	17
Fig. No. 3 Características sexuales.....	17
Fig. No. 4 Cambios físicos	18
Fig. No. 5 Ocho fases del desarrollo	25
Fig. No. 6 Identidad.....	26
Fig. No. 7 Tipos de razonamiento en el desarrollo cognitivo	27
Fig. No. 8 Niveles de juicio y etapas jerárquicas del razonamiento moral.....	28
Fig. No. 9 Factores del determinismo no recíproco	30
Fig. No. 10 Proceso de refuerzo vicario	31
Fig. No. 11 Sistemas del desarrollo adolescente.....	31
Fig. No. 12 Sistemas Bronfenbrenner.....	32
Fig. No. 13 Diferentes emociones	34
Fig. No. 15 Funciones adaptativas de las emociones.....	36
Fig. No. 16 Proceso de la vivencia emocional.....	37
Fig. No. 17 Diferencias entre un sentimiento y una emoción.....	38
Fig. No. 18 Diferencia de sentimiento y emoción.....	38
Fig. No. 19 Postulados Neodarwinistas.....	39
Fig. No. 20 Expresiones faciales	40
Fig. No. 21 Las 3 emociones básicas	41
Fig. No. 22 Aprendizaje vicario	42
Fig. No. 23 Procesos cognitivos.....	43
Fig. No. 24 Secuencia de valoración según Arnold.....	44
Fig. No. 25 Meta- Teóricos	45
Fig. No. 26 Comportamiento emocional	46
Fig. No. 27 Componentes de la emoción	47
Fig. No. 28 Componentes de la mente	48
Fig. No. 29 Emociones básicas.....	51
Fig. No. 30 Emociones primarias.....	52
Fig. No. 31 Clasificación de las emociones	53
Fig. No. 32 Correlación de los sentimientos	54
Fig. No. 33 Evolución de las emociones.....	56
Fig. No. 34 Niveles de riesgo	58
Fig. No. 35 Factores de riesgo familiares.....	61
Fig. No. 36 Estructuras del cerebro afectadas por el uso de drogas.....	72
Fig. No. 37 Mecanismo de neurotransmisión de la acetilcolina.....	73
Fig. No. 38 Neurotransmisión.....	74
Fig. No. 39 Criterios de selección.....	83



INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Cambios físicos en la adolescencia.....	18
Tabla No. 2 Etapas del ego según Loevinger.....	29
Tabla No. 3 Formación de la identidad.....	33
Tabla No. 4 Factores de riesgo individuales.....	59
Tabla No. 5 Factores de riesgo Familiares.....	61
Tabla No. 6 Factores de riesgo sociales.....	62
Tabla No. 7 Factores de protección.....	63
Tabla No. 8 Droga legal; alcohol.....	65
Tabla No. 9 Droga legal; Tabaco.....	66
Tabla No. 10 Droga ilegal; barbitúricos.....	67
Tabla No. 11 Droga ilegal; inhalantes.....	67
Tabla No. 12 Droga ilegal; Opiáceos.....	68
Tabla No. 13 Droga ilegal; anfetamina.....	68
Tabla No. 14 Droga ilegal; cocaína.....	69
Tabla No. 15 Droga ilegal; alucinógenos.....	69
Tabla No. 16 Droga ilegal; Cannabis.....	70
Tabla No. 17 Caracterización de los informantes.....	81



Resumen

Entre 16 y 39 millones de personas en el mundo sufren por el consumo de drogas, reporta el resumen 2014 del Informe Mundial sobre las Drogas. El uso de cualquier estimulante perjudica los sistemas respiratorio, circulatorio, metabólico y sobre todo el sistema nervioso central, ocasionando no solo negativas consecuencias para la salud y seguridad pública, sino para la sociedad en general. (Conacyt, 2015; Tapia *et al*, 2016)

Objetivo: Asociar la emoción dominante y la conducta del adolescente en relación con el uso y abuso de drogas.

Metodología: Investigación de tipo cualitativa que empleó el método fenomenológico, ya que se tomaron en cuenta las experiencias que los adolescentes han presentado en el mundo de las adicciones. La fenomenología considera que los seres humanos están vinculados en su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, persona, sucesos y situaciones, los informantes fueron adolescentes que usan y abusan de algún tipo de sustancia activa, se presentó Carta de Consentimiento Válidamente Informado, se recolectó la información mediante una entrevista semiestructurada que constó de 6 preguntas, se llevó también observación participante como método de recolección de información, ya que las investigadoras se vieron involucradas en el escenario natural de los sujetos de estudio, observando las conductas que los jóvenes presentan, el análisis de datos fue con base en Souza Minayo (2011), el sustento teórico fue con Guzmán *et al* (2016) y Fuentes & Rivera (2016).

Hallazgos: Emergieron 4 categorías: 1) La curiosidad como motivo detonante para el consumo de drogas en adolescentes. 2) Factores sociales de Riesgo para el consumo de drogas en adolescentes. 3) La tristeza como emoción maximizada en adolescentes con abuso de drogas. 4) Bienestar, tranquilidad y alegría como emociones predominantes en adolescentes usuarios de droga.

Conclusiones: Se sabe que la ingesta de sustancias se ha dado desde décadas anteriores, pero hemos visto con el paso del tiempo como el consumo prevalece en la actualidad en etapas más tempranas con baja percepción de riesgo, a pesar de la información que se les brinda sobre las consecuencias que estas conllevan, es por ello la importancia de que el Lic. En Enfermería en sus intervenciones indagó sobre los factores de riesgo que predisponen al adolescente al ingerir



algún tipo de droga, marcándoles esos puntos tan importantes en la orientación, información y consejería que proporciona , concientizar acerca de las consecuencias que puede traer su consumo, los daños a la salud, los problemas sociales, económicos y legales, hacerles saber la necesidad de desarrollar la inteligencia emocional para ser más asertivos y no dejarse llevar por emociones maximizadas, que no es necesario usar las drogas para resolver los problemas y cambiar las emociones que los lastiman, porque esas permanecen si no se modifica la manera en que se percibe y analiza la situación que las genera.



Introducción

Durante la adolescencia se producen varios procesos de maduración en el cerebro, estos van a destiempo y de allí surge la conducta algo errática que caracteriza a los adolescentes, si a esto le sumamos un aumento de neurotransmisores como la dopamina producido por el uso y abuso de drogas, dichas conductas tienden a maximizarse.

Siendo los adolescentes el grupo con más factores de riesgo para llevar a cabo el consumo de drogas y teniendo en cuenta que en esta etapa el cerebro no está completamente desarrollado, un exceso de dopamina a nivel cerebral puede llevar a la realización de actividades riesgosas y conductas peligrosas, ya que se busca la forma de obtener recompensas para sentirse satisfecho sin un buen control de impulsos.

Ante tal perspectiva el presente trabajo de investigación de tipo cualitativo tuvo como objetivo principal asociar la emoción dominante y la conducta del adolescente en relación con el uso y abuso de drogas.

Se incluyen 6 capítulos, los cuales fueron realizados con la información obtenida a lo largo de nuestra investigación en donde se observa desde el desarrollo, hasta las emociones y conductas que presentan los adolescentes al llevar a cabo el uso y abuso de drogas.

- Primer capítulo: Adolescencia donde se describen el cambio físico y psicológico que tienen los adolescentes junto con algunas teorías del desarrollo que explican las variantes que se van produciendo a nivel cognitivo y emocional por diferentes autores.
- Segundo capítulo: Sentimientos y emociones, se abarcan algunas teorías sobre las funciones de las emociones y sus componentes.
- Tercer capítulo: Tipos de emociones en el cual se hace una diferenciación entre las emociones primarias y las emociones secundarias y las características principales de cada emoción.
- Cuarto capítulo: Factores de riesgo en el consumo de drogas, en él se describen de manera clara los factores de riesgo a nivel individual, familiar y social que presentan los adolescentes en torno al uso y abuso de drogas.
- Quinto capítulo: Factores de protección para la prevención de las adicciones.
- Sexto capítulo: Drogas, sus diferentes clasificaciones y los efectos que producen a nivel cerebral y fisiológico.

Por último las conclusiones que resaltan la importancia de que el Lic. En Enfermería en sus intervenciones indagó sobre los factores de riesgo que predisponen al adolescente al ingerir algún tipo de droga, marcándoles esos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA



puntos tan importantes en la orientación, información y consejería que proporciona, concientizar acerca de las consecuencias que puede traer su consumo, los daños a la salud, los problemas sociales, económicos y legales, hacerles saber la necesidad de desarrollar la inteligencia emocional para ser más asertivos y no dejarse llevar por emociones maximizadas, que no es necesario usar las drogas para resolver los problemas y cambiar las emociones que los lastiman, porque esas permanecen si no se modifica la manera en que se percibe y analiza la situación que las genera.



Justificación

Según el SISVEA, (2014): El consumo de drogas en México es un fenómeno que se ha venido estudiando desde hace algunas décadas, esto ha permitido identificar que el consumo entre sustancias lícitas e ilícitas es distinto mostrando mayor prevalencia de consumo especialmente el tabaco y el alcohol, tal como lo muestran los resultados de la última encuesta nacional de adicciones.

La droga de inicio de mayor frecuencia relativa fue el alcohol con 50.1% seguido por el tabaco y la marihuana con 25.6% y 13.3% respectivamente. En conjunto alcohol, tabaco y marihuana representan el 89% de la distribución de la población según droga de inicio (SISVEA, 2014).

La UNODC, (2015) estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.

ENADID (2014) menciona que, entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77. Cada año a nivel mundial, 16 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) dan a luz, principalmente en países de ingresos bajos y medianos (95%), mientras que cerca de tres millones se someten a abortos, muchos de ellos de forma clandestina.

La SEMEFO por medio del informe del SISVEA del año 2014 reportó 12 247 defunciones, de las cuales el 12.9% confirmo que existía evidencia de que previo al fallecimiento se había hecho uso de algún tipo de droga, el alcohol fue la droga con mayor frecuencia con el 79.2%, tranquilizantes con 6.3%, cocaína con el 4.8% y marihuana con el 3.8%.

Otra característica importante en el uso de drogas es la identidad que se comienza a construir en la adolescencia; Erickson la define como la confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio, y se construye en 3 aspectos: elección de una ocupación, adopción de valores en que creer y porque vivir y preferencia sexual satisfactoria, aunado al temperamento que se define como la manera característica, biológicamente determinada, en que la persona reacciona a personas y situaciones. Asimismo, el temperamento puede afectar, no sólo la forma en que los niños se enfocan y reaccionan ante el mundo exterior, sino la manera en que regulan su funcionamiento mental, emocional y conductual (Rothbart, Ahadi y Evans, 2000).

Por lo que se hace necesario conocer, analizar y asociar emociones y conductas que manifiestan los jóvenes que consumen sustancias activas.

Marco referencial

Capítulo I. Definición de adolescencia

1.1. Adolescencia



Fig. No. 1 Adolescencia

(Tessier, 2004; Trianes-Torres, 2002) en (Tapia, 2013), menciona que la adolescencia es la etapa de transición entre ser niño y pasar a ser adulto, en esta etapa aparecen una serie de cambios bio-psico-sociales que van a cambiar la conducta del adolescente.

Según la OMS la adolescencia aparece de los 12 años hasta los 19 años, por otro lado, la UNICEF la define como la época de cambios que trae consigo variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto.

Preadolescencia
(9-10 años)

- Diferenciación en la evolución entre niñas y niños

Adolescencia temprana
(11-14 años)

- Aceleración del crecimiento corporal, inicio del pensamiento abstracto

Adolescencia intermedia
(15-17 años)

- Desarrollo puberal casi completo, interés sexual, distanciamiento de los padres, incrementa la vulnerabilidad.

Adolescencia tardía
(18-21 años)

- Se afirma la personalidad, valores, preferencia vocacional, establecen relaciones de pareja.

Fig. No. 2 Clasificación de la Adolescencia

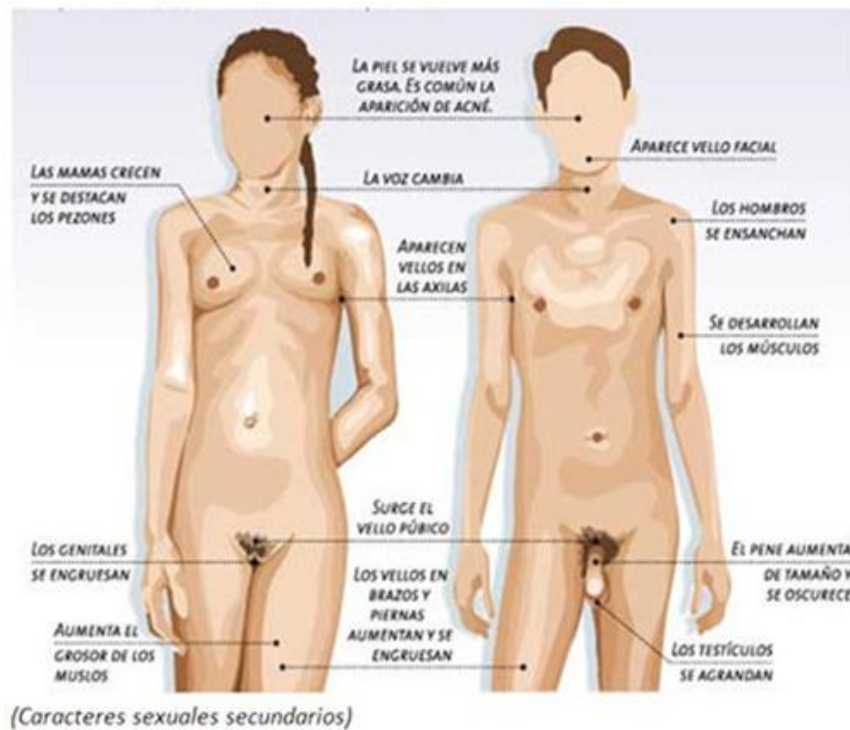


Fig. No. 3 Características sexuales

CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA			
MUJERES		HOMBRES	
Características sexuales primarias	Características sexuales secundarias	Características sexuales primarias	Características sexuales secundarias
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de vagina, ovarios, labios y útero. • Monte de venus prominente. • Secreción vaginal de alcalina pasa a ser más ácida. • Menarquia 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de estatura. • Crecimiento de vello púbico. • Los senos se elevan. • Voz con tono más grave. • Crecimiento máximo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del pene. • Desarrollo de testículos, escroto, próstata y vesículas seminales. • Primera eyaculación y poluciones nocturnas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo vello púbico. • Pigmentación y nodulación de pechos. • Aumento de estatura. • Cambio de voz franco. • Crecimiento de barba.

Tabla No. 1 Cambios físicos en la adolescencia

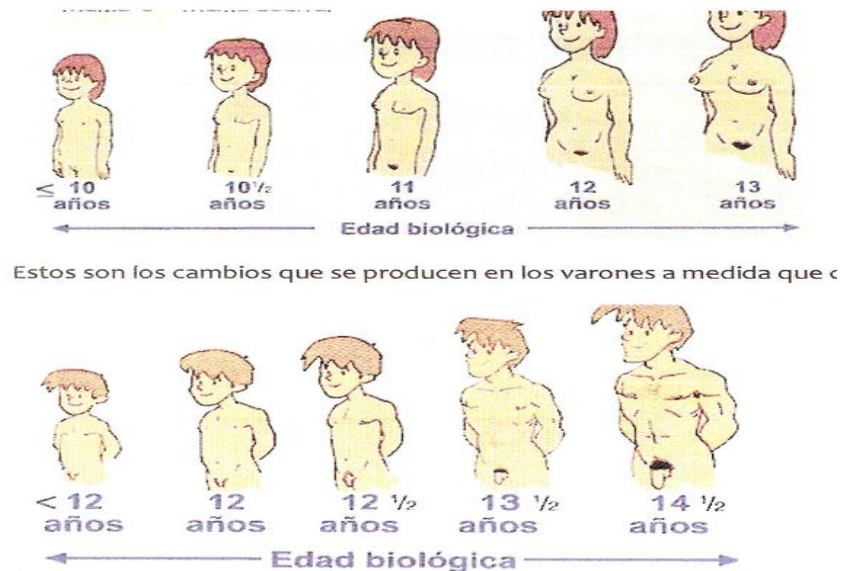


Fig. No. 4 Cambios físicos



1.2. Teorías del desarrollo adolescente

(Peter Blos, 2011) Menciona que los cambios cognitivos y reestructuración de la personalidad son dos grandes conquistas de la etapa adolescente. El interés y el despliegue de capacidades que tiene el/la adolescente se manifiesta en un conocimiento del mundo y de sí mismo/a su pensamiento evoluciona de lo concreto a lo abstracto y supedita lo real a lo posible, esto les permite proponer y validar hipótesis resolver situaciones y planificar diversas actividades. Su interés abarca diferentes campos que incluyen lo social, religioso, político, el razonamiento de los/las, el mundo interior, etc., y el conocimiento que construyen lo hacen en interacción con el mundo social.

Los cambios centrales en la esfera intelectual se refieren a las mejores en:

- La atención tanto selectiva, atención localizada, como en la dividida, la memoria a corto y largo plazo, la velocidad en el procesamiento de la información; la selección de estrategias más efectivas para las situaciones que enfrentan; la conciencia de sí mismos y la capacidad para razonar y pensar sobre su propio proceso de pensamiento y el de las/los demás.

En lo relativo al conocimiento social, el que adquieren los adolescentes en el intercambio interpersonal, este les permite establecer diferencias y similitudes de sí mismos con respecto a los otros y relativizar sus propias creencias; tener frente a los demás sus iguales, familiares, etc, pensamientos, deseos, sentimientos y actitudes; adoptar roles, asumir perspectivas, desarrollar empatía y solventar problemas interpersonales.

La fase preedípica del desarrollo de la libido según Brunswick, (1940) afirma: “Una de las mayores diferencias entre los sexos es la enorme magnitud de la represión de la sexualidad infantil de las niñas.

De acuerdo con Deutsch, (1994) apunta: “Para las muchachas pre púberes, el vínculo con la madre representa un peligro mayor que el vínculo con el padre. La madre es el mayor obstáculo que se opone al deseo de la niña de crecer.

Según Freud, (1933): La niña permanece dentro de el por un tiempo indefinido: solo después lo retumba y, aun así, lo hace de manera incompleta.

El varón preadolescente lucha con angustia de castración (temor) en relación con la madre arcaica, y, en consecuencia, se aparta del sexo puesto; en contraste con ello, la niña se defiende del impulso regresivo hacia la madre preedípica mediante un vuelo vigoroso y decisivo a la heterosexualidad.

Benedek, (1956) menciona los descubrimientos realizados en materia endocrinológica:” Antes de que madure la función procreadora y se instale la ovulación con relativa regularidad, domina la fase del estrógeno, como para



facilitar las tareas propias del desarrollo adolescente, vale decir, para establecer relaciones emocionales con el sexo masculino.

Deutsch, (1944) Se ha referido a la “Pre pubertad de las niñas como el período de mayor libertad respecto a la sexualidad infantil”.

