



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE UNIVERSIDAD ABIERTA

“LA FAMILIA EN LA ADICCIÓN DEL ADOLESCENTE”

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :**

FABIOLA SOLÍS RUBIO GUTIÉRREZ

DIRECTORA:

MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

SINODALES:

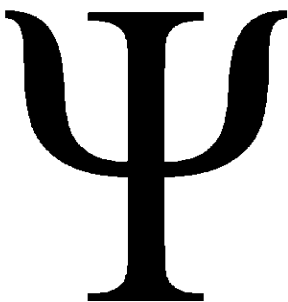
MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS.

MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ.

LIC. GABRIELA VILLARREAL VILLAFÑE.

LIC. MAGDALENA DÍAZ CASTRO.

CDMX, Noviembre 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICADO A:

LALO † y **MECHE †**, mis padres, por darme lo mejor de sus personas.

GABRIEL MC †, por todo su amor a sus hijos y a mí.

MERCEDES y **LALO**, ejemplo de resiliencia y apoyo mutuo.

GABRIEL MSR, me ha enseñado el significado de autosuficiencia.

GONZALO y **GUSTAVO**, a quienes he robado tiempo, motor de mi vida.

GABRIEL R, apoyo incondicional, paciencia y solidaridad.

La **UNAM** por brindarme cobijo, conocimiento y porvenir.

VÍCTOR MANUEL GAYTÁN HERRERA †, profesor y amigo incondicional.

LEO QUECHOLAC, paciencia y comprensión incondicional por todos estos años.

YOLANDA BERNAL, por dirigir entusiastamente este proyecto.

Por llegar a mi vida y mi corazón, su presencia hizo posible este sueño. Gracias.

RESUMEN

Este trabajo pretende examinar la función que tiene la familia en el desarrollo psicosocial del adolescente y su papel como factor de riesgo o protección mediante los estilos de crianza. En familia se encuentra la socialización, se forma la personalidad; una autoestima baja puede acercar al adolescente a buscar aceptación en grupos de pares destructivos sin pensar en riesgos, usar como paliativo el consumo de drogas, con consecuencias sociales, económicas, familiares, escolares, físicas, emocionales y mentales; un costo muy elevado (Guisa, 2005).

Mediante revisión documental exhaustiva se intenta ilustrar cómo los modelos parentales usados en familia, generan y reproducen los sistemas de pensamiento y de acción que perpetúan la construcción positiva o la desintegración de la personalidad. Los datos analizados sugieren plantear una alternativa de cambio social en la forma de visualizar el poder o jerarquía dentro de la familia, con la aplicación de nuevos modelos que lleven a la tolerancia, empatía y amor en la interacción de padres e hijos; es imperativo. Erradicar la violencia familiar es posiblemente una manera de combatir el problema de las adicciones, aunque no es suficiente ya que es multifactorial. Es necesario enfatizar todos los tipos de prevención, sin olvidar que la adolescencia es la etapa de la vida en que el ser humano está más vulnerable emocionalmente (Fernández, 2007).

Se propone un taller dirigido a padres para mejorar la comunicación y comprensión del adolescente, dado que el “Yo” está en formación es necesario fortalecerlo con una autoestima sana. “La prevención siempre tendrá un costo mucho menor en lo emocional y en lo económico que la atención; siempre es mejor saber que ignorar” (Velasco, 2008).

Palabras clave: Familia, autoestima, adicción, adolescente.

INDICE

	INTRODUCCIÓN	5
	CAPÍTULO I. LA FAMILIA	12
1	Antecedentes	12
2	Concepto de Familia	14
3	La Familia en el siglo XXI	17
4	Tipos de Familia	17
5	Conformación y funciones de la Familia	21
6	Estilos Parentales y sus consecuencias	25
7	La Familia del Adicto	30
8	Psicoterapia para el núcleo familiar	32
9	La Estructura familiar del farmacodependiente	33
10	La Dinámica familiar del farmacodependiente	36
11	Factores asociados al consumo de drogas en familia	41
12	Violencia y Adicción	44
13	Conclusión	49
	CAPÍTULO II. LA ADICCIÓN	51
1	Antecedentes	51
2	Conceptos Básicos	52
3	¿Qué son las drogas?	54
4	Breve Historia de las Adicciones	55
5	Drogas exóticas que dan placer	61
6	Consumo de Drogas	67
7	¿Cuáles son las drogas más usadas?	68
8	¿Qué situaciones conducen al consumo de drogas?	78
9	¿En qué lugares están disponibles las drogas?	79
10	Consecuencias sociales del Consumo de drogas	79
11	Factores de Riesgo y Factores de Protección	80
12	Prevención	84
13	Tratamiento del abuso y dependencia en adolescentes	86
14	Conclusiones	87
	CAPÍTULO III EL ADOLESCENTE	89
1	Antecedentes	89
2	La Adolescencia	90
3	El Desarrollo Normal	90
4	Desarrollo de la Personalidad	95
5	Desarrollo Cognoscitivo	96
6	Conclusiones	108
7	Epílogo	109
	CAPÍTULO IV PROPUESTA DE TALLER	111
1	Propósito del Taller	111
2	Sesiones 1 a 10	123
3	Cartas Descriptivas	146
4	Anexo "A" Pre test – Post test	154
5	Anexo "B" Guía de entrevista final	155
6	Anexo "C" Carta de Consentimiento informado	156
	BIBLIOGRAFÍA	157

INTRODUCCIÓN

“La adicción afectiva es una enfermedad curable
y lo más importante, puede prevenirse”.

Walter Riso (2014).

Las adicciones, las drogas y otros problemas conductuales se han convertido en las últimas décadas en un importante conflicto clínico y social debido al incremento de su prevalencia y a sus negativas consecuencias para la salud, la economía y la sociedad. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos, tal como lo reflejan estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando enfrentan graves consecuencias.

Sustancias que eran desconocidas para nuestra cultura se han ido introduciendo en las últimas décadas, como ha ocurrido con la heroína en los años 70, la cocaína en los 80, un gran incremento en las drogas de síntesis y el cannabis en los años 90. Por el contrario, debido a que conocemos sus efectos negativos se aprecia un descenso del consumo de las drogas legales como el alcohol y el tabaco (Velasco, 2008).

El incremento del consumo de drogas ha llevado en paralelo a un incremento del número de problemas en los individuos y en sus familias a nivel laboral, económico, social, judicial, de salud, etc. Ello ha exigido poner en práctica medidas preventivas, de tratamiento y de reincorporación social (Becoña, 2016).

Entendemos por droga “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de este” (Kramer y Cameron en Becoña, 2016) y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”. Como dice Schuckit: “toda droga de abuso causa intoxicación, todas inducen dependencia psicológica (sentimiento desagradable sin la droga) y son

auto administradas por un individuo para cambiar su nivel de conciencia o para incrementar su bienestar psicológico” (Citado en Becoña, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la adicción es una enfermedad física y emocional; crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, caracterizada por un conjunto de signos en los que se involucran factores genéticos, psicológicos y sociales; es el estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga natural o sintética caracterizado por:

- Episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.
- El deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- La tendencia a incrementar la dosis.
- La dependencia física y generalmente psíquica con síndrome de abstinencia por su retirada.
- Los efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

En las primeras etapas del contacto con la droga, esta genera un consumo de tipo impulsivo que avanza a compulsivo a medida que la adicción se consolida dado que se activan regiones del cerebro como el circuito de recompensa. Aunado a los efectos reforzadores de las sustancias adictivas, se identifican diferentes condiciones como los trastornos del estado de ánimo o de personalidad y crisis de ansiedad, ante los cuales la adicción funciona como estrategia adaptativa (Fernández, 2016).

