



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

**CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794
PLAN 25 AÑO 08**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL
DESARROLLO Y ESTABLECIMIENTO DE LA
COADICCIÓN EN PADRES DE FAMILIA.
PROPUESTA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

RAMIREZ ALZATI EMMANUEL

ASESOR:

LIC. OSCAR HUGO AGUILAR HERNÁNDEZ



ECATEPEC DE MORELOS, MÉXICO, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE UNAM 8794

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM
Presente:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

“Factores que influyen en el desarrollo y establecimiento de la coadición en padres de familia. Propuesta de prevención y tratamiento”

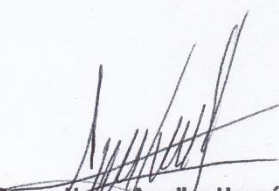
Elaborado por:

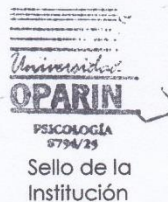
Ramírez	Alzati	Emmanuel	416512841
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumno de la carrera de: **Psicología**

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ecatepec, Estado de México a 17 de enero de 2022


Lic. Oscar Hugo Aguilar Hernández
Nombre y firma del Asesor
de la Tesis




Lic. Guadalupe Lilia Pérez Caballero
Nombre y firma del Director
Técnico

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado a mis padres, Janet Alzati y Emmanuel Ramirez, que me brindaron todo su apoyo incondicional y su paciencia absoluta durante toda mi formación así como para poder cumplir mis objetivos personales y académicos. Al igual que mi abuela Isabel Reyes, fueron, son y serán por siempre mi mayor pilar en la vida.

A mi profesor y asesor Hugo Aguilar Hernández por guiarme durante toda la carrera y en la realización de esta investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LAS DROGAS, ADICCIONES Y A SUS EFECTOS.	4
1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LAS DROGAS	4
1.2 DEFINICIÓN DE DROGA.....	6
1.2.1 CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE DROGA	7
1.3 ADICIÓN O DROGODEPENDENCIA	12
1.3.1 DEPENDENCIA FÍSICA	13
1.3.2 SÍNDROME DE ABSTINENCIA	13
1.3.3 DEPENDENCIA PSICOLÓGICA.....	14
1.4 EFECTOS DE LAS DROGAS.....	15
1.4.1 EFECTOS CONDUCTUALES DE LAS DROGAS.	19
1.5 FACTORES QUE PROPICIAN LA ADICCIÓN/DROGODEPENDENCIA	23
CAPÍTULO II FAMILIA Y DROGADICCIÓN	27
2.1 LA FAMILIA.....	27
2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FAMILIA.....	29
2.3 LA FAMILIA EN EL MÉXICO ACTUAL	35
2.4 PROPIEDADES DE LA FAMILIA.....	39
2.4.1 DINÁMICA FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS	40
2.5 CARATERISTICAS DE FAMILIA ADICTA.....	48
CAPÍTULO III CODEPENDENCIA	52
3.1 DEFINICION DE CODEPENDENCIA.	52
3.2 CONTEXTO SOCIO-HISTÓRICO DEL CONSTRUCTO CODEPENDENCIA.	54
3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CODEPENDENCIA/COADICCION.	60
3.4 TIPOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA/COADICCION.	62
3.5 DESARROLLO DE LA CODEPENDENCIA/COADICCIÓN.....	62
3.6 PADRES COADICTOS/CODEPENDIENTES.....	67
CAPÍTULO IV TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	74
4.1 INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA CONDUCTISTA.	74
4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	75
4.3 SURGIMIENTO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.....	80

4.4 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	92
4.5 ASPECTOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL	94
4.6 LAS ADICCIONES DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.....	96
4.7 LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.....	98
CAPÍTULO V PROPUESTA DE TALLER PARA LA PREVENCIÓN DE LA COADICCIÓN.	102
CONCLUSIÓN	131
ANEXOS	135
BIBLIOGRAFÍA	147

RESUMEN

El objetivo general de esta investigación fue conocer los factores que generan la coadicción en padres de familia con hijos de entre 12 a 18 años de edad. Para describir y comprender el tema de la coadicción, se utilizó el enfoque cognitivo conductual. El cual incorpora aspectos tanto conductuales como cognitivos, basándose en que un aprendizaje previo desencadena consecuencias desadaptativas y estas están influidas directamente por los procesos cognitivos, buscando generar que el sujeto aprenda nuevas habilidades cognitivas y conductuales y que desaprenda aspectos que no le permiten ser funcional.

La coadicción es una relación disfuncional ocasionada por la aparición de conductas adictivas hacia una persona las cuales están basadas en un sistema de creencias irracionales que pueden ser modificadas a través de la reestructuración cognitiva. Generalmente los padres de familia presentan coadicción por el sentimiento de culpa ocasionado por la forma de crianza que han ejercido en sus hijos, buscando compensarlo con acciones que resultan contraproducentes tanto para ellos como para sus hijos.

Al finalizar dicha investigación se propone un taller con el objetivo de brindar habilidades para reducir y prevenir la coadicción en los padres de familia y por ende reducir el uso de sustancia psicoactivas en sus hijos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación aborda el fenómeno de las adicciones, las cuales en la actualidad representan un significativo problema a nivel social. La existencia de diversas adicciones, tanto a sustancias psicoactivas como a adicciones que no necesariamente tienen su origen en el consumo de drogas repercuten directamente en distintas áreas, como lo son; el área familiar por lo que se realizó una exploración sobre las características y factores en hombres y mujeres que son padres de familia y que presentan coadicción a través de una investigación teórica para que con base en ello, generar una alternativa de solución.

El objetivo general de esta investigación es identificar los factores y conductas que se generan en los padres de familia con hijos drogadictos. Para elaborar una propuesta de intervención psicológica con el fin de realizar una reestructuración cognitiva para modificar dichas conductas y creencias irracionales que dan origen, mantienen y empeora de la coadicción.

Por lo anterior en el **primer capítulo** se desarrolló un acercamiento general a las a las drogas y a las adicciones abordando características, tipos de drogas, efectos, clasificación y los factores que propician la drogadicción.

Continuando con los factores que propicias la drogadicción en el **segundo capítulo** se revisa la forma en que la familia puede propiciar conductas de riesgo y en particular el consumo de sustancias psicoactivas por lo que se exploran los antecedentes históricos de la familia, la familia actual en México y a su vez las características de la familia, para identificar cuáles son los aspectos negativos que intervienen en dicha problemática

En el **tercer capítulo** se aborda en su totalidad la problemática que desarrollan los familiares que conviven con alguna persona adicta, teniendo como resultado una serie de conductas que afectan su desarrollo psicosocial. Por lo que se explora el origen del término codependencia así como su definición, la transformación que ha experimentado el término codependencia y puntos específicos como tipología, desarrollo y como se presenta en padres de familia.

El desarrollo del enfoque cognitivo conductual siendo la base metodológica para la investigación se presenta en el **cuarto capítulo** en el que se indaga sobre los antecedentes históricos, principales actores y teorías que dieron origen a la terapia cognitivo conductual, así como la explicación de las adicciones desde dicho enfoque.

Y en el **quinto capítulo** se presenta una propuesta de intervención dirigida a padres de familia con o sin hijos drogadictos para así disminuir o erradicar la coadicción a través de la reestructuración cognitiva. En este capítulo se describen las 10 sesiones que conforman el taller con una duración de 120 minutos cada una donde se abordan temas específicos para el tratamiento de la coadicción.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LAS DROGAS, ADICCIONES Y A SUS EFECTOS.

El consumo de drogas en la actualidad se ha convertido en un fenómeno de suma importancia al igual que las adicciones por lo que es necesario conocer los conceptos básicos que son utilizados dentro de esta área de investigación, partiendo desde los acontecimientos históricos que las involucran, hasta los procesos neuronales que implican estas sustancias y por consecuencia los efectos que conlleva para poder ser catalogada la drogadicción como un problema que va en incremento.

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LAS DROGAS

A través de los años el ser humano ha experimentado el uso de distintas sustancias tanto naturales como químicas. Es necesario recordar que estas prácticas se realizaban con distintos fines, las cuales han sido parte fundamental en el desarrollo de la mayoría de los pueblos en el mundo. Basta con conocer algunos de los rituales en donde se utilizaban plantas y quemaban hierbas para inhalar el humo y así tener un encuentro cercano con sus Dioses. Al igual que para fines curativos como por ejemplo la marihuana y una larga lista de plantas a las que se les adjudicaron propiedades y poderes terapéuticos para disminuir el dolor y a su vez provocar sueño.

Según Valek (1999) históricamente también se ha recurrido a las drogas para controlar y someter. Durante la conquista de América, la coca se usó como tributo y para multiplicar las horas de trabajo en los indígenas que extraían oro, plata y esmeraldas luego vendidas en las ciudades europeas; el tráfico de tabaco y opio practicado por europeos les reportaba enormes ganancias a costa de las adicciones de sus compatriotas. (pág. 5)

Retomando el punto que anteriormente se menciona, primero comenzaron por las drogas naturales y posteriormente con las químicas. Por ejemplo la morfina que surge en el siglo XIX para aliviar el dolor, las anfetaminas aproximadamente a principios del siglo XXI y los tranquilizantes en 1952 para controlar enfermedades mentales, posteriormente surgen los antidepresivos y los sedantes.

Otro punto importante a resaltar es el consumo y la fermentación del alcohol mejor dicho la fermentación natural, transformando la glucosa en alcohol. En la antigüedad el vino era una bebida de suma importancia por ejemplo en Grecia y Baco para la adoración de Dioniso (Dios griego Del Vino). El vino a lo largo de la historia obtiene un gran valor tanto cultural como religioso. Posteriormente en el siglo IX se crea el proceso de destilación, conforme avanza el tiempo fueron descubriendo distintas técnicas con las cuales se crearon nuevas bebidas alcohólicas. A finales del siglo XX la organización mundial de la salud informo de manera alarmante que el abuso de bebidas alcohólicas representaba uno de los mayores retos para la salud pública en todo el mundo según datos históricos, es al mismo tiempo cuando el alcoholismo es visto como una enfermedad.

Como se menciona anteriormente el uso de distintas plantas eran con fines religiosos como por ejemplo la coca que es un arbusto originario de América específicamente Perú del cual se extrae la cocaína. Al inicio los sacerdotes Incas la utilizaban en ceremonias religiosas para meditar. Según datos históricos en la conquista se prohibió y controló el consumo pero posteriormente los europeos notaron que las personas trabajan más y mejor con menos alimento cuando masticaban la hoja de coca.

Según Valek (1999) la planta de coca se introdujo en Europa en el siglo XVI, pero no fue sino hasta el siglo XIX cuando comenzó a darse importancia a sus potencialidades. Se descubrió que las hojas de ese vegetal suprimían la necesidad de alimento, de agua y sueño; evitaban sensaciones de frío y calor y alteraban la conducta pues gracias a ellas las personas se sentían fuertes, valientes y eufóricas. Más adelante también se encontró que los mascaradores de coca expedía mal aliento y tenían los labios palios, los dientes verdosos y carcomidos, los ojos hundidos y la piel amarillenta, así como que los consumidores habituales no podían dejar de mascarla. (pág. 10)

Actualmente el consumo de cocaína continúa en aumento siendo la segunda droga más traficada en el mundo ya que genera intensos estímulos que la hacen más adictiva.

1.2 DEFINICIÓN DE DROGA

Se debe tomar en cuenta que el término droga fue utilizado en el área de farmacología para referirse a cualquier sustancia con manipulación química que produjera cambios en un organismo vivo y pudiera modificar una o varias de sus funciones.

La Organización Mundial De La Salud (1982) define droga como “toda aquella sustancia de uso médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) susceptible de ser auto- administrada”.

Por lo tanto una droga es cualquier sustancia que una vez introducida en un organismo tiene la capacidad de alterar funciones psíquicas y lleva al sujeto a repetir la autoadministración por el estímulo que le genera , por consiguiente puede generar una dependencia física o psicológica causando deterioros fisiológicos y de conductas sociales.

Lorenzo (2003) señala que algunos autores estiman que el consumo de la sustancia debe estar asociado con la existencia de una *nocividad social* para poder considerar dicho agente como una droga. (pág. 4)

De acuerdo a lo anterior la *nocividad social* se refiere a tres áreas en las cuales se desenvuelve el sujeto que ingiere algún tipo de droga; el área familiar, laboral y la personal. El área familiar se ve afectada ya que se generan enfrentamientos y conflictos en las relaciones, abandono de responsabilidades, desintegración, etc. En el área de trabajo existe bajo rendimiento, incremento de posibles accidentes de trabajo así como también causa de despido. En al área personal ocasiona un deterioro fisiológico como se mencionaba anteriormente, aumento de probabilidades de conductas delictivas al igual que una adicción que más adelante revisaremos a fondo.

Sin embargo Lorenzo (2003) explica que bajo el contexto anterior sustancias como la cafeína, la teína e incluso el tabaco no podrían considerarse una droga. A lo que actualmente la cafeína y la teína son catalogadas como la misma sustancia y al igual que el tabaco son consideradas drogas o mejor dicho sustancias Psicoactivas por la alteración y dependencia que causan en el organismo.

Cabe mencionar que en la actualidad se ha remplazado el término droga por sustancia psicoactiva ya que engloba nuevos productos y plantas que causan una alteración en el sistema nerviosos central. Por lo cual es importante conocer los tipos y clasificación de sustancias psicoactivas que a continuación se explican

1.2.1 CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE DROGA

Una vez definido y comprendido el concepto de droga es importante identificar cuáles son los tipos de drogas que existen, en 2013 el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) redactado por especialistas de la Asociación Estadounidense de Psicología englobaron 10 clases de droga (Véase tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de drogas DSM-5.

	Trastorno por consumo de sustancias	Intoxicación por sustancias	Abstinencia de sustancias
Alcohol	X	X	X
Cafeína		X	X
Cannabis	X	X	X
Alucinógenos			
Fenciclidina	X	X	
Otros Alucinógenos	X	X	
Inhalantes	X	X	
Opioides	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X
Estimulantes**	X	X	X
Tabaco	X		X
Otras (o desconocida)	X	X	X
X=la categoría está reconocida en el DSM-5			
**incluye sustancias anfetaminitas, cocaína y otros estimulantes sin especificar.			
DSM-5 (APA 2013)			

El DSM-5 (2013) señala que estas 10 clases no son completamente diferentes. Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general en el sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de *abuso* activan directamente las vías de recompensa. Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce la recompensa son diferentes aunque generalmente las drogas activan el sistema y producen sentimientos de placer, denominados frecuentemente “subidón”.

Es importante tomar en cuenta que las drogas denominadas de *Abuso* según Lorenzo (2003) es definido por el real colegio de Psiquiatria Britanico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física o mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (pág. 5)

Cabe mencionar que cada individuo tiene distintas características las cuales permite tener diferentes síntomas en relación a la droga que ingieren inclusive en algunas personas se puede evidenciar más el uso de sustancias que en otras.

A continuación se realiza una breve descripción de algunas de las sustancias citadas anteriormente para una mejor comprensión de ellas.

Alcohol (Cruz, 2019)

El alcohol etílico, o etanol, se produce por procesos de fermentación de azúcares de algunas frutas y cereales. Las bebidas de alto contenido de alcohol se obtienen realizando su destilación después de la fermentación. Aunque la cantidad de alcohol presente en las bebidas fermentadas (cerveza, vino y pulque) es menor que en las destiladas (tequila, brandy, ron, whiskey, entre otras), sus efectos son los mismos si se consumen cantidades equivalentes de alcohol. La ingesta de alcohol no depende únicamente del grado o porcentaje de alcohol marcado en las bebidas, sino también de la cantidad y velocidad con la que se bebe. El alcohol afecta el balance que mantiene el sistema nervioso

entre señales estimulantes y señales inhibitoras. Disminuye la actividad de algunas zonas cerebrales críticas, como la corteza prefrontal, que normalmente inhiben algunas respuestas relacionadas con el comportamiento social. (pág. 23)

Cannabis y Cannabinoides (Cruz, 2019)

Cannabis es el género de la planta de la marihuana. Cannabinoides es un término que se refiere a un grupo muy amplio de moléculas con efectos variados que se unen con alta afinidad a receptores específicos en el organismo. Incluye sustancias que se producen de manera natural en el cuerpo (endocannabinoides o cannabinoides endógenos), sustancias de origen vegetal (fitocannabinoides, presentes en la planta de la marihuana) y sustancias que son producto de una síntesis química (cannabinoides sintéticos). Se llama marihuana a la planta y a los preparados de flores secas, hojas y semillas que se obtienen principalmente de la especie Cannabis sativa. Hay diferentes especies de Cannabis y variaciones en las condiciones de cultivo que aumentan la diversidad de las plantas y productos derivados. (pág. 45)

Inhalables (Cruz, 2019)

Son gases o líquidos que se evaporan a temperatura ambiente, sin necesidad de calentarlos. Se inhalan intencionalmente y alteran el estado de ánimo y la percepción de la realidad. También se les llama inhalantes o psicoactivos volátiles. (pág. 35)

Opioides (Cruz, 2019)

Al igual que lo que sucede con los cannabinoides, el término opioides es bastante amplio. Se utiliza para designar a un grupo de sustancias de origen vegetal (ej. morfina, codeína), a sus derivados semi-sintéticos y sintéticos (ej. heroína, fentanilo) y a las sustancias endógenas que produce el organismo para modular el dolor, sentir placer y otras funciones esenciales (ej. endorfinas y encefalinas). Muchos opioides tienen usos legítimos para quitar el dolor, la diarrea y la tos o como anestésicos. Tal es el caso de la morfina, el fentanilo, la

oxicodona y la codeína. Sin embargo, también son sustancias psicoactivas potentes capaces de producir dependencia intensa, síndrome de abstinencia, adicción y muerte cuando se usan fuera de prescripción médica. (págs. 57-58)

Cocaína (Cruz, 2019)

Es una droga estimulante que se extrae de las hojas de coca de un arbusto abundante en Sudamérica, la *Erythroxylum coca*. Existe en diferentes presentaciones: como polvo (clorhidrato), pasta o “piedra”. El crack es una variante de la cocaína que se obtiene al calentar clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio. Cuando el producto resultante se enfría se parte en trozos o “piedras”. (pág. 65)

Estimulantes de tipo anfetamínico (Cruz, 2019)

Esta categoría incluye drogas sintéticas que producen efectos intensos en el sistema nervioso y cardiovascular del consumidor. Estas acciones se deben a que liberan noradrenalina, un neurotransmisor que eleva el estado de alerta y aumenta la energía para enfrentar situaciones estresantes potencialmente peligrosas. Los estimulantes también liberan dopamina en zonas del cerebro asociadas con efectos gratificantes lo que las convierte en sustancias con alto potencial adictivo. (pág. 70)

Tabaco (Cruz, 2019)

El tabaco es una planta originaria de América que contiene nicotina, una sustancia con gran poder adictivo. Con una bocanada de humo de tabaco se inhalan más de siete mil sustancias químicas, tales como alquitrán, monóxido de carbono, amoníaco y cianuro, entre otras. De ellas, al menos 70 pueden causar diferentes tipos de cáncer. Se puede consumir nicotina al fumar cigarrillos convencionales, puros o pipas, mascar tabaco, vapear (aspirar vapor con nicotina) con la ayuda de cigarrillos electrónicos, vaporizadores o mods , narguiles o hookas (pipas de agua). Algunas de estas presentaciones no cuentan con autorización para su venta (tabaco mascado o líquido, cigarrillo electrónico, vaporizadores y mods) pero se han posicionado en el mercado

internacional con gran impacto entre la población adolescente. Independientemente de la presentación, la nicotina tiene efectos similares: causa dependencia y produce daños cardiovasculares. (págs. 12,13)

Las drogas o fármacos pueden clasificarse por el efecto que realicen en la actividad mental y física del ser humano. Por ejemplo las que aceleran o excitan la actividad cerebral son estimulantes y por el contrario los depresores son los que inhiben las funciones cerebrales. A través de las décadas han existido distintas clasificaciones de las drogas, una clasificación muy popular pero que en la actualidad no es muy utilizada fue clasificarlas por drogas duras la cual hacía referencia a que eran fuertemente adictivas como la heroína o la cocaína y en las drogas blandas aquellas que no lo son tanto como el cannabis. Al igual que esta clasificación y muchas más han llegado a causar un mal entendido de estas considerándolas por la población como buenas o malas. En general se debe identificar que cualquier sustancia que cause una alteración en el sistema nervioso puede generar dependencia física y psicológica resultando dañino para la salud.

Según Lorenzo (2003) otra manera básica para poder clasificar a las drogas es en tres grupos:

1. Drogas depresoras (psicolepticas), estas enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodiazepina, los disolventes volátiles
2. Drogas estimulantes (psicoanalepticos), estas existen la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; sus representantes fundamentales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de diseño y el tabaco.
3. Drogas alucinógenas (psicodislepticos), las cuales producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial; sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD) el cannabis y las drogas de diseño. (págs. 19,20)

Como se ha mencionado anteriormente estas sustancias tienen la característica principal de producir adicción o dependencia. Cabe mencionar que existen dos tipos de dependencia, la física siendo esta en donde se incluye el síndrome de abstinencia y la psicológica.

1.3 ADICIÓN O DROGODEPENDENCIA

Es importante identificar que el término adicción y drogodependencia son considerados sinónimos tomando en cuenta que el término adicción ha sido empleado en la actualidad para denominar conductas con características de dependencia no originadas específicamente en sustancias si no en comida, el juego, el sexo, la televisión, etc. en donde la palabra adicción viene a significar necesidad imperiosa que no tiene en cuenta consecuencias nocivas para el individuo y su entorno (familiar, laboral y social). Lorenzo (2003)

Otras definiciones relevantes de adicción:

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA 2018):

Un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga a pesar de sus consecuencias negativas. Se la considera un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol. Esos cambios pueden durar mucho tiempo después de que la persona deja de consumir drogas. (pág. 4)

La organización mundial de la salud (OMS, 1964):

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son: Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. Tendencia a incrementar la dosis. Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Analizando tales definiciones podemos definir la drogadicción como un trastorno crónico en el cual se busca y consume compulsivamente la sustancia aunque se tenga conocimiento de las consecuencias que esto puede ocasionar, resultado por el cambio en el cerebro y causando un deterioro en el mismo a largo plazo dependiendo el tipo de sustancia que se ingiera.

De modo que la adicción o la farmacodependencia son el conjunto de signos y síntomas de orden conductual y fisiológico, que genera un conflicto en el sujeto que lo padece ocasionándole una pérdida de control sobre el consumo de determinada sustancia, llegando a cometer todo tipo de actos ilícitos para poder conseguirla.

1.3.1 DEPENDENCIA FÍSICA

Como anteriormente se mencionó estas sustancias causan dependencia física la cual se puede definir como un estado en el cual el sujeto tiene la necesidad de consumir cierta sustancia continuamente para satisfacer dicha necesidad en el cual se desarrolla una relación droga-organismo causándole a su vez *tolerancia* que se refiere a la disminución del efecto de una droga en particular después de ser administrada varias veces lo que lleva al sujeto a incrementar la dosis para obtener el mismo efecto que se obtuvo al inicio.

1.3.2 SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Según el DSM-5 (2013) existen tres criterios para diagnosticar síndrome de abstinencia:

Criterio A. La característica esencial es el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debido al cese o reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia.

Criterio B. El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explica mejor por otro trastorno mental.

La abstinencia suele estar aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de personas con abstinencia tiene una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas (pág. 486)

1.3.3 DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

De acuerdo con Lorenzo (2003) la dependencia psicológica existe cuando viene el deseo irresistible de repetir la administración de la droga para obtener la vivencia agradable que les genera o efectos evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) o evitar el malestar que les genera el no consumirla. Cabe mencionar que existe una asociación patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Es importante señalar que no necesariamente deba existir una dependencia física para que el sujeto presente dependencia, algunos psicólogos la denominan dependencia conductual, ya que el efecto inmediato de una droga es considerado “un premio o recompensa” que se produce después de un refuerzo tal como una vivencia placentera, de evasión, de aprobación etc. Y en este caso cuando se comienzan a presentar los síntomas de síndrome de abstinencia representa un reforzador negativo y se busca el consumir la droga para evitarlo y en ambos casos se responde ingiriendo la sustancia. Esto visto desde la perspectiva del conductismo operante y por el contrario desde la perspectiva del conductismo clásico todos los instrumentos como agujas, frascos, botellas, cigarrillos, etc.) Y conductas asociadas (estímulos ambientales): amigos, hora del día, calle, etc.) Así como los estímulos interceptivos (piloerección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etc.) se convierten en posibles señales de la posible disponibilidad de droga y en su presencia el deseo de experimentar los efectos aumenta.

Dentro de la dependencia psicológica existen dos tipos de síndrome de abstinencia: el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado que ambos pueden llevar al sujeto a volver a ingerir la droga. El primero suele aparecer a los pocos días o semanas de haber dejado de consumir, inclusive o no después del síndrome de abstinencia “fisiológico” y el cual puede durar meses e inclusive años y consiste en

que el sujeto recuerde la sustancia a la que ha sido dependiente desencadenando recuerdos y experiencias que pueden llevar a una recaída. Y el en segundo este se desencadena a partir de que el sujeto es expuesto a los estímulos ambientales donde consumía las sustancia o que sean similares a los anteriores

Se puede analizar que la dependencia psicológica puede resultar más complicada ya que no importa cuántos años, o meses lleve el sujeto sin ingerir una sustancia en específico siempre estará rodeado de distintos estímulos que lo pueden llevar al consumo, los factores individuales, familiares y sociales influyen directamente en la recaída del consumo de drogas por lo que es importante identificar las características de los factores para así reducir la probabilidad de dicho acto.

1.4 EFECTOS DE LAS DROGAS

Como se menciona anteriormente, en la actualidad el término adicción también se refiere a la repetición de conductas o actividades como por ejemplo al juego, el ejercicio, la televisión, el sexo, la comida, etc. estas actividades se pueden volver una adicción siempre y cuando resulte grata la acción de realizarlas. En este tipo de adicciones por lo general existe la dependencia física y psicológica del incentivo, esto sucede ya que existe la liberación o la inhibición de ciertas sustancias endógenas cuando se realiza determinada conducta. Al igual que las adicciones inducidas por sustancias resultan de tipo patológicas teniendo repercusiones en el sujeto y en las personas con las que establece algún tipo de relación.

Según González (2013)

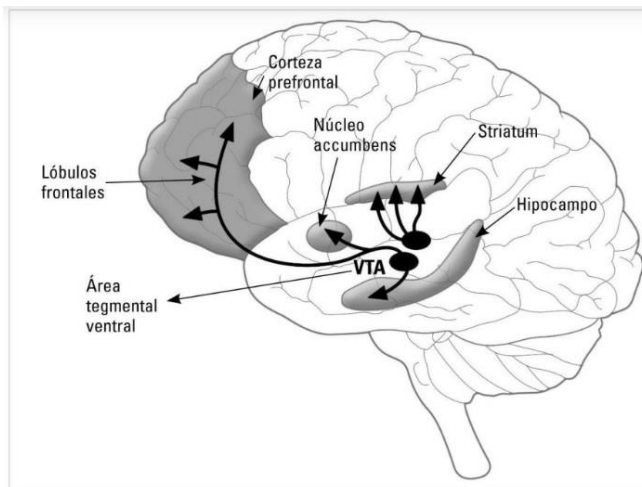
En muchos casos no es la droga administrada la que produce por sí mismo el efecto experimentado por el individuo sino la capacidad que tiene esta de incrementar la liberación o disponibilidad de sustancias químicas que el propio organismo sintetiza y utiliza para la ejecución de diversas funciones; empero, una vez que se rebasan los límites funcionales, puede tener efectos que la persona recibe como gratificantes o placenteros (págs. 8,9)

Por lo que es importante identificar cuáles son los efectos que causan a nivel neurológico, biológico y fisiológico el introducir determinadas sustancias en el organismo.

Las drogas se vuelven muy adictivas por la acción que ejercen sobre un circuito neuronal en el que se desempeñan aspectos motivacionales llamado sistema de recompensa conformado por el Área Ventral Tegmental, el Núcleo Accumbens, la Corteza Prefrontal y el Hipotálamo Lateral, en el que se gesta el inicio como el mantenimiento y las recaídas en el uso de drogas (Véase figura 1).