El conflicto específico de la frase de la pre adolescencia en la mujer revela particularmente bien su naturaleza defensiva en aquellos casos en que no se ha mantenido un desarrollo progresivo. Las mujeres delincuentes, por ejemplo, ofrecen una instructiva oportunidad para estudiar la organización pulsional preadolescente de la niña. Según Deutsch encontró que “Para las muchachas pre púberes, el vínculo con la madre presenta un peligro mayor que el vínculo de un padre”. En el compartimiento delictivo femenino, que en líneas generales constituyen un acting out sexual, la fijación de la madre preedípica desempeña un papel decisivo. De hecho, los actos delictivos son a menudo precipitados con el fuerte impulso regresivo hacia la madre preedípica y el pánico que crea esa capitulación. La adolescencia parece una etapa de crecimiento que uno simplemente debe pasar. Una opinión ampliamente difundida afirma que aquella puede extenderse indefinidamente, en cuyo caso se habla de un “eterno adolescente”.

Estamos familiarizados con los tipos del desarrollo infantil en los planos somáticos, conductual y psicológico. De ello no debe sorprendernos pues la iniciación de la adolescencia coincide con tipos somáticos mensurables, tales como los caracteres sexuales primarios y secundarios, así como las curvas de crecimiento y los datos psicológicos confiables, con las secuencias somáticas y con la variación cronológica y morfológica de la maduración puberal dentro del orden de la asociación de la maduración somática. La latitud de estas variaciones dentro de los límites de la normalidad se haya bien documentada. Las repercusiones psicológicas de estas novedades somáticas han sido también ampliamente estudiadas.

La pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia un acto humano. Esta afirmación hace hincapié en que ni la conclusión del crecimiento físico, ni la consecución del fundamento sexual, ni el rol social de la autosuficiencia económica, son en sí mismo, índices confiables de la finalización del proceso adolescente. En la relación con esto, es interesante la historia de la palabra “Adolescencia”. Significa “Convertirse en un adulto”.

De acuerdo con el Oxford, (1967) en (Peter Blos,2011), esta expresión apareció por primera vez en la lengua inglesa en 1482, se usaba para eludir al periodo que se extiende entre la niñez y la adultez desde los catorce hasta los veinticinco años en el varón y desde los doce hasta los veintiuno años en la mujer. Adolescencia hace 5 siglos resulta obvio que se desconocía todo el paralelismo entre el crecimiento psicológico, psicosocial y físico. El uso de la palabra suponía al menos en esa época, que la personalidad adolescente alcanza el estado adulto con total



independencia cronológica de la madurez sexual. Ciertas observaciones similares, en especial referidas a estudiantes universitarios, han sugerido algunos investigadores la existencia de una etapa evolutiva intermedia denominada “juventud”.

Según Keniston, (1968) en (Peter Blos, 2011), o adolescencia tardía y pos adolescencia, Blos (1962) , entre la adolescencia y la adultez . Erickson, (1956) ha sugerido la frase “Moratoria psicosocial “para designar este periodo. Considero este lapso de prolongada vida pre adulta con este periodo. La adolescencia del desarrollo psicológico de este periodo, denominado consolidación, es una continuación directo del proceso adolescente.

- **Desarrollo psicológico del adolescente (12 años en adelante)**

El desarrollo emocional y las respuestas ante situaciones de estrés se basan en la maduración del sistema límbico que incluye tres estructuras cerebrales:

- Amígdala: implica identificación de señales de amenaza importantes procedentes del entorno.
- Hipocampo: responsable de almacenar en la memoria informaciones y experiencias relacionadas con las emociones, puede resultar dañada en situaciones de estrés grave o crónico.
- Hipotálamo: implicado en las respuestas a través de sus conexiones con la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Los cambios en la capacidad afectiva, motivacional y cognitiva que se constatan a lo largo de la adolescencia guardan relación con los hallazgos neuroanatomicos madurativos; en la adolescencia inicial se caracteriza por un incremento en la reactividad emocional, interacciones sociales, conductas arriesgadas y búsqueda de sensaciones, mientras en las habilidades implicadas en la toma de decisiones y en la autorregulación, que son funciones ejecutivas, no maduran por completo hasta en la etapa adulta (Fuentes Castillo; Rivera Herrera, 2016)

El joven enfrenta demandas académicas, familiares, interpersonales y personales. Se puede ver como en este periodo se hacen frente a las demandas que implican roles y responsabilidades cada vez más maduros. Los adolescentes gradualmente adoptan los papeles que se esperara de ellos durante la adultez, aprendiendo adquirir las habilidades y manejar las múltiples demandas que les permitirán moverse en el mercado laboral y satisfacer las expectativas en cuanto a compromiso con la familia, la comunidad y la ciudadanía (Simpson ,2001) en (Capo, 2011).



El niño que veía a sus padres como figura omnipotentes, y que ellos lo podían todo, ahora de adolescente comienza a notar sus debilidades, sus falencias, pueden percatarse de que no serán eternos.

Los jóvenes pueden formar amistades de apoyo mutuo. Los adolescentes suelen desarrollar relaciones de pares que juegan para brindar apoyo y conexión en su vida.

- **Área cognitiva**

Entre los 11 y 12 años el adolescente ingresa al cuarto estudio y último estadio o periodo propuesto por Piaget, el que continúa a lo largo de toda la vida adulta. Esta etapa es alcanzada por la mayoría de los niños. Se trata de la etapa (de las operaciones formales).

El adolescente puede situar en el campo de la reflexión, las teorías y la hipótesis. (Paget, 1964) en (Capo, 2011).

A menudo creen que son inmunes a los efectos negativos, porque presentan una dificultad para aplicar información acerca de los riesgos y consecuencias a sí mismos.

Presentan además una tendencia a ignorar los riesgos conocidos, como cuando se escucha decir: " todos en mi familia fuman, pero ninguno ha tenido cáncer de 'pulmón". Dificultad en comprender la probabilidad y su significado para sus propias vidas y salud, su habilidad de toma de decisiones es deficiente ya que existe la tendencia a ignorar las consecuencias en la toma de decisiones a largo plazo.

- **Área afecto – social**

Identidad v/s confusión de la identidad

En esta etapa el apego de los adolescentes para con sus padres empieza a desvanecerse y principia una nueva relación con ellos. Al mismo tiempo ocurre un mayor acercamiento con otros adolescentes, es así como los adolescentes pueden identificarse con "héroes" de la subcultura juvenil o los líderes de pandillas, como respuesta a una aparentemente pérdida de la identidad.

Las crisis de la pubertad y de la primera adolescencia representan un periodo intermedio entre la niñez y la adultez, supone por la celebridad y la profundidad de los cambios producidos, orgánicos y psicológicos, una etapa de crisis. A esta edad



el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante. El adolescente está pasando por una crisis juvenil, puede caer en el abuso de drogas (Capo, 2011).

- **Desarrollo sexual**

Desde el punto de la maduración el niño pasa a ser adolescente, esto trae grandes diferencias con respecto a las demás etapas, sobre todo el aspecto emocional.

Si bien la formación de la identidad es un proceso que dura toda la vida, los aspectos cruciales de la identidad se forjan típicamente durante esta etapa, incluyendo el desarrollo de una identidad que refleja un sentido de individualidad y la conexión con personas y grupos valorados. A su vez se desarrollan habilidades para las relaciones románticas (Capo, 2011).

- **Fase de autoerotismo pubertario**

El fenómeno auto erótico de este estadio de a pubertad es el enamoramiento, desde este periodo el adolescente ama su propio estado interno y, por lo tanto, así mismo, se enamora de sí mismo. En realidad, lo que se está amando no es a la otra persona, sino que es su ideal empapado de erotismo y proyectado sobre aquella. El enamorado no ama a la otra persona, sino a la imagen de ella que existe dentro de él (Capo, 2011).

- **Fase homoerótica**

Es la disposición hormonal e este periodo que opera en los adolescentes una actitud homoerótica latente, la cual los 15 y 16 años, mientras que entre los muchachos alcanzan los 16 o 17 años.

Se refiere a la existencia de una fase intermedia entre un estado de dependencia afectiva total de los padres, una emancipación suficiente para permitir al joven amar, con amor adulta una persona del otro sexo. Surgen las amistades, los jóvenes quieren estar juntos el mayor tiempo posible incluso se puede observar que llegan hasta los contactos corporales, tales como en el caso de las niñas, ir del brazo, dormir juntas, entre otras (Capo, 2011).

- **Fase heterosexual**

Una vez que el adolescente se percibe más seguro de sí, es capaz de abandonar la seguridad del amor a lo conocido, es decir a sí mismo, y de exponerse a un tu



del sexo opuesto, mediante el amor. Aparece la capacidad de amar íntegramente, con cuerpo y alma, a un tu del otro sexo (Capo, 2011).

1.3. Erikson

Para Erikson en (Nicolson, 2013) la adolescencia es el periodo en donde los jóvenes deben de formar su identidad personal, tomando en cuenta las experiencias del pasado, las vivencias del presente y lo que quieren hacer en el futuro para poder integrar todo en una síntesis, dicha identidad es producto de las relaciones que tiene el niño con las personas que son significativas para él.

Su análisis se centra en el concepto de identidad, la identidad personal está determinada por la configuración psicológica del individuo y por la comunidad en la que está inmerso y depende de la forma de responder a la sociedad. La evolución de la identidad se lleva a cabo mediante dos procesos:

- a) Introyección: interiorización de las personalidades de otros individuos significativos.
- b) Identificación: asimilación de los roles y valores de otros.

Principio de la epigénesis: todo emerge por partes de un plan básico, cada parte experimenta un periodo de ascenso hasta formar un todo integrado.

Para que se lleve a cabo una adaptación personal satisfactoria es necesario que el individuo adopte elementos sintónicos (positivos) y distónicos (negativos).

Los individuos experimentan diversos conflictos, si los resuelven se adoptan elementos sintónicos, por lo contrario, al no resolver los conflictos que se les presentan adoptan elementos distónicos.

La formación óptima de la identidad debe incluir un compromiso con los roles, valores y orientación sexual particular de cada individuo.



Fases del desarrollo (E. Erikson)

ESTADIO	EDAD	CRISIS	RELACIONES SIGNIFICATIVAS	FUERZA BÁSICA (VIRTUD)
I	0-18 meses	Confianza vs Desconfianza	Madre	Esperanza y Fé
II	18 meses -3 años	Autonomía vs Vergüenza, duda	Padres	Voluntad, determinación
III	3 – 6 años	Iniciativa vs Culpa	Familia	Propósito, Finalidad
IV	6 – 12 años	Laboriosidad vs Inferioridad	Vecindario y Escuela	Competencia
V	Pubertad a Adultez temprana	Identidad y repudio vs Difusión de la Identidad	Grupos, modelos de roles	Fidelidad, lealtad
VI	25 -40 años	Intimidad y solidaridad vs Aislamiento	Colegas, amigos	Amor
VII	45 – 60 años	Generatividad vs Estancamiento	Hogar, compañeros de trabajo	Cuidado
VIII	60 años en adelante	Integridad vs Disgusto, desesperación	Los humanos o "los míos"	Sabiduría

Fig. No. 5 Ocho fases del desarrollo

En el estadio V es donde la identidad del adolescente hace frente a la confusión de roles. El individuo se ve en la necesidad de lograr una síntesis trascendiendo de las identificaciones infantiles para adoptar los roles sociales previstos.

En esta etapa la *autonomía* juega un papel importante en la identidad personal y puede lograrse a través de conflictos que se producen en la adolescencia, si el individuo los resuelve de manera satisfactoria, el niño desarrollará un deseo por ser él mismo, por lo contrario llevarían al adolescente a evitar las situaciones difíciles que se le presenten a lo largo de su vida.

Durante la etapa del inicio de la escolarización y la pubertad es donde el *aprendizaje* toma un papel más importante pues los jóvenes adquieren una actitud positiva para el trabajo adoptando ciertas características de los roles de las personas que para ellos son modelos a seguir, a la par se desarrolla la laboriosidad en donde el niño construye un deseo de logro y sentimientos de competencia.

Para Erikson los puntos más importantes son la redefinición de una identidad que se generó durante la infancia y la *revisión del autoconcepto* donde se preguntan quiénes son, y cuál es el papel que ellos jugaran ante la sociedad.

Generalmente los adolescentes buscan adoptar roles específicos de personas que son idealizados por el mismo, viéndolos como “héroes”, identificándose más con esas personas ficticias que con sus mismos padres; partiendo de este punto es que se despierta una actitud de rebeldía en contra de las autoridades del hogar, que son los padres, contemplándola como una lucha constante para conseguir una autonomía e independencia para así formar una identidad separada.

La búsqueda de la identidad en la adolescencia es una etapa importante en la vida de las personas, pues en ella los jóvenes se preparan para entrar al mundo de los adultos; la convivencia con los padres juega un papel determinante al igual que los contextos familiar y social. Debe encontrarse a sí mismo, su identidad, saber quién es y cómo es; es un proceso influido por el contexto y por sus características intrínsecas, en donde los padres, la escuela, los profesores y los modelos a seguir juegan un papel importante (Fuentes Castillo; Rivera Herrera, 2016).



Fig. No. 6 Identidad

1.4. Kohlberg

Kohlberg en (Nicolson, 2013) Contempla el desarrollo del razonamiento moral como parte importante de la identidad personal. Toma en cuenta la investigación de Piaget, esta habla de dos tipos de razonamiento moral que están involucradas en el desarrollo cognitivo.

Por otro lado, examina el razonamiento moral que sustenta los juicios que se emiten en relación con determinados dilemas morales.

Señala 6 etapas del razonamiento incluidas en 3 niveles de juicio, estas reflejan una creciente interiorización de los principios.

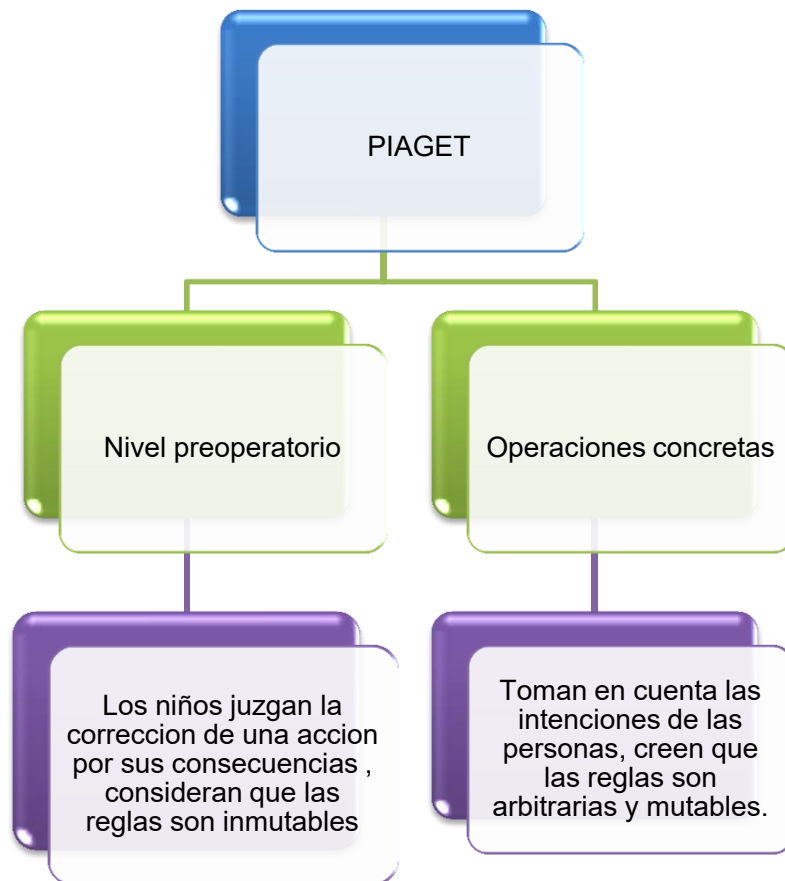


Fig. No. 7 Tipos de razonamiento en el desarrollo cognitivo

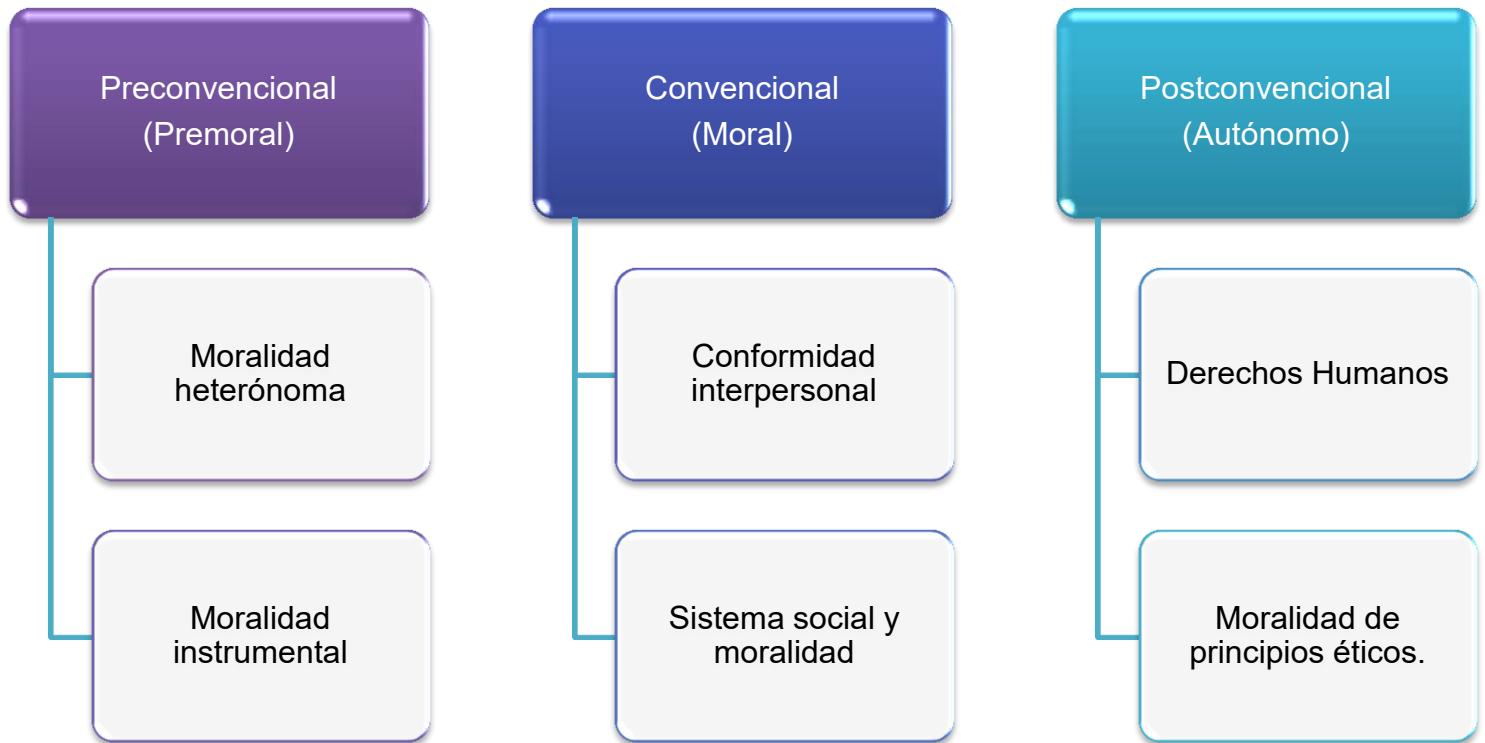


Fig. No. 8 Niveles de juicio y etapas jerárquicas del razonamiento moral

- **Etapa pre convencional:** el razonamiento moral es egocéntrico, se basa en las previsiones de recompensas o en el temor a los castigos:
 - a) Moralidad heterónoma: definición de lo correcto y lo erróneo, en relación con la obediencia y la desobediencia a las autoridades.
 - b) Moralidad instrumental: deciden lo correcto y lo erróneo dependiendo de las necesidades personales que se satisfagan.
- **Etapa convencional:** los niños quieren cumplir las expectativas sociales aceptando el orden vigente:
 - a) Conformidad interpersonal: los niños consideran que ser buenos es conseguir la aprobación de los demás y ser malo su desaprobación, se suelen adaptar a las normas del grupo o personas que son significativas para ellos.
 - b) Sistema social y moralidad: se cumple la ley por miedo y con el fin de evitar un castigo.