Desde una perspectiva de salud pública, las acciones implementadas en el campo de drogas deben partir de políticas y estrategias de atención que prueben su eficacia y sean sensibles a las condiciones sociales, económicas y culturales. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario la

prevención y la protección de la salud, mismas que deben estar apegadas a criterios éticos y con perspectiva de género. (Ibid).

En la actualidad, según datos proporcionados por la *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, cerca de 38.3 millones de mexicanos (48% de la población de entre 12 y 65 años) han fumado tabaco alguna vez en la vida. La edad promedio de inicio en los adolescentes es de 14.1 años. Cerca de 17.3 millones de personas refirieron ser fumadoras activas.

En cuanto al alcohol, la prevalencia fue de 51.4% de quienes consumieron el último año y de 31.6% durante el último mes (25.1 millones). Los bebedores consuetudinarios ocuparon un 5.4% y los bebedores con dependencia ascendió a 6.2%. La OMS en el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2011 refiere que México se encuentra entre los países con mayor tasa de consumo de alcohol (ENA 2011).

Por lo que respecta a las drogas ilícitas, la marihuana y la cocaína son las sustancias de mayor consumo. El uso de marihuana alguna vez en la vida fue de 6% y el de cocaína de 3.3%. No obstante, el uso de otras drogas ilícitas se mantiene bajo en general (Fernández, 2016).

Los Resultados Principales de la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017 (ENCODAT 2016-2017)* dan a conocer las prevalencias globales y principales variaciones estatales en México.

En lo referente a la Población Adolescente de 12 a 17 años informa:

- La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7% y mujeres 18.2%).
- El 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y el 1.2% en el último mes.

- 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9% en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y 1.2% lo han hecho en el último mes (1.7% hombres, 0.7% mujeres).
- El 5.3% ha consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez, en el último año 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% inhalables; en el último mes, 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.
- La prevalencia alguna vez de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%; en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011, 1.2% en 2016).
- La marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%).
- La cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011 (ENCODAT 2016-2017).

Conclusiones de la ENCODAT 2016-2017.

- Los datos muestran un incremento en el consumo de marihuana tanto en hombres como en mujeres. El consumo de cocaína se mantuvo estable en la prevalencia alguna vez y en el último año.
- Con relación a 2011, el consumo en adolescentes incrementó tanto en hombres como en mujeres, particularmente el de marihuana; en tanto que el consumo de cocaína e inhalables permaneció estable.
- Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas. Dados los aumentos en el consumo de sustancias con respecto a años anteriores, resulta urgente ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones.
- Otro elemento de interés es desarrollar mayores esfuerzos, tales como ofrecer servicios con perspectiva de género, para facilitar que los usuarios con dependencia a las drogas asistan a tratamientos especializados, ya que sólo uno de cada cinco recibe este tipo de ayuda. (Ibid).

Una familia sana provee el apoyo emocional y promueve el desenvolvimiento social de sus miembros, a quienes proporciona incondicionalmente los elementos materiales y morales necesarios favoreciendo el bienestar personal de cada uno hacia la integración de una personalidad sana.

La tarea de los padres no es fácil, no siempre obtienen el éxito esperado por ellos mismos y por la sociedad en la crianza; sintiéndose tristes, desilusionados con el corazón roto y buscando a quién culpar cuando sus hijos se inician en el consumo de drogas (Hernández, 2011).

Dentro un contexto donde “las drogas están a la vuelta de la esquina, dentro de los centros escolares y en los hogares, guiar a los padres es una tarea prioritaria. (Fernández, 2005).

Una familia desunida, “disfuncional” que carezca de información del problema de la adicción, sus causas y consecuencias puede actuar en la forma inadecuada ante este fenómeno. La capacidad de las familias para cumplir tan grandes responsabilidades puede aumentar con información adecuada.

El presente trabajo enfoca como objetivo impartir un taller que proporcione a los padres algunos elementos básicos de apoyo para actuar con mejores herramientas de crianza y hacer frente de manera más efectiva al consumo de drogas, un grave peligro actual porque roba lo mejor que tenemos: a nuestros hijos, sus sueños e ilusiones; este es un esfuerzo orientado a romper hábitos y generar una comunicación familiar más comprensiva (Hernández, 2011).

Como método éste trabajo utiliza una revisión documental exhaustiva de los textos de diversos autores en la materia, como la “Teoría de la motivación” de Maslow citado por Papalia (1997), “El modelo estructural de la familia” de Minuchín (1985) o “Disciplina inteligente” de Vidal Schmill (2007), además de tomar como base el libro del Doctor Roberto Tapia Conyer (2001): “Las adicciones: dimensión, impacto

y perspectiva”, la revista “Salud mental” textos de autores como Medina Mora y Villatoro (1984).

El capítulo I “La Familia” conceptualiza los diversos tipos de la célula social según autores como Nardone (2005), Eguiluz (2003), Bowlby (1979) y Minuchín (1985), así mismo aborda el tema de los estilos parentales desde la perspectiva de Baumrind (1971) y Feldman citado en Muñoz (2012) que dan formación y sustento a la personalidad del niño y adolescente enfatizando cómo impactan en su autoestima; se toca el tema de la violencia familiar relacionada directamente con el problema de la adicción como hace patente Fernández (2014). Posiblemente el tomar conciencia de los estilos parentales utilizados en familia nos permita saber y corregir errores para formar adolescentes felices como supone Satir (1991): los padres son los arquitectos de la familia.

El capítulo II “La Adicción” recorre una historia breve del uso de sustancias con base principalmente a lo escrito por Tapia-Conyer (2001), sus conceptos generales, qué son las drogas, cuáles los tipos más conocidos y algunas de sus consecuencias como en los textos recopilados por Fernández (2014). Los libros del Centro de Integración Juvenil hacen hincapié en la Prevención como medida en contra del problema. Conocer los hechos que preceden y originan los fenómenos culturales trascendentes es importante ya que nos develan influyentes factores condicionantes que crean una atmósfera social propicia para el consumo como plantea Wishnia (2004).

Una pregunta que todo padre de familia y otras personas se hacen es: ¿Por qué los muchachos usan drogas? si bien las respuestas no son absolutas, autores como Becoña (2016) y Guisa (2005) pretenden localizar las posibles causas para intentar controlarlas o evitarlas. Necesariamente se derivan otros temas como los factores de riesgo (García, 2011) y los efectos en el cerebro (Fernández, 2016. León, 2016. Wishnia, 2004). Destaca la necesidad de una verdadera comunicación de los padres entre sí y con los hijos, porque cuando ésta se produce de manera positiva, se convierte en una barrera contra conductas indeseables (Bowlby, 1979).

La adolescencia es la transición de niño a joven implica una serie de cambios drásticos para los que ni él ni sus padres están preparados. El adolescente encuentra difícil adaptarse a su nuevo aspecto físico y al mismo tiempo, debe encontrar un lugar propio en su entorno familiar y social con su nueva identidad en pleno proceso de evolución. Entre los padres también hay un gran desconocimiento sobre su papel frente a un hijo que ya no es un niño (Guisa, 2005; Papalia, 1997).

Esta etapa del desarrollo demanda un trato y una comprensión diferentes que deben adecuarse a la situación; tensiones e inquietudes que complican la convivencia, sobre todo si los padres no tienen elementos para evaluar si esos cambios por los que atraviesan sus hijos son temporales propios de la edad (Baldiz, 2005). Hay, además, momentos y condiciones que predisponen al niño y al adolescente a desarrollar una adicción como podrían ser la depresión, la pobreza y la violencia familiar (Fernández, 2007; Guisa, 2005; Melgoza, 2002). Estos temas se abordan en el capítulo III "Adolescencia".

En la parte final del trabajo, se hace la propuesta de un taller que apoye a los padres para que actúen de acuerdo a los conocimientos adquiridos. Su participación en los programas preventivos de este fenómeno mundial tan preocupante es absolutamente necesaria. Se cierra con conclusiones generales.

Palabras clave: Familia, autoestima, adicción, adolescente.