Figura 1

Esquema general de recompensa



Nota. Se puede observar el neurocircuito de la dopamina y las principales estructuras que forman el sistema de recompensa. Ya que como las drogas estimulan los centros de placer es que se llegan a generar dependencia. Tomado de Braidot, (2013)

Es necesario recordar que de este sistema dependen comportamientos que son básicos como lo es comer, beber, el comportamiento sexual e interacción social. Por ejemplo, el sistema de recompensa asegura que tomes agua cuando tienes sed, ya que identificas que después de tomar agua te sentirás bien. Convierte la actividad en placentera y memorable, por lo que la repetirás una y otra vez cada que sientas la necesidad de realizarla. Lo que sucede con las drogas es que se apropian de este sistema, sustituyendo las necesidades naturales como lo es comer, beber, la interacción social etc. por la necesidad de drogas.

Según Tirapu (2004)

Las drogas inciden selectivamente en estos centros y que activarlos trae como consecuencia la experimentación de “recompensa” y la facilitación del aprendizaje de las conductas que se realizan cuando se consume drogas. Por lo tanto, la repetición en la activación de estos núcleos (como consecuencia del consumo de la sustancia) estaría induciendo en el cerebro a un aprendizaje erróneo del tipo “ahora lo más importante para mi supervivencia es tomar la droga” y este proceso sería un mecanismo imprescindible del hábito adictivo. Hay que tener en cuenta que como el sistema de recompensa se localiza principalmente en estructuras subcorticales del cerebro (es decir, evolutivamente más viejas que el córtex cerebral), no tiene acceso al procesamiento consciente o voluntario y aunque su activación se traduce en conducta, lo hace de una manera principalmente encubierta. (pág. 18)

Ahora bien la adicción a sustancias químicas afecta al sistema de recompensa en el cerebro, la mayoría de las drogas aumentan el nivel de dopamina en la vía de recompensa. Sustancias como el alcohol, la heroína y nicotina indirectamente excitan a las neuronas productoras de dopamina en el ATV (área tegmental ventral) de modo que estas generan más potenciales de acción. La cocaína actúa en la terminal nerviosa, se une al transportador de dopamina y bloquea la recaptación de dopamina. La metanfetamina, actúa de forma similar a la cocaína en el bloqueo de remover la dopamina.

Hay que mencionar además, que todas las drogas tienen en común su acción sobre el sistema límbico, la parte del cerebro que controla las emociones y los impulsos primarios, este control lo ejerce proporcionado a los diferentes estímulos sensoriales externos una connotación afectiva agradable o desagradable para ello dispone de unos centros de recompensa cuya estimulación produce una sensación placentera y unos centros de castigo cuya activación produce una sensación desagradable, este sistema va a controlar la conducta intentando obtener estimulación de los centros de recompensa y evitar la activación de los centros de castigo. El núcleo accumbens es una pieza clave en los centros de recompensa, en él se liberan grandes cantidades de

dopamina y otras sustancias como las endorfinas y las encefalinas, proporcionan una sensación de placer a nuestro cerebro.

Según Becoña (2010)

El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico ya no parece producir mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor. Clínicamente esto se manifiesta en la tolerancia, es decir, en la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación. (pág. 37)

Todas las drogas activan el núcleo accumbens esa es la base para que se pueda producir una adicción. El sistema límbico responde de una manera adecuada a los estímulos naturales, alimento, miedo, sexo etc. Pero no para ser estimulado por drogas así la estimulación repetida de este sistema por las drogas produce cambios adaptativos que conllevan una disminución de actividad en los centros de recompensa y un incremento de actividad de los centros de castigo. Estos cambios dan lugar a una disminución progresiva de los afectos placenteros producidos y hacen que el individuo se encuentre cada vez peor en la ausencia de droga. Después de un tiempo, la sustancia pierde su habilidad para recompensar y se necesitan dosis más altas para lograr el mismo efecto

Como consecuencia a las alteraciones que se mencionan anteriormente se puede deducir la existencia de modificaciones directamente en los circuitos neuronales como consecuencia de las drogas inducidas ya que estas cambian las prioridades básicas o estímulos cotidianos en el sujeto por la necesidad de ingerir determinada sustancia. La Organización Panamericana de la Salud (2005) refiere que;

Se ha demostrado que ocurren cambios estructurales en varias regiones del cerebro, como consecuencia del uso de sustancias. Generalmente, las

neuronas tienen prolongaciones multirramificadas llamadas dendritas, y luego de la activación de neuronas particulares, el aumento de las espinas dendríticas indica el estado activado. La administración de cocaína se ha asociado con un marcado incremento en la cantidad de espinas dendríticas de las neuronas de núcleo accumbens y de la corteza prefrontal. En contraste, hay una relativa pérdida de dendritas en algunas zonas como el hipocampo en respuesta al uso crónico de morfina. Algunos de los cambios conductuales duraderos que aparecen con el uso crónico de sustancias indudablemente se relacionan con estos cambios estructurales. (pág. 38)

A través de los años las diferentes investigaciones demuestran que el uso de diferentes drogas causan efectos nocivos en el organismo como lo son convulsiones, temblores, dolor de cabeza, insomnio, depresión con ideas y conductas suicidas, alucinaciones al igual que úlceras, cáncer gástrico, inflamaciones en la lengua, lesiones sobre el hígado y páncreas así como también trastornos de las funciones sexuales demostrando que los efectos producidos por las drogas repercuten de una manera extremadamente dañina en el organismo, ya sea a corto o largo plazo, tomando en cuenta la frecuencia con la que se ingiere y también el organismo de cada sujeto.

1.4.1 EFECTOS CONDUCTUALES DE LAS DROGAS.

A continuación se explican los efectos más comunes que produce cada una de las drogas. Es importante recordar que las diferencias y características que tenga cada individuo pueden hacer que responda de una manera distinta a los efectos. Sin embargo los mencionados a continuación tienden a ser los mismos en la mayoría de los casos. La Organización Panamericana de la Salud (2005) refiere los siguientes efectos:

Alcohol: los efectos varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior. El etanol tiene efectos conductuales bifásicos. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan

son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Los efectos sobre el estado de ánimo y las emociones varían mucho de una persona a otra. (págs. 69,70)

Sedantes e hipnóticos: van de la sedación leve hasta la anestesia general, los síntomas más comunes del uso de sedantes e hipnóticos son somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales. En casos severos inducen el sueño e incluso es posible la muerte por depresión respiratoria. Asimismo, pueden ocurrir efectos posteriores de fatiga, dolor de cabeza y náusea. (pág. 73)

Tabaco: Las dosis agudas pueden producir alteración del estado de ánimo, aunque los consumidores diarios son significativamente menos sensibles a estos efectos que los no usuarios, lo que hace suponer que se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos. (pág. 75)

Opioides: La inyección intravenosa de opioides produce un rubor cálido de la piel y sensaciones que los usuarios describen como “éxtasis”; sin embargo, la primera experiencia con opioides también puede ser desagradable e incluir náusea y vómito. Los opioides tienen efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio. (pág. 79)

Canabinoides: La percepción del tiempo se hace más lenta, y hay una sensación de relajación y de una conciencia sensorial aguzada. La percepción de mayor confianza en uno mismo y mayor creatividad no está asociada con un mejor rendimiento. Asimismo, hay disminución en la memoria a corto plazo y en la coordinación motora. (pág. 86)

Cocaína (clorhidrato y crack): La cocaína incrementa la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, aumenta la energía y la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. También son frecuentes la ansiedad, paranoia e inquietud. Se puede aumentar el rendimiento atlético en deportes en los que se requiere atención y resistencia. Con una dosis excesiva se presentan

temblores, convulsiones y una mayor temperatura corporal. Durante una sobredosis de cocaína puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto al miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior. (pág. 89)

Anfetaminas: Producen mayor lucidez, excitación, energía, actividad motora y del habla, mayor confianza en uno mismo y capacidad de concentración, una sensación general de bienestar y menos apetito. Los efectos a corto plazo de dosis bajas de anfetamina incluyen inquietud, mareo, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden inducir episodios de pánico o psicóticos. Hay un aumento general en la lucidez, la energía y la actividad, así como una reducción de la fatiga y la somnolencia. Pueden presentarse palpitaciones cardiacas, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito. A dosis más elevadas estos efectos se intensifican, provocando éxtasis y euforia, flujo rápido de ideas, sensación de mayor capacidad mental y física, excitación, agitación, fiebre y sudoración. Se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte. (pág. 94)

Éxtasis: se describe una mayor confianza en sí mismo, comprensión y empatía, junto con una sensación de más proximidad e intimidad con otras personas, así como mejora en las capacidades de comunicación y relación. Se afirma que ocurre euforia y una mayor energía emocional y física con este psicoestimulante. También pueden presentarse efectos psicológicos negativos de ansiedad, paranoia y depresión. (pág. 98)

Solventes volátiles: produce algunos efectos conductuales similares a los del alcohol. Pocos minutos después de la inhalación se observa mareo, desorientación y un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la

conciencia. Además, se inducen cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan del tolueno y otros solventes. La mayoría de los usuarios reporta una elevación del estado del ánimo y alucinaciones. También ocurren delirios potencialmente peligrosos como creer que se puede volar o nadar, los pensamientos muchas veces se frenan, el tiempo parece transcurrir más rápidamente y son comunes las alucinaciones táctiles. Estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, nistagmo, descoordinación y andar inestable, dificultades para hablar, dolor abdominal y ruboración de la piel. (pág. 100)

Alucinógenos: Estas drogas producen un incremento en el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, elevan la temperatura corporal, reducen el apetito, provocan náusea, vómito, incomodidad abdominal, reflejos rápidos, descoordinación motora y dilatación de las pupilas. Los efectos alucinógenos pueden estar relacionados con la dosis y provocar distorsiones de cualquiera de las modalidades sensoriales. También es posible la unión de las modalidades sensoriales (por ejemplo, la música se “ve”), lo que se conoce como sinestesia. Asimismo, estas drogas afectan la memoria y los procesos del pensamiento. La intensidad de los efectos, junto con la reacción emocional a éstos, difiere de una persona a otra. Las reacciones pueden variar de felicidad y euforia, a temor y pánico. Incluso puede haber una sensación de introspección profunda, así como episodios psicóticos. (pág. 104)

El cerebro controla los movimientos y conductas de un sujeto al igual que sus pensamientos, acciones y emociones, una vez modificado por los diferentes efectos que tiene cada droga repercute en el ámbito psicológico, familiar y social. En el primero de ellos pueden llegar a desarrollarse conductas agresivas, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, problemas de aprendizaje, deterioro en la memoria, cansancio crónico, falta de motivación, desinterés, apatía, depresión, trastornos del sueño, ataques de pánico e inclusive esquizofrenia y psicosis.

En el área familiar el consumo de drogas ocasiona una alteración en las relaciones familiares al igual que incrementa el número de problemas entre los integrantes,

comienza a existir un ambiente de preocupación y desconfianza ya que como se mencionó anteriormente cuando se genera una adicción a determinada sustancia, la necesidad de consumirla lleva al sujeto a realizar conductas delictivas inclusive dentro del ámbito familiar, robando objetos y dinero para obtenerla, se pierden las obligaciones y existen probabilidades de abandono por parte del adicto.

A nivel social las relaciones del consumidor con otras personas comienzan a verse afectadas, ya que al consumidor le cuesta trabajo mantener relaciones estables, por lo general apartándose de las anteriores que tenía como por ejemplo; amigos o familiares, y como consecuencia el generar nuevas relaciones con sujetos que al igual que el consumen algún tipo de sustancia. Habría que decir también que surgen conflictos en el ámbito laboral teniendo como consecuencia el despido y por consiguiente generando conductas delictivas para poder conseguir la droga llegando inclusive a la prostitución y otras formas ilícitas.

1.5 FACTORES QUE PROPICIAN LA ADICCIÓN/DROGODEPENDENCIA

En relación con lo mencionado anteriormente el hombre es un ser biopsicosocial ya que está integrado por distintos factores como lo son biológicos, psicológicos y sociales por lo que resulta necesario identificar cuáles son los factores o circunstancias que llevan a los sujetos a involucrarse con este tipo de consumos. En primera instancia se encuentran los factores biológicos, en donde es importante destacar que el sexo es un factor de vulnerabilidad ya que el porcentaje de hombres es mayor en este tipo de consumo. Otro punto importante a destacar es la carga genética, ya que actualmente está demostrado que los hijos de los alcohólicos son propensos a desarrollar adicción al alcohol, sin embargo cabe aclarar que esta no es una regla general para todos los hijos de alcohólicos.

Una etapa en la que resulta importante prestar atención es en la adolescencia ya que en esta se corre el riesgo de desarrollar cualquier tipo de dependencia debido a que se busca la autonomía, la identidad y la curiosidad de experimentar sensaciones nuevas por lo que se pueden desarrollar conductas de riesgo como el consumo de

drogas la cual están directamente vinculadas al ambiente, los amigos, compañeros y sin duda por el ambiente familiar.

Resulta relevante tomar como ejemplo el experimento realizado a finales de 1970 Bruce K. Alexander psicólogo Canadiense, construyó dos tipos de jaulas para ratas donde una simplemente tenía la dosis de agua y la dosis cocaína y la otra jaula estaba equipada con una variedad de accesorios que fueran agradables para la rata como ruedas giratorias, buena comida, mas ratones etc. y por supuesto la disponibilidad de droga en este caso cocaína. Finalmente observaron que los ratones que solo estaban en la jaula sin ningún factor extra consumían compulsivamente la dosis de la droga hasta morir a diferencia de las ratas que estaban en la otra jaula dotada de diferentes estímulos, no mostraban interés por la droga y tampoco la consumían.

Generalmente la drogadicción está relacionada a sectores poblacionales de bajos recursos, pobreza extrema y falta de educación así como también el fácil acceso a estas. Lamentablemente el consumo de drogas existe en todo tipo de sectores sin importar el sexo, la raza o estatus económico.

Según Diaz-Barigga, (2002, Citado por Escamilla, 2002) hay dos factores principales para el desarrollo de la farmacodependencia: Individual y familiar.

Escamilla destaca seis factores individuales, de los cuales se retomaran cuatro, los cuales son:

- Poca tolerancia a la frustración: Poca o nula capacidad para controlarse cuando las demandas o deseos no son cumplidos
- Ansiedad, miedo, depresión: Son elementos de cierta etapa de desarrollo (adolescencia) aunque pueden presentarse como conflictos no resueltos en la edad adulta
- Falta de control de impulsos: se refiere a la incapacidad para controlar o moderar sus conductas y actitudes en momentos que pueden parecer inapropiados.
- Dependencia emocional: es una característica de la adolescencia. El adolescente no recurre a los padres para que lo orienten en situaciones

difíciles, pero cuando necesita tomar una decisión depende emocionalmente de los padres.

Por otro lado se mencionan en rasgos muy generales los factores familiares los cuales son:

- Familia desintegrada: abandono del hogar por uno de sus integrantes, ya sea por divorcio, muerte o abandono de uno de los padres.
- Falta de autoridad moral de los padres: cuando los padres con sus conductas y/o actitudes, manifiestan actos o conductas deshonestas, por ejemplo ¿Cómo puede un padre prohibirle a su hijo que beba, cuando él llega borracho a su casa?
- Familia con escasa o nula comunicación: cuando los padres se niegan a comunicarse o transmiten mensajes contradictorios por ejemplo cuando el padre dice al hijo que el alcohol y el tabaco es dañino para la salud y que no debe consumirlos, cuando el mismo los consume y en ocasiones le invita a que los pruebe. (págs. 9,10)

Se puede identificar que los factores familiares influyen de manera significativa en el comportamiento de los sujetos que tienden a utilizar este tipo de sustancias, el cuidado y la constante comunicación son el pilar para generar un mejor ambiente de interacción y reducir la probabilidad de conductas de riesgo.

A lo largo de los años el consumo de sustancias tóxicas ha evolucionado, en la antigüedad los rituales y prácticas religiosas eran el motivo por el cual se consumía algún tipo de estimulante o droga, la cual se define como cualquier sustancia química que una vez introducida en el organismo cause alteraciones en el sistema nervioso central, como se menciona anteriormente, a través de las décadas la creación de nuevas sustancias generan efectos a nivel neuronal lo cual permite que se desarrolle; tolerancia, dependencia de tipo física y psicológica teniendo como consecuencia el síndrome de abstinencia que ocurre cuando el sujeto no ingiere la droga ya que esta realiza cambios a nivel neuronal, biológico y psicológico. La drogadicción en la actualidad es una problemática que se da en todos los sectores sociales existiendo

distintos aspectos que pueden desencadenar el uso de sustancias psicoactivas como lo son factores sociales, económicos, individuales y familiares, siendo este último uno de los más importantes en la gestación de este tipo de consumo. En el siguiente capítulo revisaremos a fondo los aspectos familiares.

CAPITULO II FAMILIA Y DROGADICCIÓN

La familia ha experimentado cambios a través de la historia por lo que es relevante conocer el origen de esta desde una perspectiva antropológica permitiendo así comprender los modelos actuales por los que la familia está conformada. Ya que la familia cumple la función de educar y formar a sujetos capaces de desarrollarse de manera óptima en las diferentes etapas, actividades y papeles que desarrolle durante toda su vida. Es importante identificar qué es una familia, la manera en la que interactúan y los factores que propician el consumo de drogas, ya que lo dicho hasta aquí suponen que si el área familiar presenta conflicto, fácilmente los integrantes generarán conductas de riesgo. La problemática generada a partir del uso de sustancias psicoactivas se ha abordado durante muchos años por lo que resulta necesario conocer las condiciones actuales del consumo en México e identificar cuáles son los cambios más relevantes que se han producido hasta ahora y a su vez cuales son los cambios que se generan dentro de la familia cuando existe este tipo de consumo.

2.1 LA FAMILIA

Antes de revisar los antecedentes históricos de la familia resulta necesario identificar algunos conceptos que definen a la familia, para poder comprender el significado y la función que tienen dentro de la sociedad. Gutiérrez (2016) destaca las siguientes definiciones:

El término familia procede del latín *famīlia*, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de *famŭlus*, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens (Enciclopedia Británica, 2009)

Es un grupo unido por lazos de parentesco, transmisora de tradición, y, por ende, de las distintas formas de memoria familiar, donde se dará la aceptación de ciertas actitudes y el rechazo de otras. (Gutiérrez, 2016)

Es la unidad básica que rige el comportamiento de los individuos como espacio primario de socialización y, por ende, de formación de ciudadanos. (Gutiérrez, 2016)

Determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. Es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua. (Bohannan, 1996: 72)

Es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación. (CONAPO, 2012)

Contrastando las definiciones anteriores El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA, 2010) señala que las principales funciones de la familia son las siguientes:

- Satisfacer las necesidades básicas del ser humano, tales como: alimentación, habitación, salud, protección, afecto y seguridad.
- Transmitir a las nuevas generaciones: una lengua y formas de comunicación, conocimientos, costumbres, tradiciones, valores, sentimientos, normas de comportamiento y de relación con los demás, creencias y expectativas para el futuro. Éstos son elementos importantes que vinculan a una familia con la sociedad a la que pertenece.

Según Moradillo (2002) familia se define como una de las instituciones básicas de socialización de las personas. Tiene las funciones de educar y transmitir ideales, valores, creencias, actitudes y hábitos que estructuren el estilo de vida de las personas, desarrollando capacidades intelectuales, corporales, afectivas sociales y morales.

Como se puede analizar en las anteriores definiciones el concepto de familia ha experimentado transformaciones dependiendo el contexto socio-histórico, modificando

su estructura y los roles que dentro de ella se desempeñan, sin embargo a mantenido su presencia e importancia dentro de la sociedad. Ahora bien de acuerdo a lo anterior se puede definir familia como el conjunto de sujetos que interactúan entre sí, los cuales están vinculados por un parentesco ya sea de consanguinidad, de filiación, de tipo civil o de adopción. En la cual se gestan y transmiten, valores, tradiciones y límites educando y formando sujetos capaces de desarrollarse de manera óptima en las diferentes etapas y actividades en las que se desarrolle durante toda su vida así como también en la manera en la que interactúe con la sociedad.

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FAMILIA

Es necesario conocer el origen de la familia para poder comprender los cambios y evolución que ha sufrido está a través de los años por lo que resulta importante tomar como referencia a Engels (1884) que expone un concepto denominado estadios prehistóricos de cultura en la cual divide la evolución social en tres diferentes etapas. En los que se encuentran el salvajismo, la barbarie y por último la civilización. En el primero de estos tres explica que el hombre para la supervivencia tuvo que vivir en árboles y desarrollar un lenguaje articulado, posteriormente surge el fuego, la pesca y también aparece la laza llevando a estos a ahuyentar animales y protegerse de ellos, también destaca el desarrollo de elementos de caza y utensilios domésticos. La etapa de la barbarie se caracteriza por la alfarería en barro, la cría y domesticación de animales, el cultivo de plantas, cultivo de hortalizas, construcción en adobe, el descubrimiento del hierro y consigo la fundición de este para la elaboración de diferentes objetos, cabe mencionar que en esta etapa es donde se encuentran indicios de escritura alfabética y el desarrollo de la ganadería y agricultura. En la última etapa que es la civilización se puede notar el conjunto de cambios que se habían realizado anteriormente, destacándose por la modernización de los procesos anteriormente utilizados y la aparición de una organización social, así como también la estandarización de la agricultura y la esclavitud. Es necesario conocer los puntos anteriores para identificar cómo surge la evolución de la familia, destacando que para el crecimiento de la población debieron de reproducirse dando como resultado el inicio de lo que actualmente conocemos como familia.

Engels (1884) refiere que durante el salvajismo pudo surgir un tipo de unión que solo tuviera en cuenta el sexo como objetivo de procrear la especie, de donde se denomina un tipo de familia llamada **consanguínea**, en la cual padres, madres, hermanos, abuelos y abuelas se podían unir entre sí. Dejando claro que existía el comercio sexual recíproco sin límites.

Posteriormente surge la **familia punalúa**, la cual es considerada como el primer progreso de la organización familiar en la cual existe el comercio sexual restringido (padres-hijos y posteriormente hermanos) ya que a diferencia de la anterior se comienzan a poner límites en cuanto con quien se podía procrear. Es importante destacar que no solo se modifican cuestiones sexuales sino también de convivencia, creación de costumbres y valores, este tipo de familia se caracteriza por tener un orden en donde los maridos son compartidos por grupos de hermanas cercanas o lejanas menos por las propias hermanas.

La **familia sindiásmica** se caracteriza por el surgimiento del matrimonio en donde las uniones grupales quedaron de lado, pero resaltando que el hombre tiene permitida la poligamia y la infidelidad. Destacando que en este tipo de familia a la mujer no se le permite el adulterio y se le exigía fidelidad castigándolas cuando no cumplieran este mandato.

El siguiente tipo de familia surge a partir de la familia mencionada anteriormente y tiene como nombre **familia monogámica**, donde su característica principal es el dominio total por parte del hombre donde la finalidad es procrear hijos, cuya paternidad sea indiscutible y esta tenga como resultado el poder heredar bienes, una de sus características es que existen lazos conyugales más fuertes y solo el hombre puede romper estos lazos y ser infiel. Este tipo de familia actualmente sigue vigente con algunas restricciones y modificación por diferentes sucesos históricos.

Una vez identificados los aspectos globales del origen de la familia resulta necesario conocer la evolución de la familia en México partiendo desde la **época prehispánica**, El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2010) señala que en esta época la autoridad recaía exclusivamente en el jefe o padre a quien por tener más edad que los demás miembros en la familia se le atribuía mayor sabiduría. Las madres

enseñaban a sus hijos a referirse al padre como “el señor” o “mi señor”, en señal de respeto. La educación de los hijos era tarea de ambos padres. Cabe mencionar que la disciplina con la que se criaba a los hijos era estricta y el padre instruía a sus hijos con consejos.

Es de relevancia mencionar que según el INEA (2010) entre los indígenas existían normas estrictas sobre la castidad, en donde las relaciones que se realizaran fuera del matrimonio era castigadas. Lo más común era que los hombres tuvieran una sola mujer a diferencia de los jefes de alto rango los cuales tenían permitido relacionarse con varias mujeres.

Posteriormente en el **México colonial** cuando la conquista española sucedió se produjeron cambios en todos los ámbitos repercutiendo directamente en la familia. Es importante mencionar que la llegada de nuevas enseñanzas entre ella la religión católica modificaron las costumbres que estaban establecidas en los indígenas mexicanos. El resultado de la mezcla de razas y la clase social de cada grupo también crearon una diversidad en las familias. En la familia formada por españoles el padre era la máxima autoridad al igual que en las familias formadas por españoles nacidos en México (criollos) y en las familias de españoles casados con indígenas (mestizos) cabe mencionar que el padre perdía el respeto cuando actuara en contra de la ley de Dios. El padre educaba a los hijos enseñándoles oficios artesanales y el cultivo de tierras. Después de la autoridad de este, seguía la madre quien se encargaba del cuidado del hogar. Una dinámica que se llevaba a cabo dentro de la familia en esos tiempos y actualmente en algunas familias sigue vigente, resulta importante mencionar que el hijo mayor recibía la mayor parte de los bienes de la familia y tenía la responsabilidad de velar por el sustento de la familia así como de cuidar a las hermanas y los hermanos menores debían de obedecer y respetar a este. Durante esta etapa la familia de la mujer daba la dote, que se refiere a los bienes o dinero con el que contribuía para las posesiones de la nueva familia que se acababa de crear.

Según INEA (2010)

Por influencia de la religión cristiana, que sancionaba las relaciones fuera del matrimonio, los hombres de la clase gobernante hicieron menos evidente su

relación con varias mujeres y abandonaron la responsabilidad de mantener a los hijos nacidos de esas uniones. A los plebeyos, quienes sólo tenían una esposa, aquélla a la que podían mantener, les fue permitido elegirla, cambiando así la costumbre de que la familia y la comunidad lo decidieran.

Luego durante el **siglo XIX** el hombre seguía siendo la autoridad de la familia y el sostén de la misma. En particular cabe señalar que una práctica que salvaba del abandono a una gran cantidad de niños que quedaban huérfanos debido a la muerte materna por la escasez de atención médica era el compadrazgo, práctica que se realizaba a partir de las creencias católicas. El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2010) señala que:

Un cambio muy importante en la familia del siglo XIX se produjo por las actividades de las mujeres. En 1844, por primera vez hubo en México un grupo de Hermanas de la Caridad, que manejaba hospitales, consolaba y cuidaba enfermos. Estas mujeres aprendieron a leer y escribir; otras se formaron como maestras.

En particular durante el **Siglo XX** surgieron cambios importantes en la familia, como el hecho de que cualquier persona puede elegir a su pareja y el papel del padre se modificó a partir de que se le retira el derecho de disponer del futuro de sus hijos ya que nuevos derechos respaldan a estos para recibir una educación. Esta última se vuelve obligatoria en las escuelas en donde se modificaban valores y se reforzaban otros que ya existían. La dinámica familiar dentro de este siglo representa un gran cambio positivo ya que por una parte la autoridad de los padres es más flexible y la relación que existe entre padres e hijos se modifica a través del acuerdo, tolerancia y diálogo.

De acuerdo con INEA (2010)

A pesar de los innegables cambios en favor de relaciones familiares más abiertas y con mayor libertad de expresión, también se ha incrementado la separación de las parejas; existe violencia dentro de la familia y abuso del menor, así como un mayor abandono y olvido de los familiares ancianos, que

en muchos casos son considerados una carga para la familia. No es raro que los hijos rechacen todo tipo de guía y reglas provenientes de los adultos, y que crezcan, sin orientación suficiente para la vida. Muchas personas buscan relaciones alternativas a la familia tradicional; así proponen vivir en familias comunales o en unión libre, entre otras posibilidades.

Por otra parte la madre adquiere mayor autoridad dentro de la familia al igual que existe la incorporación de ellas dentro de la industria. Cabe mencionar que en esa época la participación de los hijos en los trabajos del hogar y las mujeres en el área laboral generó una modificación en los tradicionales roles de género asignados a hombres y mujeres así como conductas de sumisión y dominio.