- **Etapa post convencional:** las personas escogen sus principios morales, no se basan en la aprobación de los demás:
 - a) Derechos humanos: desarrollo de un razonamiento basado en la preocupación por el bien común, igualdad ante la ley y obligaciones mutuas.
 - b) Moralidad de principios éticos: se basa en la dignidad e igualdad humanas, hay que transgredir las leyes que infrinjan estos principios, aunque haya que aceptar el castigo por la transgresión.

1.5. Loevinger

Loevinger en (Nicolson, 2013), su enfoque en la idea del desarrollo del ego, este se desarrolla a través de etapas invariantes y jerárquicas.

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
Pre social	Los bebés se preocupan por la gratificación de sus propias necesidades y descubren su yo por oposición de su no-yo.
Simbiótica	Los niños pequeños manifiestan una fuerte dependencia de su madre, pero aun no pueden distinguir entre el yo y la madre.
Impulsiva	Se considera a los demás como fuentes de recompensas materiales, el autocontrol es débil, existe una preocupación por los sentimientos sexuales y agresivos.
Autoprotección	Aparece el autocontrol, surge el deseo de manipular y dominar a otros, culpan a los demás de sus problemas.
Conformista	Preocupación por conseguir la aprobación y aceptación de los demás, se da gran importancia a la apariencia física y a la sociabilidad.
Autoconciencia	Los jóvenes se preocupan por la individualidad, feminidad y masculinidad. Se hacen críticas hacia sí mismos.
Consciente	Interiorización de principios morales, aparece la tolerancia y el sentido de responsabilidad de la familia y la sociedad. <i>Adolescencia tardía.</i>
Individualista	Aumenta la tolerancia por las diferencias individuales y la conciencia de que las personas desempeñan roles diferentes, <i>Adolescencia tardía.</i>
Autónomo	Mayor autocontrol, capacidad de afrontar la ambigüedad y conflictos internos.
Integrado	Existe un fuerte sentido de identidad, son conscientes de sus debilidades y límites, persona autorrealizada según Maslow

Tabla No. 2 Etapas del ego según Loevinger

1.6. Bandura

Bandura en (Nicolson, 2013), da un enfoque cognitivo social: análisis de las interacciones recíprocas de las personas con su medio. Bandura menciona que no existe una etapa separada llamada adolescencia, lo que marca la adolescencia son las presiones sociales y culturales, actitudes y expectativas que influyen sobre los mismos.

Elementos del cognitivismo social

M= Medio externo

C= Conducta Adquirida

P= Persona

A) **P** influye en **C** y **C** influye en **P**

B) **P** influye en **M** y **M** influye en **P**

C) **M** influye en **C** y **C** influye en **M**

Fig. No. 9 Factores del determinismo no recíproco

El refuerzo vicario es el hecho de ver a otros que reciben recompensas o castigos por determinadas conductas que puede llevar a la imitación o la evitación de algunas conductas.

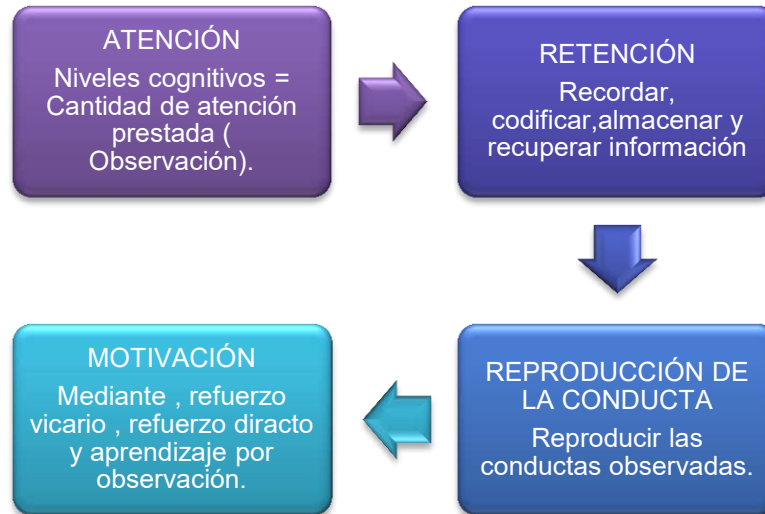


Fig. No. 10 Proceso de refuerzo vicario

1.7. Bronfenbrenner

Según Bronfenbrenner en (Nicolson, 2013), el análisis del desarrollo adolescente está basado en la teoría del campo de Lewin quien considera la conducta como función o interacción entre el individuo y su medio; Un cambio en el entorno físico y el medio social influye en el desarrollo de la persona adolescente.



Fig. No. 11 Sistemas del desarrollo adolescente

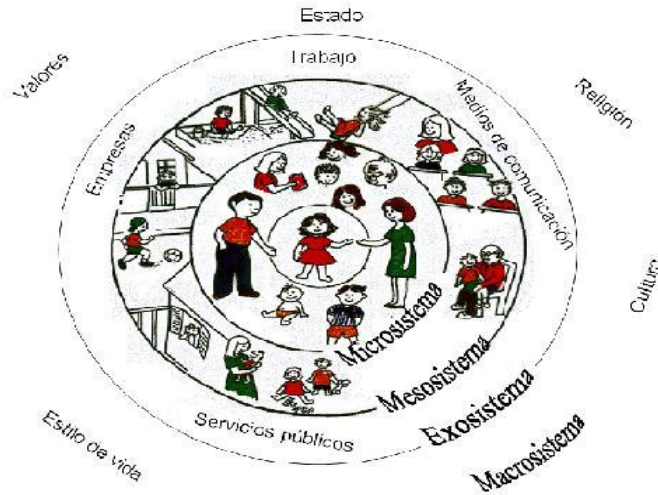


Fig. No. 12 Sistemas Bronfenbrenner

1.8. Blos

Blos en (Nicolson, 2013), contempla la adolescencia en los términos clásicos de la resolución del complejo de Edipo. Los adolescentes se enfrentan a cuatro desafíos:

- Segundo proceso de individuación: Abandono de las estructuras paternomateras interiorizadas.
- Afrontamiento del trauma infantil: La reexperimentación de los daños infligidos por los traumas pasados con el fin de controlarlos.
- Continuidad del ego: Continuidad personal que vincula con el pasado con el presente.
- Identidad sexual: Se logra mediante la resolución de los conflictos edípicos; el adolescente necesita hacerse con el sentido de hacerse masculino o femenina.

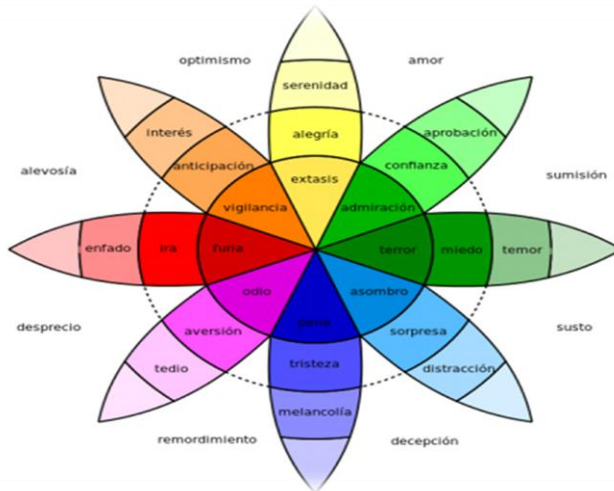


FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD	
Periodo de latencia	El Ego y súper ego dominan los deseos biológicos.
Pre adolescencia	Aumento del deseo sexual y la agresividad que al ego le resulta difícil de controlar: Represión, desplazamiento, proyección y formación reactiva.
Adolescencia temprana	Los súper egos se debilitan a medida en que el ego trata de mantener el control (idealizan amistades) buscan atributos deseables de los que carecen.
Adolescencia tardía	Identidad sexual estable, imágenes definidas de sí mismo y de los demás, sentido de autonomía.
Pos Adolescencia	Etapas de transición en la que la persona se convierte en adulta madura.

Tabla No. 3 Formación de la identidad

Capítulo II. Sentimientos y emociones

Fig. No. 13 Diferentes emociones



Las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente, alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

Aristóteles, (384-322 a.C) concibe las emociones como

una condición que transforma a la persona de tal manera que puede verse afectado el juicio. Las emociones se acompañan de placer o dolor y están conectadas con la acción. Las emociones deben de estar sometidas al control de la conciencia.

En la Edad Media se tenía una idea negativa de la existencia pesimista, un valle de lágrimas en el que las emociones positivas no tenían cabida, ligaban a las emociones a las pasiones, apetitos y deseos, considerándolas como algo que se debía controlar y reprimir Ortiz, (2014).

Espinoza (1632-1677) en su ética de 1678 considera que los sentimientos son la base del comportamiento ético.

Por otra parte, Charles Darwin considero que las emociones han desempeñado un papel esencial en la adaptación del organismo a su entorno. Según esta postura la emoción se activa automáticamente sin participación de la cognición.

Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del SNA (Sistema Nervioso Autónomo) y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características variables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson, 2014).



Skinner (1953) en (Bisquerra, 2001) considera que una emoción es una predisposición a actuar de una manera determinada.

Etimológicamente la palabra emoción procede del latín “motere” que significa “mover” además del prefijo “e” que significa “alejarse”. En la raíz etimológica misma, la palabra emoción se asocia a la idea de movimiento como algo que nos “mueve hacia” o nos “aleja de algo”. En esencia entonces todas las emociones cinyevan una tendencia a actuar (Guzmán Vázquez, 2016).

La emoción ha sido descrita y explicada de forma diferente, pero en general hay bastante acuerdo en que se trata de: un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno (Bisquerra, 2001).

Simón (1998), en (López, 2009), dice que la emoción humana es sin duda uno de los elementos que dan sabor a la vida, de no ser así nos privaríamos de una forma de comunicación que resulta ser muy útil para nuestra supervivencia y adaptación social.

Damasio (1999), en (López, 2009), dice que todas las emociones que son propias del ser humano, funcionan como una serie de indicadores relevantes en la toma de decisiones, que se lleva día a día.

(López, 2009) toma a las emociones desde una perspectiva evolucionista, menciona que la especie humana, fue primero una especie emocional y después una especie de pensamiento y no seres pensantes con emociones. Los investigadores con diversas investigaciones, han concordado en que las emociones son esenciales para que el organismo se adapte al medio y a sus modificaciones, algunas de sus funciones adaptativas de las emociones son:



Fig. No. 14 Funciones adaptativas de las emociones

Bisquerra (2001) en (Cocoletzi; Herrera, 2014) menciona que al producirse una emoción suele darse algo como:

1. Una persona, consciente o inconscientemente, evalúa un evento como relevante respecto a un objetivo personal que es valorado como importante. La emoción es positiva cuando el evento supone un avance hacia el objetivo y es negativa cuando supone un obstáculo.
2. Emoción predispone a actuar. A veces de forma urgente, por ejemplo, cuando se siente amenazado.
3. La vivencia de una emoción tiende ir acompañada de reacciones involuntarias (cambios corporales) y voluntarias (expresiones faciales y verbales, comportamientos y acciones).



Fig. No. 15 Proceso de la vivencia emocional

Bisquerra (2009) en (Cocoletzi; Herrera, 2014) menciona que en la respuesta emocional se puede identificar tres componentes:

1. Neurológico (procesamiento emocional): Consiste en respuestas involuntarias del organismo que se inician en el SNC (sistema nervioso central), como la taquicardia, el rubor, sudoración, secreciones hormonales, respiración, etc.
2. Comportamental (expresión emocional): El comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está experimentando. El lenguaje no verbal, principalmente las expresiones del rostro y el tono de voz, aportan señales de bastante precisión.
3. Cognitivo (experiencia emocional): Permite tomar conciencia de la emoción que se está experimentando para poder etiquetarlas, además de que es una vivencia subjetiva.

Emoción: Manifestación física de un proceso hormonal con implicación y agravante psicológico.

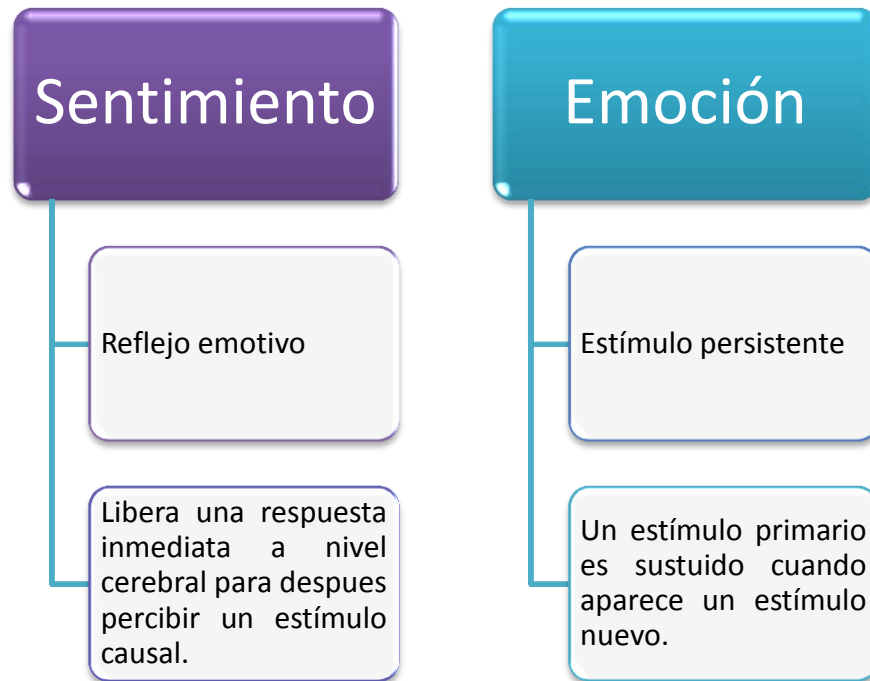


Fig. No. 16 Diferencias entre un sentimiento y una emoción

Un sentimiento es una percepción reactiva ante un estímulo, mientras que una emoción es una condición persistente sujeta al principio físico de inercia, este continuará su evolución hasta que aparezca una emoción nueva.



Fig. No. 17 Diferencia de sentimiento y emoción

2.2. Principales teorías de las emociones

Las emociones han sido objeto de atención a lo largo de la historia, diversas concepciones y repercusiones se han dado de ellas; en general, una oposición entre razón y emoción: la concepción de la emoción como algo malo que hay que reprimir. Aunque hubo también quien apuntó hacia una directa relación entre la emoción y bienestar o felicidad.

2.2.1. Las emociones de Darwin

Según Darwin las emociones en todos los animales y el hombre funcionan como señales que comunican intenciones; tienden a ser reacciones apropiadas a la emergencia ante ciertos acontecimientos del entorno. La función más importante es aumentar las oportunidades de supervivencia en el proceso de adaptación del organismo al medio ambiente (Ortiz, 2013).



Fig. No. 18 Postulados Neodarwinistas

Las teorías neodarwinistas tienen en común el estudio de las expresiones faciales como un elemento esencial de la emoción. La capacidad para reconocer expresiones emocionales es esencial en el proceso de adaptación del medio.



Fig. No. 19 Expresiones faciales

2.2.2. Teoría de la activación (arousal)

La emoción se manifiesta por un estado fisiológico de activación, y esto se refiere a los cambios fisiológicos que se produce en una emoción, esta puede ser baja o alta, en función de las diferentes emociones (Ortiz, 2013).

2.2.3. Teoría bio-informacional de Lang

Peter J.Lang, (1979) con esta teoría trata de explicar los procesos cognitivos que median entre el SNC y la expresión emocional. Sostiene que los pensamientos, las reacciones psicofisiológicas (actividad visceral y somato-motora) y la conducta están estrechamente relacionadas (Ortiz, 2013).

2.2.4. Teorías conductistas

Watson en 1919 en (Ortiz, 2013) identificó tres emociones básicas:

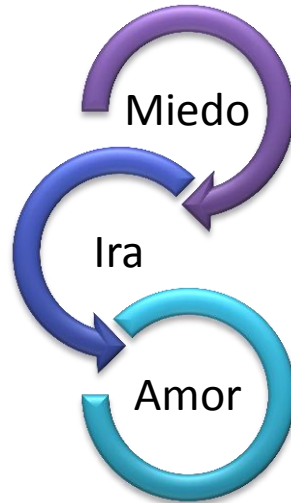


Fig. No. 20 Las 3 emociones básicas

Skinner, (1953) en (Ortiz, 2013) considera que una emoción es una predisposición a actuar de una determinada manera.

2.2.5. Teoría del proceso oponente de solomon y corbit

Solomon y Corbit, (1973) desarrollan una teoría según la cual la mayoría de las experiencias emocionales siguen un mismo esquema, denominado “patrón estándar de la dinámica afectiva”. Todas las experiencias de nuestra vida producen una reacción afectiva, que pueden ser agradable o desagradable (Ortiz, 2013).

2.2.6. Teoría del aprendizaje vicario de las emociones

La teoría del aprendizaje social de Bandura (2001) propone, que se puede aprender la conducta emocional observando las reacciones emocionales de otras personas. En este aprendizaje vicario emocional las reacciones emocionales del

modelo (expresiones faciales, comunicación verbal y no verbal, movimientos corporales) inducen estados en el observador (Ortiz, 2013).



Fig. No. 21 Aprendizaje vicario

2.2.7. Teoría cognitiva

Las características residen en el papel que se atribuye a las cogniciones de una evaluación positiva o negativa. Postulan procesos cognitivos, que se sitúan entre la situación de estímulo y la respuesta emocional. La actividad cognitiva determina la cualidad emocional (Ortiz, 2013).



Fig. No. 22 Procesos cognitivos

2.2.8. Teoría bifactorial de Schachter y Singer

Postulados de Schachter y Singer (1962) en (Ortiz, 2013) redactan que las emociones surgen por la acción conjunta de dos factores:

- a) Activación fisiológica
- b) Atribución cognitiva: interpretación de los estímulos situacionales

Las emociones son el resultado de la interpretación cognitiva de la situación, en interpretación juega un papel importante el clima emocional.