CAPÍTULO I. LA FAMILIA

"Ceder a un vicio cuesta más que mantener una familia".

Honoré de Balzac (1842)

1. ANTECEDENTES

En la actualidad la familia se enfrenta a retos grandes como el creciente narcotráfico, el uso de drogas ilegales que ya se ha convertido en un problema de salud y la seguridad pública.

Este es un fenómeno dinámico y multifacético, ya que cada vez hay nuevas drogas con efectos desconocidos y más adictivos; los factores de riesgo y los motivos para iniciar el consumo son diversos, aunado que la edad de inicio es cada vez menor (García, 2008).

Por lo general, los padres y los educadores desconocen cuáles son los factores de riesgo que facilitan las adicciones, probablemente no tienen los conocimientos cuando alguno de sus hijos o educandos ha iniciado el consumo de drogas, no saben cómo apoyarlos para la recuperación y lo más importante: no saben cómo prevenir el uso y la adicción. Un propósito es reconocer el valor de la familia, fortalecerla con la educación en la prevención del uso de drogas ilícitas (Ibid).

El análisis de los fenómenos psicodinámicos que ocurren en los grupos pequeños ha dado lugar al entendimiento y comprensión del núcleo original primario en que se desenvuelve el hombre: la familia; lo que permite manejar técnicas más efectivas que traten, prevengan e investiguen los problemas emocionales.

La familia es considerada como célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior. Conecta al adolescente con el mundo.

La familia puede ser en sí, un elemento de salud o causa de un problema, por lo cual se le puede utilizar como instrumento de cura en un ambiente terapéutico. A

través de dos mecanismos principales regula su funcionamiento: a) El Control homeostático y b) La comunicación (Estrada, 2014).

- a) El Control Homeostático es un sistema de fuerzas organizadas entre sí que le confiere estructura, coloca a cada uno de sus miembros en una posición especial respecto a los otros. Probablemente por esto un miembro es seleccionado para actuar cierto papel con determinada función, comúnmente es el adolescente.
- b) La comunicación es considerada con papel preponderante en la salud o enfermedad del individuo. Una familia formula su propio código comunicativo que cada miembro debe seguir fielmente para ser aceptado plenamente, so pena de rechazo. En todos sus niveles: verbal, activa o ausente en apariencia, siempre tendrá un efecto generalizado en todos retroalimentado al emisor. Quizás también es de gran importancia en la producción de procesos psicóticos donde los mensajes confusos, indirectos, de doble mensaje, dobles vínculos se convierten en formas de entender la vida y de ser aclarados o confrontados pueden producir una ruptura con las fuentes de amor y seguridad que representan los miembros de la familia (Ibid).

Todos los conflictos necesariamente son interdependientes e Inter penetrantes, un individuo necesita a su familia y cada familia necesita a todos y cada uno de sus miembros.

La importancia del clima familiar afectivo según Moss y Moss (1981) del cual participan los niños y los adolescentes tiene un gran impacto en las actitudes, sentimientos y conducta de nuestros hijos. Es trascendental en todas las esferas de desarrollo personal, social e intelectual, en la salud y bienestar, brinda sensación de pertenencia y aceptación (Capo, 2011).

Según Ashery, Robertson y Kumbfer (1999) la existencia de lazos afectivos fuertes entre los miembros de la familia es muy importante para la estabilidad emocional

de sus integrantes, ya que se sienten queridos y seguros, adquiriendo confianza para enfrentar las dificultades.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la relación padres e hijos es un importante predictor del consumo de drogas. De manera que cuando el clima familiar es de alta cohesión, en donde los padres promueven la aceptación y valoración con relaciones estrechas, los hijos tendrán menos riesgo de consumir drogas (Ibid).

Por otro lado, las cuantiosas investigaciones han puesto de manifiesto que un clima familiar negativo con baja cohesión, falta de afecto y apoyo emocional, falta de expresiones afectivas, frialdad, ausencia de conexión, falta de apoyo mutuo, ausencia de participación en las decisiones familiares; todo esto puede favorecer que el adolescente se implique en el consumo de drogas (Ibid)

Sanz y colaboradores (2006) constatan el efecto protector de las variables de funcionamiento familiar como la cohesión familiar sobre la probabilidad de consumir drogas por los hijos.

Bogg y Hugues (1973) sostienen que la cohesión familiar se correlaciona negativamente con el consumo de drogas, es decir, a menor cohesión familiar mayor consumo de drogas y viceversa. Pichardo y colaboradores (2002) dan como ejemplo los climas familiares caracterizados por el rechazo y el conflicto donde los padres son altamente críticos o muestran desaprobación hacia la conducta de sus hijos, con niveles de agresividad u hostilidad.

Diferentes teorías psicológicas relacionan el rol del clima familiar con el desarrollo personal y crecimiento del niño y adolescente (Capo, 2011).

2. CONCEPTO DE FAMILIA

Etimológicamente el término procede del latín *familia*, “grupo de siervos y esclavos propiedad del jefe”; y "*fámulas*, siervo o esclavo”. Posteriormente incluyó a la esposa e hijos del "*páter familias*", a quién legalmente pertenecían.

Este grupo ha tenido infinidad de cambios a lo largo de la historia y actualmente, incluso en las distintas sociedades prevalecen variadas maneras de organización. La familia se transforma permanentemente influida por los cambios sociales y viceversa (Eguiluz, 2003).

Blood (1972) y Adams (1975), explican que la familia es el sistema fundamental en donde tienen lugar las experiencias del niño y la definen como una unidad articulada de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente, que posee recursos para adaptarse a situaciones psicológicas, sociales y físicas por las que pasan.

Cano (2005) citado en Morales (2008) dice: Es entendida como una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, vinculados por unión sanguínea y/o social. En ella se construyen patrones de conducta, comportamiento, oportunidades, expectativas e incentivos. Cubre necesidades de protección y crianza.

Antropólogos y sociólogos han desarrollado teorías que suponen que en las sociedades primitivas existían dos o tres núcleos familiares, unidos por vínculos de parentesco; se desplazaban juntos parte del año, pero se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos además de cuidar de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar.

El concepto según la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1948) afirma que: La Familia es uno de los pilares de la sociedad; se basa en el Artículo 16.3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de diciembre de 1948 que establece que la Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Ibid).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) reconoce que la Familia es una unidad de vida, la “célula” biosocial la cual determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Familia son “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, grupo primario de pertenencia constituida inicialmente por la pareja y su descendencia” (Velasco, 2008).

En octubre del 2009, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define: “La familia es reconocida universalmente como unidad básica de la sociedad. A pesar de los muchos cambios que han alterado sus roles y funciones continúa dando el apoyo emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Además, es básica en producción y consumo, como tal, está en el núcleo del proceso económico. Sus necesidades deben estar estrechamente conectadas con los objetivos de desarrollo económico y social, como un estándar mínimo de progreso”

Según el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, 2012), “La Familia constituye un vehículo esencial para la transmisión de conocimientos, valores, actitudes y hábitos que son fundamentales para la supervivencia de cualquier cultura”. Tanto la Familia como la Escuela son componentes fundamentales de un “entorno de protección” que es la red de seguridad que salvaguarda a la infancia frente a cualquier peligro de maltrato y explotación. La UNICEF dedica su empeño a contribuir al bienestar de las familias (Papalia, 2012).

La Familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difiere de acuerdo con los parámetros culturales, pero posee raíces universales (Minuchin, 1979).

Considerando lo anterior, podemos construir nuestro propio concepto: La Familia es el grupo de personas que conviven bajo el mismo techo, comparten un proyecto vital, organizado en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), con vínculos consanguíneos o no, sentimientos de pertenencia, intimidad, afectividad,

reciprocidad, dependencia, un modo de existencia económico y social común. Generalmente inicia con dos adultos que concretan intensas relaciones en los planos psicológico, sexual y económico.