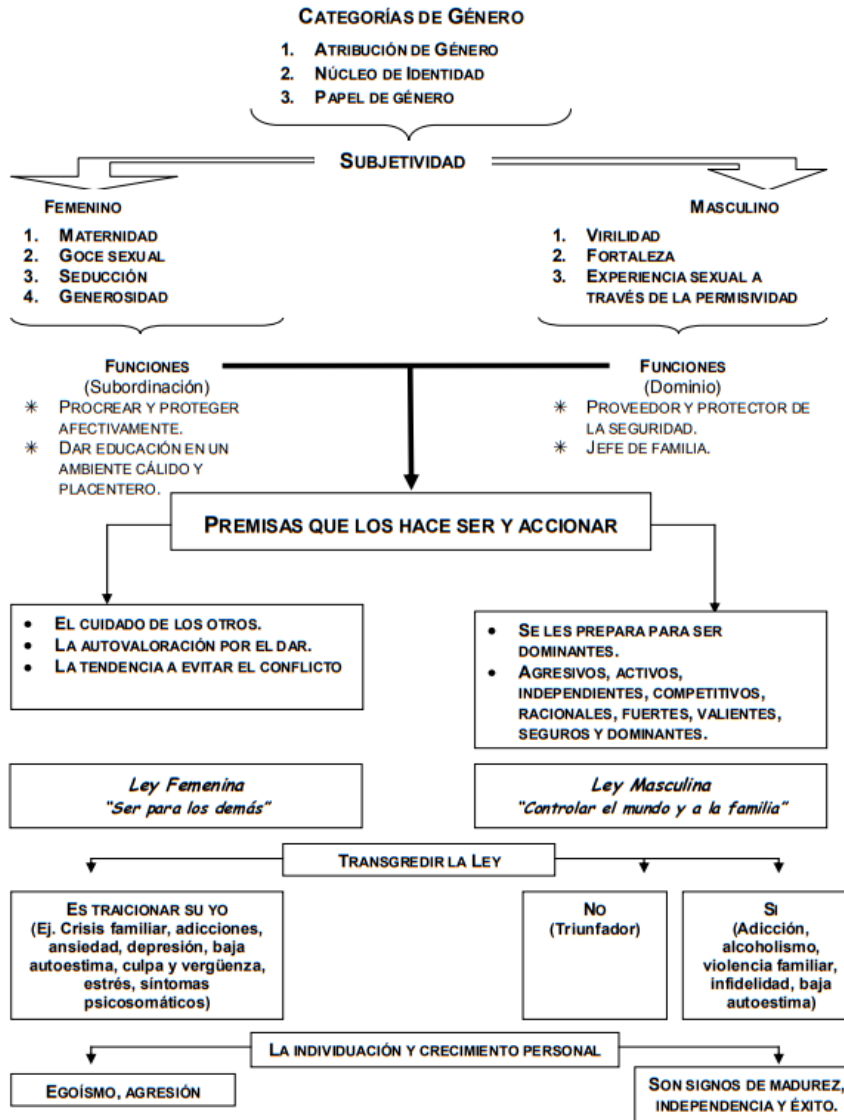
Para poder comprender el significado de rol de género es necesario desfragmentar este término identificando que género se refiere a las características culturales que marca la sociedad para hombres y mujeres, las cuales son aprendidas por parte de la familia y la sociedad. Otra definición Se refiere al conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construye en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. En los últimos años el tema del género ha sido resultado de diferentes investigaciones, debates y surgimiento de nuevas concepciones por lo que resulta importante diferenciar la perspectiva de género y la ideología de género. Según Miranda (2012):

Los postulados de la perspectiva de género —los cuales promueven la igualdad entre varón y mujer, respetando la antropología propia de cada sexo, potenciando el papel de la maternidad y la paternidad dentro del ámbito familiar— podrían estar respaldando planteamientos totalmente opuestos, como los formulados por la ideología de género, la cual aboga por un igualitarismo que homogeneiza al varón y a la mujer, ignorando cualquier tipo de diferencias entre los sexos, incluyendo las biológicas, y cuya consecuencia más nociva es el vaciamiento de significado de la maternidad, la paternidad y la familia. (pág. 354)

Una vez identificada la diferencia entre perspectiva de género y la ideología de género resulta importante conocer la manera en la que se es percibido el término femenino y masculino desde la perspectiva de género (Véase figura 2).

Figura 2

Desde la perspectiva de género.



Nota: principales creencias que existen sobre los hombres y las mujeres en la sociedad y las conductas esperadas. Tomado de Centros de Integración Juvenil (2010)

Ahora bien el Instituto Nacional De Las Mujeres (2007) define los roles de género como conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etc. El Instituto Nacional De Las Mujeres (2007) señala que Lamas (2002) explica que el papel (rol) de género se crea con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque existen variantes con la cultura, la clase social y el grupo étnico. Lo que conlleva a condicionar los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

Se considera que por el hecho de que mujeres y hombres sean diferentes anatómicamente los lleva a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes también lo son. Las sociedades determinan las actividades de las mujeres y los hombres basadas en los estereotipos, estableciendo así una división sexual. Lamas (2002)

2.3 LA FAMILIA EN EL MÉXICO ACTUAL

Como se revisó anteriormente los cambios realizados en la sociedad genera modificaciones en los integrantes de la familia, cambiando los roles de los integrantes. Welti et al. (2015) Realizaron una investigación donde se le pregunto a la población que mencionaran cuales serían las características de un buen padre y las características de una buena madre y se obtuvo (Véase tabla 2 y 3).

Tabla 2. Distribución perceptual de la población según la respuesta a la pregunta: ¿cuáles serían para usted las características de un buen padre? por sexo de la persona entrevistada

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN PADRE	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Que atienda las necesidades económicas de la familia	40.7	43.3
Que se cariñoso con sus hijos	17.7	20.5

Que dedique tiempo a la atención de su familia	30.3	25.2
Que sea responsable	10.4	10.0
No contesto	0.9	1.0
TOTAL	100	100

Fuente: ¡Qué familia! La Familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de Familia, (2015)

Tabla 3. Distribución perceptual de la población según la respuesta a la pregunta: ¿cuáles serían para usted las características de una buena madre? por sexo de la persona entrevistada

CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA MADRE	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Que atienda a sus hijos	51.6	53.3
Que atienda las necesidades económicas de la familia	16.4	13.6
Que sea cariñosa con sus hijos	18.2	21.0
Que se dedique exclusivamente a criar a sus hijos	8.3	9.5
Que se dedique exclusivamente a atender a su cónyuge	2.2	0.2
No contesto	3.3	1.8
TOTAL	100	100

Fuente: ¡Qué familia! La Familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de Familia, (2015)

Los resultados obtenidos destacan que la principal característica de un “buen padre” es que atienda las necesidades económicas de la familia, resultando el proveedor. en segundo lugar se encuentra que un buen padre debe dedicar tiempo a su familia. A diferencia de la madre según los estudios una “buena madre” como principal característica es que atienda a sus hijos seguida por ser cariñosa con ellos. Por lo que la madre queda encasillada a ser la que se encarga de los hijos, a pasar de los cambios que se han generado respecto a los roles de género en el último siglo. Cabe mencionar que en la actualidad según Rangel (2015) las familias actualmente se enfrentan a las siguientes cuestiones:

- Un creciente e imparable ingreso de las mujeres al mercado laboral.

- Una aparente independencia económica y jurídica de las partes en el matrimonio.
- Un cambio de valores y prioridades marcadas por nuevas obligaciones laborales
- Un aumento en el estrés ante las necesidades de las mujeres de conciliar trabajo y familia
- Nuevas formas de arreglos familiares.
- Contexto global neoliberal promotor de políticas sociales cada vez más focalizadas

Destacando el punto de nuevas formas de arreglos familiares se encuentra que López (2012) por El instituto de Investigaciones Sociales basado en el Estudio Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares en México (ENIGH) que realiza cada dos años el instituto Nacional de estadística y Geografías (INEGI) señala que en la actualidad existen once tipos de familia los cuales esta conformados de la siguiente manera:

- 25.8% son: Papá, mamá y niños (menores de 12 años).
- 14.6% son: Papá, mamá y jóvenes (mayores de 12 años).
- 9.6% son: Pareja, hijos, y otros parientes (abuelo, abuela, tios, sobrinos etc).
- 3.8% son: Familia Reconstruida (uno dos de los conyugues han tenido uniones previas).
- 4.7% son: Pareja joven sin hijos.
- 6.2% son: Nido vacío (pareja mayor que vive sin sus hijos).
- 0.6% son: Parejas del mismo sexo.
- 2.8% son: Papá solo con hijos.
- 16.8% son: Mamá sola con hijos.
- 4.1% son: Co-residentes (personas que viven en el mismo espacio. No hay relación de pareja entre ellos).
- 11.1% son: Familia unipersonal (personas que habitan solas en un hogar).

Dentro de estos once tipos de familia cabe mencionar que existen tres clasificaciones, las familias tradicionales, las familias en transición y las familias emergentes. La primera de estas tres se refiere en donde están presentes el papá, la mamá y los hijos

ya sean niños o jóvenes en este tipo de familia tradicional también se encuentran las familias extensas o también señaladas anteriormente con otros parientes y en las familias de transición no incluye alguna de las figuras tradicionales como el papá, la mamá o los hijos y dentro de este tipo de clasificación se encuentran las familias de madres solteras, las familias de parejas jóvenes sin hijos, nido vacío etc. Y en el tercer tipo de clasificación se refiere a las nuevas familias que han surgido con mayor fuerza durante el último milenio como los padres solteros, las parejas del mismo sexo o familias reconstruidas.

Actualmente resulta complicado poder definir las características de la familia mexicana ya que como se menciona anteriormente existen once tipos de familia y cada una de ellas tiene características en particular que la definen, sin embargo las características principales de las siguientes familias son:

Papá, mamá y niños (menores de 12 años): El impulso de estas familias lo constituyen principalmente los niños, el padre y la madre están permanentemente preocupados por propiciar y facilitar el sano desarrollo de los hijos.

Papá, mamá y jóvenes (mayores de 12 años): los padres buscan las condiciones necesarias para que sus hijos lleguen a ser adultos competitivos, brindándoles las oportunidades educativas y laborales necesarias para un buen desarrollo. los padres generalmente están preocupados por seguir siendo jóvenes, para estar a la altura de sus hijos y así poder entender y facilitar su desarrollo. Estas familias suelen ser permisivas.

Mamá sola con hijos: la mayoría de las madres solteras lo son por las circunstancias, en general por el abandono o la irresponsabilidad del padre. Su principal objetivo es sacar adelante a sus hijos en un entorno de muy pocas posibilidades socioeconómicas. Además de ser amas de casa y jefas de familia al mismo tiempo, en general cuentan con pocos recursos tanto económicos como intelectuales.

Pareja, hijos, y otros parientes (abuelo, abuela, tios, sobrinos etc): son las familias más tradicionales de México. La mayor parte de estas familias se forman cuando el abuelo, la abuela o los dos habitan con la familia nuclear. en este tipo de familias el

principal objetivo es conservar y promover las tradiciones y los valores de la propia familia, de su comunidad y del país. Los problemas se resuelven por consenso, así como por decisión del jefe de familia, tal autoridad es respetada por todos los miembros de la familia.

Papá solo con hijos: generalmente los padres son permisivos, involucran a los hijos en las decisiones, con facilidad acceden a los deseos y tratan de complacer en todo a los hijos así como también se busca facilitar su desarrollo de una manera práctica y sin conflictos.

2.4 PROPIEDADES DE LA FAMILIA

De acuerdo a las características mencionadas anteriormente resulta relevante conocer la perspectiva con la que abordan a la familia el sociólogo Parson y el psicólogo Bales ambos estadounidenses en 1955 a la cual plantean como un sistema racional, el cual es un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio de estado en la unidad primitiva modificada y así sucesivamente.

Minuchin (1983) explica que los sistemas se crean a través de distintas interacciones y reglas que configuran su estructura. Eguluz (2003) menciona que estas reglas se modifican por ensayo y error, dando como resultado el que los integrantes saben que está permitido y que no, generando relaciones de forma estable dentro del sistema ya que se identifica que deben hacer para ser aceptado por los demás.

Al visualizar a la familia como un sistema, en los diferentes tipos que existen, se observan propiedades en común, las cuales según Minuchin (1983) son:

Totalidad: se refiere básicamente que los cambios que experimente uno de los integrantes del sistema repercutirán directamente en todos los demás que lo conforman.

Causalidad circular: sucede cuando un evento o comportamiento influyen en otro, desencadenando una respuesta que está controlada por el suceso anterior formando un tipo de cadena lo cual se puede repetir varias veces.

Equifinalidad y Equicausalidad: Dentro de la teoría de los sistemas significa que cualquier sistema puede alcanzar un objetivo o una finalidad partiendo de características iniciales diferentes y para el segundo término se refiere que una causa o una condición puede generar diferentes resultados en un sistema considerando en ambos términos que un sistemas es indeterminado.

Jerarquías: es la manera en la que están organizados dentro del sistema, este orden se da a partir de la autoridad que ejerce uno de los integrantes sobre los demás, generalmente designado por la edad, el género, poder adquisitivo etc.

Triangulaciones: generalmente se refiere e a las relaciones que se dan entre algunos miembros del sistema ocasionando conflicto entre los demás, estas relaciones se dan entre personas de distintos subsistemas como por ejemplo padre e hijo en contra de la madre o viceversa.

Alianzas: se da igual que la anterior solo con la diferencia que esta genera beneficios dentro del sistema

Centralidad: un integrante del sistema logra captar toda la atención de los demás generando un desequilibrio importante cuando este presenta algún tipo de problema o llega a morir, cualquiera de los dos hechos mencionados anteriormente puede causar la separación o rompimiento del sistema.

Reglas de relación: Se refiere a la manera en la que se establecen límites, reglas y comportamientos dentro del sistema, generalmente para lograr estabilidad dentro del mismo.

2.4.1 DINÁMICA FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS

En contraste con lo anterior cabe mencionar que existen diferentes factores dentro del ambiente familiar que propician la aparición de conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas. En el primer capítulo se menciona que la etapa de la adolescencia es un factor para el uso de sustancias psicoactivas. Los factores dentro del ambiente familiar están estrechamente relacionados con aspectos económicos, culturales, educativos etc. Los más comunes son:

Falta de diálogo: se refiere a la ausencia de comunicación entre padres e hijos. Los adolescentes durante esta etapa necesitan ser escuchados y manifestar sus sentimientos, exponer sus puntos de vista al igual que expresar lo que están viviendo, al no existir este tipo de comunicación se comienzan a generar múltiples carencias que afectan directamente la adolescente

Sobreprotección: la sobreprotección impide el sano desarrollo de los hijos ya que estos generalmente entran en conflicto al momento de resolver problemas o decidir, al igual que les resulta complejo integrar valores y actuar de forma autónoma. También genera que los adolescentes al momento de no estar bajo la supervisión o cuidado de uno de sus padres generen conductas de riesgo.

Despreocupación: sucede cuando los padres no se ocupan o no prestan atención a los aspectos que los adolescentes consideran importantes, dejando hacer todo lo que ellos quieran, no existiendo límites ni normas que regule su sano desarrollo.

Autoritarismo: también considerada falta de libertad, en la mayoría de los casos el autoritarismo es ejercido por parte del padre en donde la obediencia de sus órdenes se ejecuta sin un previo consenso entre él y el adolescente, repercutiendo en la autonomía, ejercicio de responsabilidad y sentido crítico de sus hijos.

Desestructuración: se refiere a las familias que están separadas por diversas razones como por ejemplo problemas de salud, divorcios, alcoholismo, drogadicción, violencia etc. Repercutiendo directamente en los hijos como en el rendimiento escolar, bajo autoestima, agresividad, entre otras conductas de riesgo.

Modelo incoherente: Ocurre cuando los padres no tienen relación entre lo que dicen y hacen, ya sea por parte de ambos o por uno de estos. Los hijos no comprenden la sintonía entre la práctica y la teoría, lo que los lleva a generar una falta de credibilidad repercutiendo directamente en la autoridad de los padres. Estas acciones generan que el modelo de referencia que necesita el adolescente se pierda.

Interacción defectuosa: se trata de las relaciones problemáticas entre padres e hijos donde no existe una comunicación fluida y correcta.

Resulta importante conocer como es actualmente la relación que existe en las familias mexicanas en donde hay adolescentes. Generalmente la adolescencia es vista como una etapa en la cual se generan distintos problemas, sin dejar de lado que es también una construcción social ya que en otras culturas tiene un distinto significado, según Mercado (2016) las investigaciones realizadas por las Encuestas Nacionales De la Juventud de 2005 a 2010 en adolescentes de un rango de edad de 12 a 19 años la mayoría indicó que cuenta con el apoyo familiar para la realización de sus estudios. También se encontró que los jóvenes piensan de forma similar que sus padres en muchas cuestiones como lo es religión, reglas morales, matrimonio, relación entre padres e hijos y trabajo. Solo en aspectos de política y sexualidad los porcentajes fueron menores al 50%. Los jóvenes declararon también que sus relaciones son generalmente cordiales dentro de su familia. En el 2004 la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Organización Iberoamericana de Juventud reporto algunos datos sobre la percepción de los jóvenes mexicanos en la relación con sus progenitores según esto:

Madre: Buena 89%, Regular 8% mala 1%

Padre: Buena 74%, Regular 15% mala 2%

Resulta importante analizar que lo expresado por parte de los adolescentes en las encuestas no generaría una problemática en la sociedad mexicana, sin embargo encuestas y estudios realizados en relación al consumo de drogas legas e ilegales muestran lo contrario ya que Mercado (2016) realizaron una investigación con una muestra no probabilística de 1934 estudiantes de secundarias públicas procedentes de tres ciudades de la república Mexicana, 26.5% de la Ciudad de Mexico, 26.7% de Poza Rica, Veracruz y 46.8% de Culiacán Sinaloa (Véase tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de consumo de sustancias por sexo y ciudad

	Ciudad de México N=512		Poza Rica N=517		Culiacán N=905	
	H %	M %	H %	M %	H %	M %
Consumo De Tabaco	43.9	32.8	29.6	32.0	18.6	11.2
X ²	6.65		0.35		9.66	
Consumo de Alcohol	58.6	59.6	44.6	46.7	40.8	43.1
X ²	0.13		0.19		0.49	
Consumo de Drogas Ilegales	6.7	4.0	1.3	5.0	3.1	2.3
X ²	1.72		5.19		0.49	
Tomado de “La familia Mexicana Contemporanea Procesos y Atores” (2016)						

En la tabla anterior se observa que la sustancia con mayor consumo es el alcohol seguida por el tabaco y en tercer lugar las drogas ilegales. Un dato significativo fue que en Ciudad de México y Culiacán se encontró que las mujeres reportan un mayor consumo de alcohol mostrando así que la dinámica familiar y la percepción que muestran los adolescentes en México es errónea ya que como mencionamos anteriormente el uso de drogas está vinculado directamente al ambiente familiar. La manera en la que sus integrantes convivan será factor primordial para que se generen conductas positivas o negativas en cada uno de los sujetos.

Mercado (2016) Menciona que las prácticas parentales que son las conductas específicas que los padres utilizan en la socialización con sus hijos podrían

considerarse como aspectos más particulares que los estilos parentales, estos últimos Comellas (2003) los define como:

La forma de actuar, derivada de unos criterios, y que identifica las respuestas que los adultos dan a los menores ante cualquier situación cotidiana, toma de decisiones o actuaciones. Se habla de estilo por su permanencia y estabilidad en todas las edades aunque, en aspectos concretos, puedan cambiar según la edad. Estos estilos educativos determinarán la identidad del grupo, dándose tanto en la escuela como en la familia o en cualquier grupo (pág. 12)

A continuación se explican los estilos parentales que existen, Capano (2013) menciona:

Padres democráticos: tienen hijos con un mejor ajuste emocional y comportamental. Son padres que estimulan la expresión de las necesidades de sus hijos, promueven la responsabilidad y otorgan autonomía. El estilo democrático tiene un impacto muy positivo en el desarrollo psicológico de los niños, manifiestan un estado emocional estable y alegre, una elevada autoestima y autocontrol. (pág. 87)

Padres permisivos: Los niños, luego adolescentes que viven en hogares con estilo permisivo demuestran ser poco obedientes, tienen dificultad en la interiorización de valores, viven situaciones de agresividad en la familia, tienen baja autoestima, padecen de falta de confianza, tienen bajos niveles de control de sus impulsos, manifiestan dificultades a nivel conductual, como ser el consumo de sustancias y alcohol. Los padres promueven una importante autonomía en sus hijos, los liberan del control, evitan el uso de las restricciones y el castigo. (pág. 88)

Padres Autoritarios: Los padres manejan importantes niveles de control restrictivo, bajos niveles de comunicación y afecto, los chicos funcionan con un fuerte control externo. Los padres valoran la obediencia como una virtud, mantienen a sus hijos subordinados y restringen su autonomía. Los chicos se muestran tímidos, mínima expresión de afecto con sus pares, pobre

interiorización de valores, son irritables, vulnerables a las tensiones y poco alegres. (pág. 88)

Padres Indiferentes: Es un estilo caracterizado por la indiferencia, la permisividad, la pasividad, la irritabilidad y la ambigüedad, no hay normas ni afecto. (pág. 88)

De acuerdo con Gervilla (2003) destaca algunas de las repercusiones, tanto positivas como negativas de los estilos parentales que llegar a ejercer (Véase tabla 5).

Tabla 5. Repercusiones de estilos parentales

Padres	Hijos e Hijas
Democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos • Buena actitud y rendimiento escolar • Buena salud mental • Escasos problemas de conducta
Permisivos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos • Poco malestar psicológico • Problemas de conducta y abuso en el consumo de drogas
Autoritarios	<ul style="list-style-type: none"> • Mas obedientes y orientados al trabajo • A veces hostiles y rebeldes • Poca confianza en ellos mismos • Problemas depresivos
Indiferentes	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas escolares • Problemas de ajustes psicológicos • Muchos problemas de conducta y abuso en el consumo de droga
Tomado de Nuñez Cubero, L. como se citó en Gervilla, 2003).	

En la anterior tabla se logra identificar que los estilos parentales en los que se presentan problemas de consumo de drogas son en los estilos indiferente y permisivo por lo que resulta importante conocer cuáles son las prácticas parentales que son más específicas las cuales desencadenan este tipo de consumo. Mercado (2016) Destaca que los adolescentes que no consumen tabaco son los que perciben un ambiente familiar más favorable, tienen mayor comunicación y apoyo de los padre, menor hostilidad y rechazo. Andrade y Betancourt (2008 citado por Mercado, 2016) evaluaron la predicción de factores individuales, sociales y familiares en el consumo de tabaco alcohol y drogas ilegales y encontraron que el rechazo de la madre fue el segundo predictor del riesgo de consumir drogas, en usuarios de alcohol, los jóvenes consumidores perciben mayor rechazo de parte de la madre y del padre.

Betancourt (2011) menciona “Las prácticas parentales se definen como aquellas conductas que los padres utilizan para socializar a sus hijos, y pueden agruparse en dos categorías: apoyo y control” (pág. 28).

La primera categoría hace referencia al soporte y cariño que se da por parte de los padres hacia sus hijos. Así mismo Betancourt (2011) afirma que varias investigaciones coinciden en que un alto apoyo parental repercute de manera directa en el desarrollo de los hijos y reduce los problemas emocionales y de conducta. A su vez refiere que el control parental es definido como el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos, y el conocimiento de las actividades que estos realizan.

Cabe mencionar que las investigaciones sobre esta última práctica parental han mostrado resultados que pueden ser contradictorios, ya que hay datos que apoyan la afirmación de que el control afecta de manera positiva la conducta de los hijos, sobre todo cuando se refiere a estrategias de supervisión de los hijos y, por otro lado, se le asocia de forma negativa con la presencia de problemas cuando se utilizan estrategias intrusivas para controlar la conducta. Betancourt (2011)

Por lo que resulta necesario identificar que dentro del término *control* existen dos conceptos los cuales son: control psicológico y control conductual.

Según Barber (1996) El Control Psicológico se refiere aquellas conductas de los padres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos de los hijos, entre las que se incluyen prácticas que interfieren con la autonomía e independencia de los hijos como: devaluación, invalidación de sentimientos, inducción de culpa, chantaje y agresión física y psicológica.

El control conductual se refiere a un conjunto de conductas parentales que involucran atención y supervisión de las actividades de los hijos, referido en varias investigaciones como supervisión o monitoreo, Betancourt (2011). Por su parte, Barber, Olsen y Shagle (1994) encontraron que cuando existe un menor control conductual de los padres se presenta consumo de alcohol y drogas.

Muñoz et.al. (2001) explica que los factores parentales que protegen al adolescente del consumo de tabaco, alcohol y drogas, son tener una estrecha vinculación afectiva entre el joven y sus padres, un apoyo instrumental del padre y emocional de ambos. En sentido opuesto, la ausencia de normas familiares, los conflictos entre los padres y el adolescente, predice que el adolescente se implique en el uso de sustancias adictivas.

Estudios realizados recientemente contrastan que el control psicológico en donde intervienen; chantajes, inducción de culpa, intrusividad y crítica excesiva resultan muy perjudiciales para el desarrollo del adolescente ya que generan problemas tanto emocionales como conductuales cabe mencionar que los comportamientos de la madre muestran puntajes más altos en comparación a la de los padres, en relación al control psicológico. Por otro lado resulta relevante mencionar que el control conductual depende de la cantidad de información que el adolescente esté dispuesto a comunicar y de otros factores que involucren la relación entre padres e hijos, ya que si no existe una buena comunicación y confianza puede ser intrusiva y esta generar conflictos en el adolescente.

2.5 CARACTERISTICAS DE FAMILIA ADICTA

Una vez identificados los estilos y practicas parentales que propician el desarrollo de conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas es importante conocer los cambios que se efectúan a partir del momento en que se da el uso de sustancias psicoactivas por parte uno de los hijos. En un estudio realizado por la Escuela Nacional de Salud Pública se explica que en la mayoría de los casos donde se presentan problemas de adicción la madre es la moderadora de la relación que tiene el hijo con los demás familiares en las diferentes etapas de la vida y por consecuencia está involucrada en los momentos relacionados con el consumo de drogas y tratamiento.

Serrano (2011) explica 5 etapas del afrontamiento familiar en el uso de drogas en los hijos los cuales son:

Justificación familiar ante los cambios de comportamiento en los adolescentes: conductas asumidas por parte de familiares, ante los cambios bruscos en la forma de comportarse los adolescentes. Las conductas familiares se caracterizaron por el encubrimiento y la justificación de hechos negativos.

Alerta familiar ante las sospechas de consumo de sustancias en los adolescentes: conductas familiares expectantes ante el deterioro del comportamiento de los adolescentes pero sin llegar a actuar para contrarrestarlo a pesar de la duda respecto a un posible consumo de drogas.

Pérdida del control familiar: percepción familiar de pérdida de control sobre los adolescentes ante los problemas agudizados como resultados del consumo de sustancias.

Búsqueda de ayuda ante situaciones clímax: estrategias familiares desplegadas ante el peligro inminente que corría la vida del adolescente como consecuencia del consumo de drogas.

Negación de responsabilidad familiar con la enfermedad del paciente y su tratamiento: conductas de recriminación familiar al enfermo, culpar y atribuir al adolescente responsabilidad individual por haber actuado de forma negativa

hasta enfermar. Incluye la inestabilidad de la participación familiar durante la hospitalización y tratamiento de rehabilitación al egreso de la institución hospitalaria. (págs. 133-134)

En la investigación donde se plantean estas cinco etapas de afrontamiento, una característica particular en los familiares con un integrante drogadicto es la evasión, esta se da durante el afrontamiento y el tratamiento del consumo de drogas, impidiéndole a los familiares la aceptación de un problema que es real y complica la situación por la que pasa el sujeto antes de ingresar a tratamiento y la recuperación del mismo.

Resulta importante revisar que El Dr. Saúl Alvarado (s.f.) destaca siete roles que se dan dentro de la dinámica familiar cuando uno de los integrantes consume alguna droga, los cuales son: el rescatador, el cuidador, el rebelde, el héroe, el recriminador, el desentendido y el disciplinador. Destacando en el primero de estos que es el miembro el cual se encarga de “salvar” al adicto de los problemas que resultan por su adicción. Tienden a inventar excusas y se asignan así mismos el resolver todos los conflictos que el adicto produce, contribuyendo a que el adicto continúe con su consumo.

El cuidador: se encargan de todas las responsabilidades y tareas que no le corresponden con el fin de que el adicto no tenga responsabilidades, generando en la persona una sobrecarga que afectara su salud a largo o corto plazo y al igual que el rol anterior contribuye al deterior que le produce su adicción

El rebelde: su característica principal es el atraer la atención de la familia sobre si mismo de modo que todos puedan volcar sobre él, su ira y frustración. Siendo este el adicto a alguna droga.

El héroe: está empeñado en desviar la atención de la familia que tienen en el adicto esto a través de logros positivos. Generando un conflicto ya que se realiza una comparación entre él y el adicto no propiciando una mejora en el.

El recriminador: este sujeto se centra el culpar al adicto de todos los problemas de la familia, teniendo como consecuencia el generar una excusa para el adicto para continuar ingiriendo determinada sustancia.

El desatendido: generalmente se da en menores de edad que no se involucran en las discusiones y en la problemática de la familia. Sin dejar de lado que esta característica se puede dar también por parte de los padres.