Arnold(1960) según su opinión , la secuencia emocional es:

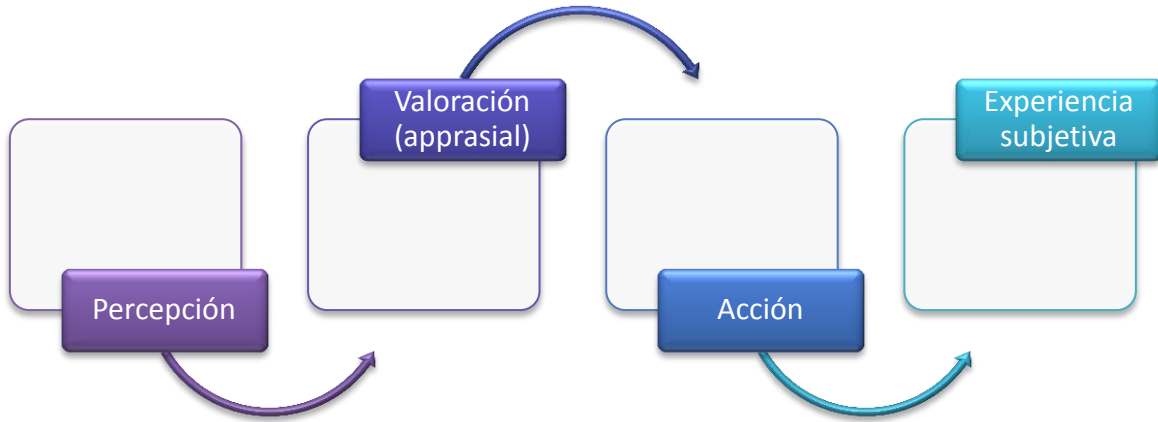


Fig. No. 23 Secuencia de valoración según Arnold

Cuando se recibe un estímulo (información, experiencia, acontecimiento, etc.) evaluamos de forma automática cómo puede afectarnos en términos de bienestar. El resultado puede ser positivo o negativo.

2.2.9. La valoración cognitiva de Lazarus

Según Lazarus, (1991), se dan dos procesos de valoración primaria (automática) y secundaria (cognitiva) .En valoración automática se toman en consideración las consecuencias que pueden derivarse de la situación .La valoración secundaria se hace un balance de la capacidad personal para afrontar la situación.

Se distinguen cinco temas meta-teóricos

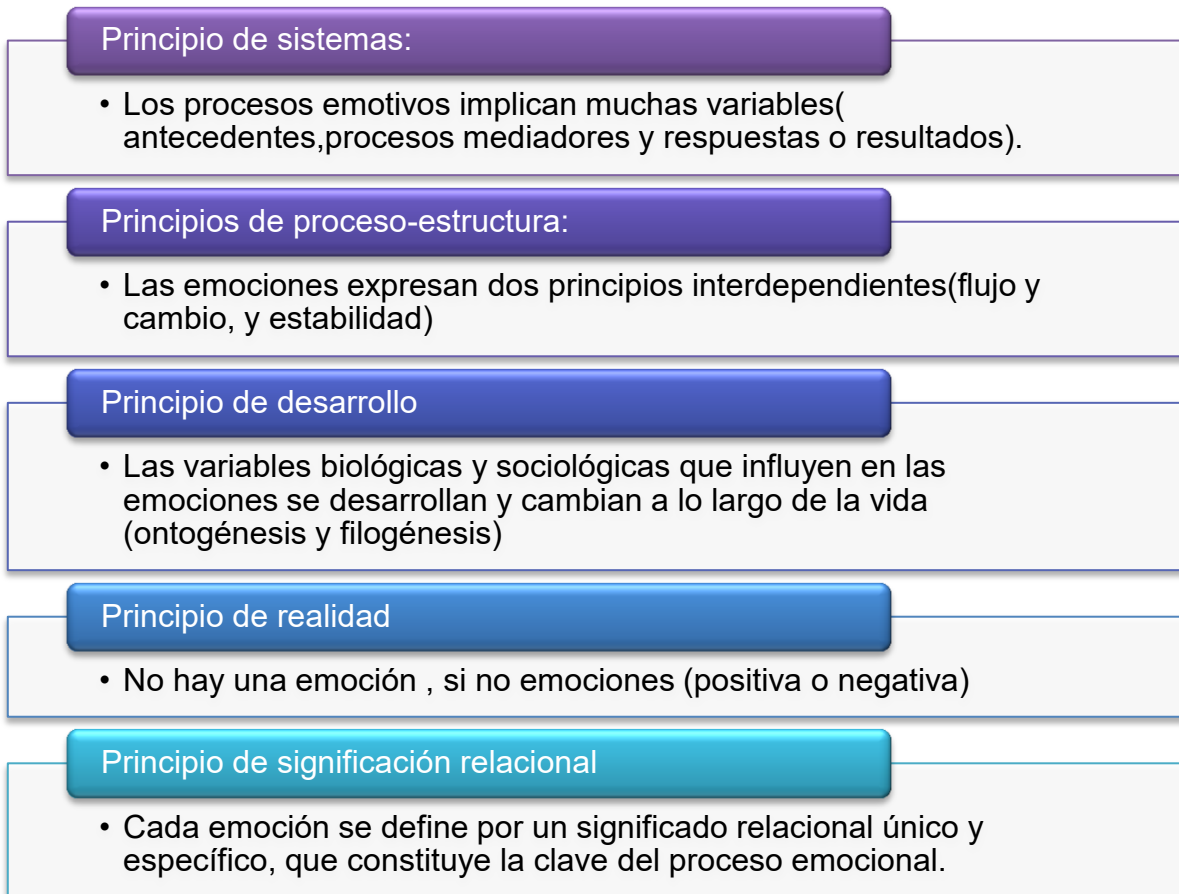


Fig. No. 24 Meta- Teóricos

2.2.10. Construccinismo social

Un enfoque en que las emociones son distintas según las culturas, por lo tanto, no hay emociones universales. Solo acepta la teoría de la valoración, sin embargo, no acepta el enfoque biológico. El enfoque más radical del construccionismo social, concibe que solamente se expresa una emoción cuando se ha aprendido a interpretar situaciones, morales y patrones de comportamiento.

A partir de Hofstede, (1991) se identifican tres grupos de variables dicotómicas que influyen en el comportamiento emocional:

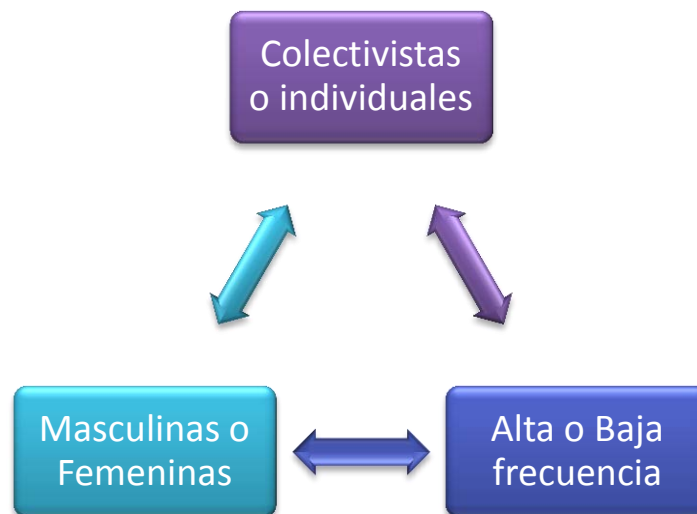


Fig. No. 25 Comportamiento emocional

Las personas que pertenecen a culturas colectivas valoran la importancia de las relaciones interpersonales. Valoran a la familia, a los grupos de referencia cercanos.

Las culturas individualistas valoran los sentimientos internos y la introspección. Tiene un lenguaje emocional sofisticado. Se valora hablar de uno mismo y revelar, los sentimientos a otras personas.

Las culturas de baja distancia de poder se expresan de forma más espontánea emociones negativas como el miedo, ira, enfado, tristeza; tanto a nivel social como familiar.

Las culturas feministas se caracterizan por la armonía y comunión interpersonal. Son valores de estas culturas la bondad, la igualdad, la cooperación, la modestia, la hospitalidad, el apoyo a los más débiles.



Las culturas masculinas se caracterizan por el logro individual y la asertividad. La expresión emocional es aceptada para las mujeres, mientras que se supone que los hombres disimulan o encubren su emotividad, excepto de la ira.

2.3. Componentes de la emoción

El mecanismo de la valoración activa la respuesta emocional. Se identifica en tres componentes: neurofisiológico, comportamental y cognitivo.



Fig. No. 26 Componentes de la emoción

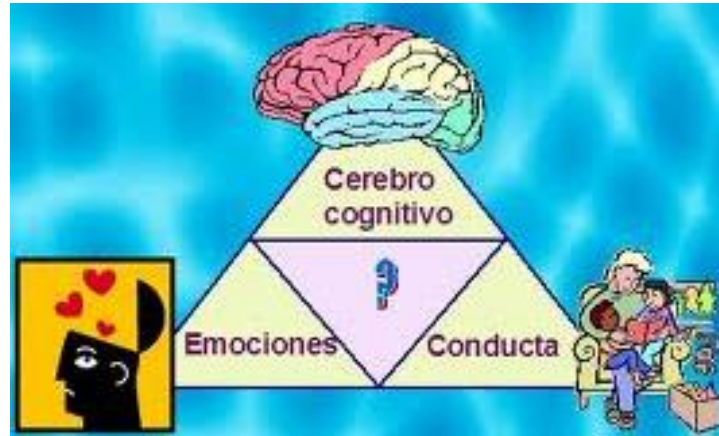


Fig. No. 27 Componentes de la mente

2.4. Funciones de la emoción

Según Reeve, (1994) las emociones cumplen con diferentes funciones, de acuerdo con sus funciones son adaptativa, social y motivacional (Fernández – Abascal, 2003).

- **La función adaptativa de las emociones:** Fue propuesta por Darwin, ya que esto sirve para facilitar la conducta apropiada a cada situación.
- **La función social:** Se basa en la expresión de las mismas, permite a las demás personas predecir el comportamiento que se va a desarrollar

Se cumplen mediante varios sistemas de comunicación:

- a) Comunicación verbal
- b) Comunicación artística
- c) Comunicación no verbal

Por otro lado Izard, (1989) destaca unas subfunciones sociales:

- ✓ Facilitar la interacción social
- ✓ Controlar la conducta de los demás
- ✓ Permitir la comunicación de los estados afectivos
- ✓ Promover la conducta prosocial



- **Función motivacional:** Una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigida hacia determinada meta y hacer que se ejecute con un cierto grado de intensidad; la conducta motivada produce una reacción emocional y, a su vez, la emoción facilita la aparición de conductas motivadas.



Capítulo III. Tipos de emociones

Las emociones son fenómenos afectivos y subjetivos, entendidos como una manera de adaptación al ambiente en que el individuo se desarrolla.

3.1. Emociones básicas o primarias

Paul Ekman definió seis emociones primarias:

- Miedo: Desencadenado por una amenaza potencial, engendra un comportamiento de huida.
- Cólera: Ligada a un obstáculo frente al alcance de los objetivos de supervivencia engendrando el ataque destinado a eliminar la fuente de frustración.
- Tristeza: Asociada a una pérdida y provoca un comportamiento de replegarse.
- Aversión: Provocada por una sustancia o una situación adversa, conduce al rechazo y a atragantarse y puede salvar la vida.
- Sorpresa: desencadenada por una situación inesperada que provoca una respuesta de orientación, cuyo papel es poner al organismo en estado de alerta, con el fin de poder evaluar los peligros potenciales de una situación.
- Felicidad: Se desencadena por la llegada de una situación deseada e induce a comportamientos de acercamiento.

Provocan un comportamiento estandarizado y sus causas suelen ser invariables.

Expresiones faciales

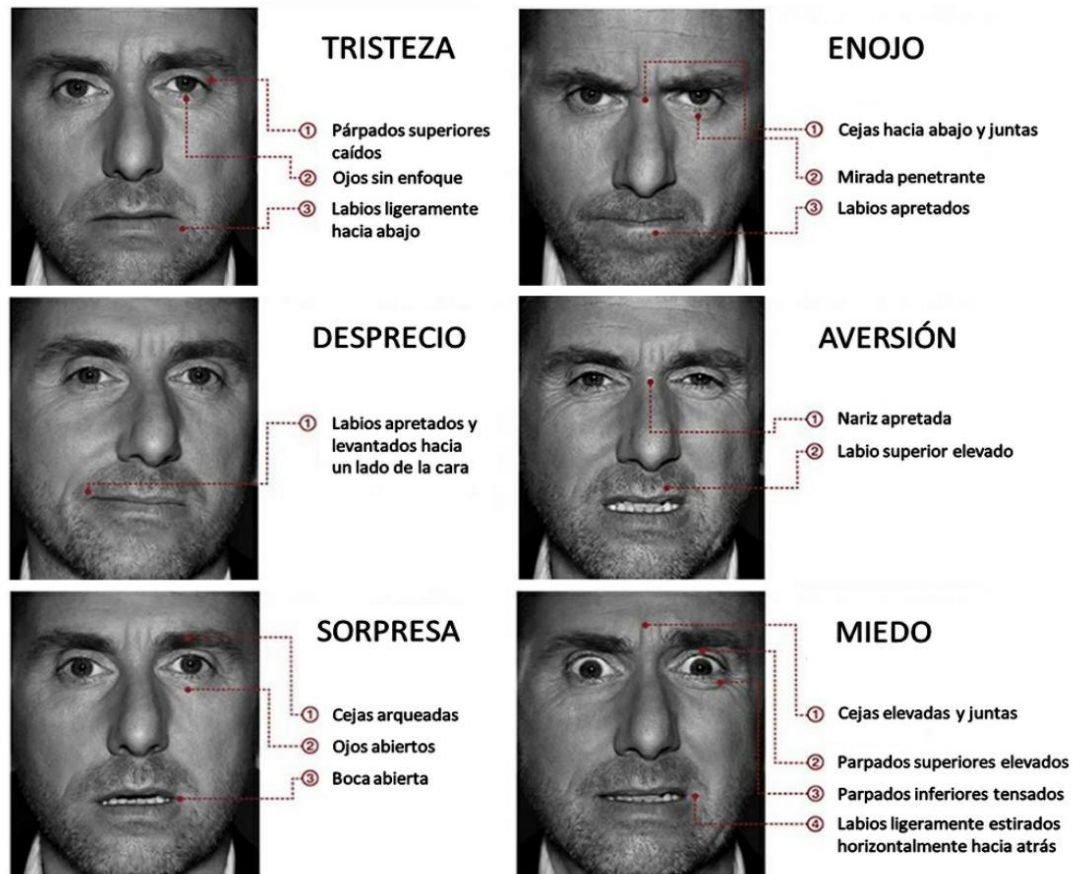


Fig. No. 28 Emociones básicas de Paul Ekman

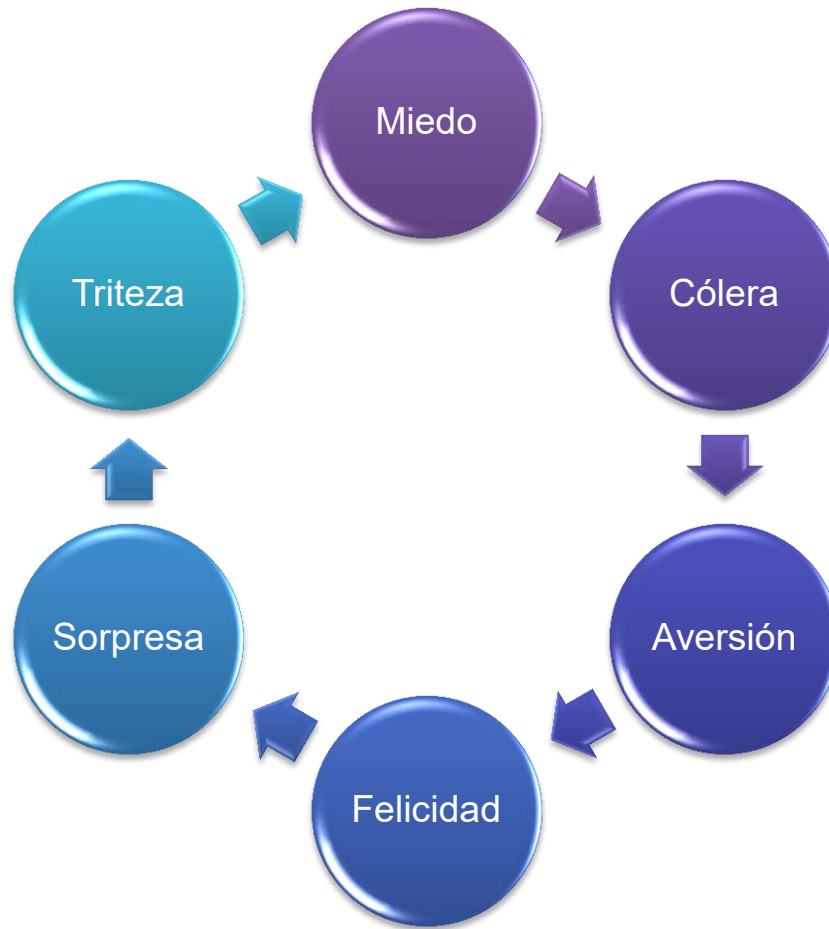


Fig. No. 29 Emociones primarias de Paul Ekman

3.2. Emociones secundarias

Surgen como consecuencia de las emociones primarias dependiendo de la situación a la que nos estamos enfrentando.



Fig. No. 30 Clasificación de las emociones

El origen de toda emoción es el *dolor*, una vez que este se ha establecido, el cerebro comienza a reconocer que existe una carencia expresada por la inquietud elaborando la pregunta *¿Qué necesito?*, esto activa un proceso de discernimiento

acompañado de pensamientos de asociación y correlación, en pro de identificar algún objeto, situación o sustancia que satisfaga la demanda, sin embargo la necesidad sigue incrementando dando como resultado un mayor grado de dolor y ansiedad, generando un sentimiento de *angustia*, este desencadena un sentimiento de miedo al considerar la posibilidad de que el dolor no ceda.

La culminación del miedo ofrece como resultado la determinación de obtener algo específico, denominado *deseo* respondiendo a la incógnita ¿Qué quiero? La persistencia entre la etapa **dolor-necesidad-deseo** se le denomina *adicción o dependencia*.



Fig. No. 31 Correlación de los sentimientos

El instinto de pelea puede dar origen al *enojo* cuando algún obstáculo merma la gratificación que se espera obtener al alcanzar al objetivo deseado, el proceso de insatisfacción y frustración puede presentarse ante los fenómenos de contaminación, está describe un condicionamiento en el cual un evento nocivo que ha dejado secuelas es ligado a la búsqueda y obtención del estímulo deseado, como ocurre con la vergüenza y la culpa, por otro lado la interrupción tiene un significado que hace alusión al entorpecimiento o perturbación de la secuencia de eventos que permitan a la persona vivir el estímulo deseado a plenitud y por el tiempo que le sea necesario por último, la interferencia expresa un dolor o pensamiento persistente que limita el grado de placer que se pueda alcanzar durante la etapa de deseo.