3. LA FAMILIA EN EL SIGLO XXI

La palabra “familia” se asocia tradicionalmente al grupo integrado por mamá, papá e hijos; sin embargo, en la actualidad se observan modalidades diversas. Al hablar de “las familias” se hace referencia a la enorme diversidad de arreglos y sistemas. Este concepto no implica que la “familia tradicional” no exista, sino que es necesario identificar otros tipos surgidos como respuesta adaptativa frente a las transformaciones económicas, sociales, políticas, culturales y demográficas que imperan en el siglo XXI, cambios que las hacen más complejas y multidimensionales.

Se ha ampliado el concepto a uniones no matrimoniales o consensuadas, sean en pareja hombre y mujer (heterosexual) o la formada por personas del mismo sexo (homosexuales), las llamadas sociedades de convivencia, así, los hijos de un matrimonio o sociedad de convivencia pueden llegar por la vía de la adopción o mediante técnicas de reproducción asistida (Velasco, 2008).

La familia se organiza cada vez más en función de la sociedad de consumo, influida por los medios electrónicos. El padre trabaja, la madre trabaja, los hijos pasan largo tiempo con los amigos y frente al televisor. Ahora, no solo siguen los valores y las normas de los padres; el ser aceptado por los amigos y adoptar los modelos difundidos en los medios, son dos fuentes importantes que intervienen en la formación y el desarrollo de los jóvenes (Eguiluz, 2003).

4. TIPOS DE FAMILIAS

a. Familia Nuclear

Uno de los dos modelos tradicionales, compuesto por el padre que funge como proveedor, la madre quien se encarga de cuidar a los niños así como de las tareas

de hogar y los hijos concebidos en común, dedicados a estudiar y desarrollarse; todos viven bajo el mismo techo (Eguiluz, 2003).

b. Familia Extensa

Incluye al resto de parientes y varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia. Esta es considerada el segundo tipo tradicional. Es decir, que al menos cohabitan tres generaciones.

c. Familia Mono parental

Compuestas por la madre o el padre y al menos un hijo; también se les conoce como uniparentales. Uno de los progenitores puede faltar, quedándose entonces el otro con los hijos. Se originan por muerte de uno de los cónyuges, migración, decisión de ser madre soltera, por separación, divorcio o abandono. Las redes de apoyo, ya sea la familia extensa, los vecinos, los amigos, los compañeros de trabajo, las guarderías y las instituciones, son un soporte importante, estas proporcionan seguridad para el bienestar y el desarrollo de los miembros (Ibid).

d. Familia con Jefatura Femenina

La mujer aporta el mayor o el único ingreso familiar, es la autoridad en la toma de decisiones. Los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos han modificado la organización familiar, generando mayor participación de la mujer en el trabajo productivo. Muchas familias mono parentales tienen jefatura femenina, aunque también existen varias familias nucleares con ésta organización.

Se origina por el mayor número de separaciones y divorcios; la decisión de ser madre soltera; mayor índice de viudez debido a la mayor esperanza de vida femenina; necesidad de apoyo a la economía familiar; desempleo masculino; migración; transformación de la familia y los roles de género entre otras razones.

El papel de la mujer como jefa de hogar impacta en las relaciones familiares: se presenta fragilidad y debilitamiento en los vínculos afectivos, conflictos en los roles, confusión, tensión y ansiedad. Estas fuentes de estrés derivadas del

cumplimiento de su responsabilidad de proveer el ingreso familiar y cumplir con la segunda jornada que corresponde a la casa: limpieza, preparación de alimentos y atención de los hijos pueden predisponer al consumo de alcohol y drogas (Fernández, 2007).

e. Familia Reconstituida

Resultantes de una segunda o de posteriores uniones, se establezca o no contrato matrimonial, también conocido como fenómeno de monogamia sucesiva.

Los dos integrantes pueden venir de otra relación, pueden o no vivir con los hijos nacidos del matrimonio anterior y con los hijos de esta nueva unión (Fernández, 2007).

Mayoritariamente los hombres establecen segundas uniones, aunque ahora ha incrementado cada vez más el porcentaje de mujeres (Satir, 1991). Socialmente está bien visto que los hombres formen nueva pareja, mientras que las mujeres generalmente tienen la custodia y es más difícil que un hombre las “acepte con sus hijos” (Ibid).

Una familia reconstituida requiere del esfuerzo de adaptación de los integrantes que podrían pasar por un proceso de reestructuración para la convivencia pudiendo generar enojo, culpa, rechazo, confusión, angustia o resentimiento (Ibid).

f. Familias Adoptivas

Son aquellas que han adoptado, comúnmente por algún problema de fertilidad, también existen parejas con hijos que deciden adoptar uno o más y otras que adoptan y luego tienen hijos biológicos.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es la institución que protege a los menores desamparados; tiene programas para integrarlos al seno de una familia (Fernández, 2007).

g. Familias Migrantes

La migración es un fenómeno social que va en aumento del campo a las ciudades, de una ciudad a otra, en un mismo país y de un país a otro. Toda la familia puede migrar o sólo uno de sus integrantes. La razón fundamental probablemente económica. Los hombres migran en mucha mayor proporción que las mujeres para subsanar la economía familiar.

La familia migrante se enfrenta a nuevas formas de vida, lenguaje, alimentación y contexto, una cultura diferente, vive una situación de minoría y marginación, realizando tareas de baja remuneración, añora su lugar de origen, su historia y tradiciones.

Cuando sólo migra el esposo, la familia se enfrenta a inseguridad, depende únicamente del dinero que envía, muchas mujeres se ven obligadas a trabajar en servicio doméstico, cumpliendo así con dobles jornadas (Fernández, 2007).

h. Matrimonios Internacionales

Se forman por la unión de personas de diferentes países, culturas y grupos étnicos llamados interculturales e inter étnicos. El encuentro entre dos culturas hace necesaria una serie de adaptaciones de costumbres, tradiciones, incluso del idioma y de la forma de pensar. Este tipo de matrimonios se asocia con el aumento de migración y con la revolución tecnológica, principalmente de internet, que permite establecer una relación a distancia con personas de cualquier parte del mundo (Fernández, 2007).

i. Parejas Homosexuales

Formada por personas del mismo sexo que deben afrontar los prejuicios acerca de la homosexualidad. Es preciso vencer las críticas y el estigma social, además de otros muchos obstáculos y cumplir con una gran cantidad de requisitos si quieren adoptar un hijo, o bien cuando alguno de ellos tiene un hijo y vive en el hogar (Satir, 1991).

j. Familias Mixtas

Combinación de los diferentes tipos de familias, representa oportunidades para la convivencia en un marco de tolerancia, respeto y aceptación de las diversidades. Por ejemplo hermanos que viven solos; parejas sin hijos; hijos con padre o madre y un tío, un abuelo que vive con la pareja y con nietos; un pariente de otra ciudad o país que habita con la familia; etcétera (Fernández, 2007).

5. CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las familias constituyen en sí mismas un contexto sociocultural, a través del cual los niños conocen muchos de los elementos característicos de su cultura. Gracias a esta primera formación adquieren creencias, normas, roles y reglas de convivencia que les permitirán integrarse como miembros de la sociedad. Como grupo social, la familia está compuesta por subgrupos como el de esposa-esposo, el de padre-madre, el de madre-hijo (a), el de padre-hijo (a), hermanos; cada subgrupo o subsistema practica distintos estilos de relación y soporte afectivo (Minuchín, 1985).

Sus diversas funciones ayudan a todos a llegar al desarrollo: de cuidado, alimentación, afecto, aceptación, soporte, construcción y confirmación de la identidad, autoestima, socialización, etcétera con la articulación de normas y valores imperantes en la sociedad. El cumplimiento de estas funciones y la forma de desempeñarlas varía entre las culturas y las familias. La cohesión y la fortaleza de los vínculos, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, son distintos en cada familia (Satir, 1991).