El disciplinador: el familiar que asume este rol considera que la falta de disciplina es algo que puede ayudar, confundiendo la disciplina con violencia física o verbal agrediendo al adicto, generalmente surge a partir del sentimiento de culpa por la adicción de los hijos. Resultando evidente que no mejora la problemática que se está experimenta.

Todas las familias interactúan de distinta manera, resultando difícil englobar un solo tipo de características para describir a una familia con problemas de drogadicción, a partir de las conductas generadas en varias familias resulta importante identificar a fondo el proceso que ocurre en la familia que está en contacto con una persona adicta.

A través de los años la familia ha experimentado cambios que fueron necesarios conocer para entender por qué las familias en la actualidad están integradas de determinadas maneras. Las primeras familias que se deben de identificar como el origen de la familia son: la familia consanguínea, la punalua, la sindiasmica y finalmnte la monogamica, esta última en la actualidad continua vigente con modificaciones y restricciones. En México la familia tenía características que la relacionan con las familias mencionadas anteriormente, sin embargo las creencias prehispánicas delimitaban ciertas reglas y formas de convivencia que se debían de seguir, pero durante la época de la conquista estas creencias fueron sustituidas por las creencias católicas. Los cambios realizados en la sociedad a lo largo de los siglos genero modificaciones en la familia y sus integrantes. La cual se puede definir como el conjunto de sujetos que interactúan entre sí, los cuales están vinculados por un parentesco, en la cual se gestan y transmiten, valores, tradiciones y límites educando y formando sujetos capaces de desarrollarse de manera óptima en las diferentes etapas y actividades en las que se desarrolle durante toda su vida así como también

en la manera en la que interactúe con la sociedad. Teniendo como consecuencia que las dinámicas que se ejerzan dentro de la familia repercutirán directamente en la generación de conductas de riesgo en los hijos, principalmente en los adolescentes. Los estilos parentales: indiferente y permisivo son factores que propician el consumo de drogas y las conductas parentales tales como chantajes, inducción de culpa, intrusividad y crítica excesiva resultan muy perjudiciales para el desarrollo del adolescente ya que generan problemas tanto emocionales como conductuales. Una vez desarrollado el problema de consumo de drogas dentro de la familia estos desarrollan conductas que propician el incremento del desarrollo de la adicción llamadas codependencia, un término que estudiaremos y definiremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III CODEPENDENCIA

De acuerdo con el capítulo anterior cuando la problemática del consumo de drogas se da dentro de la familia sus integrantes desarrollan un conjunto de conductas denominadas codependencia por lo que es relevante conocer el origen de este constructo para identificar porque se le denomina de esta manera. Al igual que identificar las características, definiciones, tipología y cuáles son los factores que propician el desarrollo de la codependencia, ya que esta problemática no necesariamente se da en convivencia con algún adicto a una sustancia química.

En continuación con el capítulo anterior las prácticas y estilos parentales pueden propiciar el consumo de sustancias en los adolescentes, sin embargo, también posibilitan el desarrollo de la codependencia.

La problemática de la codependencia genera en los miembros de la familia que experimenten un proceso de sufrimiento y una fuerte necesidad de resolver los conflictos, llevando a la persona adicta a continuar con el consumo de drogas. Destacando que generalmente la codependencia la presentan en su mayoría mujeres.

3.1 DEFINICION DE CODEPENDENCIA.

Antes de examinar los antecedentes del contexto socio-histórico del constructo codependencia resulta necesario identificar algunos conceptos que definen a la codependencia:

Noriega (2002)

En su concepto esencial, la codependencia se refiere a un problema psicológico que se presenta de una manera repetitiva en casi todas las personas que conviven con un alcohólico o con adictos a otras sustancias químicas.

Noriega (2002)

Síndrome que abarca una serie de síntomas y rasgos de personalidad, en el que el individuo se encuentra significativamente afectado por haber estado o por estar involucrado en un ambiente familiar en el que hay una larga historia de alcoholismo, dependencia a las drogas o un ambiente estresante.

Mansilla (2002)

La codependencia hace referencia a una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones.

Moral (2008)

La codependencia es un estilo de relación donde la pareja del adicto (alcohólico o adicto a otras sustancias psicoactivas) sostiene percepciones y conductas que reflejan su tolerancia al abuso de alcohol del paciente y un modo de vida que gira alrededor de él, convirtiéndose en su cuidador mediante un comportamiento proteccionista e hiperresponsable.

Noriega (2002)

La codependencia es la consecuencia de una exposición a largo plazo de un entorno familiar altamente estresante, definiéndolo como un entorno en donde hay presencia de problemas tales como toxicomanía, enfermedades crónicas, abuso físico o incesto.

Pérez y Delgado (2003)

La codependencia se ha definido como un patrón de comportamiento que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no ser de tipo afectivo.

De acuerdo con lo anterior la codependencia se puede definir como una relación disfuncional causada por la conducta adictiva generada hacia una persona y que generalmente presenta uno o más de los familiares que conviven con un consumidor de drogas, estableciéndose de forma progresiva en que se da el aumento de consumo de alguna sustancia. La codependencia genera que el sujeto pierda el control sobre determinados pensamientos y conductas como ayudar y resolver conflictos de otra persona realizándolos de manera obsesiva y compulsiva llevándolos a experimentar síntomas de abstinencia cuando no se realiza la conducta, por ejemplo, irritabilidad, ansiedad, inquietud, depresión, etc.

3.2 CONTEXTO SOCIO-HISTÓRICO DEL CONSTRUCTO CODEPENDENCIA.

Para comprender el origen del constructo codependencia debemos remontarnos según Callejo (1998) a finales del siglo XVIII cuando Benjamín Rush identificaba la adicción al alcohol como una enfermedad cuyo agente causal valga la redundancia era el alcohol, cuyo síntoma característico era la pérdida de control sobre la conducta de bebida y donde la abstinencia absoluta era la única cura efectiva. Cabe mencionar que durante el siglo XIX convive dentro de la medicina la adicción al alcohol y por otro el alcoholismo, término introducido ha mediado de ese siglo para definir las consecuencias somáticas del consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, a finales de este mismo siglo, la fuerza de las ideas morales va desplazando el interés desde la adicción al alcohol hacia las consecuencias del consumo, sobre todo las consecuencias sociales con el aumento de la violencia y de la ruptura familiar. En ese entonces el alcoholismo era considerado una debilidad moral, estas ideas moralistas a principios del siglo XX generaron en la sociedad y en los legisladores medidas como la ley seca y la desaparición del alcoholismo como enfermedad durante medio siglo en la ciencia y en la medicina. Destacando que los sujetos que presentaban esta problemática no contaban con la ayuda necesaria así como también sus familias, desplazándolos y dejándolos sin alternativas de solución.

Debido a las carencias de ayuda en ese entonces por los motivos mencionados anteriormente, Bill W y el medico Robert Smith, en 1935 crearon la asociación de auto ayuda Alcohólicos Anónimos. Posteriormente ellos y sus primeros miembros crean el programa de recuperación de doce pasos, el cual estuvo basado en las teorías de Jung y William James. Cabe mencionar que actualmente estos doce pasos se utilizan en todo el mundo en los diferentes grupos de autoayuda.

Callejo (1998) describe que a partir de los años cuarenta, la ciencia recupera el interés por el alcoholismo y su estudio, posteriormente en 1956 la Asociación Médica Americana permito y acepto el modelo de enfermedad del alcoholismo, en donde se combinaban fundamentos del movimiento de autoayuda y la profesión médica.

Ahora bien, tomando como referencia el punto anterior, según Martins (2012):

A principios de la década de los 50, la inquietud que afligía a los familiares de enfermos alcohólicos en recuperación en la A.A y el reconocimiento de que sus propios comportamientos y personalidades se veían afectados y enfermizos, dio origen en 1951, a la fundación de los grupos de familia Al- Anon. Su objetivo es que los parientes y amigos de alcohólicos compartan sus experiencias y dificultades (fruto de la convivencia con el Adicto), sus fortalezas y esperanzas, buscando una solución a su problema en común.

De acuerdo con Callejo (1998) ellos parten de la premisa de que al igual que el alcoholismo, la codependencia es una enfermedad, porque así como el alcohólico depende del alcohol, el familiar codepende emocionalmente del alcohólico.

Según Guzmán (1995) en aquel entonces, las esposas de los alcohólicos comienzan a denominarse coalcohólicas, entendiendo el prefijo “co” como estar al lado, alguien que está junto y que está ayudando; pero, en este caso, la persona que está al lado ayuda, de hecho, a prolongar el padecimiento. Posteriormente, en los años setenta, se comienza a hablar de dependencia química, en ese momento, el término se transforma nuevamente y comienzan a llamarse codependientes, en lugar de coalcohólicas.

Masilla (2002) explica que en esos años describía a la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. Posteriormente se hizo referencia al codependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto. Posteriormente el término se empleó para referirse también a familiares de personas con otras dependencias, con enfermedades crónicas (esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer) e incluso a profesionales de la salud.

Noriega (2013) señala que Timmen L. Cermak (1986-1991), describió la codependencia como una enfermedad que propuso incluir en el DSM III, bajo el rubro

de Trastornos de la Personalidad, con el nombre de Trastorno Codependiente de la Personalidad También comparandolo con otros trastornos de diagnóstico clínico, tales como el Trastorno Narcisista de la Personalidad y el Desorden de Estrés Postraumático. Destacando que aunque estos trastornos pueden parecer similares, en realidad presentan marcadas diferencias, aunque con frecuencia se presentan en comorbilidad (Véase tabla 6).

Tabla 6. Criterios establecidos por Cermak (1986)

<ul style="list-style-type: none"> • Inversión continuada de autoestima en su capacidad para controlarse a sí mismo y a los otros para enfrentar serias consecuencias adversas.
<ul style="list-style-type: none"> • Asume la responsabilidad de encargarse de las necesidades de los demás, incluso a costa de reconocer sus propias necesidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y dificultad para reconocer los límites acerca de la separación o intimidad con los demás.
<ul style="list-style-type: none"> • Permanentemente cae en relaciones con gente que tiene desórdenes de personalidad, dependencia a sustancias o desórdenes impulsivos individuales.
<p>Presentan por lo menos tres de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excesiva confianza en cosas negativas. • Constricción emocional (con o sin explosiones dramáticas). • Depresión. • Hipervigilancia. • Compulsiones. • Ansiedad. • Abuso de alcohol o drogas. • Es (o fue) víctima recurrente de abuso físico o sexual. • Presencia de estrés relacionado a una enfermedad médica.

- Ha tenido relaciones con personas violentas o dependientes a sustancias (como el sustituto del alcohol o droga de estas personas), por un lapso mínimo de dos años sin búsqueda de ayuda externa.

Tomado de “La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento” (2003)

Timmen Cermak (1986 citado por Escamilla, 2002):

Diferentes niveles de significancia para el concepto de codependencia como herramienta didáctica, como concepto psicológico y como entidad de la enfermedad. Como herramienta didáctica la codependencia ha sido utilizada por los terapeutas como medio de aceptación de los pacientes, miembros de familias donde hay un adicto, al mismo tiempo que les ayuda a los familiares para identificar sus conductas disfuncionales. Conceptos psicológicos tales como trastorno obsesivo compulsivo, narcisismo, psicosis, mecanismos de defensa, etc., han sido de gran utilidad, permitiéndoles tanto a los terapeutas como a los teóricos clínicos categorizar u organizar los datos o signos de la conducta humana, así como para realizar investigaciones. Sin embargo y a pesar de los intentos por que el concepto de codependencia sea un desorden de la personalidad específico, el término codependencia continua siendo tan solo un concepto psicológico, sin dejar de ser importante sobre todo en el ámbito de las adicciones. (pág. 19)

A partir de los años 90 surge el término bidependencia o dependencia doble que se da en drogodependientes que además de su adicción a las sustancias psicotrópicas presentan dependencia relacional. Esta dependencia relacional es de tipo acomodaticio, pasivizante y suprimidor de la autonomía, inclusive se mantiene, aunque la relación pueda ser perjudicial y dañina. Sirvent (2000) señala que el adicto mantiene la relación porque “le conviene” estar con alguien a quien pueda manipular, que lo acepta sin restricciones y de una u otra manera le permite continuar con su vida tal y como ésta sea.

Guzmán (1995) refiere que el término codependiente se ha mantenido hasta hoy, en combinación con un tercero: coadicto(a).

Según Bejos (1995):

Un codependiente es una persona afectada por estar involucrada con un individuo altamente estresante, un coadicto es una persona cuya vida se ve afectada por estar relacionada con un dependiente químico, postergando necesidades propias.

Martins (2011) explica que a través de los años las investigaciones y estudios demuestran que la codependencia no necesariamente se da en un ambiente donde existen problemas de alcoholismo o drogadicción. Así mismo, estudios recientes han relacionado la codependencia con la historia de abuso infantil, especialmente relacionados con malos tratos emocionales en la niñez, el abuso físico, el abuso emocional y la negligencia.

Por su parte Mansilla (2002) señala que, ya que los codependientes insisten en repetir las mismas conductas ineficaces que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes y mediante esas conductas, buscan aliviar el dolor y la pena por sentirse abandonados. Sin embargo, paradójicamente las conductas codependientes perpetúan esos sentimientos.

Noriega (2002) refiere que por todo lo mencionado anteriormente se han generado debates sobre la validez de este constructo ya que existe una gran variedad de definiciones, falta de consenso clínico, y la posible influencia de la cultura en el establecimiento de ciertas formas de relación de pareja.

La codependencia ha sido definida en múltiples sentidos, Mansilla (2002) señala los siguientes:

- Como un esquema de vida disfuncional que emerge en la familia de origen produciendo un estancamiento en el desarrollo y siendo su resultado una hiperreacción del codependiente a lo externo a él y una hiporreacción o baja sensibilidad a lo interno a él.

- Como la conducta de una persona esencialmente normal que realiza un esfuerzo para ajustarse a un cónyuge y a un acontecimiento vital estresante.
- Como un patrón de dolorosa dependencia de otros, con comportamientos compulsivos y de búsqueda de la aprobación para intentar encontrar seguridad, autoestima e identidad.
- Como un patrón de rasgos de personalidad claramente identificables que presentan los integrantes de una familia que tiene un miembro afectado por una adicción a sustancias químicas.
- Como una enfermedad primordial presente en cada miembro de la familia adicta, que es a menudo peor que la propia enfermedad, y que tiene sus propias manifestaciones psicósomáticas.
- Como una característica emocional y psicológica de la conducta que aparece como consecuencia de un conjunto de reglas opresoras que impiden la demostración abierta de sentimientos y el diálogo sobre problemas personales e interpersonales.
- Como una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o a asumir las responsabilidades de otros.
- Como un defecto en la realización de dos de los cometidos más importantes de la niñez: la autonomía y la identidad.
- Se ha utilizado para describir un patrón exagerado de dependencia que hace llegar al individuo hasta la negligencia de sí mismo y debilita su propia identidad.
- Y también se ha indicado con este término a cuando algún familiar se involucra de forma obsesiva en los problemas de un adicto hasta el punto de vivir por y para él y desequilibrando su propia vida en las áreas personal, familiar, laboral y social. De modo que el codependiente pierde el control de su propia vida y de sus límites, invirtiendo toda su energía en el adicto con necesidad de pertenecer y ser útil.

En la actualidad la codependencia es abordada por dos tipos de literatura, la popular y la académica. Debido a que no ha sido reconocida categóricamente como una

disfunción o patología, dentro de la psiquiatría, la codependencia es uno de los términos más abordados por la literatura popular de autoayuda. Es necesario que se asuma un acuerdo y una tipificación en el concepto y las características diagnósticas. Guevara (2003).

Como se menciona el término codependencia tiene su origen en el área de las adicciones químicas, sin embargo los diferentes estudios y la literatura popular han generado nuevos significados lo que puede llevar a desplazarlo fuera de la drogadicción, sin embargo siendo este el eje de la presente investigación se abordara el termino codependencia en función a la relación disfuncional que existe con un sujeto adicto a una sustancia psicoactiva.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CODEPENDENCIA/COADICCIÓN.

De acuerdo con Guevara (2003) los diferentes autores señalan características diferentes y particulares sobre la codependencia de acuerdo a su experiencia y a su enfoque teórico destacando las siguientes:

- Conducta regida por locus de control externo, creen que sus acciones y pensamientos derivan de lo que hace su familiar adicto.
- Hiperresponsabilidad, considera que nadie hará las cosas como ellos mismos y asumirán compromisos que van más allá de sus límites.
- Sentimientos intensos de culpabilidad, muchos codependientes se consideran causantes del comportamiento adictivo de su familiar, y lo expresan y lo viven de esa manera.
- Negación de sí mismo, los problemas del adicto están antes que ellos, postergan muchos de sus proyectos en función del tratamiento que hacen los adictos.
- Búsqueda de aceptación de los demás, esta creencia irracional de que los demás deben de apreciarle marca todas sus acciones.

- Sobreprotección, se consideran a sí mismas como autosuficientes y únicas para ayudar al adicto y a éste lo consideran débil y vulnerable por ello es que tratan de que nada ni nadie, excepto ellas mismas, se encarguen de todo.
- Manipulación, a veces es la única forma de conseguir que se haga algo por el adicto, mienten, ocultan información, o la tergiversan, para así conseguir sus propósitos.
- Victimismo-mártir, se consideran las únicas perjudicadas de los problemas que le ha acarreado la relación con el adicto, consideran que son las que más sufren y a las que más daño se les ha hecho.
- Gran tolerancia al abuso recibido, muchas de las personas codependientes han sido humilladas, maltratadas, golpeadas, engañadas, ésta es una norma en la vida de ellas.
- Preocupación y dependencia excesiva hacia otra persona cuando no ejercen un control directo sobre la persona adicta sienten que algo les falta y están constantemente pendientes de ellos.
- Temor excesivo al abandono y al rechazo, y por evitar estos sentimientos están dispuestas a hacer cosas más allá de sus límites.
- Inseguridad y falta de confianza en sí mismos, constantemente están abordando a otras personas con preguntas acerca de su problemática y es esta inseguridad lo que no les permite avanzar en el tratamiento.
- Rigidez, dificultad para aceptar cambios, cualquier modificación de su rutina psicológica crea en estas personas un conflicto grande generándole sentimientos de intranquilidad y depresión.
- Dishonestidad, esta es parte de la conducta manipulatoria.
- Supresión e inversión de valores.
- Déficit de asertividad, son incapaces de expresar adecuadamente sus opiniones y por ello acumulan molestias e incomodidades.

- Comportamiento salvador-rescatador, se consideran que son las únicas (y muchas veces las mejores) personas que pueden sacar al adicto del problema en que se halla.

3.4 TIPOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA/COADICCIÓN.

Vacca (1999) identifica cuatro tipos de codependientes:

El codependiente directo: presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico porque su conducta va desde proporcionarle la droga hasta dinero o el lugar donde pueda consumir la droga.

El codependiente indirecto: mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar, pero, a la vez, protege al adicto, y evitan que se responsabilice de sus acciones.

El codependiente tolerante: desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto sino contemplar cómo se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda de bueno y noble en él.

El codependiente perseguidor: es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de conducta para descubrirlo. Es el que opera con un control externo. (pág. 74)

3.5 DESARROLLO DE LA CODEPENDENCIA/COADICCIÓN.

De acuerdo con lo revisado en el capítulo anterior las prácticas y estilos parentales representan un parte aguas para el consumo de sustancias en los adolescentes, sin embargo el Centro de Psicoterapia Cognitiva (s.f) señala que la Dra. Myriam González destaca que algunas de estas prácticas y estilos parentales también predisponen la coadicción y/o codependencia destacando lo siguiente:

Los Padres dominantes: Suelen ver a sus hijos como una extensión de ellos y buscan que logren alcanzar en sus vidas lo que no alcanzaron. Deciden lo que es mejor para sus hijos: qué estudiar, cómo vestir, de quién enamorarse, con quién relacionarse. Los presionan para alcanzar metas que son importantes para ellos sin considerar el interés de sus hijos. Parten de la premisa que siempre están en lo correcto y en sus corazones

sienten que es lo mejor. Como resultado de este tipo de crianza vemos adultos inseguros, rebeldes con coraje reprimido que se puede manifestar en comportamiento auto destructivo. Cuando los hijos de estos padres se convierten en papás pueden repetir el modelo observado.

Los Padres críticos: Utilizan la crítica para controlar. Juzgan, focalizan los errores, promueven sentimientos de culpa y vergüenza. Suelen ser perfeccionistas. Independientemente del esfuerzo que los hijos hagan para obtener la aprobación de los padres, nunca es suficiente. El mensaje es, "no haces nada bien". La crítica puede ser de forma directa o indirecta. Algunos ejemplos de crítica son: "que mal te ves", "no puedo creer eso de ti", "nunca haces nada bien", "eres tan bonita, pero tienes un genio". Los hijos producto de este sistema de crianza pueden ser personas inseguras, perfeccionistas, con fuertes necesidades de aprobación, se sienten rechazados, tienen baja auto estima, experimentan vergüenza. En el matrimonio buscan un cónyuge crítico o adoptan el rol de crítico. También pueden apegarse a parejas que le manifiesten admiración u aprobación.

Los Padres sobre protectores: Perciben que sus hijos los necesitan y que no pueden conducirse solos. Controlan utilizando la culpa. Envían los siguientes mensajes: "Yo lo hago por ti". "Tú solo no puedes". "Me da miedo de que te pase algo malo". Los padres sobre protectores no permiten que sus hijos maduren emocionalmente y sean adultos responsables de sí mismos. Suelen ser personas inseguras, tienen dificultad en el proceso de toma de decisiones, no toman iniciativa y no saben satisfacer sus necesidades. El esquema mental es un sentimiento de baja auto eficacia: " No soy capaz de hacerme cargo de mí mismo". En la adultez temen al desamparo y la desprotección. El ideal de mujer para un hombre que ha sido sobre protegido es una mujer rescatadora. Sin embargo, si la persona tiene mucho coraje debido a la sobre protección de los padres, visualizará en su cónyuge a una persona que desea controlarlo, lo cual llevará a conflicto en la relación.

Los Padres distantes: Están físicamente presentes, pero emocionalmente ausentes. No demuestran atención y afecto a los hijos. Un padre/una madre distante puede ser la persona que trabaja muchas horas y no tiene tiempo para dedicarle a los hijos.

Puede ser el que llega del trabajo a ver televisión, o el que dedica un tiempo excesivo a algún deporte, pasatiempo o la iglesia. Un padre o madre distante puede ser aquel que está sumergido en una depresión o problemas maritales. Los hijos de padres distantes crecen sintiendo que no son dignos de amor. Tienen una baja auto estima. Si una persona no se quiere a sí misma, proyectará ese sentimiento y pensará que nadie podrá amarla. Sienten un gran vacío y soledad. En su vida de adulto ansían ser amados, pero a la vez pueden temer a la intimidad. Suelen apegarse excesivamente a cualquier persona que le brinde amor, o lo que ellos piensan que puede ser el amor.

Padre/Madre inefectiva: Son aquellos que no son capaces de manejar su propia vida. El mensaje que reciben los hijos es " yo no puedo con mi vida, menos puedo con la tuya". En esta categoría se incluyen a los padres que no establecen límites apropiados con los hijos, se desahogan con ellos, le cuentan sus sufrimientos; buscan que los hijos estén ahí para ellos y los ayuden. Estos padres pueden confrontar algún problema de adicción o emocional.

Cabe mencionar que el Centro de Psicoterapia Cognitiva (s.f) señala que diferentes autores enfatizan que muchas de las creencias por parte de los padres hacia los hijos también predispone la coadición y/o codependencia ya que los padres no reconocen la realidad emocional de sus hijos dejando de satisfacer sus necesidades de dependencia y engloban las siguientes reglas:

REGLA Nº 1: "SE PERFECTO(A)" En una familia no coadicta se aprende que equivocarse, es humano; pero en una familia generadora de conductas de coadictivas, los hijos se sienten malos y diferentes de los demás si cometen equivocaciones. "Normalmente adoptan la costumbre de "complacer a la gente", en una desesperada búsqueda de aprobación. Lo que ansían es ser aceptados por lo que realmente son. Como anhelan ser aprobados, desarrollan una fuerte autocensura para asegurarse de no hacer nada que pudiera acarrearles desaprobación, se vuelven hipersensibles a las críticas y el rechazo. Es esta sensación de ser los únicos malos lo que provoca una fuerte "soledad interior". En el caso de las mujeres, desde niñas, pueden recibir constantes mensajes acerca de lo que debe hacer para complacer a la madre o al padre: "no te enojas", "no seas egoísta", "pórtate bien", "no llores", y así

sucesivamente. El mensaje que se le transmite es: "no seas tú misma, se alguien que me haga sentirme mejor a mí". Como resultado, la niña percibe que si alguien está enojado con ella posiblemente no satisfará sus necesidades de ser querida y amparada física o emocionalmente. Puesto que depende por entero del progenitor para sobrevivir, la perspectiva de ese abandono psíquico equivale a una amenaza de muerte. La niña se adapta, sofoca sus auténticas emociones y percepciones y erige un falso "yo". Esta es la forma en que quizá, explican Whaston y Boundy como la mujer coadicta, de niña adquiere la creencia de que ella no es lo suficiente para satisfacer a sus padres, se convence de que algo en ella anda mal, algo malo debe tener. El resultado es que éstos niños sólo logran una "independencia" prematura, y llegan a adultos sin que se hayan satisfecho sus necesidades de dependencia. Más adelante, serán firmes candidatos a buscar un "objeto" sustituto del cual depender, en otro intento igualmente inútil de satisfacer sus necesidades.

REGLA N° 2: "ACTÚA SOBRE SEGURO" Los miembros de la familia coadicta/adicta suelen tenerles temor a las críticas y al rechazo debido a la regla de perfeccionismo, pocos de ellos se arriesgan a probar algo nuevo. Tienden, en cambio, a actuar sobre seguro y a evitar correr riesgos. Como resultado, hay pocos miembros de la familia con valentía para salirse de la familia y con poca valentía para salirse de lo predecible, probar nuevas cosas o aceptar desafíos. Esto significa que la espontaneidad también queda descartada, ser espontáneo implica correr el riesgo de equivocarse, de hacer el ridículo o de fracasar, todo lo cual equivale a hacer algo "imperfecto".

REGLA N° 3 "NO SEAS EGOÍSTA" El mensaje es: Si actúas según tus propios intereses, eres mala(o). Esto es más evidente en las mujeres quienes acostumbran a no satisfacer sus necesidades directa y honestamente, sino de forma indirecta, haciéndose cargo de las necesidades de otros. "No seas egoísta" significa "No seas tú misma; sé la persona que yo quiero que seas, y entonces premiaré dándote amor y aprobación" (condicionales). Por lo que atienden cada vez menos sus propias necesidades y deseos y en lugar de ello aprenden a prever lo que quieren otros, a complacerlos con cualquier "gratificación" que puedan obtener de esta forma indirecta. Aprenden a reaccionar ante los actos de los demás.

REGLA N° 4: "ATÉNTE AL GUIÓN" Los integrantes de la familia coadicta tienen el acuerdo tácito de mantener y fomentar ciertos mitos: de "atenerse al guiÓN" Esta es la versión familiar de la negación. La razón por la que los miembros de la familia se confabulan a estos efectos es que simplemente tienen miedo de ver las cosas tal como en verdad son, porque eso podría acarrearles una pérdida. También se exponen a perder la aceptación de otros miembros de la familia y cualquier sensación de pertenencia que puedan tener. Hay demasiadas cosas que perder, en especial si no cuentan con otras fuentes de apoyo emocional.

REGLA N° 5: "NO EXPRESSES TUS (VERDADEROS) SENTIMIENTOS" Cuando los padres están reprimiendo sus propios sentimientos espontáneos, no pueden darse el lujo de permitir que los hijos expresen libremente los suyos. La franqueza emocional de uno de sus miembros podría hacer que toda la familia quedara expuesta y quebrar su frágil equilibrio. Con frecuencia se considera que sus miembros son "fuertes" si no demuestran sentimientos vulnerables, y "débiles" si lo hacen. A los individuos que de adultos se convierten en coadictas se les solía decir, cuando eran niños: "Eres demasiado sensible", por lo que aprendieron a reprimir sus sentimientos. ¿Demasiado sensible para quién? Lamentablemente, demasiado sensibles para los padres o adultos cercanos, a quienes la manifestación de sentimientos los pone incómodos

Por otro lado también Mansilla (2002) explica los factores que dan origen y favorecen la coadicción/codependencia los cuales Son:

Factores predisponentes. Se refiere a las necesidades físicas y emocionales de un niño que no son cubiertas de una manera adecuada. Y lleva al niño a aprender a "servir a los demás" para ser visto, escuchado, valorado, querido, descuidándose a sí mismo. Al igual se refiere a las reglas explicadas anteriormente. Señalando que los coadictos insisten en repetir las mismas conductas ineficaces que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes y mediante esas conductas buscan aliviar el dolor y la pena por sentirse abandonados.