Existen dos conceptos que van ligados al placer que una persona puede obtener del estímulo deseado;

- a) Sensibilización: agudiza el impacto físico y psicológico de algún evento incrementando el grado de placer.
- b) Tolerancia: indica la habituación que una persona desarrolla ante un evento determinado, disminuyendo el gusto por el mismo

La etapa del deseo concluye con dos posibles respuestas:

- a) Felicidad: surge al recibir del estímulo deseado suficiente placer como para culminar con el dolor inicial.
- b) Confort: es un mecanismo de defensa dual que busca disminuir la percepción de dolor y deseo a través de una percepción condicionada de plenitud forzada.

Si asumimos que el resultado de la etapa de deseo es felicidad, a esta le continua la etapa de bienestar manifestada por una sensación de plenitud, un estímulo parasimpático que indica al cuerpo que el dolor ha sido neutralizado y no existen nuevas necesidades, durante la etapa de bienestar el cerebro se relaja y procesa únicamente pensamientos de calma, estos se asocian con otros eventos precedentes de esta misma emoción para integrar una visión de vida propia de cada persona, en un fenómeno denominado *contemplación*.

La contemplación lleva a la tranquilidad y a un periodo de reposo durante el cual los procesos cognoscitivos del cerebro se integran, dando lugar a la etapa de *reflexión*, manifestada por una perspectiva nueva o renovada sobre la experiencia de vida, condición conocida como **catarsis** este tipo de pensamientos ejercen un efecto parasimpático a diferencia de la búsqueda de la razón o la justificación, procesos cognitivos derivados de una necesidad y por ende, estímulos simpáticos.

La intensidad de la catarsis determina el tiempo de descanso entre el dolor inicial y la reincidencia de la necesidad misma cuando esta obedece a una demanda física esencial, aun así, este periodo de reposo puede ser interrumpido por la introducción de un nuevo estímulo doloroso.

La tristeza es resultado de periodos breves de sueño y descanso en vez de un reposo continuo que permita la correcta producción de serotonina, hormona ligada al equilibrio de esta emoción y procesos físicos. A nivel psicológico esta emoción se desarrolla como resultado de la concientización de que un periodo de felicidad, bienestar y tranquilidad ha llegado a su fin, generando a su vez una sensación de angustia y dolor que da origen a una nueva necesidad en un proceso denominado *etapas del duelo*

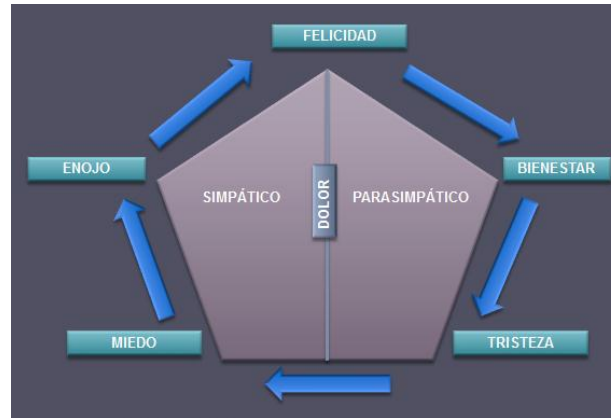


Fig. No. 32 Evolución de las emociones

Para la interpretación de la imagen anterior se parte del **dolor** en dirección de las manecillas del reloj, el dolor es la base de toda necesidad, al ser la primera manifestación de un déficit se considera un estímulo simpático como el miedo que genera seguido de un impulso de pelea en forma de motivación o enojo para culminar con la felicidad cuando el dolor ha sido neutralizado; después de la felicidad viene el bienestar o el confort si es que la felicidad no ha sido alcanzada para finalizar con la calma transitoria y la tristeza final al culminar el ciclo (Ramos, 2014).

Las emociones también se clasifican como positivas y negativas.

Las emociones positivas como la euforia y la excitación son indicadores de una mayor probabilidad de ganancia de bienestar físico.

Las emociones negativas como la ansiedad y el dolor son indicadores de amenazas internas o externas. Pueden ser defensa y en la supresión de estas podemos sentirnos desamparados y sin preparación para hacer frente a problemas mucho más severos (Fuentes Castillo; Rivera Herrera, 2016).

Emociones y las Drogas

Las drogas psicoactivas inducen emociones que en algún momento de la historia evolutiva de los mamíferos eran indicativos del aumento en la capacidad física, pero no de la felicidad. En el medio ambiente antiguo, las emociones positivas se correlacionan con signos que aumentan el bienestar físico, como el éxito en la búsqueda de alimento o periodos exitosos de crianza. Los mamíferos sentirían euforia solo en tiempos donde el bienestar físico era elevado, la euforia como indicativo de supervivencia y no de sentimiento superfluo de la felicidad; los



mamíferos habrían sentido emociones negativas cuando los niveles de bienestar físico eran bajos. El efecto de muchas sustancias psicoactivas provee el mismo sentimiento eufórico y puede haber tenido algunos efectos en el aumento de los niveles de bienestar físico en algunas especies de mamíferos. Sin embargo el uso actual de sustancias psicoactivas no lleva la misma predicción en el aumento del bienestar y de echo pueden actuar como patógeno en los circuitos neuronales, sin embargo estas drogas siguen siendo el blanco de los mismos mecanismos arcaicos del cerebro con la intención de inducir emociones positivas, fundamentalmente bloqueando muchas de las defensas neurológicas.

Las drogas que estimulan las emociones positivas prácticamente median los incentivos de motivación en el núcleo accumbens y en el sistema de recompensas neural. La moderna adicción a las drogas fundamentalmente indica un falso aumento en el bienestar físico, que lleva a un incremento en el consumo de estas, a pesar de que la ganancia sea falsa. Esta es la paradoja que se presenta entre las personas que tienen una adicción (CONADIC, 2012).

Uno de los principales cambios emocionales en el consumo de alcohol y drogas van hacer sus conductas, uno de los efectos más notables en una edad temprana es el impedimento del juicio como su capacidad de tomar decisiones , cambios repentinos de personalidad que se acompañan de cambios de ánimo súbitos y de estallidos inusuales del temperamento, irritabilidad excesivamente nervioso ,ansioso, irritable, agitado e hiperactivo, agresión , comportamiento irresponsable , comienza a mentir , autoestima disminuida, juicio deficiente, depresión, sentimiento de soledad, paranoia ,pereza y apatía (Capo,2011).

Capítulo IV. Factores de riesgo en el consumo de drogas

En todos los adolescentes están presentes los riesgos para que se lleve a cabo una adicción en mayor o menor medida, sin embargo, la percepción que tienen de estos factores va desarrollando una percepción de riesgo de aceptación hacia el consumo de drogas, lo que podría favorecer el uso o no de estas. Son aquellas condiciones que de manera individual, familiar y social aumentan la probabilidad del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas. Aparecen antes de que inicie el consumo de drogas; entre más factores de riesgo tenga una persona mayor será la probabilidad de que está consuma drogas (Tapia *et al*, 2013).

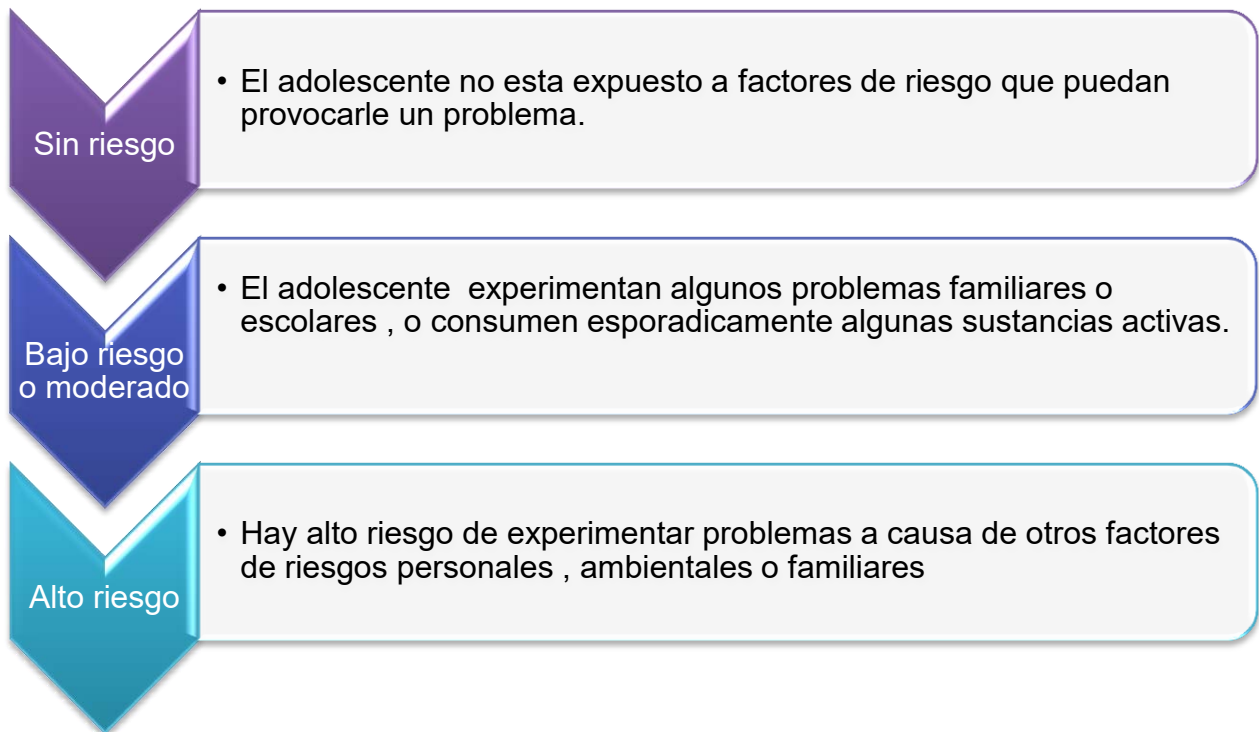


Fig. No. 33 Niveles de riesgo

Cada persona se encuentra en un determinado “nivel de riesgo” que depende de la interacción dinámica de varios factores que lo predisponen o incitan al consumo y abuso de drogas.



4.1. Factores de riesgo individuales

El individuo es quien da un significado u otro al riesgo, es quien tiene la posibilidad de aceptar o rechazar las presiones o incluso de modificar su ambiente. Los factores de riesgo en el consumo de Drogas comprenden aspectos físicos relacionados al sexo y a la edad, genéticos, evolutivos y de personalidad, como la experimentación temprana del consumo de drogas, una falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima escasa o nulas, habilidades sociales y la dificultad para hacer frente a los conflictos (Tapia et al, 2013).

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	
<i>Factores individuales de personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Baja asertividad • Elevada búsqueda de sensaciones • Lugar en que se sitúa la causa del acontecimiento • Falta de conformidad con las normas sociales • Escasa tolerancia a la frustración • Dificultad para el manejo del estrés
<i>Factores individuales conductuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción con el empleo del tiempo libre • Bajo aprovechamiento escolar • Falta de habilidades sociales
<i>Factores individuales cognitivos, actitudes y valores.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimientos acerca de las drogas y baja percepción de riesgo • Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas • Confusión en el sistema de valores

Tabla No. 4 Factores de riesgo individuales



4.2. Factores de riesgo familiares

En nuestra sociedad la base es nuestra familia, la cual es proveedora de valores y esquemas morales a seguir en la convivencia social, tiene una gran influencia en niños y adolescentes y en general el riesgo de iniciar el consumo de drogas (Tapia *et al*, 2013).

Cambios en el hogar y en la familia

- En el hogar medicamentos bajo receta desaparecen del botiquín de la casa, especialmente narcóticos o estabilizadores del temperamento.
- En el ambiente o espacio del adolescente uso de incienso, desodorante ambiental, o perfume para esconder los olores a humo o a químicos.
- Encuentran accesorios relacionados como las drogas, tales como pipas, papeles para enrollar, cigarros, etc.
- La relación de familia se altera. Los niños comienzan a tener problemas en la casa y en la interacción con sus padres. Estos cambios son inicialmente bien súbitos, son lentos y hasta cierta manera los pueden esconder en un comienzo (Capo, 2011).

Clima familiar, el conocimiento de las etapas del ciclo vital de la familia y las drogas

En el periodo intermedio del ciclo familiar, la primera gran transición de los niños es cuando dejan la seguridad de la familia para ingresar a la escuela, la etapa del destete del ciclo vital, cuando los adolescentes entran al trabajo o se casan, e nuevo a enfrentar nuevos desafíos y tensiones y pueden colocarlos en riesgo del alcohol y abuso de drogas (Capo, 2011).

La autoestima

Es la manera en que las personas sienten y piensan respecto a sí mismas, lo cual a su vez permitirá experimentar confianza, valoración y respeto propio. La autoestima se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que acerca de nosotros hemos ido recogiendo durante nuestra vida.

Se ha concluido que los conflictos paternos, y el rechazo paterno no producen baja autoestima de modo que un nivel bajo de conflictividad entre sus miembros será el idóneo para un buen desarrollo de la autoestima (Capo, 2011).

En el clima familiar negativo los adolescentes tendrás una autoestima negativa , el autoconcepto se asocia con el consumo de drogas .Existen una serie de estudios que demuestran que el adolescente con problemas de drogodependencia suelen tener baja autoestima y , por lo contrario , quien se siente bien consigo mismo, en el que los hijos se consideran más seguros e importantes en su entorno familiar y en general describen una imagen más positiva de sí mismos, una mayor coherencia entre sus comportamientos y sus capacidades y características personales, como un nivel más alto de satisfacción personal , se asocia con una menor probabilidad de usar drogas.

Factores de riesgo familiares	
Estructura Familiar disfuncional	Ausencia de uno o ambos padres, por divorcio, enfermedad, muerte u otros factores.
Falta de cohesión familiar	Actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar.
Clima afectivo inadecuado	Conflictos, inexpressión emocional y represión.
Estilo educativo familiar rígido, laxo o caótico	Reglas poco claras, ausencia o distorsión de la comunicación.

Tabla No. 5 Factores de riesgo Familiares



Fig. No. 34 Factores de riesgo familiares



4.3. Factores de riesgo sociales

Existe mayor vulnerabilidad en los entornos sociales en donde el individuo está inmerso, creciendo en entornos de alto riesgo como zonas donde hay alto consumo de drogas, delincuencia, desarraigo social y marginación; con familias multiproblemáticas en conflicto sociales severos o excluidos socialmente (Tapia *et al*, 2013).

Signos sociales del consumo de alcohol y drogas

Los adictos a drogas se ven envueltos en agresiones, desorden público, problemas con la ley, robo de pequeños ítems del hogar o escuela, piden dinero prestado con mayor frecuencia etc., (Capo, 2011).

FACTORES DE RIESGO SOCIALES	
Contexto social inmediato (Microsocial)	<ul style="list-style-type: none"> Las personas más significativas y/o inmediatas actúan como modelos. La necesidad de aprobación social funciona como un reforzador de la conducta.
Ambiente escolar	<ul style="list-style-type: none"> Oferta y consumo de drogas en la escuela. Falta de integración e identificación con el grupo escolar. Desinterés de las actividades escolares Bajo aprovechamiento escolar. Ausentismo o deserción escolar.
Ambiente laboral	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad y acceso a sustancias en el centro de trabajo. Largas jornadas de trabajo. Cansancio y estrés laboral. Conflictos con compañeros y jefes
Grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad y acceso a sustancias en el grupo de amigos Consumo de drogas entre compañeros y amigos. Fiestas o reuniones de amigos donde se consumen tabaco, alcohol y otras drogas.
Características culturales o sociales (Macrosocial)	<ul style="list-style-type: none"> Baja percepción de riesgo. Estructuras de contención insuficientes o frágiles. Disponibilidad y acceso a las sustancias en la comunidad.

Tabla No. 6 Factores de riesgo sociales



Capítulo V. Factores de protección

Son atributos o características individuales, condición situacional y contexto-ambiente que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso de drogas; condiciones o entornos que favorecen el desarrollo de los individuos y grupos, que en muchos de los casos reducen los efectos de las circunstancias desfavorables.

FACTORES DE PROTECCIÓN	
AUTOESTIMA	Valoración que tiene el individuo sobre sí mismo, se incluye el autoconocimiento, autorrealización, autoconcepto, autoaceptación, autorespeto y autoevaluación.
APEGO ESCOLAR	Proceso de permanencia y asistencia a la escuela, se ponen en práctica las capacidades de cada persona motivando su interés y creatividad.
HABILIDADES SOCIALES	Conjunto de actividades exitosas de un individuo en un contexto interpersonal que expresa las actitudes, sentimientos, deseos y opiniones de modo adecuado a la situación; comunicación, solución de problemas, afrontamiento de emociones negativas y asertividad.

Tabla No. 7 Factores de protección



Capítulo VI. Drogas

6.1. Sustancias psicoactivas

Se denominan sustancias psicoactivas a aquellas que actúan sobre la psique, son elementos químicos naturales o sintéticos que introducidos por cualquier vía al organismo ejercen un efecto sobre el sistema nervioso central. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, estimular movimientos musculares, modificar el estado anímico de la persona o alterar las percepciones.

Según la OMS una droga es: “aquella sustancia de origen biológico, mineral o sintético que introducida en el organismo por cualquier vía de administración ya sea inhalada, aspirada, inyectada, fumada o tomada, puede alterar de algún modo el Sistema Nervioso Central (SNC) de la persona.

De acuerdo con la OMS una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprímible al tomarla en forma periódica o continuada a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta.

También es considerada como toda materia de origen biológico que directa o indirectamente sirve para la elaboración de medicamentos, a lo que se le atribuye el nombre de principio activo a la sustancia que es responsable de la actividad farmacológica (Barros, 2013).

La OMS en el año 1969, definió la droga como: toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones (Osuna Fuentes, 2005).

De acuerdo con la OMS una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprímible al tomarla en forma periódica o continuada a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta. (Kuri *et al.*, 2006; Martínez y Rubio, 2002; Lahuerta, 2000).

También es considerada como toda materia de origen biológico que directa o indirectamente sirve para la elaboración de medicamentos, a lo que se le atribuye el nombre de principio activo a la sustancia que es responsable de la actividad farmacológica (Tapia *et al.*, 2013).



6.2. Clasificación de las drogas

Existe una clasificación general para las drogas:

- **LEGALES:** son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador. Dentro de las drogas legales están: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores, psicotrópicos solo bajo prescripción médica, heroína y metadona.

ALCOHOL	
Efectos	<ul style="list-style-type: none"> • Sedante hipnótico Depresor del SNC, en poca cantidad es estimulante. Crea dependencia física y psicológica.
Manifestaciones clínicas tomando en cuenta los noveles de alcohol en sangre medidos en %: <i>0.08 gr alcohol / 100 ml= 17 mM</i>	0.01-0.05 % gr: cambios en la personalidad, saciedad, lubricante social, desinhibición. 0.05-0.08 % gr: desinhibición significativa, alteración del juicio, de la cognición y de la función motora. 0.08-0.15 % gr: ataxia marcada, deficiencia motora, deterioro de valor de tiempo de reacción, apagones. 0.015-0.30 % gr: sedación / hipnosis, estupor, acercándose a la anestesia general y al coma. 0.30-0.40 % gr: dosis letal para el 50% de las personas.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopatías • Pancreopatías • Trastornos gastrointestinales • Cardiopatías • Miopatías alcohólicas • Síndromes alcohólicos fetales

Tabla No. 8 Droga legal; alcohol



TABACO (Nicotina)	
Efectos	<ul style="list-style-type: none">• Estimulante
Manifestaciones clínicas	Activa los receptores ganglionares del SNA, incluyendo la medula adrenal. Aumento de la FC y TA, dilatación bronquial, estimulación de las glándulas salivales, estímulo de la motilidad gastrointestinal seguido por inhibición.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Ca de boca, lengua, laringe, esófago, estómago, pulmones y vejiga.• HAS• IAM• Angina de pecho• Enfisema pulmonar• EPOC

Tabla No. 9 Droga legal; Tabaco



- **ILEGALES:** aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes, son fabricadas en laboratorios ilegales clandestinos y son accesibles a través del mercado negro. Algunas de las drogas ilegales son: metadona obtenida subrepticamente, derivados de cannabis, heroína, cocaína, drogas sintéticas y otras.