Existe una serie de interacciones que al repetirse establece pautas determinadas de relación. En algunas familias la dinámica hace que se cubran las funciones con poca calidad o que no se cumplan, lo que afecta el desarrollo de sus integrantes. Una de las funciones principales para construir las concepciones que una persona hace de sí misma es la de nutrición afectiva. El ambiente familiar en el que nacen y se educan los niños afecta significativamente sus creencias, valores, expectativas, roles, comportamientos y relaciones a lo largo de su vida. A partir de

los vínculos se aprenden los roles correspondientes a cada integrante quien cumple una función (Capo, 2011).

Es fundamental la conducta de apego ya que asegura la proximidad y la protección de los padres a los hijos durante el tiempo asegurando el desarrollo y su integración sociocultural, en este proceso, también influye de manera considerable la escuela, pues desde los primeros años escolares, los educadores sientan bases académicas, personales y emocionales. La alteración de las funciones afectivas obstaculiza la nutrición emocional; es decir, la necesidad básica que tenemos todos y más específicamente los hijos de sentirse queridos y valorados en lugar de rechazados por los padres (Ibid).

Cada etapa requiere de adaptaciones en determinados periodos del ciclo familiar y ante cambios sociales, las funciones se van transformando. Entre los cambios que han requerido reorganización destacan la incorporación de la mujer al sector laboral, el creciente desempleo y las jornadas de trabajo prolongadas, pero necesarias para la economía que obligan a ajustes que no siempre se logran con flexibilidad, porque chocan con patrones culturales muy arraigados (Ibid).

Los adolescentes pasan periodos más largos sin sus padres porque cumplen largas jornadas de trabajo o porque tienen ideas erróneas en cuanto dar mayores libertades o buscar que sean más independientes sin que hayan establecido antes reglas claras y les hayan asignado más responsabilidades. (Satir, 1991).

Si bien es cierto, que la calidad afectiva no depende de la cantidad de tiempo dedicado a los hijos, sino de la naturaleza del vínculo que se establezca con ellos, también es cierto que es necesario explicar claramente las funciones familiares que requieren los hijos para su buen desarrollo.

El hecho de que los adolescentes no cuenten con normas claras, aunado a su necesidad de seguridad afectiva, hace que el grupo de pares se convierta en su refugio más seguro. En las familias de jóvenes adictos se ha observado que las funciones de normatividad y de nutrición afectiva son deficientes y que dan por

resultado falta de seguridad, baja autoestima y búsqueda de aceptación en grupos que le dan aceptación. (Fernández, 2004).

a. Conyugalidad

Se refiere exclusivamente a la relación de pareja, surge en el momento en que dos personas se unen con el propósito de formar una familia. Cada uno tiene valores y expectativas de acuerdo con la experiencia que vivió con sus padres por lo que patrones culturales y relacionales se repiten. Para cada integrante la pertenencia al vínculo de pareja es la confirmación de la construcción de sí mismo. Al llegar los hijos, este espacio conyugal debe ser compartido con el espacio de parentalidad. (Satir, 1991).

b. Parentalidad

Define las relaciones de una pareja en su función de padres incluyen la crianza, educación y socialización de los hijos a través del vínculo, transmitiendo normas establecidas, conductas aceptadas y las desalentadas así como, quién ejerce la autoridad, toma de decisiones; que se modificarán en medida que van creciendo. Actualmente se presentan más estilos de crianza que combinan la colaboración del padre junto con las instituciones, aun cuando la madre sigue siendo la principal responsable (Satir, 1991).

c. La Pareja; Arquitectos de la Familia

Virginia Satir (1991) considera que el amor, incluyendo el sexual, es la emoción más gratificante y satisfactoria que puede sentir el ser humano. Sin dar ni recibir amor, el alma y el espíritu del hombre se secarían y morirían. Pero no puede cumplir con todas las exigencias de la vida; también son fundamentales la inteligencia, la información, la conciencia y la competencia.

La autoestima tiene mucho que ver con lo que calificamos como una experiencia amorosa. Cuanto más elevada sea la autoestima, menos dependencia de la opinión ajena afectará el valor para sabernos valiosos. Por el contrario, si la concepción del Yo es baja, existe mayor tendencia a depender de las afirmaciones

constantes que originan ideas equivocadas. Amar de verdad significa. "No te pondré condiciones ni las aceptaré de ti" (Virginia Satir, 1991, página 155).

Los padres son los arquitectos del Yo sexual de sus hijos. La familiaridad ejerce un fuerte impulso, todo lo que observamos día a día influye. Pocos niños crecen con modelos sexuales sanos y satisfactorios. Lo que vieron que ocurría entre sus padres, quizás no se aproxime mucho al ideal. La mayoría de las personas elige lo conocido, aun cuando sea incómodo, suele buscar uniones semejantes a los matrimonios de sus progenitores, un patrón familiar. Lo mismo sucede al tomar decisiones.

La pareja inteligente tratará de arquitectos de la familia, su ejemplo tendrá una influencia sin par en los hijos (Ibid).

d. Fraternalidad

Las relaciones entre hermanos no han sido tan profundamente estudiadas como las de padres e hijos; sin embargo, los lazos entre ellos son una fuente importante de identidad, los hermanos constituyen el primer grupo de iguales, se apoyan, divierten, pelean, aprenden a negociar, cooperar, competir, socializar, ya que se entrecruzan modelos que influyen en la construcción y el desarrollo de la vida psíquica (Satir, 1991).

e. Constructora de Valores

La familia es fundamento de la sociedad y de la civilización; no obstante, hay quién sostiene que es fuente de gran parte de problemas e infelicidad.

La clase media se constituyó como ideal de familia con una forma de vida y sus ideales: la condición laboral del padre, la madre en el hogar y atención de los hijos, situación además sustentada por la religión.

Sin embargo, este modelo ha ido cambiando dadas las condiciones que impiden a las familias subsistir con los mismos valores que van adaptándose al cambio (Ibid).

f. Expresión de Afectos y Emociones

En familia se establece la comunicación y expresión de afectos y emociones. La comunicación saludable familiar es el contacto físico: abrazos, besos, toques con cariño, tomar la mano o el brazo, un paseo. Importante es la valoración, expresada en los comportamientos cotidianos, si no es proporcionada, por quienes son significativamente importantes, el individuo podrá experimentar reacciones psicológicas negativas, como soledad y sensación de aislamiento. Vinculado a esto, los desórdenes esquizofrénicos se relacionan con la comunicación disfuncional (Ibid).

6. ESTILOS PARENTALES Y SUS CONSECUENCIAS

Los padres juegan un papel activo en el desarrollo cognoscitivo y socioemocional de sus hijos. La función paterna principal es fomentar la socialización; mientras que la materna es generar cuidados, alimentación y estabilidad emocional.

Los diferentes estilos de crianza son comportamientos o actitudes de padres hacia hijos, traen consecuencias negativas o positivas durante toda la vida. La crianza paterna es fundamental para el desarrollo humano y establecimiento de normas (Ibid).

Existen diferentes categorizaciones de estilos de crianza, dependiendo del autor revisado, tenemos que:

Diane Papalia y Sally Wendkos (1997) acuñan tres tipos:

- **Estilo Autoritario.** Los padres valoran sobre todo la obediencia y el control. Tratan que los niños se adapten a un estándar de conducta y los castigan con dureza si no lo hacen. Son indiferentes y menos afectuosos que otros padres. Los hijos tienden a ser inconformes, a ser retraídos e insatisfechos.
- **Estilo Permisivo.** Son padres que valoran la autorregulación y la autoexpresión. Hacen pocas exigencias, dejando que sean los niños

quienes controlen sus propias actividades tanto como sea posible. Consultan con sus hijos las decisiones y rara vez los castigan. No son controladores, son relativamente afectuosos. Los hijos en edad preescolar tienden a ser inmaduros, con menor capacidad de autocontrol y menor interés en explorar.