Factores precipitantes: se refiere a los procesos de separación, pérdidas y duelos, sean éstas reales o simbólicas, separaciones, divorcios, abandono del hogar, violencia familiar o cuando una persona con algún problema crónico provoca una situación

estresante como la adicción o alguna enfermedad en un familiar, actúan sobre la vulnerabilidad de las personas como precipitantes para que su acción haga que generen los síntomas que identifican a la o el coadicto.

Factores de mantenimiento: Son los pensamientos distorsionados llamados distorsiones cognitivas, sobre todo del tipo de creencias que influyen en el razonamiento, siendo los que contienen el mayor nivel de certeza como negar las necesidades básicas o confiar en una solución casi mágica de la adicción pero sobre todo es algo que se va construyendo en la relación que tiene la persona con los otros, que tiene que ver con aspectos culturales, sociales y características familiares.

3.6 PADRES COADICTOS/CODEPENDIENTES.

El Centro de Psicoterapia Cognitiva, (s.f) explica que muchos padres se sienten culpables y experimentan miedos al descubrir que uno de sus hijos se droga y tienden a pensar: “He fracasado como madre/padre”; “¿Qué hice para merecer este castigo?”; “No hay manera de salir de este problema”; “Es un castigo de Dios”; “Por mi culpa mi hijo/a está así”; “¿Qué pensarían nuestros amigos, vecinos si supieran?, ¡qué vergüenza!”. Al igual que también muchos al inicio, se resisten a aceptar la conducta adictiva de uno de sus hijos, ya que todo lo que han hecho por ese hijo, es con la intención de protegerlo y cuidarlo, aún a costa de su propia salud, comportamiento considerado socialmente correcto, y suelen pensar que el problema de adicción obedece a causas y factores externos.

Cabe recordar que la coadicción se establece lenta y progresivamente conforme incrementa el consumo de drogas por parte del individuo y muchos padres intentan detener la crisis que experimentan, evitando que su hijo pierda el año escolar o el trabajo, encubrir la adicción ante amigos, familiares, maestros; preocuparse por saber en dónde se encuentra, cuál será el estado de salud, realizar actividades que le corresponden al consumidor. Posteriormente los familiares realizan conductas como buscar drogas entre las pertenencias del consumidor, controlar conversaciones telefónicas, registrar pertenencias y sin darse cuenta otorgan una atención exagerada, cayendo en la idea de hacer “lo que cualquier madre, padre, hermano, amigo, novia(o) debería hacer” cuando un ser querido está en problemas. Esta conducta se conoce

como conducta permisiva la cual se refiere a aquellas respuestas que suelen tener las personas significativas cercanas al adicto en respuesta al consumo de sustancias. Por lo menos hasta el momento en que lo permisivo excede de límite en que se ve claro que es perjudicial y que escapa al control. Esta conducta suele ser percibida como protectora; humanitaria; amorosa. Según los especialistas dicha conducta resulta difícil de controlar, ya que existen imperativos morales, emocionales y culturales, que la justifican, la racionalizan y la dirigen hacia una especie de auto sacrificio.

De acuerdo con lo anterior estas conductas se llevan a cabo con la mejor intención y de la única forma que muchos padres conocen, a veces el cariño puede evitar que se establezcan límites. La intención es alejarlo de las drogas, de cuidar su salud, aún a costa de su propio sufrimiento y salud de los familiares. En ocasiones puede recurrir la súplica en su desesperado intento de controlar al consumidor de drogas, pero terminan despreciando su propia conducta ya que resulta inútil, por lo que sus sentimientos de culpa y tristeza aumentan. De esta manera, y casi sin darse cuenta, van organizando su vida en torno a la conducta del consumidor de drogas, estableciendo una relación coactiva ya que ese tipo de “apoyo”, lo que hace es perpetuar o facilitar, directa o indirectamente, al consumo de drogas.

Cabe mencionar en este punto que dentro de la dinámica disfuncional que experimentan los padres y la familia en general según el Centro de Psicoterapia Cognitiva, (s.f) generalmente requiere la existencia de tres reglas de las cinco mencionadas anteriormente para que continuar con la adicción y la coacción dentro de la familia, las cuales son: la regla del silencio: no hablar, la regla de reprimir sentimientos para no sufrir: no sentir y la regla de tratar de ser autosuficiente y no contar con nadie más: no confiar, mantenerse aislado.

En primer lugar, si el hablar resuelve problemas, entonces hace falta que no se hable del verdadero problema, porque todos tratan de proteger a todos para que no sepan de la conducta adictiva. Se habla de otras cosas, y se guarda silencio sobre lo que más duele. En segundo lugar, llega el momento en que nadie comparte lo que se siente, porque la familia está tan preocupada por los sentimientos del consumidor de drogas y las reacciones hacia él, que nadie quiere compartir los

suyos. Además, la irritabilidad y caprichos del consumidor de drogas y del principal coadicto, hacen que el resto de los integrantes prefieran callar. La atención se le da a las emociones del consumidor, no prestando atención a sus propias emociones y sentimientos, reprimiéndolos para no sentirlos. El consumidor de drogas utiliza la droga para reprimir sentimientos, para no tener conciencia de ellos, especialmente en la fase crónica, los familiares, usan la represión, para no sentir. (págs. 90,91)

De acuerdo con lo revisado anteriormente sobre los roles de género cabe mencionar que la coadicción se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Al parecer, refleja una estrategia del estereotipo femenino que las mujeres utilizan para enfrentarse a los estresores ambientales, mientras que en situaciones similares, los trastornos de conducta representan para los hombres una alternativa de afrontamiento del estereotipo masculino.

Noriega (2002) señala que en México, al comparar la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos, es posible que las características de la conducta de las mujeres con esposos alcohólicos, correspondan a rasgos culturales "típicos" de las esposas mexicanas.

Lamas (1986) explica que las mujeres son las que se ven más afectadas y afligidas por el consumo de drogas, incluso sin consumirlas. El abuso en el consumo de alguna persona cercana y querida altera toda su vida y salud, además de que asumen toda la responsabilidad de su cuidado. De ahí que se entienda que en la mujer, conceptos como individuación y crecimiento personal sean vistos como egoísmo y entendidos como agresión, peor aún si alguno de sus hijos consume de drogas, pensará que es una mala madre, un ser incapaz, "pensamientos que transgreden la ley femenina" de "ser para los demás", por lo que sí una mujer cambia sus premisas centrales, buscando únicamente el autocuidado o la mejora personal, vive traicionándose, pudiendo descontrolarse manifestando llanto, temor, desvalimiento y síntomas"

A los diez años ya estaba trabajando. Yo fui una persona que tuve que madurar muy pronto. Mi esposo dice que la culpa es mía porque le doy todo, pero además, él también es como un niño, cuando hay un problema, no lo afronta,

yo estoy sola con mis hijos, he estado sola toda la vida. Yo vivo para ellos y cuando les llevo cosas, se las llevo porque les hace ilusión. Yo trabajo para que no les falte nada, siempre voy buscando cosas para ellos, pido prestado, y ahí voy yo, y eso es lo que me da rabia, yo soy blanda de por sí, y mira cómo me paga el mayor, drogándose. (pág. 107)

Yo soy la responsable de todo. Mi marido me dice: ¡déjame en paz! En cosas de la casa no se mete, incluidos nuestros hijos. Yo cargo con todo lo relacionado a la casa, de la educación de los hijos, él no se ocupa. A veces me pregunto si todo esto vale la pena, pero claro, sin mí que sería de esta familia. (pág. 107)

He hecho por mis hijos todo lo que he podido y más, todo para que sean gente de bien, que no tuvieran una vida tan difícil como yo la tuve. Y, mire, se droga. No tiene vida propia, no trabaja, no estudia, se pasa todo el día con sus amigotes que también se drogan. Y yo, todo el tiempo tras él. Ya no puedo hacer más. He hecho todo lo que está en mi mano. Creo que soy culpable de la conducta tan irresponsable de mi hijo. (pág. 107)

Es así como se explica que debido al papel que la sociedad asigna a las mujeres como protectoras y responsables de mantener la armonía familiar, muchas de ellas adopten conductas coactivas, manteniendo una relación de dependencia con su hijo o su pareja consumidores. Sin olvidar que también existen hombres o padres coactivos, pero en el menor de los casos. Esta dependencia al consumidor de drogas facilita en la mujer una aceptación de engaños y maltratos, de parte de quien consume, sea el hijo o pareja, haciéndoles perder su estabilidad emocional, alterando su forma de pensar, sentir y comportamiento. Frases como: He fracasado como madre, No he sido una buena esposa, Debo haber hecho algo mal, se asocian con los sentimientos de culpa, tristeza, frustración que experimentan algunas madres al sentir que no cumplieron con su rol de madres y/o esposas, sobre todo porque en muchas ocasiones no cuentan con el apoyo del esposo, el cual se mantiene periférico de esta situación y la hace responsable tanto del consumo del hijo, como de su recuperación. Centro de Psicoterapia Cognitiva (s.f)

De acuerdo con el Centro de Psicoterapia Cognitiva, (s.f) y a lo revisado anteriormente la coadición lleva a desarrollar conductas permisivas y sobreprotectoras con el hijo/a o la pareja que consume drogas, lo que no permite que el consumidor asuma la responsabilidad de sus actos, situación que no contribuye al cambio y generalmente obstaculiza su proceso de recuperación. Así mismo señala, que la mujer, madre o esposa de un consumidor, debe mantener criterios claros y un comportamiento coherente, el autor sugiere, algunas pautas como:

- Contar con el apoyo de un profesionalista.
- Establecer límites claros con el consumidor de drogas respecto, por ejemplo, a horarios, salidas, disponibilidad de dinero, etc.
- Asignar tareas y responsabilidades, aunque no es aconsejable aquellas en la que se deba manipular dinero.
- No ceder al chantaje emocional, lo cual de ninguna manera significa querer menos al hijo/a o pareja.
- No imitar el comportamiento del consumidor lanzando amenazas que no se van a cumplir (Me voy de la casa, Te voy a encerrar en una granja, etc.), ya que con ello se pierde autoridad y respeto.
- Tratarlos con firmeza, pero no con amenazas o presiones.
- No culpabilizar al consumidor, recordar que se trata de una enfermedad compleja, en cuyo origen hay también problemas familiares, sociales y laborales, entre otros.

A través de los años el constructo codependencia ha ampliado su campo de utilización ya que dicho termino comenzó a emplearse a principios de la década de los 50 cuando las esposas de los alcohólicos comenzaron a darse cuenta de los problemas que ellas también presentaban al convivir con su esposo alcohólico y decidieron denominarse coalcohólicas entendiéndolo el prefijo “Co” como estar al lado de algo o alguien, posteriormente cuando en la área de las adicciones se comienza hablar de dependencia química cambian el termino coalcohólica por codependiente sin embargo en aquellos tiempos dicho termino solo era empleado para denominar a las personas o familiares que estaban en contacto con algún consumidor de droga y que experimentaban cambios en su conducta por esta relación con el adicto.

Posteriormente debido a las diferentes investigaciones se descubre que la codependencia no era una característica únicamente de personas que convivían con adictos, sino también en personas que tenían un familiar con una enfermedad crónica o terminal al igual que personas con infancias carentes de afecto, abusos y buen ambiente familiar. Por lo que actualmente se puede definir codependencia como una relación disfuncional causada por la conducta adictiva generada hacia una persona y que generalmente presenta uno o más de los familiares que conviven con un consumidor de drogas causando en el sujeto pérdida de control sobre determinados pensamientos y conductas como ayudar y resolver conflictos de otra persona realizándolos de manera obsesiva y compulsiva, llevándolos a experimentar síntomas de abstinencia cuando no se realiza determinada conducta como, irritabilidad, ansiedad, inquietud, depresión, etc. Ahora bien así como determinadas prácticas y estilos parentales precipitan el consumo de sustancias en los adolescentes también predisponen la coadición y/o codependencia en específico las siguientes Los Padres dominantes, Los Padres críticos, Los Padres sobre protectores ,Los Padres distantes ,Padre/Madre inefectiva. Por lo tanto, existen tres factores diferentes que pueden desarrollar codependencia: el primero de ellos denominado **Factor predisponentes el cual** Se refiere a las carencias tanto afectivas como físicas que sufre un niño por parte de los padres. Y generalmente va acompañado de prácticas como rechazo, exigencia de perfeccionismo, críticas, represión. Y como consecuencia logrando que los adultos repitan las conductas que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes pero que fueron inútiles. El segundo es el **factor precipitante** el cual se refieren a procesos tales como separación, pérdidas, duelos, violencia familiar, adicción dentro de la familia o alguna enfermedad. Y como tercero están los **factores de mantenimiento** que se refiere principalmente a las distorsiones cognitivas, que se revisara a fono en el próximo capítulo, como lo son creencias que influyen en el razonamiento y tiene que ver con aspectos culturales, sociales y características familiares.

Cabe recordar que la coadición se establece lenta y progresivamente conforme incrementa el consumo de drogas por parte del individuo y muchos padres se sienten culpables por el consumo de drogas por parte de sus hijos y experimentan resistencia

a aceptar la conducta adictiva de uno de sus hijos y sin darse cuenta otorgan una atención exagerada, llevándolos a desarrollar conductas permisivas y sobreprotectoras con el hijo/a que consume drogas, lo que no permite que el consumidor asuma la responsabilidad de sus actos, situación que no contribuye al cambio y obstaculiza su proceso de recuperación, cayendo en la coadición, destacando que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, reflejando el estereotipo del rol de género de las mujeres en México ya que la sociedad asigna a las mujeres como protectoras y responsables de mantener la armonía familiar. En definitiva, esta problemática surge a partir de distintos factores pero uno principal son las distorsiones cognitivas influidas por aspectos culturales sociales y familiares es por esto que resulta importante abordarlo desde la perspectiva cognitivo conductual, la cual se revisa en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

De acuerdo con el capítulo anterior la problemática de la coadicción surge a partir de distintos factores, sin embargo se destaca un concepto denominado distorsiones cognitivas las cuales están influidas por aspectos culturales, sociales y familiares dicho término proviene de las técnicas de reestructuración cognitiva las cuales surgen de la segunda generación de terapias de la conducta, siendo estas denominadas terapias cognitivo-conductuales por lo que resulta necesario identificar cuáles son los antecedentes históricos de dicha terapia al igual que conocer cuáles son los principales exponentes y como es que se da la combinación de ambas teorías; conductual y cognitiva. Para así identificar técnicas, teorías y terapias que resulten eficaces para la prevención de la coadicción.

4.1 INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA CONDUCTISTA.

De acuerdo con Ramos (2017) se puede definir conductismo como la denominación utilizada para nombrar a la teoría del aprendizaje animal y humano que se focaliza solo en conductas objetivas y observables, descartando actividades “mentales” que pueden generar dichas conductas. También señala que la teoría conductista, desde sus orígenes, se centró en la conducta observable haciendo un estudio empírico de la misma queriendo controlarla y predecirla. Destacando que su objetivo es conseguir o extinguir una conducta determinada. Ahora bien, Ruiz (2012) señala que los principios básicos del conductismo son:

- Objeto de estudio: la conducta manifiesta (E-R)
- Método: experimentación animal
- Ruptura con corrientes psicológicas tradicionales (Psicoanálisis)
- Explicación de la conducta: condicionamiento clásico y operante

Según Bleger (1969) en el artículo que Watson publica en 1913, podría decirse que inicia la corriente o escuela llamada Conductismo, en donde sostiene que la psicología científica debe estudiar sólo las manifestaciones externas siendo estas aquellas que pueden ser sometidas a observación, registro riguroso y a verificación.

Como se señala anteriormente el conductismo se encarga de observar, controlar y predecir la conducta, García (2005) señala que la palabra conducta en su origen histórico ha tenido un significado mecanicista. Sin embargo, otros conductistas, como Tolman, han introducido variables entre el estímulo y la respuesta, rompiendo los límites estrictos del mecanicismo. Destacando que en la actualidad ya no se habla de la conducta en términos estrictamente mecanicistas como lo había hecho el fundador del conductismo en 1910. Actualmente se habla desde un paradigma mixto: conductista-cognitivo-emocional.

4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente los psicólogos se centraron en el área experimental, específicamente en la modificación de conducta. Cuatro son los autores que dieron desarrollo a los principios científicos en los que se fundamenta, Miltenberger (2013) destaca a:

Ivan P. Pavlov (1849-1936) Realizó experimentos que descubrieron los procesos básicos de condicionamiento. Demostrando que un reflejo podría condicionarse a un estímulo neutro. En su experimento presentó un estímulo neutro (el sonido de una campana), al mismo tiempo que proporcionaba comida al perro. Posteriormente el perro salivaba ante el sonido de la campana sin la presencia de la comida. Denominando esta respuesta como reflejo condicionado.

Edward L. Thondirke (1874-1949) Realizó la descripción de la ley del efecto, en la cual establece que una conducta que produce un efecto favorable sobre el ambiente es más probable que se repita en el futuro. En su famoso experimento, puso a un gato en una jaula y colocó comida fuera de esta, donde el gato podía verla. Para abrir la puerta de la jaula, el gato tenía que golpear la palanca y abrir la puerta de la jaula. Con el tiempo el gato aprendió a golpear la palanca con mayor rapidez debido a que su conducta (golpear la palanca) tenía un efecto deseable sobre el ambiente: alcanzar la comida.

Jonh B Watson (1878- 1958) Afirmó que la conducta observable es el objeto de estudio de la psicología y que toda la conducta está controlada por los acontecimientos del

ambiente. En particular, describió una psicología estímulo-respuesta según la cual los eventos ambientales (estímulos) provocan las respuestas de un organismo, considerándolo fundador del conductismo.

B.F Skinner (1904-1990) Amplió el campo del conductismo inicialmente descrito por Watson. Este autor explicó la diferencia entre condicionamiento respondiente (lo reflejos condicionados descritos por Pávlov y Watson) y condicionamiento operante, en el cual las consecuencias de una conducta controlan la aparición futura de la misma (como afirmaba la ley de efecto de Thorndike). La obra de Skinner es el fundamento de la modificación de la conducta.

Miltenberger (2013) engloba las siguientes características de la modificación de conducta:

- Se centra en la conducta.
- Se basa en principios conductuales.
- Pone el énfasis en los eventos actuales del ambiente.
- Requiere de una descripción precisa de los procedimientos de aplicación.
- Es aplicada por gente en su vida cotidiana.
- Mide los cambios conductuales.
- No enfatiza los acontecimientos del pasado como causas de la conducta.
- Rechaza las causas hipotéticas subyacentes de la conducta.

Cabe mencionar que una serie de acontecimientos históricos contribuyeron al desarrollo de la modificación de conducta, ya que durante la segunda guerra mundial las experiencias en el campo de batalla habían generado un gran número de pacientes que era necesario atender psicológicamente, llevando a elaborar terapias breves que complementara a los prolongados tratamientos del psicoanálisis.

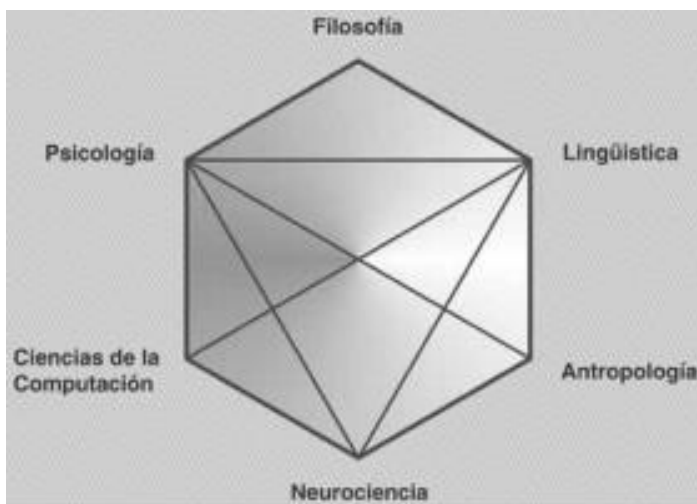
Posteriormente a la segunda guerra mundial se ejecutaron programas terapéuticos que en la década de los cincuentas llevarían al florecimiento de la terapia de la conducta. Dicha terapia se originó en las preexistentes teorías del aprendizaje. Cabe mencionar que en 1952 Eysenck (psicólogo Inglés) publicó un artículo titulado “los

efectos de la Psicoterapia: una evaluación” en el cual afirmó con base estadística que la psicoterapia psicoanalítica era completamente inefectiva destacando que no había ninguna evidencia empírica que probase su eficacia, generando mayor importancia a la terapia de la conducta como la orientación clínica más eficaz para el tratamiento de los desórdenes. Errasti (1998)

Resulta importante mencionar que por otro lado la CIENCIA COGNITIVA surgía también durante los años 50 la cual busca responder a las interrogantes que elabora la epistemología apoyándose de las disciplinas como: La psicología, la lingüística, las neurociencias, la computación, la antropología y la filosofía. La Ciencia Cognitiva es el estudio científico e interdisciplinar del pensamiento (Véase esquema 1).

Esquema 1

Hexágono cognitivo de 1978 según Miller



Tomado de “Manual De Introducción a la Psicología Cognitiva” (2015)

El hexágono cognitivo representa de manera gráfica la forma en que las diferentes disciplinas que conforman la ciencia cognitiva están conectadas entre sí para la comprensión de la cognición, sea ésta real o abstracta, humana o mecánica. La lingüística aporta datos sobre la estructura del pensamiento a través del estudio del lenguaje, la antropología a través del estudio de la organización y comportamiento de los individuos en sociedades, la neurociencia a través del estudio de los mecanismos neurológicos al producirse el pensamiento, la psicología a través del análisis y

experimentación del comportamiento humano en distintas situaciones, la inteligencia artificial a través de la creación de modelos matemáticos realizados en máquinas que funcionen de la misma forma que el razonamiento humano y así puedan predecir como éste lo haría en nuevas situaciones, y la filosofía ayudando a definir las cuestiones fundamentales y el marco en el que se integren los trabajos en distintos campos. Iglesias (2016)

Dentro de la ciencia cognitiva la creación de la computadora sirvió como instrumento para investigar y validar lo que ocurría en el proceso de un estímulo y una respuesta surgiendo la PSICOLOGÍA COGNITIVA basándose en una metáfora: concebir la mente como un ordenador, siendo el modelo por excelencia de las ciencias cognitivas. Según Vásquez, (2015) esto facilitó la delimitación temática, ya que la metáfora dejaba de lado factores afectivos, emocionales, históricos, culturales, sociológicos y contextuales por lo que la cognición de un computador procesa información de símbolos abstractos en términos de bits o códigos binarios (inputs) para luego determinar acciones (outputs) a través de reglas de funcionamiento.

Posteriormente una generación de cognoscitivistas abandona la metáfora del ordenador y surge la metáfora del cerebro la cual toma el modelo natural de las redes neuronales para explicar los procesos cognitivos, los psicólogos cognitivos entienden que la información no se codifica en etapas sucesivas sino por múltiples entradas simultáneas (en paralelo), de forma similar a como se hace en el cerebro. Si bien hay unidades de entrada y de salida de información, en los modelos conexionistas también hay unidades ocultas. Por lo que proponen que existe capacidad de aprendizaje mediante ajustes y modificaciones en las conexiones, de acuerdo a la entrada y salida de información.

Según Vásquez, (2015) después de la metáfora del cerebro surge la metáfora narrativa la cual está relacionada con el concepto de significado y la importancia de construcción de historias. Esta busca relacionar a la “mente” con el contexto social, cultural y de la producción social del conocimiento. El funcionamiento narrativo de la mente se ha mostrado útil para comprender y explicar el funcionamiento de la memoria autobiográfica, la consciencia individual y otros procesos cognitivos.

Cabe mencionar que los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. Por lo que todos los modelos cognitivos son la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta.

Vásquez (2015) señala que las principales áreas de trabajo de los psicólogos cognitivos son (Véase tabla 7).

Tabla 7. Áreas de investigación de la psicología cognitiva

Percepción	Se refiere a la manera en que se recibe la información, cómo se agrupa para determinar qué representa y cómo se combina la información que llega a los sensores con un conocimiento previo para hacerlo comprensible. Es decir, cómo se interpreta lo que recibe.
Memoria	Se refiere a la codificación, almacenamiento y recuperación de la información recibida, principalmente a través del estudio de las relaciones entre memorias de corto y largo plazo, estudio de memoria episódica, memoria semántica, memoria cotidiana, y las patologías asociadas (p. ej., amnesias postraumáticas, enfermedad de Alzheimer, demencias, etc.)
Atención	Implica la capacidad de concentrar nuestras capacidades cognitivas en el emprendimiento de una tarea. Por ejemplo, atención sostenida y factores que la afectan (de la señal, motivacionales), atención selectiva, etc.
Razonamiento	La capacidad de razonar, en tanto actividad mental vinculada al procesamiento y comprensión de la información, involucra estructuras lógicas complejas que nos permiten relacionar los hechos, de modo de poder operar en forma eficaz sobre la realidad, a través de generalizaciones, predicciones, explicaciones, etc.
Lenguaje	Se refiere a la manera en la que se da la comunicación, principalmente el lenguaje verbal, aunque no únicamente, en

	tanto sistema de unidades discretas con reglas de combinación que producen un número infinito de enunciados.
Toma de decisiones	Es el proceso cognitivo que lleva a la selección de una creencia, afirmación o acción entre varias posibilidades concurrentes. Los procesos de toma de decisiones implican una elección o decisión final entre dos o más alternativas. Las decisiones pueden ser racionales o irracionales, incluso cuando el sujeto piensa que son racionales.
Motivación	Es el proceso que dirige hacia el objetivo o la meta de una actividad, que la instiga y la mantiene. Supone la activación de funciones cognitivas y emocionales, que dirigen y orientan la acción en forma deliberada o intencional a un objetivo.
Emoción	La psicología cognitiva en sus orígenes no presentó un interés por las emociones. Sin embargo, con el tiempo se comenzó a demostrar que el abordaje cognitivo de procesamiento de la información es muy útil para entender las respuestas emocionales.
Tomado de “Manual De Introducción a la Psicología Cognitiva” (2015)	

En la actualidad los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y explicar tanto el origen, como las manifestaciones de los diversos trastornos.

4.3 SURGIMIENTO DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.

Como se mencionó anteriormente el comienzo formal de la terapia de conducta como enfoque terapéutico se desarrolló a partir de las investigaciones experimentales de la teoría del aprendizaje. No obstante, existen tres generaciones de la terapia de conducta.

Ruiz (2012) señala que durante la **PRIMERA GENERACIÓN** existe una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje, y estaría representado por el análisis conductual aplicado y aportado por Skinner el cual se trata de la aplicación del análisis

experimental de la conducta a problemas de relevancia social (la educación, el retraso en el desarrollo, la conducta infantil, el comportamiento antisocial, etc.), con el objetivo de producir cambios globales en el individuo.

Cabe mencionar que la característica fundamental de esta generación es llevar los principios del aprendizaje al área clínica, en donde el terapeuta de la conducta investiga y trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos. Formulando intervenciones a partir de los problemas cotidianos buscando su origen y mantenimiento. El interés por la conducta desviada o desadaptada se convirtió en el objetivo principal de estudio. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología.

Según Kriz (2001) señala que Joseph Wolpe y su grupo sudafricano son el principal exponente de la Terapia de Conducta. Al igual que el llamado grupo Maudsley en Inglaterra orientado por Hans Jurgen Eysenck los cuales pusieron atención en la eliminación de angustias y neurosis por medio de técnicas que se situaban en la tradición del condicionamiento clásico.

Ruiz (2012) refiere que mientras tanto en los Estados Unidos la publicación del libro Ciencia y Conducta Humana de Skinner en 1953 puede considerarse una señal del inicio del desarrollo de la Terapia de Conducta como movimiento terapéutico en Norteamérica. Cabe mencionar que Skinner parte de las aportaciones de Watson y Pavlov pero a diferencia de ellos descarta completamente apelar a constructos emocionales mediadores. Skinner distinguió dos tipos de respuestas: las respondientes (que se provocan) y las operantes (que se emiten), diferenciando dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo E (o E-R), con el que se refiere al condicionamiento Pavloviano, y el condicionamiento tipo R (o R-E), en el que el reforzamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante. Sin embargo, Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta operante dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta. Desde esta perspectiva, la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión.