BARBITÚRICOS (<i>barbs, goofballs, peanuts</i>)	
Vía de administración	Oral, inyectable, rectal o inhalada.
Efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Depresor del SNC Aconsejado terapéuticamente de forma limitada en las epilepsias.
Manifestaciones clínicas	Cambios de comportamiento, labilidad efectiva, dermatopatías, ansiedad.
Intoxicación	Hipotonía muscular, hipotensión arterial, bradicardia, miosis, depresión respiratoria, hipotermia, shock, disminución del nivel de conciencia.

Tabla No. 10 Droga ilegal; barbitúricos

INHALANTES	
Vía de administración	Inhalada, aspirada
Efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Depresor del SNC
Manifestaciones clínicas	Reacciones convulsivas, neuropatías periféricas, lesiones cerebrales, trastornos psicológicos tipo psicótico. Manifestaciones neoplásicas en bronquios, laringe, faringe, vejiga y labios.
Intoxicación	Similares a los cuadros etílicos, halitosis y olor característico.

Tabla No. 11 Droga ilegal; inhalantes



OPIÁCEOS (<i>cocaína, heroína, metadona, buprenorfina, butorfanol, pentazocina, naltrexona, naloxona, caballo, jaco</i>)	
Vía de administración	Oral, rectal, inyectada, IV, inhalada, fumada.
Efecto	<ul style="list-style-type: none">• Depresor del SNC Aconsejado terapéuticamente para alivio de la tos, dolor agudo y crónico, diarrea con cólico.
Manifestaciones clínicas	Adelgazamiento, impotencia sexual, amenorrea, anorexia, hepatitis, estado de confusión.
Intoxicación	Estado comatoso, confusión, edema pulmonar, miosis puntiforme, convulsiones, depresión respiratoria.

Tabla No. 12 Droga ilegal; Opiáceos

ANFETAMINAS (<i>anfetás, speed, extasis, benni, cocaína, crack</i>)	
Vía de administración	Oral, Inyectada
Efecto	<ul style="list-style-type: none">• Estimulante del SNC Aconsejado terapéuticamente de manera muy limitada de hiperactividad infantil, obesidad exógena y narcolepsia.
Manifestaciones clínicas	Adelgazamiento, irritabilidad, cambios de carácter, estallidos violentos, conductas agresivas, trastornos delirantes.
Intoxicación	Midriasis, irritabilidad, hipertensión, sudoración, en casos graves, pérdida de conciencia y muerte.

Tabla No. 13 Droga ilegal; anfetamina



COCAÍNA (coca, nieve, pasta, perica, crack)	
Vía de administración	Inhalada, fumada, inyectada, IV
Efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulante del SNC
Manifestaciones clínicas	Si es inhalada-esnifada produce atrofia o perforación del tabique nasal, algunos efectos a largo plazo son déficit respiratorio, patología infecciosa con lesiones equimóticas, necrosis cuando se usa inyectado, trastornos mentales
Intoxicación	Alucinaciones, cuadros delirantes, hiperestimulación simpática, sudoración, taquicardia, arritmias, convulsiones, palpitaciones, hipertermia, midriasis.

Tabla No. 14 Droga ilegal; cocaína

ALUCINÓGENOS	
Vía de administración	Oral
Efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos psicodélicos y psicoticomiméticos.
Manifestaciones clínicas	Trastornos mentales graves (psicosis),
Intoxicación	Alucinaciones, alteraciones mentales, midriasis, agresividad, alteraciones visuales y psicomotrices, pánico, ansiedad y depresión.

Tabla No. 15 Droga ilegal; alucinógenos



CANNABIS <i>(chocolate, porro, canut, mierda, petado, hachis, grifa, marihuana, costo, goma, kij, tate)</i>	
Vía de administración	
Efecto	<ul style="list-style-type: none">• Depresor del SNC Sensaciones psicodélicas y psicodislépticas, estimulante al inicio y depresor al aumentar la dosis.
Manifestaciones clínicas	Euforia,
Intoxicación	Alucinaciones, cuadros delirantes, hiperestimulación simpática, sudoración, taquicardia, arritmias, convulsiones, palpitaciones, hipertermia, midriasis.

Tabla No. 16 Droga ilegal; Cannabis



6.3. Uso y abuso de drogas

Uso: forma de la relación con las drogas en la que por su cantidad, frecuencia de uso o por situaciones físicas y sociales del sujeto no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor y su entorno. (EXPERIMENTADORES)

Abuso: forma de relación con las drogas en la que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas tanto para el consumidor como para su entorno. (ABUSADORES LEVES O GRAVES)

De acuerdo con el consumo y el grado de dependencia psicológica o física, el consumo se clasifica como experimental, social, funcional y disfuncional.

- ✓ **Consumo de social:** La persona utiliza sustancias tóxicas, en situaciones específicas; o bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos.
- ✓ **Consumo funcional:** Se manifiesta cuando las personas hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero aún siguen funcionando social y productivamente, se ha establecido una dependencia tal que no puede realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.
- ✓ **Consumo disfuncional:** Las personas constantemente necesitan consumir la droga y han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a su obtención y consumo, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento.

Tolerancia: adaptación del organismo a los efectos de la droga, disminución de la respuesta a la mínima dosis de la droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico es necesaria una dosis mayor.

Dependencia: según la OMS es un estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, caracterizada por la modificación de la conducta y otras reacciones, que siempre comprende un impulso que lleva a tomar la sustancia de modo continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de su privación.

Existen dos tipos de dependencia:

a) Psicológica

Existe un sentimiento de satisfacción cuando se ingiere la droga, o un impulso psíquico que requiere su consumo de forma periódica para poder producir la sensación de bienestar y evitar las sensaciones de malestar que suelen presentarse en caso de la ausencia de la sustancia.


b) Física

Hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga causado por la acción recíproca entre el organismo y la sustancia, el organismo modifica su comportamiento, donde siempre está presente un impulso reprimible por consumir la droga de forma continua.

Síndrome de abstinencia: según la OMS es el conjunto de signos y síntomas, físicos y psicológicos que aparecen como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia. Los síntomas son normalmente opuestos a los efectos agudos de cada sustancia adictiva y varían según la clase de sustancia.


6.4. Efectos de las drogas en el cerebro

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse, (2014) el cerebro es un órgano muy importante del cuerpo humano, regula funciones que son vitales para el funcionamiento del cuerpo, permite interpretar y responder a todo lo que experimenta y moldea sus pensamientos, emociones y comportamientos. Diferentes partes del cerebro son responsables de coordinar y llevar a cabo funciones específicas. Las drogas pueden alterar áreas importantes del cerebro que son necesarias para funciones vitales y pueden fomentar el abuso compulsivo de drogas que caracteriza a la adicción.




Tallo cerebral

- Controla las funciones básicas vitales esenciales, como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño.



Corteza cerebral

- Diferentes áreas procesan la información de nuestros sentidos, lo que nos permite ver, sentir, oír y saborear. La parte frontal de la corteza, llamada corteza frontal (prosencéfalo), es el centro del pensamiento del cerebro. Faculta nuestra capacidad de pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.



Sistema límbico

- Vincula una serie de estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. Es el responsable de nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica las propiedades de muchas drogas de alterar el humor.

Fig. No. 35 Estructuras del cerebro afectadas por el uso de drogas

Para entender cómo es que actúan las drogas a nivel cerebral es importante conocer el mecanismo de neurotransmisión normal que se lleva a cabo en el SNC.

Dicho mecanismo ocurre como una forma de comunicación entre las neuronas, la membrana plasmática de la neurona presináptica se encuentra polarizada debido a la acción electrogénica de la ATPasa de Na^+ y K^+ , que bombea 3 Na^+ hacia afuera e introduce 2 K^+ .

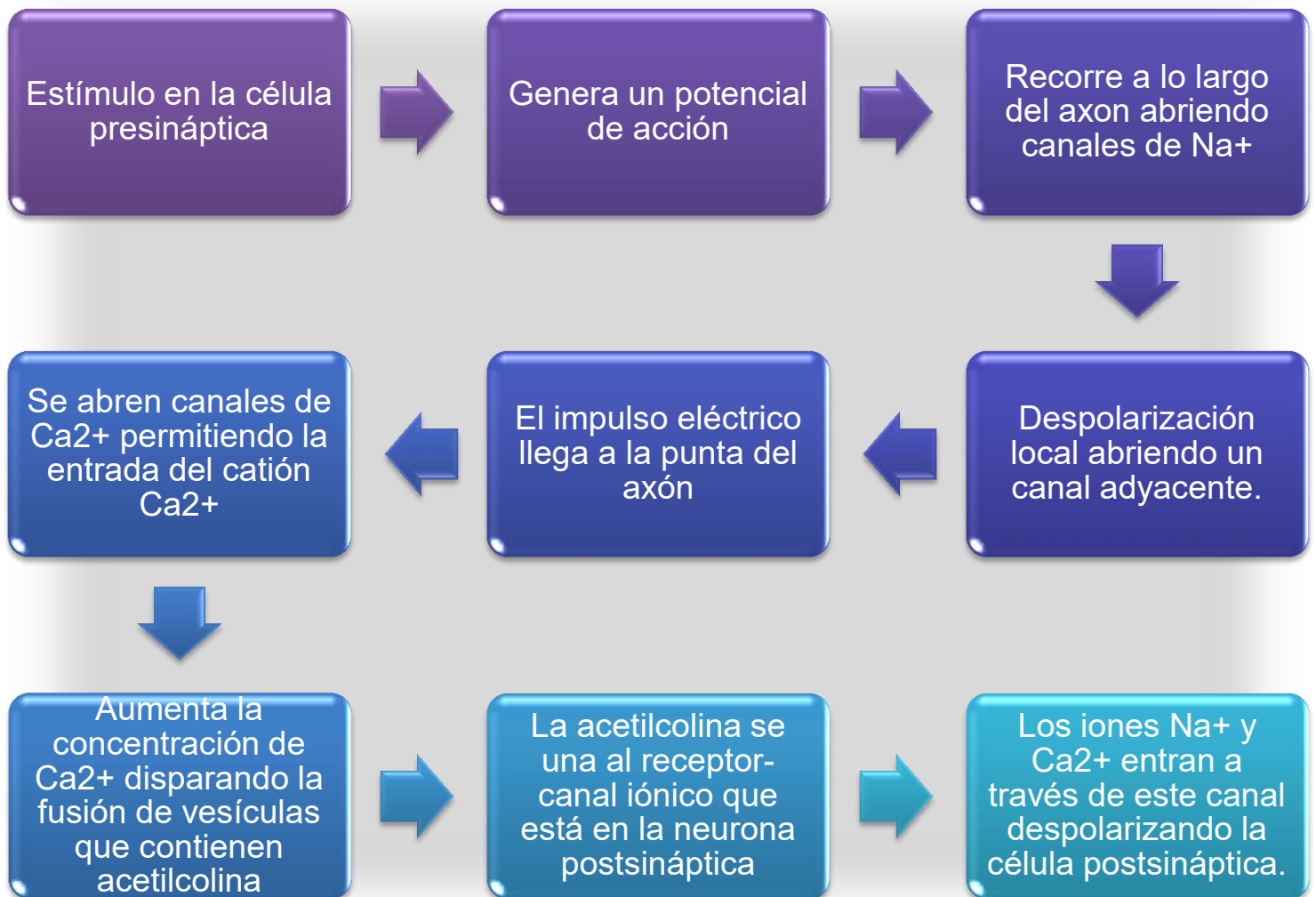


Fig. No. 36 Mecanismo de neurotransmisión de la acetilcolina

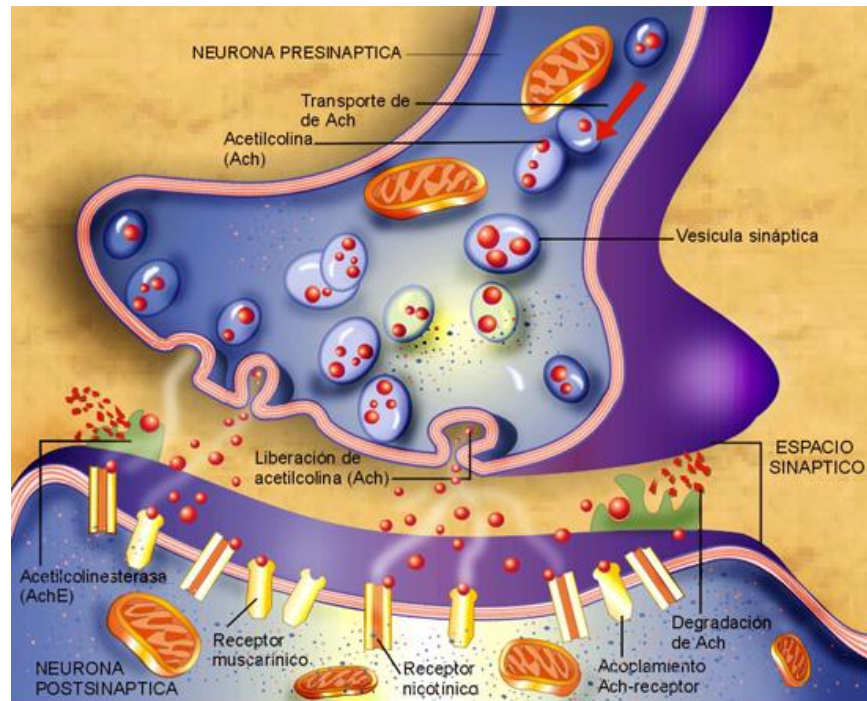


Fig. No. 1 Neurotransmisión

Algunas drogas, como la marihuana y la heroína, pueden activar las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran a las neuronas y las activen. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan las neuronas de la misma manera que lo hace un neurotransmisor natural, y conducen a mensajes anómalos que se transmiten a través de la red.

Otras drogas, como las anfetaminas o la cocaína, pueden causar que las neuronas liberen cantidades inusualmente grandes de neurotransmisores naturales o pueden prevenir el reciclaje normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esta alteración produce un mensaje amplificado en gran medida, que en última instancia interrumpe los canales de comunicación.

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobre estimulación del sistema con drogas produce



efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo.

Nuestros cerebros están conectados para garantizar que repitamos las actividades vitales al asociar estas actividades con el placer o la recompensa. Cada vez que se activa este circuito de recompensa, el cerebro nota que está sucediendo algo importante que necesita recordar, y nos enseña a hacerlo una y otra vez sin pensar en ello.

Debido a que las drogas adictivas estimulan el mismo circuito, aprendemos a abusar de las drogas de la misma manera. Cuando se toman algunas drogas adictivas, pueden liberar de 2 a 10 veces más la cantidad de dopamina que las recompensas naturales, como comer y tener sexo. En algunos casos, esto ocurre casi de inmediato (como cuando las drogas se fuman o se inyectan), y los efectos pueden durar mucho más que los producidos por las recompensas naturales. Los efectos resultantes sobre el circuito de recompensas del cerebro son gigantescos en comparación con los producidos por los comportamientos naturales de gratificación. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a la gente a consumir drogas una y otra vez.

Durante la adolescencia, la maduración del cerebro contempla diferentes cambios; la maduración gradual de las áreas frontales, media y laterales, responsables de las funciones cognitivas superiores. El neurodesarrollo adolescente tiene lugar primordialmente en regiones cerebrales asociadas a motivación, impulsividad y susceptibilidad adictiva. Este fenómeno implica que la impulsividad y la búsqueda de novedad, características temperamentales tan propias de la adolescencia, pueden explicarse en parte por cambios madurativos en sistemas monoaminérgicos corticales frontales y subcorticales. A medida que sobreviene la maduración nerviosa tienden a reducirse la impulsividad y otros rasgos a fines. Mientras la reducción ocurre, estos procesos pueden tanto promover impulsos para aprender en orden a adaptarse a papeles sociales adultos, como conferir una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de las drogas (Fuentes Castillo; Rivera Herrera, 2016).

Por otro lado en la corteza prefrontal un menor intervención de algunos neurotransmisores de carácter excitador e inhibidor junto con una presencia máxima de dopamina, estos fenómenos incrementan el carácter reforzador y gratificante de alcohol y drogas, con los consiguientes riesgos para quienes son consumidores (Toro, 2010).



Problematización

Entre 16 y 39 millones de personas en el mundo sufren por el consumo de drogas, reporta el resumen 2014 del Informe Mundial sobre las Drogas. El uso de cualquier estimulante perjudica los sistemas respiratorio, circulatorio, metabólico y sobre todo el sistema nervioso central, ocasionando no solo negativas consecuencias para la salud y seguridad pública, sino para la sociedad en general. (Conacyt, 2015)

En México el principal problema de consumo lo constituye el alcohol, considerado junto con el tabaco una droga legal, 4.9 millones de personas en el país ya tienen dependencia. En tanto que 47.2 por ciento de los hombres y 19.3 por ciento de las mujeres presentan un consumo considerado alto. En el caso de los adolescentes entre 12 y 17 años, el consumo en hombres es de 17.3 por ciento y en mujeres de 11.7 por ciento. (ENA, 2011)

El consumo del alcohol, de solventes inhalables, de productos de tabaco y de drogas ilegales representa un complejo fenómeno originado por un amplio entramado de factores de riesgo. El consumo de drogas y sus consecuencias sociales y para la salud son tema de interés de múltiples sectores de la sociedad. Los datos recabados con la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2011, mostraron que en la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida aumentó significativamente, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011, en este grupo de edad la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente) (Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes, 2014)

En el grupo de 17 años y más, también el alcohol es la sustancia más consumida alguna vez en la vida (88,7%), seguida por las bebidas energizantes (79,3%), el tabaco (52,1%), la marihuana (28,3%) y los psicofármacos sin prescripción médica (8,1%). Sin embargo, a diferencia de los otros dos grupos de edad, la cocaína tiene una proporción casi idéntica (6,1%) a la de tranquilizantes sin prescripción. En relación a los estudiantes menores, también se observan diferencias con respecto a la proporción de jóvenes que declararon haber consumido alguna vez éxtasis y alucinógenos, las cuales alcanza un 3,6% y 3,8% respectivamente (SEDRONAR, 2014).

En la presente investigación se resalta que las emociones en los adolescentes son fenómenos psicofisiológicos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente, alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria, por lo que con base en lo anterior se presenta la siguiente pregunta de investigación:



Pregunta de investigación

¿Cuáles son las emociones y conductas que experimenta el adolescente al consumir algún tipo de droga?