- **Estilo Democrático.** Los padres respetan la individualidad del niño, aunque hacen énfasis en los valores sociales. Dirigen las actividades de un modo racional. Respetan los intereses, las opiniones y la personalidad de sus hijos, aunque también los guían. Son cariñosos y respetan sus decisiones independientes, aunque se muestran firmes para mantener las normas e imponen castigos limitados. Explican los motivos de sus opiniones o de las normas, favorecen el intercambio de opiniones. Los hijos se sienten seguros porque saben que sus padres los quieren y porque saben lo que se espera de ellos; en edad preescolar, tienden a confiar más en sí mismos y a controlarse, manifiestan interés por explorar y se muestran satisfechos (Papalia, 1997).

Para Feldman (2007) la llegada de un niño altera virtualmente cada aspecto de la vida de familia de manera positiva y algunas veces, negativa. Los estilos parentales se configuran a partir de cuatro aspectos distintos: afecto en la relación, el grado de control, el grado de madurez y la comunicación. Estas dimensiones y su combinación procuran experiencias educativas diversas que los niños viven en su familia y que naturalmente influirán en su desarrollo. En estas relaciones familiares el niño aprende y pone en juego habilidades, como el entusiasmo, el autocontrol, el reconocimiento de los propios sentimientos y el de los demás.

Cataloga los estilos parentales en:

- **Autoritativo.** Se caracteriza porque a pesar de que ejerce control sobre los hijos, les da confianza de expresarse y tomar parte en el proceso de implantar leyes o pautas en el hogar. La comunicación cobra un valor muy

importante. Da al niño la oportunidad de sentir que es parte del núcleo familiar, a la vez que se le enseña a seguir reglas dentro del grupo, que le ayudarán a integrarse en la sociedad.

Genera: alta autoestima, seguridad en sí mismo, liderazgo, asertividad, expresividad.

- **Autoritario.** Se caracteriza por ser muy estricto e inflexible, no toma en cuenta la participación del hijo en la toma de decisiones, impone reglas muy rigurosas y castigos severos. Los padres disciplinan, pero sin señalar el porqué, sólo dicen: “porque lo digo yo y punto”.

Genera: Timidez, Inseguridad, dependencia, frustración y rebeldía.

- **Permisivo.** Los progenitores demuestran cariño, pero no exigen que cumplan con pautas como llegar a casa a determinada hora, acostarse temprano, no imponen castigos a conductas negativas. Demandan cumplimiento de reglas de manera inconstante.

Genera: Abuso de sustancias, Baja autoestima, desinterés, ansiedad.

- **Indiferente.** Los padres no muestran preocupación por el bienestar de sus hijos, simplemente no les interesa si son buenos padres. Priorizan otras áreas de sus vidas como la laboral, social, de pareja, no dedican tiempo a sus hijos. Los padres trabajan todo el día fuera de casa, dejan a sus niños en la escuela y cuidados extendidos, llegan a casa extenuados.

Genera: Baja autoestima, sentimientos de soledad, depresión, bajo rendimiento académico, comportamientos agresivos (Feldman, 2007).

Feldman (2007) también indica que el estilo autoritativo es el que puede lograr mejores resultados en el proceso de crianza, ya que brinda un mayor autocontrol, competencia social, mejor rendimiento académico y mayor autoestima.

Diana Baumrind (1978) psicóloga clínica y evolutiva cuyo trabajo sobre estilos de crianza es innovador, incluso décadas después de que publicó sus estudios en

1966, 1967 y 1971 sobre los efectos que estos tienen. En su estudio, "ChildCarePracticesAntecedingThreePatternsofPreschoolBehavior" observó tres grupos de niños en edad preescolar. Identificó tres estilos educativos parentales, mediante los cuales los padres controlan la conducta de sus hijos: a) estilo Autoritario; b) Permisivo; y c) Autoritativo. Los preescolares desconfiados e infelices tenían padres controladores y poco afectuosos. Los preescolares autosuficientes y felices tenían padres exigentes pero comunicativos. Los inmaduros y dependientes tenían padres cálidos que no fijaban límites. Sobre esta base, Baumrind desarrolló el estilo de crianza autoritario, democrático y permisivo. El estilo de crianza autoritario es el que producirá probablemente niños más felices y mejor adaptados.

- **Autoritario.** Los padres autoritarios son rígidos y controladores, exigen mucho y no ofrecen calidez ni responden a las necesidades del niño. Él tiene que hacer lo que se le dice. Si el pequeño pregunta, por qué, la respuesta es: "porque yo lo digo". Los padres autoritarios se basan en la disciplina firme y el niño tiene muy poco control sobre su vida. El efecto es inseguridad y dificultad para completar las tareas. Estos niños pueden ser difíciles, retraerse socialmente y no formar relaciones de confianza. Baumrind afirma que los hijos adolescentes de padres autoritarios son propensos a tener dificultades en la escuela, carecen de iniciativa y podrían ser hostiles hacia sus compañeros.
- **Democrático.** El padre democrático establece altas expectativas razonables, pero es sensible a las necesidades de su hijo. Es flexible, escucha y da consejos, anima a ser independiente, firme, respetuoso con los demás, se basan en la razón y no la fuerza, explican las reglas. Estos niños son creativos, autosuficientes, tienen una alta autoestima, populares entre sus compañeros y menos dispuestos a acatar reglas.

Baumrind consideró que los hijos de padres democráticos son probablemente quienes obtienen resultados más positivos de los tres estilos. Lo que el estilo *autoritario* tiene en común con el *democrático* es que ambos son ricos en el establecimiento de límites y en sus expectativas de comportamiento maduro.

Lo que difiere entre ellos, es su disciplina, comunicación y calidez; los padres autoritarios son contundentes no cálidos, pero los democráticos son razonables y cálidos.

- **Permisivo.** Los padres ofrecen mucha calidez, pero no fijan límites. Dejan que sus hijos hagan lo que les plazca, y estos niños pueden crecer sin la comprensión de que la sociedad les va a imponer límites a su conducta, crecen frustrados intentando funcionar dentro de las expectativas de la sociedad. El efecto de los padres permisivos, afirma Baumrind, es que estos niños pueden ser impulsivos, carecer de autocontrol y podrían no moldear sus deseos a las expectativas de los demás, lo que hace que sea difícil adaptarse a la vida adulta (Baumrind, 1978).

Otro autor, acuñó cinco estilos de crianza, Giorgio Nardone (2005), que junto a Emanuela Giannotti y Rocchi, mencionan lo siguiente:

- **Hiperprotector.** Consiste en ponerse en lugar de los hijos, considerados frágiles, o creación de la profecía auto cumplidora.
- **Democrático-Permisivo.** Padres e hijos son amigos, o la falta de autoridad.
- **Sacrificante.** Los padres se sacrifican constantemente por dar el máximo a los hijos y viceversa, o el sacrificio te hace bueno.
- **Intermitente.** Los miembros de la familia oscilan de un modelo al otro, o de todas formas estás equivocado.
- **Delegante.** Los padres delegan a los demás su papel de guía, o no cuentas conmigo.
- **Autoritario.** Los padres ejercen el poder de forma decidida y rígida, o el más fuerte es el que manda. (Nardone, 2005).

7. LA FAMILIA DEL ADICTO

La importancia de la familia y sus relaciones conflictivas como generadora de psicopatología ha sido reconocida desde Freud; sin embargo hasta hace pocas décadas se ha retomado este concepto, como parte de un método para el tratamiento de enfermedades mentales.