Como consecuencia de lo anterior la incapacidad para encontrar explicación y alternativas terapéuticas adecuadas en otros trastornos, llevaron a la búsqueda de otras fuentes explicativas. Por lo que surgen nuevas uniones teóricas categorizando esta como la segunda generación de la terapia de conducta.

SEGUNDA GENERACIÓN

Ruiz (2012) señala que alrededor de 1970 inicia una fase de transformación de la Terapia de Conducta que se caracteriza conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales, considerando que la Terapia de Conducta no puede basarse sólo en la psicología del aprendizaje. Cabe mencionar que Lazarus (1968), estudiante de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en argumentar que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los terapeutas de conducta debían interesarse por otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos son de interés para la Terapia de Conducta tales como emociones, memoria, etc.

Huerta (2012) explica que durante esa época se crea el avance teórico-conceptual de la Terapia Cognitivo Conductual, integrando las teorías del aprendizaje social, caracterizadas por el énfasis en la influencia social y la capacidad auto regulatoria del individuo y cuya influencia se produce principalmente a través de los trabajos de A. Bandura. Este enfoque nació de la unión de técnicas derivadas de la terapia conductista y del modelo de terapia cognitiva. En sus inicios este enfoque encaminó sus esfuerzos al entrenamiento en habilidades sociales, posteriormente el entrenamiento en el manejo del estrés y la agresividad se convirtieron en los objetivos terapéuticos más importantes de este enfoque.

Como se menciona anteriormente el Aprendizaje Social de Bandura significa una aportación fundamental ya que plantea la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), en el que se favorece el aprendizaje de determinadas conductas como las normas sociales y culturales.

Ruiz (2012) señala que Bandura aborda diferentes elementos involucrados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de

condicionamiento y asignándole el nombre de condicionamiento vicario. Los eventos estimulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento. El aprendizaje se conceptualiza a través de la metáfora del procesamiento de la información, y es entendido como una actividad en la que el modelo sería el input, y la ejecución conductual el output, interponiéndose entre ambas una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación. Bandura (1969) también diferencia entre aprendizaje y ejecución, haciendo depender la ejecución de la conducta aprendida (que permanece latente) del reforzamiento. Bandura concibe el aprendizaje vicario como una forma de condicionamiento superior, que da cuenta de los fenómenos de aprendizaje que no son resultado de experiencias directas, señalando que la mayor parte de la conducta humana se adquiere de este modo. Al igual formula el principio de determinismo recíproco y el concepto de autoeficacia. El primero de ellos se refiere a la existencia de influencia recíproca entre el comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo, que es considerado como un sistema representacional competente a la hora de determinar que ve más allá de la realidad física fuente de estimulación. Esta influencia entre los elementos que determinan el comportamiento (ambiente –físico, social e interno–, procesos cognitivos y patrones de comportamiento) se realiza de forma sincrónicamente, atendiendo a características ambientales y personales. Y el concepto de autoeficacia el cual se define como expectativas de eficacia esto es, como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado. El concepto es diferente del de expectativas de resultado que se refiere a la convicción del sujeto acerca de que una conducta determinada conducirá a ciertos resultados. La percepción de la autoeficacia determinará la elección de actividades, el esfuerzo realizado y la persistencia en la ejecución y, a su vez, está basada en cuatro fuentes básicas de información: los logros de la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado fisiológico o actividad emocional.

Sin duda el trabajo de Bandura ha sido de gran importancia en las aplicaciones del aprendizaje observacional, sin embargo, no deja de reconocer la importancia de los

aspectos de condicionamiento clásico y operante al igual que factores cognitivos en su concepción del comportamiento. Estos factores cognitivos generan un cambio histórico dentro de la terapia de la conducta ya que significó un cambio en la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos. Sin embargo, ya existían indicios de los aspectos cognitivos estando presentes en la terapia de la conducta, pero sin ser reconocidos de manera formal.

Como se mencionó anteriormente los factores cognitivos dentro de la terapia de conducta generó un cambio en la manera que se abordaban los problemas psicológicos, Según Castanedo (2008) Mahoney y Arnkoff en 1978 refieren tres técnicas empleadas para los tratamientos psicológicos las cuales son:

TÉCNICAS DE RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:

Se centran principalmente en identificar y modificar las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que determina o mantienen el problema. Centrándose en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de información. De estas técnicas se desprenden tres tipos de terapia:

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE) de A. Ellis: cabe mencionar que desarrolló su teoría a finales de los años cincuenta debido al descontento con los métodos psicoanalíticos. La racionalidad o la irracionalidad del pensamiento es el motor de esta terapia. Afirmando que los trastornos emocionales y psicológicos proviene en su mayoría de la manera ilógica o irracional de pensar y es adquirida a través de tres agentes principales: los padres, la sociedad, y la autosugestión. Ellis (1962) propone según su criterio las once ideas más comunes siendo manifestaciones de categorías propias del pensamiento y una conducta disfuncional: pensamiento absolutista, catastrofismo, desvalorización de sí mismo, perfeccionismo, pasividad, impasividad exagerada, prudencia ilimitada, hedonismo inmediato y sobre generalización. Todas siendo disfuncionales y creencias irracionales siendo posible modificarlas con el proceso terapéutico A - B - C - D - E

En la fase A (activating event/evento activador) se busca conocer cómo percibe el paciente que cree ver problemas donde no existe. En la fase B (belief/creencia) se identifican los sistemas de creencia y el terapeuta ayuda a verbalizar sus pensamientos. En la fase C (emocional consequence/consecuencia emocional) se descubren las emociones provechosas y también las perjudiciales del paciente, a través de la disputa hedonista y las consecuencias de los pensamientos. Resulta importante mencionar que el centro de la terapia racional-emotiva lo constituye la fase D (disputation/Disertación) la disputa y el cambio de los pensamientos irracionales que deben ser sustituidos por alternativas racionales. En la fase E (effect/efecto) recoge los efectos cognitivos de la disputa. Ellis trabaja con tres tipos de métodos: cognitivos, emocionales y conductuales.

TERAPIA COGNITIVA DE BECK. Cabe mencionar que A. Beck primero ejerció como psicoanalista, pero al igual que Ellis debido a un descontento con tal modelo de la depresión, se dedicó a crear su propia teoría. Beck propone que las cogniciones influyen de modo decisivo en el estado psíquico, generando, dirigiendo o manteniendo trastornos personales y conductuales. Beck clasifica los esquemas de los depresivos según sus aspectos formales y de contenido. Los aspectos formales se refieren a los errores cognitivos sistemáticos como: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobre generalización, la magnificación o minimización, la personalización y la imprecisión. El contenido se caracteriza por llamada triada cognitiva donde el individuo tiene una visión negativa sobre sí mismo, sobre su entorno vital y sobre el futuro.

El objetivo de la terapia cognitiva se centra en entrenar al paciente para que cambie los pensamientos depresivos y grado de actividad empleándose técnicas cognitivas y conductuales:

Técnicas empleadas por Beck:

- Escalonamiento de tareas según grado de dificultad.
- Planificación de actividades y ampliación de las actividades agradables.
- Terapia del éxito y del placer.
- Detención y recogida de pensamientos automáticos.

- Argumentación en contra de los pensamientos automáticos.
- Identificación del set cognitivo (negativo).
- Evaluación de las cogniciones.
- Terapia alternativa.
- Retribución.
- Examen lógico del catastrofismo.
- Terapia de la anticipación.
- Identificación de los supuestos que subyacen en la depresión.

MÉTODOS DE AUTO INSTRUCCIÓN, Meichenbaum y Goodman (1971)

Desarrollaron un programa dirigido a niños hiperactivos e impulsivos. Tal programa establece cinco pasos 1) modelo: el terapeuta realiza una tarea, hablando en voz alta para sí mismo. El niño lo observa 2) instrucción externa, observable: el niño realiza la tarea, mientras el terapeuta lo instruye en voz alta 3) auto instrucción externa, observable; el niño toma la verbalización del modelo y se instruye a sí mismo en voz alta. 4) auto instrucción externa, pero reducida: el niño realiza la tarea, al mismo tiempo que se instruye a sí mismo, susurrando la auto instrucción. 5) auto instrucción encubierta, el niño por último realiza la tarea y se auto instruye, sin que se le oiga.

La terapia y los métodos de reestructuración cognitiva, es la elaboración de una visión de alternativas de los problemas emocionales, con un acento en los enfoques cognitivos. Resulta necesario mencionar que los autores conductistas retomaron estas terapias acomodándolas al vocabulario conductista y al aprendizaje social logrando así una mayor sistematización en su aplicación.

TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE SITUACIONES:

Estas técnicas se basan principalmente en enseñar habilidades para que el individuo afronte diversas situaciones que resulten problemáticas principalmente caracterizadas por el estrés o dolor y las enfrente de manera adecuada, entre ellas se encuentran según Castanedo (2008):

LA INOCULACIÓN DE ESTRÉS desarrollada por Meichenbaum y Turk en 1976 y posteriormente por Meichenbaum y Cameron en 1982 en la cual se centran en situaciones estresantes, no tratando miedos en específico si no de manera general. La principal característica de esta técnica es el reconocimiento rápido de la problemática y el dominio de la misma, mediante aspectos cognitivos y motores. Ejecutándose en fases. En la primera fase se realiza un amplio análisis del problema, atendiendo lo que el paciente se dice en determinada situación y a los pensamientos e imaginaciones que tiene, denominándose fase educacional. Ya que se le explica también que la terapia debe ayudarlo a controlar su excitación fisiológica y a sustituir la auto verbalización productoras de miedo por otros pensamientos positivos modificando así su conducta. Durante la segunda fase se realiza un ensayo en donde se trabajan distintas técnicas para el dominio de la situación de estrés, tanto en el aspecto cognitivo y conductual. Cuatro son los pasos que se deben de seguir en esta fase, en la primera se prepara para un estresor en donde el paciente determina lo que debe hacer, examinando su posibilidades y se tranquiliza, durante la segunda se realiza la confrontación con el estresor en la que el paciente se explica que puede hacer contra el estrés, en la tercera se realiza el ejercicio en la sensación de pérdida de control , en la que se practica el anticiparse a la situación real, sin dar paso a ataques de pánico y en el cuarto paso se realiza el auto refuerzo con el que se estabilízala nueva conducta. En la tercera fase, el paciente realiza las habilidades adquiridas en planos reales donde se experimentaba miedo y a otras nuevas también difíciles.

CONTRA CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO: La premisa principal de esta técnica se centra en el empalme de un estímulo encubierto, por ejemplo, uno aversivo con otro estímulo encubierto pero positivo. Teniendo como resultado que el estímulo aversivo adquiera un valor neutral e incluso positivo.

SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA Joseph R. Cautela (1966,1967): en donde el paciente debe visualizar una secuencia de hechos o actos que son desagradables, según su síntoma en particular al momento de realizar determinada conducta, interrumpiendo abruptamente la conducta para imaginando hechos o actos totalmente apuestos a los desagradables.

TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Estas técnicas se enfocan en corregir el modo en que la persona aborda los problemas, brindando métodos sistémicos para resolver determinadas situaciones. Castanedo, (2008) señala que entre dichas técnicas se encuentra:

LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS D'Zurilla y Golfried (1971) los cuales definen como problemática una situación cuando no se dispone de inmediato de un respuesta alternativa y efectiva para enfrentarse a ella, destacando cinco procesos fundamentales en la solución de problemas:

- Orientación general: la problemática es abordada al paciente como una oportunidad y no como una amenaza
- Definición y formulación del problema: se le exige al paciente definir su posición con todos los detalles, centrándose en los datos más relevantes
- Creación de alternativas se enumeran todas las alternativas que se descubran
- Decisión: el paciente elige las estrategias más adecuadas tomando en cuenta sus consecuencias
- Verificación: se examina y controla la puesta en práctica.

Cabe mencionar que los problemas tienen tres componentes comunes: un punto de partida insatisfactorio, un estado final positivo y una barrera que impide el paso al estado final. Dornier (1997) establece tres tipos de barreras una de ellas es la barrera de interpolación la cual se refiere a que se conoce el inicio y el final, pero no existe ordenamiento de los medios para el paso intermedio. La barrera de síntesis, se conoce el inicio y el final, pero faltan o se desconocen los medios y la barrera dialéctica la cual se caracteriza por la falta total de criterios que fijen una meta.

AUTOCONTROL: Dentro de esta terapia Kanfer expone los siguientes pasos 1) propuesta de análisis de la conducta 2) observación y examen de la conducta final 3) desarrollo de un plan de intervención 4) explicación de las técnicas de modificación 5) examen continuado de los progresos y del contrato 6) anotación y recuento de los datos cuantitativos y cualitativos que documentan el cambio 7) propuesta de un programa de autor refuerzo 8) generalización y transferencia de la nueva conducta 9)

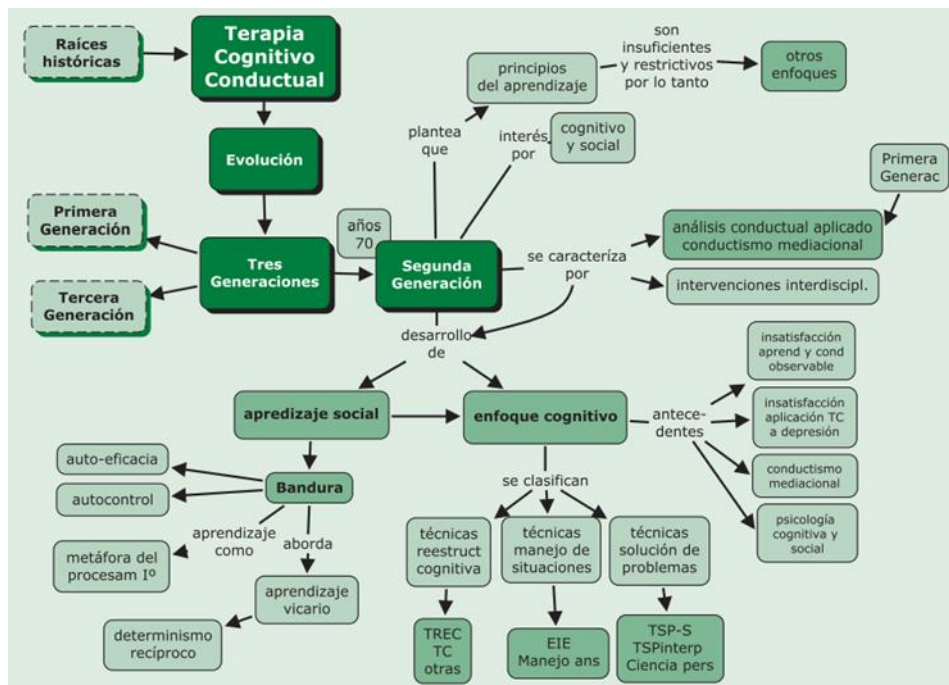
intercambio continuo sobre medios y efectos del tratamiento 10) apoyo interrumpido del terapeuta de la responsabilidad que va asumiendo el paciente.

El autocontrol corresponde a la autoobservación de la conducta, comparando lo que se realiza y se debería realizar, discriminando y elevando la motivación y el respeto propio según Kanfer (1975).

Una vez revisadas las diferentes técnicas empleadas para los tratamientos psicológicos se puede analizar en el siguiente esquema la manera en la que se desarrolló la segunda generación de la terapia conductual, en donde se integran aspectos cognitivos al igual que la teoría de aprendizaje social de Bandura. Enmarcando todos los aspectos explicados anteriormente (Véase esquema 2).

Esquema 2

Mapa Conceptual de la Segunda Generación



Nota. Se muestra el desarrollo y las partes que integraron la segunda generación de terapias de la conducta. Tomado de "Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales" (2012).

TERCERA GENERACIÓN

Dentro de esta generación de la terapia de la conducta las técnicas de la primera época se vinculan y se añaden nuevas, influidos por las teorías del aprendizaje constructivista. Podría denominarse a la primera generación la era de la conducta y a la segunda, era de la cognición y en la tercera la era de la emoción. Dentro de esta generación algunas de las terapias que surgen son:

LA TERAPIA DE ESQUEMAS (TE): según el mismo Young, esta terapia integra equitativamente otros modelos: 25% del cognitivo, 25% del comportamental, 25% de la Gestalt y 25% de la teoría psicoanalítica del apego. Los esquemas a los que se refiere Young están conformados por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales los cuales se originan en la niñez o en la adolescencia y se desarrollan a lo largo de la vida. Resultando adaptativos en el momento de la niñez, pero posteriormente en desadaptativos ya que pierden el sentido. Dichos esquemas desadaptativos tempranos son el resultado de necesidades básicas insatisfechas en la niñez. El paciente desarrolla tres estilos para acomodarse o intentar dominar los esquemas: la permisividad que podría significar la confirmación y hasta el reforzamiento del esquema: la evitación que puede ocultar el esquema, al menos ante los demás y la compensación que impide que el esquema, sea reconocido, pero a base de mucho esfuerzo. El proceso de cambio trabaja con estrategias cognitivas, en donde el paciente establece un diálogo entre “el lado del esquema y su “lado sano” cabe mencionar que las estrategias experienciales amplían la comprensión racional del esquema al campo emocional trabajando tres principales aspectos: el niño vulnerable, el padre disfuncional y el adulto sano.

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999): esta terapia se caracteriza por el intento de eliminar o reducir el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta, atendiendo las contingencias externas de la conducta. Centrándose en los valores personales. Pidiéndole al paciente que mencione sus valores y prioridades, al igual que explicar las motivaciones que sustentan sus acciones o modos de vida y si actúa con patrones de regulación verbal generalizados o contextualizados mencione sus valores y prioridades, al igual

que explicar las motivaciones que sustentan sus acciones o modos de vida y si actúa con patrones de regulación verbal generalizados o contextualizados.

PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1987): esta terapia está relacionada con la tradición conductista de Skinner (1957) y su denominación de analítica funcional. Se estructura mediante tres componentes básicos: 1) La noción de “conducta clínica relevante” la cual se clasifica en tres tipos a) los problemas del paciente durante la sesión, b) las mejorías del paciente durante la sesión y c) las interpretaciones que proporciona el paciente acerca de su conducta. 2) La identificación de las conductas clínicas relevantes la cual tiene dos vertientes, el análisis funcional del lenguaje en la terapia y las situaciones terapéuticas que evocan las conductas clínicas relevantes 3) Las reglas para una actuación terapéutica relevante donde se atienden las conductas clínicas relevantes, evocando la ocurrencia de estas conductas, posteriormente reforzando la mejorías, observando el potencial como terapeuta y finalmente describiendo las relaciones funcionales entre las variables controladas y las conductas clínicas relevantes del paciente.

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC) M. Linehan (1993): en la cual toma como referencia la anterior terapia y el concepto de aceptación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, la terapia dialéctica va dirigida esencialmente, a los trastornos de personalidad límite.

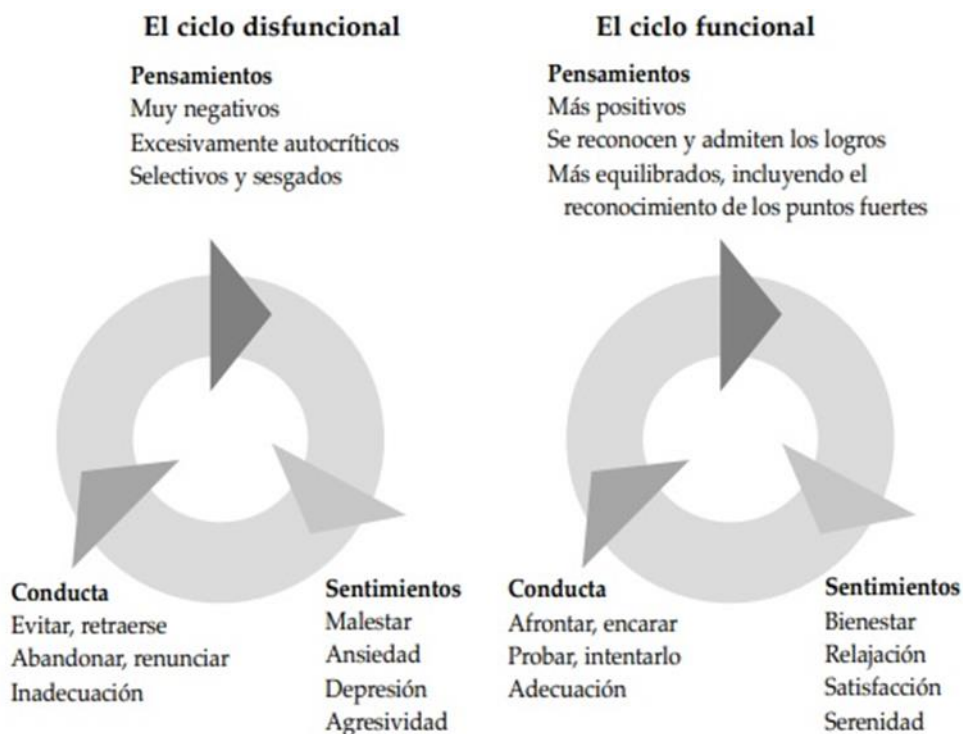
Cabe mencionar que el mindfulness el cual tiene origen en la tradición oriental del budismo Zen. Se basa en centrarse en el momento presente y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control, abriéndose a la experiencia dejando que sensaciones lleven a otras de modo natural sin interferencias, aceptando experiencias que inclusive sean desagradables sin valorarla y elegir de forma activa la experiencia sobre la que se quiere actuar. Dentro de esta práctica se incluyen ejercicios de respiración, relajación y meditación, empalmándose con la mayoría de las terapias de la tercera generación. Castaneda (2008)

4.4 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Lega (2009) Señala que la terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizajes nuevas más adaptativas (Véase esquema 3).

Esquema 3

El ciclo disfuncional y el ciclo funcional



Tomado de “Manual practico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes” (2017)

Como se menciona anteriormente y se analiza en el esquema el objetivo de la terapia cognitivo-conductual es la modificación de los patrones de pensamiento generado un ciclo nuevo de habilidades cognitivas y conductuales que permita ser más funcional al individuo. Los patrones de pensamiento generalmente están influidos por distorsiones cognitivas las cuales se refieren a los errores de pensamiento que crean un sesgo en la manera de percibir los acontecimientos, conduciendo a pasar por alto los acontecimientos positivos o a minimizar su importancia generando una manera disfuncional de afrontar determinadas situaciones.

Por otra parte Huerta (2012) señala que dicha terapia se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias, así como identificar, entender y modificar las distorsiones, que son la base de los trastornos emocionales y conductuales que presentan las personas.

Según Stallard (2017) refiere que la terapia cognitivo-conductual está basada en los siguientes principios:

- Se basa en modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones.
- Se basa en un modelo de colaboración en donde las personas desempeñan un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento. El papel del terapeuta es ser un guía en la comprensión de sus problemas y las formas alternativas de solucionarlas.
- Tiene un plazo limitado. Es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse más allá de 16 a 20 sesiones.
- Es objetiva y estructurada. Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta a las personas a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración de los resultados.
- Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y dificultades actuales.

- La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados. Se trata de un proceso activo que fomenta el hábito de cuestionar la validez de los pensamientos y creencias.
- Es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades.

4.5 ASPECTOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Stallard (2017) divide los aspectos generales en cinco grupos: Formulación y psicoeducación, cogniciones, conductas, emociones, refuerzos y recompensas. Que a continuación se explican:

Formulación y Psicoeducación: Consiste en educar al paciente respecto del vínculo existente entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Este proceso implica fomentar una comprensión clara y compartida por el profesional

Cogniciones: Consiste en la Observación y registro de los pensamientos: se centran en la Identificación de: pensamientos negativos automáticos, creencias/esquemas nucleares y supuestos disfuncionales.

Identificación de distorsiones y déficits cognitivos: Cogniciones, supuestos y creencias disfuncionales más frecuentes Pautas que parecen seguir las distorsiones cognitivas déficits cognitivos. Así como de los efectos de estas distorsiones y déficits sobre el estado de ánimo y la conducta manifiesta.

Evaluación de los pensamientos: se centra en la comprobación experimental y evaluación de las cogniciones, Reestructuración cognitiva (se reestructura el pensamiento para llevar una conducta más sana) y Desarrollo de una forma de pensar más equilibrada.

Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas: el terapeuta brinda una gama de habilidades como la Distracción, planificación de actividades diarias positivas, diálogos internos positivos y que favorezcan el afrontamiento, entrenamiento en auto instrucciones, pensamiento consecuente (identificar y sopesar anticipadamente las posibles consecuencias), habilidades de solución de problemas, etc.

Conductas: Consiste en la Observación y registro de actividades: Identificar el vínculo existente entre las actividades, los pensamientos y los sentimientos, Identificar los reforzadores que mantienen las conductas.

Planificación de metas: Identificar las metas y aliarse con ellas.

Formulación de objetivos: se trata de Practicar las tareas asignadas, elevar la presencia de actividades agradables, revisar y reprogramar la agenda de actividades.

Experimentos conductuales: Comprobar experimentalmente las predicciones y los supuestos.

Aprender nuevas habilidades/nuevas conductas: tales como representación de papeles, dramatización (role play), Modelado, Ensayo conductual.

Emociones: Se centra en la educación emocional: Saber distinguir las distintas emociones nucleares, Aprender a identificar los correspondientes síntomas fisiológicos.

Observación y registro de las emociones: Vincular los sentimientos con los pensamientos y la conducta Servirse de escalas para valorar la intensidad de las distintas emociones.

Autodominio emocional: se trata de aprender nuevas habilidades como la relajación, manejo de la agresividad, etc.

Refuerzos y Recompensas: Una de las piedras angulares de todos los programas cognitivo-conductuales consiste en reforzar positivamente las conductas apropiadas. Esto puede satisfacerse bajo la forma de un auto refuerzo—por ejemplo, a nivel cognitivo (ej. “Muy bien hecho, me enfrenté adecuadamente a la situación”), a nivel material (ej. comprarse un disco compacto en particular), o bien de alguna actividad específica (ej. tomarse un baño relajante extra).

4.6 LAS ADICCIONES DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

Actualmente la Terapia Cognitivo-Conductual es utilizada para tratar una diversidad de problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y consumo de sustancias. Como se ha mencionado anteriormente es una forma de intervención en la cual terapeuta y pacientes trabajan para identificar y resolver problemas sobreponiéndose a dificultades, mediante la modificación de pensamientos, conductas y respuestas emocionales. Huerta (2012)

Resulta importante mencionar de manera individual los fundamentos del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el cognitivismo para entender cómo se originan las adicciones.

Acuña (2009) explica que el condicionamiento clásico consiste en mezclar un estímulo neutro con un estímulo incondicionado que produce una respuesta refleja. De esta manera, el condicionamiento clásico señala que las situaciones externas e internas (estado de ánimo, situaciones ambientales, personas del entorno social inmediato, etcétera) se tornan para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en desencadenantes condicionados que pueden generar síntomas condicionados de abstinencia, los cuáles son estímulos discriminatorios para volver a consumir la droga y así contrarrestar estas sensaciones negativas; es decir, los individuos adquieren conductas por medio de la asociación de estímulos.

Generando que el consumo de sustancias se asocie a diferentes estímulos condicionados como lugares momentos del día, personas, estados emocionales provocando impulsos de ingerir alguna droga

A su vez Acuña (2009) explica que el condicionamiento operante permite explicar la conducta, especialmente la de autoadministración de drogas. El principio central de este modelo de aprendizaje es la conducta de los individuos regulada por sus consecuencias. En este contexto, se define como refuerzo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de incrementar la probabilidad de su ocurrencia a futuro. Un refuerzo positivo supone una recompensa, mientras que un refuerzo negativo implica la remoción de un estímulo aversivo. El opuesto al refuerzo es el castigo, que

es toda aquella consecuencia de una conducta que sea capaz de disminuir la probabilidad de su presentación futura.

Por lo que, las personas consumen drogas como resultado de los efectos, ya sea que funcionen como reforzadores positivos de la conducta al producir sensaciones de placer, bienestar, excitación, mejor rendimiento, entre otros, o como reforzadores negativos evitando emociones desagradables como la tensión, cansancio e incluso el síndrome de abstinencia producido por el consumo mismo de las sustancias

Huerta (2012) señala que la Terapia cognitiva: parte de la manera en que el individuo estructura cognitivamente sus experiencias determinará en gran medida su manera de actuar, de sentir, y la reacción física que experimenta, por lo tanto, establece una clara relación entre cogniciones, emociones y conductas. Según este modelo, las personas organizan su mundo en esquemas, los cuales son patrones cognitivos es decir, (formas de procesar la información) relativamente estables que constituyen la base de las interpretaciones de la realidad. Llevando esto al comportamiento adictivo, se basa en que los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. Del problema de la adicción se genera por un conjunto de creencias centrales o nucleares del tipo “estoy indefenso”, “no soy querido”. Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad que conduce a la búsqueda de la sustancia para aliviarlas

Huerta (2012) también resume que las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Pueden dividirse en varios grupos: las que guardan relación con la idea de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; la creencia de que la droga proporciona energía al individuo y por consecuencia más fuerza y poder; la expectativa de que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión;

y la convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continuará indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará.