Objetivos

Objetivo general

Asociar la emoción dominante y la conducta del adolescente en relación con el uso y abuso de drogas.

Objetivos específicos

1. Identificar las emociones de los adolescentes que consumen algún tipo de droga y la influencia que el entorno tiene sobre ellos.
2. Identificar los elementos del entorno que propician en los adolescentes la decisión de ingerir alguna droga.

Metodología

Esta es una investigación de tipo cualitativa que empleó el método fenomenológico, ya que se tomaron en cuenta las experiencias que los adolescentes han presentado en el mundo de las adicciones. La fenomenología considera que los seres humanos están vinculados en su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, persona, sucesos y situaciones.

En la presente investigación se trabajó con la población adolescente que usen y abusen de algún tipo de sustancia activa.

Se llevó a cabo una observación participante como método de recolección de información, ya que las investigadoras se verán involucradas en el escenario natural de los sujetos de estudio, observando las conductas que los jóvenes presentan.

Es prospectiva pues se realizó una entrevista semiestructurada para la obtención de la información que constó de 6 preguntas.

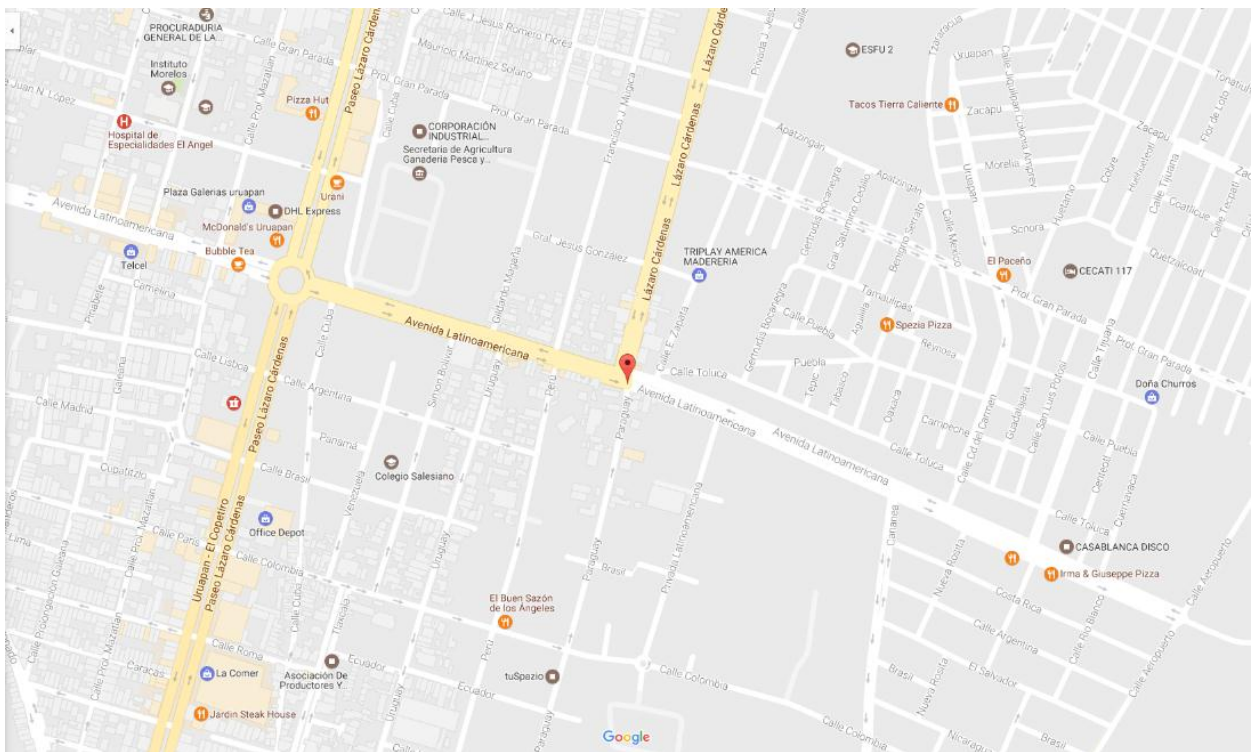


Diseño

Con la presente investigación cualitativa se seleccionó como método interpretativo la fenomenología basado en la pregunta de investigación, cabe mencionar que el estudio es de alcance descriptivo

Escenario o campo para la recolección de datos

Los diferentes escenarios de donde se seleccionaron los informantes, fueron en Excursionistas Cardenales Mz 92 Lt: 1025 la Presa .Código Postal 57180 y en la calle Cerrada 16 de Septiembre No. 8 en la Colonia Ciudad de los Niños en los Municipios de Tlalnepantla y Naucalpan ambos localizados en el Estado de México.



La presa



Colonia Ciudad de los Niños, Municipio Naucalpan de Juárez, Estado de México



Informantes

No	Nombre	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Genero	Religión	Tipo de droga
E.1	Israel	22	Secundaria truca	Soltero	Masculino	Católica	Marihuana
E.2	Isidro	18	Universidad	Soltero	Masculino	T, Jehová	Marihuana
E.3	Inés	18	Preparatoria	Soltera	Femenino	Católica	Marihuana
E.4	Irais	22	Universidad	Soltera	Femenino	Católica	Marihuana
E.5	Ismael	22	Secundaria	Soltero	Masculino	Creyente sta. muerte	Marihuana
E.6	Isaac	18	Secundaria	Soltero	Masculino	Creyente	Marihuana
E.7	Ignacio	19	Preparatoria	Soltero	Masculino	Creyente	Marihuana Cocaína
E.8	Iván	20	Secundaria	Soltero	Masculino	Creyente sta. muerte	Piedra
E.9	Irving	19	Preparatoria	Soltero	Masculino	Creyente	Piedra

Tabla No. 17 Caracterización de los informantes



Características de los informantes

Fueron seleccionados 9 informantes ambos sexos, en etapa de adolescencia tardía, quienes ya abusan de alguna sustancia psicoactiva, 2 mujeres y 7 hombres.

Criterios de selección



Fig. No. 38 Criterios de selección



Estrategia de recolección de datos y técnicas para la obtención de información

Se eligió como estrategia de recolección de datos una entrevista semiestructurada que consto de 6 preguntas básicas, se seleccionaron 9 adolescentes tomando en cuenta los criterios, quiénes fueron citados en lugares donde se pudiera realizar la entrevista, se les explico el procedimiento de recolección de información enseguida se les mostró el consentimiento informado donde se les explico el objetivo de dicha entrevista, pidiéndoles su firma para así continuar con la realización de las preguntas, mencionándoles que las respuestas serian grabadas por los entrevistadores.



Aspectos éticos y legales

Para la presente investigación se tomaron en cuenta tres documentos importantes como son el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe de Belmont, dichos documentos son aplicables a toda investigación que se realice con seres humanos protegiendo su dignidad, apegándose a la seguridad de los participantes en las investigaciones científicas, a continuación, solo se destacan solo los puntos que se apegan a nuestra investigación.

Código de Núremberg (experimentos médicos permisibles)

- *El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.*

La persona afectada deberá tener la capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide.

El investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento.

- *El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.*
- *El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.*
- *Los experimentos deberían ser realizados sólo por personas cualificadas científicamente. Deberá exigirse de los que dirigen o participan en el experimento el grado más alto de competencia y solicitud a lo largo de todas sus fases.*
- *En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.*
- *En el curso del experimento el científico responsable debe estar dispuesto a ponerle fin en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, de su habilidad comprobada y de su juicio clínico,*



que la continuación del experimento puede probablemente dar por resultado la lesión, la incapacidad o la muerte del sujeto experimental.

Declaración de Helsinki (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos)

Principios para toda investigación médica

- *En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.*
- *La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.*
- *Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.*
- *La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.*
- *La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.*
- *Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.*
- *En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto*



pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

- *Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.*
- *Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.*
- *Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.*

Informe de Belmont (principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación)

Principios éticos básicos

- *Respeto por las personas:* incorpora dos convicciones éticas;
 1. Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos.
 2. Las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección



- **Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Implica dos puntos importantes:
 1. No hacer daño
 2. Aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.
- **Justicia:** Hay varias formulaciones ampliamente aceptadas de formas justas para distribuir las cargas y los beneficios.
 1. A cada persona una porción igual
 2. A cada persona de acuerdo a su necesidad individual
 3. A cada persona de acuerdo al esfuerzo individual
 4. A cada persona de acuerdo a su distribución a la sociedad
 5. A cada persona de acuerdo al mérito



Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se trabajó con los principios de análisis de material cualitativo de Souza Minayo (2005, 2011).

Por actores, (similitudes y diferencias que responden al objeto de estudios).

Categorización

CATEGORIA	DISCURSOS
<p>CATEGORIA 1: La curiosidad como motivo detonante para el consumo de drogas en adolescentes.</p>	<p><i>[...] Fue por curiosidad y ya después por el efecto me volví adicto a eso, probé la marihuanita y pues ahí valió, sigo de pacheco hasta la fecha</i> I1; Israel</p> <p><i>[...] En realidad quería saber que era consumir la marihuana, no fue por algún amigo ni nada solo fue así como de “a quiero saber qué es eso o a que sabe o que se siente”</i> I8; Iraís</p>



CATEGORIA	DISCURSOS
<p>CATEGORÍA 2: Factores sociales de Riesgo para el consumo de drogas en adolescentes</p>	<p><i>[...] el alcohol si era así como obligatorio en las fiestas o en las reuniones que igual no había muchas, cada semana, lo típico era el alcohol, la marihuana la consumo aparte porque no todo el mundo la verdad se atreve a exteriorizarlo ni a decir “ay bueno yo me drogo” eso es como más personal, ya lo demás si es con los amigos, así como que estas probando y estas conociendo</i> I8; Irais</p> <p><i>[...] La mayoría de las veces en que consumía marihuana ha sido en la escuela o en fiestas, la verdad la mayoría en fiestas...lo tengo siempre cerca entonces es más difícil que lo pueda dejar, la mayoría de mis amigos son consumidores frecuentes de marihuana también, y pues el hecho de estar en la escuela siempre con ellos lo hacemos, siempre no faltaba el momento en que dijeran “hay vamos a fumar” y como que no tengo la fuerza de voluntad como para decir no, lo hacía.</i> I6; Inés</p>



CATEGORIA	DISCURSOS
<p>CATEGORÍA 3: La tristeza como emoción maximizada en adolescentes con abuso de drogas.</p>	<p><i>[...] me siento vacío, triste, mi mamá me ignora, he tratado de dejarla, pero me es muy difícil, por tal motivo prefiero ingerir marihuana para olvidarme de todo y pues no la considero nociva. Ya cuando no la consumo siento soledad, estrés, ansiedad, no sé, nostalgia.</i> I2; Ismael</p> <p><i>[...] me sentí solo, triste, como desesperado al no saber cómo ayudar a mi mamá, por problemas cuando mi papa se alejó de nosotros, me salí de la escuela, cuando fumo la marihuana sigo con la emoción de la tristeza, pero me siento más aliviado, o más acompañado.</i> I4; Ignacio</p> <p><i>[...] me sentía solo, triste, desesperado con ganas de gritar por no sentirme allegado con mi mamá, quería hacer muchas cosas por lo que siento, pienso que no le importo a mi familia, fumar marihuana me ayuda a sentirme mejor.</i> I7; Iván</p> <p><i>[...] me siento triste, enojado conmigo mismo, después de consumirla me siento pues un poco mejor, lo difícil es volver a la realidad ya que es volver a esa tristeza a ese enojo a esos dolores, a esas decepciones, siento que es mejor el estar en el estado drogado que vivir en la realidad...a veces si pienso que estoy decepcionando aún más a mi madre y le estoy dando un mal ejemplo a mi hermana.</i> I5; Isidro</p>



CATEGORIA	DISCURSOS
<p>CATEGORÍA 4: Bienestar, tranquilidad y alegría como emociones predominantes en adolescentes usuarios de droga.</p>	<p><i>[...] Al consumirla me da como paz ósea sinceramente si me puedo sentir más tranquila, despreocupada y como que las cosas van más relajadas, en realidad eso es lo que busco que me sienta no tan estresada, agobiada por las cosas</i> I8; Iraís</p> <p><i>[...] Al consumirla siento que nada me falta y me tranquiliza, me relaja, cubro el hueco que me hacía falta, porque desde muy pequeño mi padre y madre han trabajado, nunca se han preocupado por mi tanto y sé que esta sustancia jamás me dejara solo es la que me acompaña en todo momento.</i> I2; Ismael</p> <p><i>[...] Cuando la uso me siento muy relajado, tranquilo, se podría decir que pienso muy egoístamente, no pienso en nadie más, más que en mí...siento cierta alegría porque digo que si lo estoy haciendo es porque quiero buscar la salida a mis problemas. I5; Isidro</i></p> <p><i>[...] cuando fumo me siento bien conmigo misma, contenta, relajada, despreocupada, tranquila, feliz ya no siento las presiones que sentía antes, en general no me sentía mal porque estaba logrando lo que quería y cumplir con las tareas entonces no me siento con culpabilidad</i> I8; Iraís</p>



Hallazgos

Analizando las entrevistas de los informantes se obtuvieron 4 categorías:

- 1) La curiosidad como motivo detonante para el consumo de drogas en adolescentes.
- 2) Factores sociales de Riesgo para el consumo de drogas en adolescentes
- 3) La tristeza como emoción maximizada en adolescentes con abuso de drogas.
- 4) Bienestar, tranquilidad y alegría como emociones predominantes en adolescentes usuarios de droga.



Discusión

1) La curiosidad como motivo detonante para el consumo de drogas en adolescentes.

Durante la adolescencia, la maduración del cerebro contempla diferentes cambios; como la maduración gradual de las áreas frontales, media y laterales, responsables de las funciones cognitivas superiores. El neurodesarrollo adolescente tiene lugar primordialmente en regiones cerebrales asociadas a motivación, impulsividad y susceptibilidad adictiva. Este fenómeno implica que la impulsividad y la búsqueda de novedad, características temperamentales tan propias de la adolescencia, pueden explicarse en parte por cambios madurativos en sistemas monoaminérgicos corticales frontales y subcorticales (Fuentes & Rivera, 2016; Tapia et al., 2013, 2016).

Los cambios cognitivos y reestructuración de la personalidad son dos grandes conquistas de la etapa adolescente. El interés y el despliegue de capacidades que tiene el adolescente se manifiesta en un conocimiento del mundo y de sí mismo. En lo relativo al conocimiento social, el que adquieren los adolescentes en el intercambio interpersonal, les permite establecer diferencias y similitudes de sí mismos con respecto a los otros y relativizar sus propias creencias (Peter, 2011).

El interés de los adolescentes abarca diferentes campos que incluyen lo social, religioso, político, el razonamiento, el mundo interior, etc., y el conocimiento que construyen lo hacen en interacción con el mundo social y con sus pares (Tapia et al., 2016).

Estos procesos pueden tanto promover impulsos para aprender en orden a adaptarse a papeles sociales adultos, como conferir una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de las drogas (Fuentes & Rivera, 2016, Tapia et al., 2013, 2016).

Lo anterior coincide con los siguientes discursos, ya que al ser un mundo desconocido por los adolescentes, pero a la vez observado en sus entornos y narrado por sus pares, propicia la inquietud por querer conocer y experimentar las sensaciones que les puede proporcionar la droga.

[...] En realidad quería saber que era consumir la marihuana, no fue por algún amigo ni nada solo fue así como de “a quiero saber qué es eso o a que sabe o que se siente” **I8; Iraís**



[...] Fue por curiosidad y ya después por el efecto me volví adicto a eso, probé la marihuanita y pues ahí valió, sigo de pacheco hasta la fecha **I1; Israel**

Los amigos y conocidos pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia. Si estos pares consumen drogas, pueden convencer hasta a quienes no tienen factores de riesgo de que las prueben por primera vez. El fracaso escolar o la falta de habilidades sociales pueden poner a un niño en mayor riesgo de consumir o convertirse en adicto a las drogas (National Institute on Drug Abuse, 2014).

2) Factores sociales de Riesgo para el consumo de drogas en adolescentes

En todos los adolescentes están presentes los riesgos para que se lleve a cabo una adicción en mayor o menor medida, sin embargo, la baja percepción que tienen de estos factores va favoreciendo la aceptación hacia el uso de drogas, lo que podría favorecer el abuso o no de estas (Guzmán et al., 2016, Fuentes & Rivera, 2016).

Relacionado con lo anterior, Bandura (2013) resalta el enfoque cognitivo social de las interacciones recíprocas entre las personas y con su medio, provocando un impacto a la conducta y toma de decisiones del adolescente. El refuerzo vicario es el hecho de ver a otros que reciben recompensas o castigos por determinadas conductas que puede llevar a la imitación o la evitación de algunos actos, así mismo Tapia y cols (2009, 2013, 2016) mencionan la baja percepción de riesgo como un factor determinante en las decisiones de los jóvenes ante el uso y abuso de drogas legales e ilegales.

Por otro lado Bronfenbrenner (2013) con el análisis del desarrollo adolescente que está basado en la teoría del campo de Lewin, considera la conducta como función o interacción entre el individuo y su medio, resaltando que un cambio en el entorno físico y el medio social influye en el desarrollo de la persona adolescente.

Según Tapia y cols (2016) los adolescentes tienen diferentes niveles de riesgo para el consumo de drogas, dependiendo de los factores individuales, familiares y sociales que presenten, tal como se muestra en los siguientes discursos:

[...] La mayoría de las veces en que consumía marihuana ha sido en la escuela o en fiestas, la verdad la mayoría en fiestas...la tengo siempre cerca entonces es más difícil que lo pueda dejar, la mayoría de mis amigos son consumidores frecuentes de marihuana también, y pues el hecho de estar en la escuela siempre



con ellos lo hacemos, siempre no faltaba el momento en que dijeran “hay vamos a fumar” y como que no tengo la fuerza de voluntad como para decir no, lo hacía.

I6; Inés

[...] el alcohol si era así como obligatorio en las fiestas o en las reuniones que igual no había muchas, cada semana, lo típico era el alcohol, la marihuana la consumo aparte porque no todo el mundo la verdad se atreve a exteriorizarlo ni a decir “ay bueno yo me drogo” eso es como más personal, ya lo demás si es con los amigos, así como que estas probando y estas conociendo. I8; Irais

Existe mayor vulnerabilidad en los entornos sociales en donde el individuo está inmerso, creciendo en entornos de alto riesgo como zonas donde hay consumo excesivo de drogas, delincuencia, desarraigo social y marginación; con familias multiproblemáticas en conflictos sociales severos o excluidos socialmente (Tapia et al, 2013, 2016; Guzmán et al., 2016).

3) La tristeza como emoción maximizada en adolescentes con abuso de drogas.

El Sistema límbico vincula una serie de estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. Es el responsable de nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica las propiedades de muchas drogas de alterar el humor, la marihuana al inicio produce sensaciones de euforia, pero en sí es un depresor del sistema nervioso central, lo que explica la experimentación de tristeza en los informantes.

Se logra establecer el vínculo que existe entre las emociones, sus activadores y los comportamientos resultantes, la tristeza se asocia a una pérdida y provoca un comportamiento de replegarse, la aversión provocada por una situación adversa (Goleman, 2011; Guzmán et al., 2016; Fuentes & Rivera, 2016).