La intervención terapéutica de la familia como un todo se desarrolló a consecuencia de observaciones clínicas como la experiencia de profesionales que trabajaban con pacientes psicóticos y esquizofrénicos, a pesar de que éstos mostraban mejoras con el tratamiento, con mucha frecuencia recaían cuando regresaban a su medio familiar. Otra experiencia similar, común en las clínicas de orientación y tratamiento de la conducta, es que cuando el paciente mostraba cambios positivos en su desarrollo personal, a menudo sus padres interferían e incluso lo retiraban del tratamiento. Una última observación fue que cada uno de los miembros de la familia tenía una versión completamente diferente acerca de los eventos y de las relaciones familiares en que participaba (Minuchín, 1985).

En tanto que el comportamiento del esquizofrénico mantiene unida a la familia dando un problema para concentrarse y evitar la discordia o separación de los padres, el uso de drogas puede dar como resultado un proceso de adaptación que puede llegar hasta la etapa adulta.

Gradualmente estos hallazgos se enlazan para dar como resultado el interés en investigar la relación triádica del adicto con sus padres, que es explicada por Jay Halley en 1974 como “El triángulo perverso” o coalición intergeneracional, que causa tensión en el sistema y que toma importancia para el tratamiento de éstas familias; es aproximadamente en los 70, que los programas de tratamiento contra las drogas en E.U. empezaron a aplicar técnicas familiares (Capo, 2011).

En estudios posteriores, cobra importancia a la figura paterna, quién juega un papel importante en la aparición del uso de drogas, enfatizan el rol del padre por una serie de características, sin hacer referencia a su interacción dentro del núcleo familiar. Por ejemplo, se encontró que los padres de los adictos a la heroína eran vagos, pesimistas, débiles y con una pobre historia de trabajo; un modelo destructivo para el niño. En otros casos faltó la figura paterna durante un periodo

significativo. Ampliando esta información, Johnson en 1960, realizó uno de los primeros estudios relevantes en relación con la farmacodependencia y la familia de delincuentes adolescentes, en sus conclusiones señala que el tratamiento usualmente no tiene éxito y que puede estar contraindicado si los padres no se involucran, o si el adolescente no puede ser separado de la familia durante algún tiempo (Ibid).

En años recientes se ha reconocido cada vez más la importancia de la familia en la génesis, persistencia y disminución de los problemas relacionados con las drogas; se ha llegado a comprender que estos problemas se desarrollan desde un contexto familiar y que la mayoría de los adictos no son individuos aislados sin vínculos primarios. En otras palabras, los problemas que surgen en la vida de los adictos pueden vincularse habitualmente con las fuerzas y relaciones interpersonales que los rodean. Si bien, también puedan resultar críticos otros factores (ambientales, fisiológicos, económicos, condicionantes y genéticos), las variables familiares han llegado a una posición prominente en la sintomatología adictiva. Dado que la familia es la estructura organizativa de mediación e integración de experiencias internas y externas, en ella se empieza a construir una serie de significados que influyen sobre la manera como el sujeto interpreta la realidad, por lo que constituye un medio de estudio para entender muchos de los comportamientos de sus miembros (Ibid).

La salud psicológica de un individuo se determina en gran medida por las condiciones de la realidad social que lo rodean, siendo la familia el círculo en el que se da el mayor número de relaciones afectivas y el principal contexto de aprendizaje, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar (Minuchín, 1985).

En resumen, se ha establecido una alta correlación entre el consumo de sustancias psicoactivas e insatisfacción de los jóvenes frente a las relaciones familiares; por lo que al parecer, la calidad de relación del adolescente con sus padres es el factor de protección más eficaz contra el consumo de drogas (Capo, 2011).

8. PSICOTERAPIA PARA EL NÚCLEO FAMILIAR

La Psicoterapia se comprende “como el conjunto de procedimientos psicológicos sistematizados que tienen como fin la solución de problemas, para las personas que no han podido resolverlos por sí mismas”. Se refiere a procedimientos planeados acorde con el tipo de problemas a solucionar, desarrollados por diversas escuelas que hayan comprobado su efectividad en la práctica (Minuchín, 1985).

La psicoterapia familiar es una técnica terapéutica, que cada día es más utilizada como respuesta a diversos problemas psicosociales. En lo referente al tratamiento de farmacodependientes, durante los últimos años se ha evidenciado un creciente interés en el papel de la familia en la génesis y mantenimiento del consumo de drogas, así como en su tratamiento. El propósito del tratamiento con la familia es obtener su apoyo para el farmacodependiente, así como sensibilizarlos en cuanto a su responsabilidad con el síntoma y con el propio paciente (Ibid).

El tratamiento familiar se define como una terapia o consulta de los miembros de una familia en la que un líder (terapeuta o consejero) los ayuda a resolver sus problemas y a lograr formas más positivas y constructivas para relacionarse entre sí. La composición del grupo de personas que asisten a una sesión puede variar de acuerdo con la elección, experiencia o “escuela” del terapeuta, también se puede modificar de una sesión a otra.

Una de las razones principales para la inclusión de la familia en el tratamiento de farmacodependientes, la encontramos en que esta puede actuar sabotando los esfuerzos terapéuticos que comienzan a dar resultado eliminando al síntoma (Capo, 2011).

9. LA ESTRUCTURA FAMILIAR DEL FARMACODEPENDIENTE

Nos referimos a las demandas funcionales que organizan el modo en que interactúan los miembros de la familia farmacodependiente de acuerdo a Minuchin en 1985.

a. Roles

La teoría sistémica da por hecho que todos los individuos desempeñan un papel que marca el modo como funcionan con relación a los otros y en como irrumpe finalmente el síntoma. Los miembros pueden realizar actividades necesarias para satisfacer las funciones de la familia, pero el cumplimiento de algunas de ellas se asigna a un miembro en particular; constituyéndose así; el rol tradicional de madre, padre, esposo o esposa, hermano o hermana, hijo, etcétera. Cada rol, está determinado por factores culturales, sociales, económicos y de la historia psicológica familiar (Minuchín, 1985).

Además de los roles tradicionales, existen otros que cumplen un propósito dinámico y dan a cada miembro importancia funcional y particular para preservar el equilibrio:

- El “bueno”: no expresa sentimientos negativos sobre otro y tiende a complacer cualquier expectativa manifiesta de la familia.
- El “malo”: actúa o se expresa generalmente de forma negativa y nunca complace las expectativas de los demás; éste rol se le adjudica frecuentemente al paciente identificado.
- El “provocador”: estimula el surgimiento de sentimientos negativos en los demás, puede jugarlo de manera alterna el propio paciente y otro miembro.
- El “enfermo”: Generalmente habla y se comporta como el más débil, a menudo obtiene ganancias secundarias importantes.
- La “víctima”: sirve como receptor de los sentimientos agresivos generados; los absorbe y así mantiene la unidad familiar. En el

alcoholismo, el cónyuge no alcohólico, obtiene importantes ganancias frente a los hijos, al asumir éste rol. Como cualquier otro rol, puede asignarse a diferentes miembros en distintos momentos (Steinglass, 1987).

En las familias farmacodependientes, podemos decir que el adicto frecuentemente adquiere el rol de “*enfermo*” para llamar la atención de los padres y convertir la farmacodependencia en un síntoma.

Stanton (2006) considera que se haya *per se* el síntoma conductual que funciona como mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares, que mantiene el equilibrio dinámico y que puede ayudar a etiquetar a un miembro como desvalido, incompetente e incapaz de dejar el hogar, un problema que podría unificar y mantener intacta a la familia, tal como una catástrofe liga a quienes la sufren (Estrada, 2014).

b. Reglas

Los límites son definidos por reglas familiares. En una familia adicta, las reglas mantienen la homeóstasis hacia un detrimento del crecimiento personal de los individuos.

Frecuentemente estas reglas llegan a ser irreales, provocando que los miembros sean perfeccionistas en el sentido de controlar su medio ambiente. Algunas, promueven la deshonestidad o la manipulación para evitar algún castigo o rechazo, lo que causa sentimientos de culpa o vergüenza, por lo que los miembros comparten cada vez menos sus sentimientos, aislándose.