Beck (1993) señala que la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas. Al igual que reducir los impulsos de consumir droga e incrementar el control sobre sus impulsos.

Concluyendo que la terapia cognitivo-conductual supone que el consumo de drogas es una conducta aprendida, mantenida por las consecuencias del consumo tanto positivas como negativas, así como por las expectativas que la persona mantiene con respecto al consumo de dichas sustancias, supone además que el agente de cambio de la conducta de consumo es la misma persona y enfatiza la autoeficacia del individuo para conseguir su meta.

4.7 LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, la problemática de la drogadicción repercute directamente en la familia. La terapia cognitivo-conductual explica cómo una problemática puede detonar una serie de conductas que resultan disfuncionales, dentro del núcleo familiar, a este respecto Muñoz (2012) refiere que:

Existe una influencia recíproca entre lo que uno piensa, siente y hace y entre estos elementos y las variables contextuales o ambientales en las que suceden. Dentro de la terapia familiar cognitivo-conductual (TFCC), se considera que el comportamiento en respuesta al comportamiento de otros miembros de la familia está influido por las creencias sobre uno mismo y por las creencias sobre cómo debe ser y comportarse la familia. Estas creencias influyen en la información que cada miembro atiende, percibe, almacena y recupera, en las atribuciones, interpretaciones y valoraciones que hace de los comportamientos de los otros miembros y en las expectativas que tiene sobre dichos comportamientos. En todo este proceso, aparecen sesgos cognitivos y reacciones emocionales que, en el caso de las creencias disfuncionales o de las creencias que entran en conflicto con las de otros miembros de la familia,

contribuyen al surgimiento y mantenimiento de situaciones conflictivas y patrones desadaptativos de comportamiento. Finalmente, cómo se responde al comportamiento de los otros, afecta a que persista o no dicho comportamiento por mediación de las cogniciones, emociones y conductas de los miembros implicados. (pág. 2)

Es de relevancia destacar el punto anterior ya que permite identificar el proceso que viven de forma individual los integrantes de una familia que se enfrentan ante una problemática, en este caso el consumo de algún tipo de droga por parte de uno de los otros integrantes, explicando porqué esta problemática afecta su desarrollo psicosocial, llevándolos a desarrollar conductas que en conjunto se convierte en codependencia/coadicción, propiciando el incremento y desarrollo de la adicción.

De acuerdo con todo lo revisado anteriormente se comprende que el enfoque cognitivo-conductual nace a partir de la unión de técnicas derivadas de la terapia de conducta y del modelo de terapia cognitivo ya que la terapia conductista comenzó a tener dificultades para encontrar explicación y alternativas que pudieran ser empleadas para los distintos trastornos. Resulta importante recordar que la terapia de la conducta surge a partir de la segunda guerra mundial basándose en las preexistentes teorías del aprendizaje desarrolladas por Ivan P. Pavlov quien realizó experimentos que descubrieron los procesos básicos de condicionamiento. Demostrando que un reflejo podría condicionarse a un estímulo neutro. Edward L. Thondirke quien realizó la descripción de la ley del efecto, donde establece que una conducta que produce un efecto favorable sobre el ambiente es más probable que se repita en el futuro. Jonh B Watson quien afirmó que la conducta observable es el objeto de estudio de la psicología y que toda la conducta está controlada por los acontecimientos del ambiente. Siendo considerado fundador del conductismo. B.F Skinner quien amplió el campo del conductismo, desarrollo el condicionamiento operante, en el cual las consecuencias de una conducta controlan la aparición futura de la misma (como afirmaba la ley de efecto de Thorndike).

Alrededor de 1950 surgía la denominada ciencia cognitiva, la cual se define como el estudio científico del pensamiento, apoyándose de disciplinas como: la psicología, la

lingüística, las neurociencias, la computación, la antropología y la filosofía. Retomando aspectos que el conductismo dejaba de lado, ya que estos procesos los denominaban como una caja negra a la cual no se podía acceder. Para 1970 la terapia de la conducta comienza a sufrir transformaciones por su apertura a los aspectos cognitivos y sociales principalmente a través de los trabajos de A. Bandura quien plantea la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), en el que se favorece el aprendizaje de determinadas conductas como las normas sociales y culturales, en su teoría del Aprendizaje Social. Cabe señalar que la involucración de factores cognitivos dentro de la terapia de la conducta contribuyeron en los tratamientos para los problemas psicológicos basándose en técnicas como: Técnicas de reestructuración cognitiva: Las cuales se centran principalmente en identificar y modificar las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que determina o mantienen el problema. Técnicas para el manejo de situaciones: se basan principalmente en enseñar habilidades para que el individuo afronte diversas situaciones que resulten problemáticas principalmente caracterizadas por el estrés. Técnicas de solución de problemas: se enfocan en corregir el modo en que la persona aborda los problemas. Se puede señalar que el objetivo de la terapia cognitivo-conductual es la modificación de los patrones de pensamiento, generando nuevas habilidades cognitivas y conductuales que permita ser más funcional al individuo. Los patrones de pensamiento generalmente están influidos por distorsiones cognitivas las cuales se refieren a los errores de pensamiento que crean un sesgo en la manera de percibir los acontecimientos. La Terapia Cognitivo-Conductual es utilizada para tratar problemas psicológicos, como ansiedad, depresión, consumo de sustancias y conductas adictivas. Por lo que resulta importante recordar que la codependencia se puede definir como una relación disfuncional causada por la conducta adictiva generada hacia una persona. La codependencia genera que el sujeto pierda el control sobre determinados pensamientos y conductas, como ayudar y resolver conflictos de otra persona realizándolos de manera obsesiva y compulsiva llevándolos a experimentar síntomas de abstinencia cuando no se realiza la conducta, por ejemplo, irritabilidad, ansiedad, inquietud, depresión, etc. Esta problemática surge a partir de distintos factores, como lo son las distorsiones cognitivas por lo que el enfoque

cognitivo conductual resulta el más idóneo para combatir dicha problemática ya que la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y conductuales permitirá afrontar con éxito y de una forma apropiada diferentes situaciones problemáticas.

CAPÍTULO V PROPUESTA DE TALLER PARA LA PREVENCIÓN DE LA COADICCIÓN.

Actualmente el alcoholismo y la drogadicción son un problema de salud pública a nivel nacional y mundial afectando al consumidor y por lo tanto también a las personas que están en constante interacción con él, generalmente el eje de investigación son los sujetos farmacodependientes y se deja de lado el impacto que tiene el estar en contacto con el consumidor de sustancias, en este caso en particular a la familia.

La codependencia o mejor llamada coadicción que experimentan los familiares de los sujetos adictos debe ser atendida ya que genera un desequilibrio, emocional, siendo este un factor importante para desencadenar diversas complicaciones futuras, como por ejemplo el mantenimiento de uso de sustancias psicoactivas por parte del drogadicto.

Se busca contribuir con aportes innovadores a centros especializados en la rehabilitación de personas farmacodependientes para un mejor tratamiento a los familiares, ya que refieren un desgaste emocional en el proceso de rehabilitación.

Objetivo general:

Generar en los participantes una reestructuración cognitiva para así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

Objetivos particulares

- Identificar el nivel de codependencia en padres de familia con hijos que presentan problemas de adicción.
- Que los participantes conozcan la concepción actual de los roles de género desde la perspectiva de género para favorecer cambio de creencias.
- Que los padres de familia identifiquen los estilos y prácticas parentales que ejercen dentro de su familia que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas para así generar un cambio de creencias negativas hacia otras más positivas respecto a las prácticas y estilo parental que ejercen actualmente.

- Identificar conductas y emociones negativas asociados a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente para analizar cómo los participantes responderían.
- Generar que los participantes logren desarrollar la habilidad de comunicación interpersonal llamada asertividad para que sean capaces de expresarse con seguridad sin la necesidad de realizar conductas agresivas, pasivas o manipuladoras.

Metodología

Se desarrollará un taller, en el cual se aborden temas específicos con la finalidad de disminuir y prevenir los niveles de coadicción en los padres de familia, al inicio del primer taller se les aplicará un test el cual está diseñado específicamente para identificar el nivel de coadicción en los sujetos. Al término de los talleres se pretende que los sujetos generen cambios de conducta en su relación con el sujeto que consume algún tipo de sustancia, para corroborarlo se aplicara el mismo test que se aplicó al inicio para identificar las diferencias y demostrar que su nivel de coadicción disminuyo.

Población:

El taller se realizara con 25 sujetos que presenten las siguientes características:

- Ser padre o madre de familia
- Tener hijos en un rango de edad entre 12 a 18 años de edad, con problemas de drogadicción o sin antecedentes de uso de sustancias psicoactivas.

Sesiones y tiempo estimado:

La duración del taller constara de 10 sesiones con un tiempo estimado de dos horas por cada sesión la cual se llevara a cabo una vez por semana con un periodo total de diez semanas.

Carta Descriptiva. 1						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Introducción al Taller.						Sesión: 1/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivos particulares: Presentar los objetivos generales y particulares del taller a los participantes y a su vez explicar aspectos que serán la base del taller. Así como Calcular el nivel de coadicción en los padres de familia que participan en el taller.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Registro de participantes	<ul style="list-style-type: none"> Recabar datos de cada uno de los asistentes. 	Participación activa	Expositiva	Anexo A	5 min
	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y presentación del instructor. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
	Presentación de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> Integrar al grupo, respetando la individualidad de cada uno de los participantes. 	Escucha activa	Exposición didáctica con participantes del grupo	No requiere	15 min
	Presentación y descripción del desarrollo del taller	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer los objetivos generales y particulares, temario, beneficios del taller, duración y horarios. 	Escucha activa	Expositiva	Pizarrón y Marcadores	15 min
	Expresión y resolución de dudas	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes comprendan a plenitud la 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No requiere	10 min

		información dada sobre los objetivos del taller.				
Desarrollo	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes conozcan aspectos y conceptos básicos como: • Que es una adicción y drogadicción. • Que es la coadicción. • Factores que propician la coadicción. • Características de la coadicción. • Tipología de la coadicción. 	Escucha activa	Expositiva	Pizarrón y Marcadores	30 min
	Expresión y resolución de dudas	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No requiere	10 min
	Evaluación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular el nivel de coadicción en los padres de familia que participan en el taller 	Participación activa	Instructiva	Anexo B	15 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor resumirá lo visto durante la sesión. • Mencionar que los resultados del test se entregaran la próxima sesión 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min

Bibliografía	<p>Noriega, G. L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. <i>Salud Mental</i>, 25(2), 28-48. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222506</p> <p>Mansilla, F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i>, XXII(81), 9-19. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019663002</p> <p>Cuadrado, P. (Noviembre- Diciembre de 1998). originales y revisiones viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcoholica. <i>Psiquiatria Publica</i> , 10(6), 361-368. Recuperado el 20 de Marzo de 2019, de https://slidex.tips/download/originales-y-revisiones-viejos-y-nuevos-tratamientos-en-la-dependencia-alcoholic</p> <p>Vacca, R. (1999). Psicopatología de la co-adicción. <i>Facetas</i>, 4(4), 73-112.</p>
--------------	---

Carta Descriptiva. 2						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: En convivencia con un adicto						Sesión: 2/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que el participante identifique la manera correcta de tratar a un consumidor de sustancias psicoactivas.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar qué participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere.	5 min
	Revisión de resultados	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan el nivel de coadicción que presentan. 	Participación activa		Anexo B	20 min
	Análisis de situación	<ul style="list-style-type: none"> Que cada uno de los participantes describa la manera en la que tratan o tratarían a su hijo que consume sustancias psicoactivas para identificar cuáles de estas conductas y emociones son válidas o útiles. 	Debate socrático	Preguntas y respuestas interactivas con participación de los asistentes.	No requiere.	25 min

Desarrollo	Desarrollo del tema: la relación con el consumidor.	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. • Que los participantes corrijan ideas erróneas basándose en pruebas, argumentos y señalar las consecuencias negativas tratar de manera errónea al consumidor de sustancias psicoactivas. • Que los participantes identifiquen que: no resulta útil imitar el comportamiento del consumidor. Deben tratarlos con firmeza, pero no con amenazas o presiones. Evitar culpabilizar al consumidor. Establecer límites claros con el consumidor de drogas como horarios, salidas, disponibilidad de dinero, etc. 	Escucha y Participación activa.	Expositiva	No requiere.	20 min
	Expresión y resolución de dudas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No requiere	10 min
	Confrontación del pasado con antiguas conductas y datos de las nuevas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes realicen un análisis comparativo del valor desadaptativo de las conductas mencionadas anteriormente y el valor que tienen en la actualidad con el desarrollo del tema, para así 	Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias	Preguntas y respuestas	No requiere	20 min

		favorecer cambio de creencias y conductas.				
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor de un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
Bibliografía	CECAJ, (2017). <i>Guía de orientación para familiares de usuarios de sustancias adictivas</i> . Jalisco. Recuperado el 12 de Noviembre de 2019, de https://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/guiaparafamiliaresdeusuariosdesustanciasadictivas_capa.pdf					

Carta Descriptiva. 3						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Cultura y Roles de género.						Sesión: 3/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que los participantes conozcan la concepción actual de los roles de género desde la perspectiva de género para favorecer cambio de creencias.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Identificación de creencias nucleares	<ul style="list-style-type: none"> Que cada uno de los participantes escriban su propio concepto sobre género, roles de género y diferencias entre masculino y femenino. 	Identificación de creencias nucleares	Instructiva	Hoja y lápiz	15 min
	Desarrollo del tema: Roles de genero	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan la concepción actual de los roles de género desde la perspectiva de género. Que aprendan que el rol de género se crea con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la 	Escucha y Participación activa	Exposición interactiva con participación de los asistentes	Anexo C y cañón	35 min

Desarrollo		<p>sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada. 				
	<p>Confrontación del pasado con antiguas creencias y datos de las nuevas</p> <p>:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes realicen un análisis comparativo del valor desadaptativo de las creencias mencionadas anteriormente en el contexto social, personal y emocional y del valor que tienen en la actualidad, para favorecer cambio de creencias. 	<p>Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias</p>	<p>Preguntas y respuestas</p>	<p>No requiere</p>	<p>35 min</p>
Cierre	<p>Conclusiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes recapitulen de forma breve lo visto durante la sesión. 	<p>Participación activa</p>		<p>No requiere</p>	<p>15 min</p>
	<p>Despedida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario de la siguiente sesión. 	<p>Escucha activa</p>	<p>Expositiva</p>	<p>No requiere</p>	<p>5 min</p>
Bibliografía	<p>Miranda, M. (Diciembre de 2012). Diferencia Entre la Perspectiva de género y la Ideología de género. <i>Díkaion</i>, 21(2), 337-356. Recuperado el 03 de Octubre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a02.pdf</p> <p>Instituto nacional de las mujeres. (Agosto de 2007). <i>gobierno de mexico</i>. Recuperado el 03 de Octubre de 2019, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf</p> <p>Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". <i>En Nueva Antropología</i>, 173-198. Recuperado el 07 de Noviembre de 2019, de http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/investigacion/capacitaciones/genero/u1/5-marta-lamas-la-antropologia-feminista-y-la-categoria-de-genero.pdf</p>					

Carta Descriptiva. 4						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Familia y Drogadicción.						Sesión: 4/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que los padres de familia identifiquen los estilos y practicas parentales que ejercen dentro de su familia que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas para así para generar un cambio de creencias negativas hacia otras más positivas respecto a las prácticas y estilo parental que ejercen actualmente.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> Identificar qué participantes asistieron 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Desarrollo del tema: Estilos y prácticas parentales	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. Que los participantes comprendan a plenitud la información dada. 	Escucha y Participación activa	Exposición interactiva con participación de los asistentes	No requiere	25 min
	Identificación de esquemas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes identifiquen qué estilo y practicas parentales llevan a cabo y preguntar cómo 	Identificación de esquemas cognitivos	Instructiva	Hoja y lápiz	20 min

		considera que ha sido el resultado de dichas prácticas y estilo parental.				
Desarrollo	Desarrollo del tema: Consecuencias de estilos y prácticas parentales	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona información directa contraria a los pensamientos inadecuados de los participantes. Que los participantes corrijan ideas erróneas basándose en pruebas, argumentos y señalar las consecuencias negativas de ciertas prácticas y estilos parentales 	Debate didáctico	Exposición interactiva con participación de los asistentes	Anexo D y cañón	25 min
	Establecer el criterio de cambio	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes establezcan pautas objetivas que sirvan de indicios para determinar un cambio de una creencia negativa hacia otra más positiva respecto a las prácticas y estilo parental que ejercen actualmente 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Hoja y lápiz	20 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
Bibliografía	<p>Capano, A. U. (2013). <i>Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres</i>. Uruguay. Recuperado el 19 de Septiembre de 2019, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545414007</p> <p>Mercado, A. . (2016). <i>La familia Mexicana Contemporanea Procesos y Atores</i>. México: P Y V.</p>					

<p>Betancourt, D. A. (enero-junio de 2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. <i>Revista Colombiana de Psicología</i>, 20(1), 27-41. Recuperado el 25 de Septiembre de 2019, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035006</p> <p>Muñoz, E. C. (septiembre de 2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. <i>Anuario de Psicología</i>, 42(2), 259-272. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019</p>
--

Carta Descriptiva. 5						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Planteamiento de situaciones hipotéticas.						Sesión: 5/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivos particulares: Identificar conductas y emociones negativas asociados a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente como la detección de uso de sustancias psicoactivas por parte de los hijos, para analizar cómo los participantes responderían.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio.	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Situación hipotética: Mi hijo consume drogas.	<ul style="list-style-type: none"> Generar en los participantes a través de la imaginación las conductas y emociones que se producirían en determinada situación hipotética, en este caso: la detección de uso de sustancias psicoactivas. Identificar cuáles de estas conductas y emociones son válidas o útiles 	Situación hipotética	Narrativa	Hoja y lápiz.	20 min

Desarrollo	Análisis de situación hipotética	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor formulará a los participantes preguntas abiertas para así conocer sus creencias irracionales y racionales. • Detectar la validez y objetividad de los pensamientos para identificar en qué medida son correctos y realistas. Y a su vez la utilidad de los pensamientos para identificar si sirven de ayuda para alcanzar objetivos. • Que el participante identifique las emociones que genera determinada situación 	Debate socrático	Preguntas y respuestas interactivas con participación de los asistentes.	Hoja y lápiz	
	Ventajas del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Que el participante identifique que el cambio de pensamientos y emociones conllevara ventajas en el control de la situación. 	Análisis de ventajas del cambio	Preguntas y respuestas interactivas con participación de los asistentes	Hoja y lápiz	30 min
	Ensayo de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes practiquen conductas coherentes con la nueva forma de pensar y, como consecuencia, de sentir y actuar. Permitiendo incrementar la competencia y habilidad para abordar la situación hipotética. 	Role-playing	Exposición didáctica con participantes del grupo	No requiere	30 min

Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min

Carta Descriptiva. 6						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Asertividad.						Sesión: 6/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Generar que los participantes logren desarrollar la habilidad de comunicación interpersonal llamada asertividad para que sean capaces de expresarse con seguridad sin la necesidad de realizar conductas agresivas, pasivas o manipuladoras.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Desarrollo del tema: Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. Que los participantes comprendan a plenitud la información dada Que los participantes conozcan las estrategias para dirigirse de forma asertiva. 	Escucha y Participación activa	Exposición interactiva con participación de los asistentes	No requiere	20 min
		<ul style="list-style-type: none"> Mostrar al participante cómo se lleva a cabo la habilidad de 	Modelado in vivo		No requiere	30 min

Desarrollo	Modelamiento	<p>la asertividad de forma efectiva y cómo no debe realizarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes aprendan las estrategias para hacer o decir algo con indicaciones. 				
	Ensayo de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes practiquen conductas de acuerdo con lo modelado anteriormente. Permitiendo incrementar la competencia y habilidad para dirigirse de forma asertiva 	Role-playing	Exposición didáctica con participantes del grupo	No requiere	40 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
Bibliografía	<p>Ellis, A. (2002). <i>Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual</i> (Segunda ed.). España: Siglo Veintiuno de España editores.</p> <p>Bishop, S. (2000). <i>Desarrolle su asertividad</i>. España : Teleservicios Editoriales.</p> <p>Castanyer, O. (1996). <i>la asertividad: expresion de una sana autoestima</i> (Treinta y dos ed.). Descleé De Brouwer.</p>					

Carta Descriptiva. 7						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Establecimiento de Límites						Sesión: 7/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que los padres de familia sean capaces de establecer límites que regulen las conductas y el comportamiento de sus hijos para así reducir conductas coactivas por parte de los padres.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar qué participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
	Identificación de esquemas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes expresen el motivo por el cual les cuesta establecer límites a sus hijos. 	Identificación de esquemas cognitivos	Instructiva	No requiere	10 min
	Desarrollo del tema: La importancia de los límites	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. Que los participantes modifiquen ideas erróneas basándose en pruebas, argumentos y señalando las 	Escucha y Participación activa	Exposición interactiva con participación de los asistentes	No requiere	20 min

Desarrollo		<p>consecuencias negativas de no establecer límites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen que los límites sirven para el aprendizaje de hábitos y conductas de acuerdo con la edad de sus hijos. • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada 				
	Ventajas del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Que el participante identifique que el cambio de pensamientos, emociones para el establecimiento de límites conllevara ventajas en el control de distintas situaciones. 	Análisis de ventajas del cambio	Preguntas y respuestas interactivas con participación de los asistentes	No requiere	20 min
	Modelamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor mostrara al participante cómo se lleva a cabo la habilidad de establecimiento de límites de forma efectiva y cómo no debe realizarse. • Que los participantes aprendan las estrategias para reducir y controlar conductas negativas estableciendo límites. 	Modelado in vivo		No requiere	20 min
	Ensayo de conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes practiquen las conductas de acuerdo con lo modelado anteriormente. Permitiendo incrementar la competencia y 	Role-playing	Exposición didáctica con participantes del grupo.	No requiere	25 min

		habilidad de establecer límites a sus hijos.				
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
Bibliografía	MadridSalud . (s.f.). <i>Madrid salud instituto de adicciones</i> . Recuperado el 11 de Enero de 2020, de https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/NormasyLimites.pdf					

Carta Descriptiva. 8						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Chantaje Emocional						Sesión: 8/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que los padres de familia aprendan a identificar conductas de manipulación por parte de sus hijos y a su vez aprendan estrategias de afrontamiento para así disminuir la aparición de conductas coactivas.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere.	5 min
	Desarrollo del tema: chantaje emocional.	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. Que los participantes corrijan ideas erróneas basándose en pruebas, argumentos y señalar las consecuencias negativas de no frenar o pasar por alto conductas de manipulación por parte los hijos. Que los participantes identifiquen los tipos y 	Escucha y Participación activa.	Exposición interactiva con participación de los asistentes.	No requiere.	20 min

		<p>características de chantajistas y la manera en la que se afrontan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada 				
Desarrollo	Identificación de conductas manipuladoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen las conductas manipuladoras que perciben por parte de sus hijos de acuerdo a la información expuesta anteriormente. 	Identificación de conductas	Instructiva	Hoja y lápiz.	15 min
	Identificar puntos débiles.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes identifiquen los argumentos utilizados por parte de sus hijos que genera en ellos sentimientos de culpa que los lleva a ceder a chantajes o manipulaciones. 	Identificación de esquemas cognitivos	Instructiva	Hoja y lápiz.	15 min
	Modelamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor con base en las conductas y argumentos planteados por los participantes mostrara cómo se lleva a cabo la habilidad de afrontar un chantaje de forma efectiva y cómo no debe realizarse. • Que los participantes aprendan las estrategias para afrontar conductas manipuladoras. 	Modelado in vivo		No requiere.	20 min
	Ensayo de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes practiquen las conductas de 	Role-playing.	Exposición didáctica con	No requiere.	25 min

		acuerdo con lo modelado anteriormente. Permitiendo incrementar la competencia y habilidad de afrontar conductas manipuladoras por parte de sus hijos.		participantes del grupo.		
Cierre	Conclusiones.	<ul style="list-style-type: none"> El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa.	Expositiva.	No requiere.	10 min
	Despedida.	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa.	Expositiva.	No requiere.	5 min

Carta Descriptiva. 9						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Recaídas						Sesión: 9/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción.						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivo particular: Que los participantes identifiquen los derechos asertivos y a su vez identifiquen que es una recaída y los estímulos que pueden conducir a ella.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Dialogo con los participantes	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes recuerden y expliquen qué es la asertividad, para que sirva y que den un ejemplo. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No requiere	
	Desarrollo del tema: derechos de la persona asertiva	<ul style="list-style-type: none"> El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tiene conocimiento. Que los participantes conozcan los derechos asertivos para así hacerlos valer. 	Escucha y Participación activa.	Exposición interactiva con participación de los asistentes	Anexo E	

Desarrollo	Proyección en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes se imaginen a sí mismos en un futuro más o menos cercano en el que ya se haya consolidado la nueva creencia pensando, sintiendo y actuando de la manera deseada de acuerdo con los derechos asertivos. 	Proyección en el tiempo	Preguntas y respuestas		
	Desarrollo del tema: recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor proporciona, verbalmente información de aspectos que los participantes no tienen conocimiento. • Que los participantes identifiquen el concepto de recaída y los estímulos que pueden conducir a ella. 	Escucha y Participación activa.	Exposición interactiva con participación de los asistentes	No requiere	
	Expresión y resolución de dudas	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes comprendan a plenitud la información dada anteriormente. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	No requiere	10 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor da un resumen de lo visto durante la sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un agradecimiento a los participantes recordando la fecha y horario o de la siguiente sesión. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
Bibliografía	Ellis, A. (2002). <i>Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual</i> (Segunda ed.). España: Siglo Veintiuno de España editores.					

Carta Descriptiva. 10						
Prevención y tratamiento de la Coadicción.						
Nombre de la sesión: Cierre de Taller						Sesión: 10/10
Perfil de los participantes: Padres de familia con hijos entre 12 a 18 años de edad con y sin problemas de drogadicción						
Objetivo general: Generar en los participantes una reestructuración cognitiva par así disminuir y prevenir la coadicción en los padres de familia que es generada por hijos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.						
Objetivos particulares: Calcular el nivel actual de coadicción en los padres de familia que participan en el taller en comparación con los resultados de la primera evolución. Al igual que evaluar el cumplimiento de objetivos específicos de cada sesión del taller en los padres de familia.						Tiempo total: 120 min
Etapas	Subtemas	Objetivos	Actividad	Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo
Inicio	Toma de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que participantes asistieron. 	Participación activa	Preguntas y respuestas	Anexo A	5 min
	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer el nombre de la sesión y sus objetivos particulares. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Identificación de experiencias y nuevos esquemas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes expresen y justifiquen su opinión personal sobre el taller y cómo consideran que fue su experiencia al igual que identifiquen y expresen los cambios emocionales conductuales y de creencias que notaron en sí mismos conforme avanzaba el taller y en la relación con sus hijo, respetando la individualidad 	Escucha activa	Exposición didáctica con participantes del grupo	No requiere	25 min

		de cada uno de los participantes.				
Desarrollo	Evaluación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la evaluación diagnóstica utilizada en la primera sesión para identificar el nivel actual de coadición en los padres de familia que participan en el taller. 	Participación activa	Instructiva	Anexo B	10 min
	Evaluación de objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar evaluación diagnóstica para identificar el cumplimiento de objetivos específicos de cada sesión del taller en los padres de familia que participaron en el taller. 	Participación activa	Instructiva	Anexo F	5 min
Descanso (evaluación de pruebas por parte del instructor)						20 min
Desarrollo	Revisión de resultados	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan de manera individual el nivel de coadición que presentan actualmente en comparación con la primera evaluación. 	Participación activa		Anexo B y Anexo F	30 min
Cierre	Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> El instructor resume los resultados obtenidos en las evaluaciones durante la sesión y reconoce a los participantes sus esfuerzos realizados y motivar a continuar con las estrategias aprendidas para prevenir o reducir la coadición. 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	10 min
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> Brindar un agradecimiento a los participantes por su 	Escucha activa	Expositiva	No requiere	5 min

		constante participación a lo largo del taller.				
--	--	--	--	--	--	--

CONCLUSIÓN

En la actualidad la existencia de diversas adicciones, tanto a sustancias psicoactivas como lo son al tabaco, al alcohol, a la marihuana o a la cocaína, etc., como adicciones que no necesariamente tienen su origen en el consumo de sustancias psicoactivas como por ejemplo, la ludopatía, al sexo, a la comida o al internet, solo por mencionar algunas, representan un significativo problema a nivel social. Ya que en aspectos generales las adicciones ocasionan que el comportamiento se vea alterado en los sujetos ya que estos pierden el control realizando determinadas conductas de manera compulsiva o de igual forma con el consumo de alguna sustancia en particular, generando en los sujetos conflictos en distintas áreas, como lo son; el área familiar, el área laboral y el área personal. Resulta importante mencionar que el ser humano es un ser biopsicosocial y está integrado por factores, biológicos, psicológicos y sociales. Y son variados los factores o circunstancias que llevan a los sujetos a desarrollar algún tipo de adicción.