Como se muestra en los siguientes discursos de los informantes, los cuales después de consumir la droga se sienten fracasados, tristes, con soledad y en ocasiones cierta decepción por su familia y de sí mismo:

[...] me siento vacío, triste, mi mamá me ignora, he tratado de dejarla, pero me es muy difícil, por tal motivo prefiero ingerir marihuana para olvidarme de todo y pues no la considero nociva. Ya cuando no la consumo siento soledad, estrés, ansiedad, no sé, nostalgia. I2: Ismael



*[...] me sentí solo, triste, como desesperado al no saber cómo ayudar a mi mamá, por problemas cuando mi papá se alejó de nosotros, me salí de la escuela, cuando fumo la marihuana sigo con la emoción de la tristeza, pero me siento más aliviado, o más acompañado. **I4; Ignacio***

*[...] me sentía solo, triste, desesperado con ganas de gritar por no sentirme allegado con mi mamá, quería hacer muchas cosas por lo que siento, pienso que no le importo a mi familia, fumar marihuana me ayuda a sentirme mejor. **I7; Iván***

*[...] me siento triste, enojado conmigo mismo, después de consumirla me siento pues un poco mejor, lo difícil es volver a la realidad ya que es volver a esa tristeza a ese enojo a esos dolores, a esas decepciones, siento que es mejor el estar en el estado drogado que vivir en la realidad...a veces si pienso que estoy decepcionando aún más a mi madre y le estoy dando un mal ejemplo a mi hermana. **I5; Isidro***

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobre estimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo (Tapia *et al.*, 2013, 2016; Fuentes & Rivera, 2016; Guzmán *et al.*, 2016).

*[...] Cuando la uso me siento muy relajado, tranquilo, se podría decir que pienso muy egoístamente, no pienso en nadie más, más que en mí...siento cierta alegría porque digo que sí lo estoy haciendo es porque quiero buscar la salida a mis problemas. **I5; Isidro***

Bisquerra, (2009); Guzmán y cols, (2016) mencionan que las emociones cumplen con diferentes funciones, una de ellas es la función motivacional; una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigida hacia determinada meta y hacer que se ejecute con un cierto grado de intensidad; la conducta motivada produce una reacción emocional y, a su vez, la emoción facilita la aparición de conductas motivadas.

Lo anterior explica la acción repetida de ingerir la sustancia con el fin de sentir emociones positivas y aunado a ello se va produciendo lo que es la tolerancia; adaptación del organismo a los efectos de la droga, disminución de la respuesta a la mínima dosis de la droga o por el hecho de que para producir el mismo grado



de efecto farmacodinámico es necesaria una dosis mayor (Tapia *et al*, 2013, 2016; Fuentes & Rivera, 2016).

4) Bienestar, tranquilidad y alegría como emociones predominantes en adolescentes usuarios de droga.

Las emociones positivas se correlacionan con signos que aumentan el bienestar físico, el efecto de muchas sustancias psicoactivas provee el mismo sentimiento eufórico y puede haber tenido algunos efectos en el aumento de los niveles de bienestar físico. Sin embargo el uso actual de sustancias psicoactivas no lleva la misma predicción en el aumento del bienestar y de echo pueden actuar como patógeno en los circuitos neuronales, sin embargo estas drogas siguen siendo el blanco de los mismos mecanismos arcaicos del cerebro con la intención de inducir emociones positivas Las drogas que estimulan las emociones positivas prácticamente median los incentivos de motivación en el núcleo accumbens y en el sistema de recompensas neural. La moderna adicción a las drogas fundamentalmente indica un falso aumento en el bienestar físico, que lleva a un incremento en el consumo de estas, a pesar de que la ganancia sea falsa. (Fuentes & Rivera, 2016).

[...] Al consumirla me da como paz ósea sinceramente si me puedo sentir más tranquila, despreocupada y como que las cosas van más relajadas, en realidad eso es lo que busco que me sienta no tan estresada, agobiada por las cosas

I8: Iraís

[...] Al consumirla siento que nada me falta y me tranquiliza, me relaja, cubro el hueco que me hacía falta, porque desde muy pequeño mi padre y madre han trabajado, nunca se han preocupado por mi tanto y sé que esta sustancia jamás me dejara solo es la que me acompaña en todo momento. I2; Ismael

[...] cuando fumo me siento bien conmigo misma, contenta, relajada, despreocupada, tranquila, feliz ya no siento las presiones que sentía antes, en general no me sentía mal porque estaba logrando lo que quería y cumplir con las tareas entonces no me siento con culpabilidad. I8; Iraís

Durante la etapa de bienestar el cerebro se relaja y procesa únicamente pensamientos de calma, estos se asocian con otros eventos precedentes de esta misma emoción para integrar una visión de vida propia de cada persona (Fuentes & Rivera, 2016).



Si bien, las drogas son sustancias químicas que modifican la percepción, las emociones o el estado de ánimo, cuyo uso puede ser motivo de abuso o adicción, esto debido a que todas las drogas que producen adicción actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y, aunque tienen diferentes blancos y mecanismos de acción, convergen en la activación de algunos núcleos específicos del cerebro; el punto donde convergen las drogas que producen adicción es en la liberación de dopamina. Los estimulantes del SNC lo hacen directamente porque provocan la liberación de neurotransmisores excitadores, entre ellos la dopamina, que es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer, la estimulación química con dicho neurotransmisor de zonas que normalmente se activan con estímulos naturales gratificantes lleva a la repetición de la conducta, por tanto en ausencia de la droga la deficiencia en el número de receptores hace que haya una transmisión deficiente, lo que se asocia con un estado de ánimo deprimido, falta de capacidad de experimentar placer frente a lo que antes era grato y un deseo irresistible de volver a consumir la droga (Cruz, 2006).

Cuando consumen una droga por primera vez, las personas pueden percibir los que parecen ser efectos positivos; también pueden creer que pueden controlar su consumo. Sin embargo, las drogas pueden apoderarse rápidamente de la vida de una persona. Con el tiempo, si el consumo de drogas continúa, otras actividades placenteras se vuelven menos agradables, y las drogas se vuelven necesarias para que el consumidor se sienta “normal.” Luego, es posible que busquen y consuman drogas compulsivamente, a pesar de que estas les causan tremendos problemas a ellos y a sus seres queridos. Algunos pueden comenzar a sentir la necesidad de tomar dosis más altas o más frecuentes, incluso en las primeras etapas del consumo. Estos son los signos reveladores de una adicción (National Institute on Drug Abuse, 2014, Tapia *et al*, 2016).



Conclusiones

Se sabe que la ingesta de sustancias se ha dado desde décadas anteriores, pero hemos visto con el paso del tiempo como el consumo prevalece en la actualidad en etapas más tempranas con baja percepción de riesgo, a pesar de la información que se les brinda sobre las consecuencias que estas conllevan, es por ello la importancia de indagar sobre los factores de riesgo que predisponen al adolescente al ingerir algún tipo de droga, marcándoles esos puntos tan importantes, hablarles a cerca de las consecuencias que puede traer su consumo, como los daños a la salud, los problemas sociales, económicos y legales, hay que hacerles saber que no es necesario usar las drogas para resolver los problemas y cambiar las emociones que los lastiman, porque esas permanecen si no se modifica la manera en que se percibe y analiza la situación que las genera.

El objetivo general de asociar la emoción dominante y la conducta del adolescente en relación con el uso y abuso de drogas fue satisfactoriamente alcanzado, la tristeza, emoción negativa tiene un impacto muy fuerte sobre la percepción, el juicio y los comportamientos en los adolescentes en el consumo de drogas, se logró identificar en nuestros hallazgos la curiosidad detonante la experimentación de nuevas cosas, el que se siente y sus efectos, el cómo probar una sustancia nueva para ellos, que además le anuncian como una bomba que les proporciona placeres indescriptibles, es una tentación demasiado potente como para resistirse a ella, minimizando cualquier riesgo o peligro. Buscar sensaciones fuertes es algo inherente a la propia naturaleza, sobre todo en algunas etapas de nuestra vida. Por ello los adolescentes se embarcan en muchas aventuras de alto riesgo que encienden su motivación de una manera explosiva e incendiaria, en la mayoría de los adolescentes están presentes los factores de riesgo para que se lleve a cabo una adicción en mayor o menor medida, sin embargo, la baja percepción de riesgo que tienen de estos factores va desarrollando la aceptación hacia el consumo de drogas, siendo los factores de riesgo individuales y sociales en este caso los más sobresalientes, arrojados por los informantes, Existe mayor vulnerabilidad en los entornos sociales en donde el individuo está inmerso, creciendo en entornos de alto riesgo como zonas donde hay consumo excesivo de drogas; con familias multiproblemáticas en conflictos sociales severos o excluidos socialmente.

La enfermería como ciencia y disciplina debe expandir su campo de acción más allá de lo clínico y hospitalario, es importante que se enfoque y proyecte hacia la comunidad, para que se pueda identificar de una manera más anticipada problemas de salud y así abordar con efectividad dichos problemas por medio de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, creando acciones enfocadas a educación para la salud que impliquen hábitos, conductas y cuidados que no sólo recuperen la salud de una persona de manera específica, si no que supongan el mantenimiento de un ambiente comunitario seguro y saludable para



todos y todas sus integrantes, teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada población y su influencia en cada grupo etéreo, en este caso, los y las adolescentes. La intervención de Enfermería considerando las emociones y la curiosidad de los jóvenes con respecto al tema de sustancias ilícitas es vital para la prevención de adicciones, es prioritario favorecer el desarrollo de la inteligencia emocional en niños y adolescentes con fines preventivos para evitar que una emoción maximizada lleve al adolescente a tomar decisiones precipitadas y poco asertivas, su baja percepción de riesgo no le ayuda mucho para prever las consecuencias de sus actos y pensando en escapar de la tristeza, pueden llegar a escapar de la vida, ya que el consumo y tráfico de drogas genera problemas aún mayores, como lo son la violencia, la pobreza y la muerte (Martínez *et al*, 2013).

Por ello el personal de enfermería debe percatarse de los problemas de salud pública del país y de las necesidades de la población a la que atiende, para así realizar acciones tanto preventivas como asistenciales con enfoque holístico que ayuden a mejorar el estado de salud y los problemas comunitarios (Guzmán *et al.*, 2016; Rivera & Fuentes, 2016; Tapia *et al*, 2016).

Es recomendable que los padres de familia estén al pendiente de los jóvenes, que tengan una buena comunicación, ayudándoles a salir de sus dudas, problemas y no dejándolos solos, recordando que la confianza es el pilar importante en la familia, para que esto no conlleve al riesgo de drogas en los adolescentes.

Es posible que la enfermería fomente y rescate los factores de protección y habilidades que ayuden a la vida, a la aplicación de la inteligencia emocional en algún punto conflictivo del adolescente, dándole un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de los adolescentes ya que son el grupo más vulnerable y así evitar los daños a su salud tanto física como mental (Guzmán *et al.*, 2016).



Referencias bibliográficas

1. Álvarez Bermúdez J. Análisis psicosocial del uso de sustancias adictivas. 1ra edición. España. Plaza y Valdés editores; 2011
2. Bandura A. (2013) Teoría Cognitiva Social y Teorías del aprendizaje social 1ra edición Mundara,
3. Barros Blanco M. Efectos del consumo de las drogas sobre la salud de los adolescentes. 2013. Consultado el 13/ 09/2016
4. Bisquerra, R. (2001). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Wolters Kluwer.
5. Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
6. Bronfenbrenner, U. (2013). Teoría ecológica sobre el desarrollo y el cambio de conducta en el individuo a través de su teoría de sistemas ambiente que influyen en el sujeto y en su cambio de desarrollo. 1ra edición E.E
7. Caballero-Martínez, F. (2010). *Las drogas: educación y Prevención*. Madrid: editorial cultural CONACYT.
8. Castro, M.E. y Margain, M. (2008). *Riesgo y vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida*.
9. Capo Bauza M. Mis hijos y las drogas. Prevención a través del clima familiar afectivo. Guía para padres. 1ra edición. Bogotá, Colombia. Ediciones de la U; 2011
10. Casella M. ¿La droga es el tóxico? Prevención de adicciones. 1ra edición. Buenos Aires. Logar Editorial; 2011
11. Cocoltzi, N y Herrera, A. E. (2014). *Taller de Inteligencia emocional para adolescentes*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
12. Coleman, C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Editorial Morata.
13. Comisión nacional contra las adicciones. Secretaría de salud. Avance en la comprensión del fenómeno de las adicciones. México DF.: comisión nacional contra las adicciones. Secretaría de salud. 2012.
14. Cruz Martín, S.L. (2006) *El cerebro y el consumo de drogas*. Revista Cinvestav. [Artículo en Línea]. Consultado el 22 de marzo del 2017. Disponible en: http://www.cinvestav.mx/Portals/0/SiteDocs/Sec_Difusion/RevistaCinvestav/abr-il-junio2006/cerebro.pdf
15. Del Castillo GJ. Health and adictions/Salud y drogas [Revista en línea]. 2010 [Consultado el 7 de septiembre 2015]; 10(1). Disponible en: <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/56>
16. Domenech, Llaberia, A. y Baños, I. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.



17. Dominguez-Rojas, V., Conde-Herrera, M. Regidor-Poyatos,, E., Albaladejo-Vicente, R. y Garcia-Rosado, M. V. (20 02). "Alcohol y salud pública". En G. Piedrola Gil (comp.) (2006). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: editorial Elsevier Masson.
18. Echeverria, S. L. Carrascoza, C. y Reidl, M. L. (2007). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM.
19. Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). *Drogas ilícitas. Reporte de drogas*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
20. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2014). Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
21. Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes. (2014). *Reporte de drogas*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014_.pdf
22. Evans-Schultes, R. y Hofmann, A. (2008). *Plantas de los dioses, orígenes del uso de los alucinógenos*. México: Fondo de cultura económica.
23. Fuentes C. A y Rivera.H.M.(2016) Impacto del programa de inteligencia emocional en adolescentes sobre factores de riesgo para vivir adicciones y Bulling.Mexico:UNAM
24. García de Jesús, M. C. y Carvalho Ferrani, M. G. (2008). *School as a "protective factor" agains drugs: perception adolescent and teachers*. Revista latinoamericana Enfermagen.
25. García Rivas I. Barriguete Mazméla B. Prevención y tratamiento delas adicciones en los servicios de salud. Primera Edición .México ;2012 Disponible en : <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro2.pdf>.
26. Guzmán, F. y Pedrao, L. J. (2008). *Personal an in the personal resk factors in the construction of illicit drugs by marginal adolescent and Young people from juvenile gangs*. Revista latinoamericana Enfermagen.
27. Guzmán.O, Maldonado.A ,y Ortiz.D(2016): Impacto de las emociones en adolescentes "Bullied como factor determinante para el cambio de rol en el bullying".México UNAM
28. Goleman, D. (2011). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
29. Herrera, T. y Ulloa, M. (2004). "Hongos tóxicos". *En el reino de los hongos*. México: UNAM/ Fondo de cultura económica.
30. Kuri -Morales, P.A.,González -Roldan,J.F., Hoy, M.J. y Cortez Ramírez , M.(2006).*Epidemiologia del tabaquismo en México* .Salud Publica de México. México
31. López, O. (2009). *Las emociones*. México: Trillas.
32. Lahuerta i Montoliu,A y LLoret i Grau, T.(2000). *Drogas síntomas y signos* .España:Editorial Octaedro.



33. Larger-Brancolini, F. y Lopez- Montoro, F. (2002). *Manual de drogodependencia para profesionales de la salud*. Barcelona, España: editorial universitaria.
34. Martínez, D. y cols (2013). *Intervención de enfermería en la adolescencia: experiencia en una institución de Estudios Secundarios Publica*. REVENF. [Consultado el 22 de marzo del 2017] Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/8412/7935>
35. Martínez, M.y Rubio,G (2002), *Manual de Drogodependencias para Enfermería*. España: Ed .Díaz de Santos SA
36. Mrasek, P.J. y Haggrtu, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
37. Moreno Reyes R. Emociones hacia el descubrimiento en una clase natural. Mexico,D.F;2014 Disponible en : <http://132.248.9.195/ptd2014/mayo/092025309/Index.html>
38. National Institute on drug abuse (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción*. [consultado el 22 de marzo del 2017] Disponible en: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf
39. Nicolson,Doula Ayers y Harry.*Problemas de la adolescencia* .Guia Practica para el Profesorado y la Familia. 1ª edición grupo editor. (2013)
40. Ortiz, I. (2014). *Propuesta de taller de inteligencia emocional para el manejo de las emociones en la adolescencia*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
41. Peter Blos. La transición adolescente. 3ra edición.Buenos Aires;amorrortu, 2011
42. Ramos, M. A. (2014). *El origen de las emociones*. México: Trillas.
43. SEDRONAR. (2014). *Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media 2014. Boletín N°1 Patrones y magnitud del consumo: diagnóstico a nivel país*. Recuperado de <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121>
44. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. *Informe 2014*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2014.pdf
45. Tapia (2009) metamorfosis. Percepción de riesgos sobre las drogas de inicio por los adolescentes con nivel escolar de secundaria .nutrición enteral en el niño con cardiopatía congénita.
46. Tapia, D. y cols. (2013). *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
47. Tapia, D. y cols. (2016). *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.



48. Tessier, G. (2004). *Comprender a los adolescentes*. Barcelona: Editorial Octaedro.
49. Toro J. El adolescente en su mundo. Riesgos problemas y trastornos. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2010. P. 33-41
50. Trianes-Torres, M.V. (2002). *Comprensión social, su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide Ediciones.
51. UNODC. <https://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>
52. Velaz A. Ostrosky F. Neurobiología de las emociones. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México. Mexico D.F;2013 Disponible : <http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/neurobiologia%20de%20las%20emociones.pdf>
53. Volkow D. N. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. 2008. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud. [acceso 4 de Febrero 2016]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf



Anexos

Consentimiento informado

A quien corresponda:

Yo:

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “” que se realizará por las pasantes de la Licenciatura en enfermería de la FESI cuyo objetivo consisten en identificar cuáles son las conductas y sentimientos que presentan los jóvenes al consumir algún tipo de sustancia adictiva.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en una entrevista semiestructurada de 6 preguntas y no conlleva ningún riesgo.

Entendiendo que del presente estudio se derivara el beneficio de conocer la influencia que tienen las drogas a nivel cognitivo propiciando una serie de conductas y sentimientos que las personas que han consumido algún tipo de droga han presentado.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee.

Firma



Entrevista semiestructurada

Ficha de identificación

EDAD		RELIGIÓN	
ESCOLARIDAD		ESTADO CIVIL	
GENERO		TIPO DE DROGA DOMINANTE	
DROGAS SECUNDARIAS		EDAD DE INICIO	
TIEMPO DE CONSUMO		Ocupación	

1. ¿Cuál es la sustancia que consumes con más frecuencia?
2. ¿Qué fue lo que detono la inquietud por consumir dicha sustancia?
3. Emocionalmente ¿Qué es lo que propicia a que ingieras la droga?
4. ¿Consideras que es una adicción lo que estás viviendo?
5. ¿Has tratado de dejar la adicción?
6. ¿Por qué?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