Es importante mencionar que entre los distintos factores se encuentran los sistemas de creencias que tienen los padres generando como resultado la forma de crianza que padres y madres ejercen sobre sus hijos, por ejemplo los estilos parentales en particular que influyen en el desarrollo de conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas son los padres permisivos e indiferentes en cambio los padres autoritarios pueden generar problemas depresivos y por otro lado las practicas parentales en particular como la sobreprotección, intrusividad, criticas excesivas e inducción de culpa, también conllevan a propiciar la aparición de conductas de riesgo en los hijos. Dichas prácticas y estilos parentales son el resultado de los sistemas de creencias. Cabe mencionar que estos sistemas de creencia se forman a partir de la forma lógica o irracional de pensar y se adquieren a través de los padres o la sociedad.

Sin embargo abordando las adicciones desde el enfoque cognitivo-conductual se identifica que son generadas a partir de una situación externa o interna como por ejemplo el estado de ánimo, situaciones ambientales o personas cercanas, las cuales se vuelven un desencadenante de síntomas para realizar determinadas conductas, generando una asociación de estímulos, ahora bien el realizar determinadas

conductas pueden funcionar como reforzador positivos produciendo sensaciones de placer evitando emociones desagradables como la irritabilidad, la ansiedad, inquietud, etc., por lo que el sujeto establece una relación entre cogniciones (procesamiento de información), emociones y conductas, colocándolas en su sistema de creencias, dichas creencias se caracterizan por ser sólidas y duraderas porque están basadas en la experiencia, sin embargo estas creencias suelen ser erróneas.

Resulta importante señalar que el término codependencia tiene su origen en el área de las adicciones químicas, sin embargo diferentes investigaciones descubrieron que la codependencia no era una característica únicamente de personas que convivían con adictos, sino también en personas que tenían un familiar con una enfermedad crónica o terminal al igual que personas con infancias carentes de afecto, abusos y ambiente familiar problemático. Sin embargo los diferentes estudios y la literatura popular han generado nuevos significados lo que puede llevar a desplazarlo fuera de la drogadicción ya que no ha sido reconocido como una disfunción o patología, dentro de la psiquiatría, por lo que es necesario aclarar que el término codependencia cambia por el término coadicción.

Ahora bien, la coadicción es una relación disfuncional ocasionada por la conducta adictiva generada hacia una persona y generalmente desarrollada en uno o más de los familiares que conviven con un consumidor de alguna sustancia psicoactiva, generando en el sujeto que presenta coadicción la pérdida de control sobre pensamientos y conductas, llevándolo a realizarlas de manera obsesiva y compulsiva como lo son; preocupación excesiva, sobreprotección, intentar resolver problemas ajenos, miedo al abandono, negación, manipulación, control extremo, encubrimiento y entre otras otorgamiento de atención exagerada al consumidor de drogas llevándolo a centrar su vida en este. Y por consecuencia experimentar síntomas de abstinencia como irritabilidad ansiedad, inquietud o depresión etc. cuando no realiza determinadas conductas. La coadicción se establece conforme incrementa el consumo de sustancias psicoactivas en el familiar cercano ya sea este hijo, esposo, hermano etc.

La coadicción está principalmente ligada a distorsiones cognitivas y creencias irracionales las cuales están influidas por aspectos culturales, sociales y familiares.

Por ejemplo el sexo es un factor que vuelve vulnerable a las mujeres ya que reflejan el estereotipo de rol de género en México llevándolas a poder desarrollar coadicción ya que se le asigna a las mujeres la responsabilidad de proteger y mantener la armonía familiar. Sin embargo también existen hombres que presentan coadicción pero siendo en menor número.

Cabe mencionar que los padres de familia presentan coadicción por el sentimiento de culpa generado por la crianza que han ejecutado con sus hijos y buscan reparar el “daño” realizando una conjunto de conductas que igualmente que los estilos de crianza están fundamentados en un sistema de creencias irracional que en lugar de reducir el consumo de drogas lo incrementa. Y genera en los padres de familia una manera negativa de afrontar determinadas situaciones.

Sin embargo dichos sistemas de creencias pueden ser modificados a partir de la reestructuración cognitiva ya que dicha técnica se centra en identificar y modificar cogniciones entre ellas creencias y pensamientos irracionales o distorsionados que mantienen determinados problemas como la coadicción.

Dicha reestructuración cognitiva se fundamenta en las teorías desarrolladas por Albert Ellis (1957) psicólogo cognitivo y Aarón T. Beck (1960) psiquiatra estadounidense. El objetivo principal de las técnicas de reestructuración cognitiva se centran en identificar y modificar cogniciones enseñando a pensar de manera correcta atacando errores o distorsiones que se producen en el procesamiento de la información. Albert Ellis afirma que los trastornos emocionales y psicológicos provienen en su mayoría de las veces de la forma ilógica o irracional de pensar y es adquirida a través de los padres, la sociedad y la autosugestión. Al igual que A. Ellis (1957), Aarón T. Beck (1960) señala que las cogniciones influyen de modo decisivo en el estado psíquico, generando, dirigiendo o manteniendo distintos trastornos personales y conductuales. Dentro de la terapia cognitivo-conductual donde se incluyen las teorías mencionadas anteriormente el paciente y terapeuta trabajan para identificar y resolver problemas, a través de la modificación de pensamientos, conductas y respuestas emocionales. Ya que dicha terapia incorpora intervenciones conductuales al trabajar directamente con las

conductas disfuncionales así como también intervenciones cognitivas donde se modifican las evaluaciones y los patrones de pensamiento.

El taller desarrollado desde el enfoque cognitivo conductual es una herramienta que permite a los padres de familia reducir su nivel de coadición para también así reducir el incremento de sustancias psicoactiva por parte de sus hijos, al igual que preparar a los padres de familia con hijos sin problemas de drogadicción a responder de forma adecuada ante situaciones a las que pueden estar expuestos y a su vez reforzar su sistema de creencias que puedan resultar útiles en determinada situación como lo es el consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus hijos.

ANEXOS

REGISTRO DE ASISTENCIA

	N° de Sesión									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre del Participante										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

AUTO DIAGNÓSTICO PARA LA COADICCIÓN

Nombre: _____

Edad: _____

Instrucciones:

Lea detenidamente y marque con una X solo una de las tres opciones de cada una de las preguntas que se le realiza. No deje ninguna sin responder.

	No se aplica o rara vez 0	Ocasional mente 1	Frecuente mente 2
1. ¿Usted cree y siente que es responsable por otras personas; por sus sentimientos, pensamientos, acciones, decisiones, deseos, necesidades, bienestar o malestar, incluso por lo que les ocurra en el futuro?			
2. ¿Se siente usted instintivamente impulsado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas, aun cuando ellos no le hayan pedido ayuda?			
3. ¿Se encuentra a usted mismo diciendo sí, cuando en realidad querías decir no, haciendo cosas que realmente no desea hacer, haciendo más que lo que se consideraría una repartición justa del trabajo, o haciendo cosas para otras personas que ellos pueden hacer por ellos mismos y entonces sitiándote resentido y victimizado?			
4. ¿Se siente aburrido, vacío y sin valor, si no existe una crisis en su vida, un problema que resolver, o alguien a quien ayudar?			
5. ¿Usted cree que alguien es responsable de cuidarlo y de hacerlo feliz?			
6. ¿Usted cree y siente que alguien, o el problema de alguien está controlando su vida?			

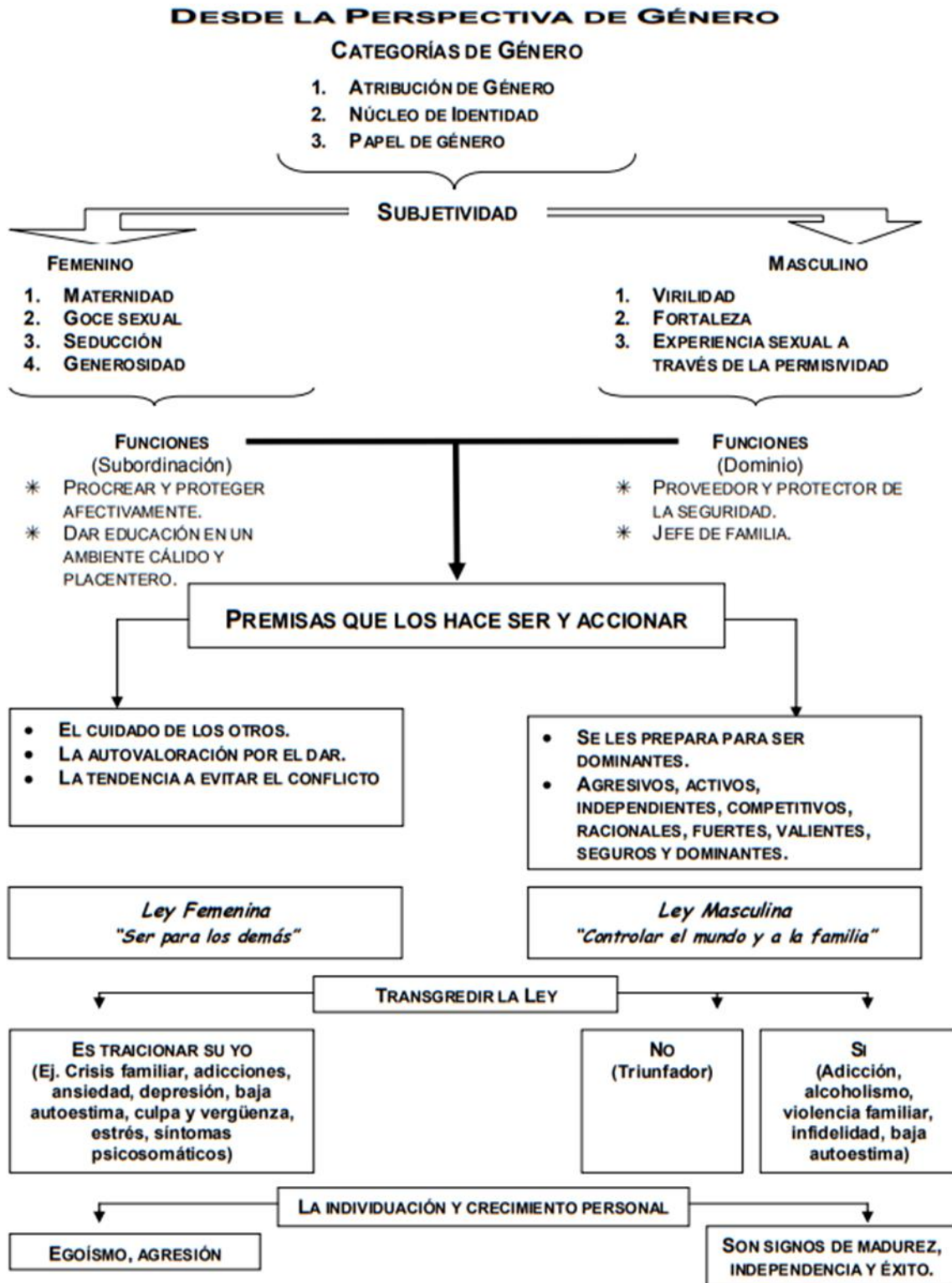
7. ¿Es el sentimiento de culpa quien determina sus prioridades? (Por ejemplo, hace usted lo que quiere hacer y piensa que es bueno para usted, o usted hace lo que piensa que debe hacer para minimizar la culpa y crear autoestima?)			
8. ¿Se siente usted culpable por lo que piensa y siente y lo niega?			
9. ¿Se preocupa usted por una persona hasta el punto donde pierde sueño y no puede relajarse y disfrutar de la vida?			
10. ¿Piensa usted acerca de otra persona y acerca de sus problemas más de tres veces por día?			
11. ¿Está usted tan preocupado por alguien que se ha deprimido y enfermado físicamente?			
12. ¿Está usted muy tan preocupado por alguien que está tomando sedantes, o está ingiriendo alcohol para poder manejar la ansiedad resultante?			
13. ¿Cree usted que no puede ser feliz hasta que otra persona - padre, hijo, amigo, amante o pareja - cambie su conducta? ¿Está usted esperando que otra persona cambie para poder ser usted feliz?			
14. ¿Usted abandona su rutina abruptamente y dejas de vivir su vida, porque está muy molesto con alguien?			
15. ¿Usted trata de controlar los eventos y a las personas, a través de retirar el afecto, producir sentimientos de culpa, amenazar, dar consejos no solicitados, ejercer manipulación, o dominación?			
16. ¿Se siente confundido, desamparado, algunas veces piensa que se volverá loco, a causa de la forma que se ha involucrado en la vida de otra persona?			
17. ¿Le permite usted a alguien que lo abuse física o emocionalmente?			
18. ¿Está usted abusando emocional y físicamente a alguien?			

19. ¿Se siente atacado y defensivo cuando otras personas hablan de usted?			
20. ¿Se siente que tiene que ponerse furioso y gritar para que lo oigan?			
21. ¿Busca usted la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones?			
22. ¿Trata de probar que usted es suficientemente bueno para otras personas, pero se olvida de preguntarse si esas personas son suficientemente buenas para usted?			
23. ¿Se siente usted atrapado en las relaciones?			
24. ¿Culpa a otras personas de las circunstancias de su vida?			
25. ¿Usualmente usted no dice lo que siente?			
26. ¿Usted pide lo que necesita de manera indirecta o muchas veces no habla de eso?			
27. ¿Miente para proteger y cubrir a las personas que quiere?			
28. ¿Está tolerando conductas que usted ha dicho que nunca toleraría?			
29. ¿Lo ha herido alguien tan profundamente que usted ha perdido su fe espiritual?			
30. ¿Alguien lo ha herido tan profundamente que ha estado usted pensando en hacer, y haciendo cosas para castigar y vengarse de esa persona?			
31. ¿Está la ira de alguien controlando sus acciones? Por ejemplo, que inviertes mucho tiempo y energía pensando y escogiendo la conducta que será la que menos provocará la ira de esa persona?			
32. ¿Tienes sexo con alguien aunque no lo quieras tener?			
33. ¿Tiene usted dificultades para relajarse y divertirse?			

34. ¿Se siente estancado, atrapado y desesperanzado, pero te dices a ti mismo que tu problema no es tan serio como para necesitar ayuda?			
35. ¿Ha hecho el problema de otra persona que usted se separe y se aislé de las cosas y las personas que usted disfruta?			
36. ¿Ha pensado en el suicidio o ha deseado la muerte como un escape a una relación intolerable?			
Alvarado, (s.f.). Auto Diagnóstico para la Codependencia. [En línea]. Página web http://www.adicciones.org/diagnostico/formularios/dx-codependencia.html			Puntaje total:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS (Uso exclusivo del terapeuta)

1 – 5	ADELANTE: Capaz de defender sus derechos, necesidades y desenvolverse de manera satisfactoria en sus relaciones interpersonales, su participación en el grupo puede ayudar al consumidor de drogas y a su familia.
6 – 10	CUIDADO: En algunos aspectos, si los reconoce y los acepta, podrá mejorar en muchas cosas.
11 – 25	PRECAUCIÓN: Sería de utilidad obtener información acerca de la coadicción, así como trabajar en un grupo las conductas coadictivas.
Más de 26	ALARMA: Existen problemas relativos a la coadicción. Es recomendable la ayuda profesional, Es necesario informarse acerca de la coadicción y la adicción.



REPERCUSIONES DE ESTILOS PARENTALES

Padres	Hijos e Hijas
Democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos. • Buena actitud y rendimiento escolar. • Buena salud mental. • Escasos problemas de conducta.
Permisivos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos. • Poco malestar psicológico. • Problemas de conducta y abuso en el consumo de drogas.
Autoritarios	<ul style="list-style-type: none"> • Obedientes y orientados al trabajo. • A veces hostiles y rebeldes. • Poca confianza en ellos mismos. • Problemas depresivos.
Indiferentes	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas escolares. • Problemas de ajustes psicológicos. • Problemas de conducta y abuso en el consumo de drogas.

Nota: Síntesis de las investigaciones de (Lamborn et.al. 1991; Darling & Steinberg, 1993). Tomado de Nuñez Cubero, L. como se citó en Gervilla, 2003).

LOS DERECHOS DE LA PERSONA ASERTIVA

1. Algunas veces, tienes derecho a ser el primero.
2. Tienes derecho a cometer errores. Los errores forman parte de la vida, son necesarios para el aprendizaje. No te avergüences por ellos y defiende tu derecho a cometerlos.
3. Tienes derecho a tener tus propias opiniones y creencias. Tener una opinión distinta a la mayoritaria no implica estar equivocado, ¡quizá justo lo opuesto!
4. Tienes derecho a cambiar de idea, opinión, o actuación. Cambiar de opinión no es una traición a ti mismo, es evolucionar, aprender, ser flexible.
5. Tienes derecho a expresar críticas y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
6. Tienes derecho a intentar cambiar lo que no te satisface. No te digas a ti mismo que no lo has intentado.
7. Tienes derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
8. Tienes derecho a sentir y expresar el dolor. Todos sentimos dolor, y tienes derecho a expresarlo ante aquellas personas que son importantes para ti si lo necesitas.
9. Tienes derecho a ignorar los consejos de los demás. Cuando alguien te da un consejo es precisamente eso, no una orden de actuación.
10. Tienes derecho a recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho. Esto se aplica a los demás, pero sobre todo a ti mismo. Reconoce tus méritos.
11. Tienes derecho a negarte a una petición, a decir "no" sin sentirte culpable o egoísta. Decir "no" no te hace desleal o egoísta.
12. Tienes derecho a estar sólo, aun cuando los demás deseen tu compañía.
13. Tienes derecho a no justificarte ante los demás. En ocasiones con un "No, gracias" es suficiente. No tienes por qué dar excusas y menos si no son sinceras.
14. Tienes derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás.
15. Tienes derecho a no anticiparte a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
16. Tienes derecho a ser tratado con dignidad. Cuando sientes que no eres tratado con la dignidad y el respeto que mereces, tienes derecho a protestar por ello.
17. Tienes derecho a tener tus propias necesidades y que sean tan importantes como las de los demás.

18. Tienes derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos, así como a ser su único juez.
19. Tienes derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
20. Tienes derecho a pedir lo que quieres y la aceptar un no por respuesta.
21. Tienes derecho a hacer menos de lo que eres capaz de hacer. No siempre puedes rendir al máximo.
22. Tienes derecho a decidir qué hacer con tu cuerpo, tiempo, y propiedad.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: ___/___/___

Instrucciones:

Lea detenidamente y marque con una (X) solo una de las tres opciones de cada una de las preguntas que se le realiza. No deje ninguna sin responder.

Soy capaz de tratar de manera apropiada a un consumidor de sustancias psicoactivas.	Si	No	Tal vez
Comprendí que el rol de género se crea con el conjunto de normas que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.	Si	No	Tal vez
Modifique el estilo y prácticas parentales dentro de mi familia que influye en el consumo de sustancias.	Si	No	Tal vez
Soy capaz de reaccionar de una forma adecuada a determinadas situaciones que no se presentan habitualmente.	Si	No	Tal vez
Soy capaz de dirigirme de forma asertiva para expresarme con seguridad sin la necesidad de realizar conductas agresivas, pasivas o manipuladoras.	Si	No	Tal vez
Soy capaz de establecer límites que regulen las conductas y el comportamiento de mis hijos.	Si	No	Tal vez
Soy capaz de identificar conductas de manipulación por parte de mis hijos.	Si	No	Tal vez
Soy capaz de implementar estrategias de afrontamiento para las conductas de manipulación por parte de mis hijos.	Si	No	Tal vez
Entendí y lleve a cabo la práctica de los derechos de una persona asertiva.	Si	No	Tal vez
Identifico los estímulos que me pueden conducir a una recaída.	Si	No	Tal vez
Comprendo en su totalidad que es la coadicción y cómo influye en la adicción de mi hijo.	Si	No	Tal vez

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, S. (s.f.). *Adicciones*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019, de <http://www.adicciones.org>
- Beck, A. W. (1993). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. México: PAIDOS.
- Becoña, E. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos*. España: Socidrogalcohol.
- Bejos, M. (Junio de 1995). De la codependencia a la coadicción. (Liberaddictus, Entrevistador)
- Betancourt, D. A. (enero-junio de 2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41. Recuperado el 25 de Septiembre de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035006>
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. España : Teleservicios Editoriales.
- Bleger, J. (1969). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires : Paidos.
- Braidot, N. (2013). *Cómo funciona tu cerebro para dummies*. Para Dummies.
- Capano, a. u. (2013). *Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres*. uruguay. recuperado el 19 de septiembre de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545414007>
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapeúticos* (Segunda ed.). Mexico: Manual Moderno.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresion de una sana autoestima* (32 ed.). Desclée De Brouwer.
- CECAJ. (20 de 01 de 2017). *Guía de orientación para familiares de usuarios de sustancias adictivas*. Jalisco. Recuperado el 12 de Noviembre de 2019, de https://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/guiaparafamiliaresdeusuariosdesustanciasadictivas_capa.pdf
- Centro de Psicoterapia Cognitiva. (s.f). *Manual del Proyecto Familiares Coadictos*. México. Recuperado el 07 de Noviembre de 2019, de https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/4Semestre/terapia-cognitiva-para-el-abuso-de-sustancias/recursos/Manual%20Proy%20Fam.pdf
- Centros de Integracion Juvenil. (Marzo de 2010). *Bibliotecas CIJ*. Obtenido de <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manuallgfam.pdf>
- Comellas, J. (2003). *Criterios educativos básicos en la infancia*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2019, de <http://www.avpap.org/documentos/comellas.pdf>

- Cruz, S. L. (2019). *Lo que hay que saber sobre drogas*. Mexico: Centros de Integración Juvenil.
- Cuadrado, P. (Noviembre- Diciembre de 1998). originales y revisiones Viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcoholica. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 361-368. Recuperado el 20 de Marzo de 2019, de <https://slidex.tips/download/originales-y-revisiones-viejos-y-nuevos-tratamientos-en-la-dependencia-alcoholic>
- DSM-5. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Editorial medica Panamericana.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la Familia; un enfoque psicológico sistémico*. Mexico: Pax México.
- Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual* (Segunda ed.). España: Siglo veintiuno de España editores.
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Hottingen-Zürich. Recuperado el 02 de Octubre de 2019, de https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf
- Errasti, J. (1998). usos y abusos de la psicología de Eysenck. *Psicothema*, 10(3.), 517-533. Recuperado el 13 de Noviembre de 2019
- Escamilla, A. (2002). *Los mecanismos de enfrentamiento utilizados por mujeres y varones coadictos de un centro de atención a la farmacodependencia*. Mexico, D.F: UNAM.
- García, L. (Octubre-Diciembre de 2005). Conducta y conciencia. Origen histórico de dos alternativas contrapuestas en los comienzos de la. *Universitas Psychologica*, 4(3), 385-391. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740312>
- Gonzalez, A. (2013). *Cerebro y drogas*. México: manual moderno.
- Guevara, W. (2003). La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento. *Boletín Consejo Superior de Investigaciones CSI/UNMSM*(48), 13-15. Recuperado el 07 de Noviembre de 2019, de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin48/enpdf/a04.pdf>
- Gutiérrez, R. (Nov de 2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo-Sum*, 23(3), 219-228. Recuperado el 07 de Octubre de 2019, de <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/7364>
- Guzmán, D. (Mayo de 1995). La naturaleza de la codependencia Síndrome de Eco y la fractura de la autoestima. (S. E. Renau, Entrevistador)

- Huerta, F. (2012). *Psicoterapia individual, grupal y familiar del consumo de drogas*. Centros De Integracion Juvenil, A.C.
- Iglesias, L. (2016). *La ciencia cognitiva introducción y claves para su debate filosófico*. Universidad de Navarra .
- INEA. (2010). *Instituto nacional para la educación de los adultos*. Recuperado el 02 de Octubre de 2019, de <http://nuevoleon.inea.gob.mx/MEVyT/Disco1/cursos/vamosacon/contenido/revista/vc04r.htm>
- INMUJERES. (Agosto de 2007). *Gobierno de México*. Recuperado el 03 de Octubre de 2019, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Kriz, J. (2001). *Corrientes Fundamentales En Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *En Nueva Antropología*, 173-198. Recuperado el 07 de Noviembre de 2019, de <http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/investigacion/capacitaciones/genero/u1/5-marta-lamas-la-antropologia-feminista-y-la-categoria-de-genero.pdf>
- Lega, L. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo- conductual* (Segunda ed.). España: Siglo XXI de España editores.
- López, H. (2012). *Ilustracion de las familias enmexico: con base en la tipologia desarrollada por le Insituto de Investigaciones Sociales*. México.
- Lorenzo, P. (2003). *Drogodependencias* (2° ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- MadridSalud . (s.f.). *Madridsalud instituto de adicciones*. Recuperado el 11 de Enero de 2020, de <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/NormasyLimites.pdf>
- Mansilla, F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII(81), 9-19. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019663002>
- Martins, R. (2012). *Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicologica de jovenes brasileños de 14 a 19*. Barcelona: Universitat De Barcelona. Recuperado el 20 de Marzo de 2019, de <https://www.tdx.cat/handle/10803/300742>
- Martins, R. (Agosto de 2011). codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 139-150. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200005

- Méndez, M. (enero-junio de 2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 99-118. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697007>
- Mercado, A. (2016). *La familia Mexicana Contemporanea Procesos y Atores*. México: P Y V.
- Miltenberger, R. (2013). *Modificación de conducta : principios y procedimientos*. España: Ediciones Pirámide.
- Miranda, M. (Diciembre de 2012). Diferencia Entre la Perspectiva De Género y la Ideología De Género. *Díkaion*, 21(2), 337-356. Recuperado el 03 de Octubre de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/dika/v21n2/v21n2a02.pdf>
- Moradillo, F. (2002). *Adolescentes Drogas Y Valores (Segunda ed.)*. México: CCS.
- Moral, M. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150-167. Recuperado el 24 de Octubre de 2019, de https://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_2.pdf
- Muñoz, E.(septiembre de 2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*, 42(2), 259-272. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019
- NIDA. (2 de Julio de 2018). *National institute on Drug Abuse*. Obtenido de National institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>
- Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja. Diagnóstico y tratamiento*. México: Manual Moderno.
- Noriega, G. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25(2), 28-48. Recuperado el 17 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222506>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington, DC: Book Printing.
- Palacios, J. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas. *Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/28299175_Influencia_de_las_practic as_parentales_en_las_conductas_problema_en_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/28299175_Influencia_de_las_practic_as_parentales_en_las_conductas_problema_en_adolescentes)

- Perez, F. (2011). *Estudios sobre adicciones Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Burgos: Excma.
- Ramos, B. (18 de Abril de 2017). *Scribd*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2019, de <https://es.scribd.com/document/345493099/Concepto-de-Conductismo>
- Rangel, J. (2015). *Reconfiguraciones Familiares En le Mexico de hoy: Miradas criticas*. Mexico: MAPorra.
- Rodríguez, R. (2010). Juventud, familia y posmodernidad: (des)estructuración familiar en la sociedad contemporánea. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 39-55.
- Ruiz, A. D. (2012). *Manual de tecnicas de intervencion cognitivo conductuales*. desclée de brouwer.
- Serrano, A. (Junio de 2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2). Recuperado el 26 de Septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200006
- Stallard, P. (2017). *pensar bien–sentirse bien manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: desclée DE brouwer.
- Tirapu. J, L. N. (2004). *Cerebro y adicción. Una guía comprensiva*. Navarra: Departamento de Dalud.
- Vacca, R. (1999). Psicopatología de la co-adicción. *Facetas*, 4(4), 73-112.
- Valek, G. (1999). *Las Drogas*. México: CONACULTA.
- Vásquez, A. (2015). *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva*. Montevideo: UdelaR.
- Welti, C. (2015). *¡Que familia! La Familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de Familia*. Mexico: Universad Nacional Autonoma de Mexico.