Higgins, citado por Capo (2011) comenta que estas familias son sistemas rígidos con reglas inflexibles donde se niegan los problemas y se inculca a los niños pensamientos como “no hables”, “no sientas”, “no confíes”, “no hagas amigos”, “el mundo es inseguro” y sin retroalimentación positiva del exterior, los individuos son incapaces de conseguir o pedir ayuda u obtener información que contradiga estos pensamientos.

c. Límites

El concepto de límites propuesto por Minuchin (1988), los define como aquellas reglas que determinan quién está afuera y quién dentro del sistema. Los límites pueden ser rígidos o flexibles, dan lugar a coaliciones y triangulaciones entre los miembros.

En adición a esto, en los sistemas adictos, frecuentemente existen violaciones dentro de los límites individuales entre padres e hijos; lo anterior incluye situaciones donde los padres comparten confidencias con sus hijos o peor aún, se relacionan de manera incestuosa (Velasco, 1988).

Es necesario respetar los límites que distinguen a la familia nuclear, de los sistemas más amplios de la familia extensa o grupo social, para proteger la privacidad del sistema conyugal o subsistemas, para su mejor funcionamiento, estas fronteras imaginarias establecen los roles particulares entre individuos así como reglas que diferencian obligaciones y derechos de unos y otros (Minuchín, 1988).

Existe evidencia de que la mayoría de los adictos, pese a sus intentos de independencia, mantienen estrechos vínculos con sus familias, aunque no vivan con sus padres, por ejemplo, pueden residir en la vecindad.

En tratamiento de estos casos, la técnica de la creación de límites, se utiliza para lograr que los padres formen un frente unido fortalecido.

En la terapia familiar, podemos encontrar que los límites, están mal fundamentados; la familia prototípica adicta ejemplifica la disfunción como una situación en que los límites que rodean al subsistema de padres-filial es excesivamente permeable: el adicto y uno de sus padres están demasiado apegados. En general, en las familias con adultos adictos y adolescentes adictos, el límite entre el subsistema parental y el subsistema filial tiende a ser disfuncional excesivamente permisible, uno o ambos padres suelen respaldar la conducta adictiva del joven.

Stanton (2006) enfatiza la interacción tríadica, pues uno de los progenitores se halla fuertemente ligado al adicto, en tanto que el otro se muestra más punitivo,

distante o ausente. Por lo general, el progenitor más implicado es del sexo contrario al del adicto.

10. LA DINÁMICA FAMILIAR DEL FARMACODEPENDIENTE

Las familias de adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas; sin embargo, se han encontrado ciertos rasgos específicos como:

- Mayor frecuencia de dependencia química generacional al alcohol, además de una propensión a otro tipo de conductas adictivas.
- Los adictos tienden más a la creación de fuertes relaciones externas y a refugiarse en ellas, aunque sea por un breve periodo, después de un conflicto familiar.
- Con frecuencia, hay violencia física entre los cónyuges y hacia los hijos.
- Frecuentemente estas familias revelan un alto grado de conducta infantil.
- Hay más expresión primitiva y directa del conflicto, con alianzas muy explícitas, por oposición a las encubiertas, por ejemplo, entre el adicto y el progenitor sobre implicado.
- El adicto puede tener un grupo de pares o una subcultura a la que se retira brevemente, luego de un conflicto familiar, es decir, la ilusión de independencia es mayor.
- Existe una preponderancia de temas de muertes o muertes prematuras, inesperadas o intempestivas dentro de la familia.
- Los padres muestran un grado de cohesión variable, pero fracasan en su adaptabilidad, es decir, en la capacidad de cambiar su estructura de poder, sus roles, relaciones y reglas en respuesta a las crisis del ciclo vital familiar y a las situaciones de estrés provenientes del medio social circundante.
- Se trata de parejas con liderazgo ineficaz que oscila entre el caos y la rigidez autoritaria. La dificultad mayor no se halla en el eje de cohesión o ligazón afectiva sino en la adaptabilidad, o sea, la capacidad para el cambio.

- Los miembros de la diada marital se encuentran afectivamente muy distantes, pero se cohesionan una vez conocido el problema del hijo, lo que explica que en esta dimensión (cohesión), la disfunción sea menor.
- Los sistemas familiares con hijo dependiente se encuentran sometidos a presiones internas producto de la crisis de adolescencia y a presiones externas del medio social. Generalmente, los farmacodependientes provienen de una familia con problemas de abuso de drogas, Johnson y Szurek (en CIJ Aproximaciones), han encontrado que frecuentemente los padres disculpan la conducta farmacodependiente de sus hijos. Probablemente otros de los integrantes son también usuarios y en muchos casos, el padre es alcohólico (Velasco, 1988).

En conclusión, la influencia de los padres sobre el uso de sustancias psicoactivas en sus hijos adolescentes es debido posiblemente al consumo por parte de ellos si lo hay, en su actitud hacia las drogas y en aspectos de su relación padre-hijo, todo lo cual podría predecir la iniciación en el uso de las distintas sustancias.

En una investigación realizada por Centros de Integración Juvenil, (1998), con familias en las que alguno de sus miembros usaba drogas ilícitas, se observó lo siguiente:

1. A la familia le resulta difícil advertir las situaciones en que el adicto no lo es y en consecuencia, todo lo que dice o hace es tamizado a través de este tema.
2. Le es difícil mirarlo como una persona que presenta esa conducta únicamente en determinadas circunstancias y en determinados momentos.
3. Para muchos padres la adicción de su hijo es el único problema que justifica el tratamiento, aunque por lo regular existan otros problemas invisibles porque focalizan todos sus problemas en el usuario; por último, tenemos que el abuso del alcohol y otras drogas de uso médico, son negadas de manera frecuente en estas familias (Ibid).

Con respecto a los sentimientos negativos imperantes en este tipo de familias, Washton (1995), comenta que se encuentran presentes los siguientes sentimientos:

- **MIEDO:** Miedo al adicto, así mismo y a la familia en su totalidad. a que les haga daño, perjudique a otros o conduzca la ruina económica. Miedo que el paciente se recupere y que la interrupción de la conducta adictiva empeore la situación.
- **CULPA:** Los familiares se sienten personalmente responsables de la adicción y creen que si hubiesen actuado de manera distinta, el problema habría mejorado. Muchos desean secretamente que su hijo muera y así terminar con el problema. Naturalmente, se sienten culpables de estos deseos inaceptables.
- **VERGÜENZA:** La familia se siente estigmatizada y avergonzada por la presencia del adicto lo que exagera la negación y alimenta la pretensión de que las cosas “están bien”.
- **PENA:** Hay un sentimiento de tristeza cuando los padres notan que no tienen un hijo “normal”. De manera similar, los cónyuges de los adictos sienten que han perdido la oportunidad de lograr un matrimonio “normal”. Este sentimiento deriva en ver que la persona que en otro tiempo conocieron y amaron es ahora muy diferente y desagradable, tal vez para siempre.
- **IRA:** Existe mucha ira dirigida hacia el adicto: sentimientos de vergüenza, o rabia porque les manipula o abusa de ellos. Cuando los familiares no comprenden la adicción, tienden a verla como “auto elegida” creyendo que el adicto ha elegido hacerle eso a la familia (Velasco, 1988).

Washton (1995), sugiere que, si todos estos sentimientos no son identificados y compensados en el tratamiento, pueden influir negativamente tanto en la recuperación del adicto, como en la de su familia saboteando el tratamiento; dado que los sentimientos no elaborados impiden la comunicación, crean una atmósfera

de tensión, hostilidad, resentimiento y miedo. Así mismo, establece que existe una gran variedad de patrones conductuales familiares que pueden ser perjudiciales, como:

- a) Minimización, racionalización, negación o explicación del problema y sus consecuencias.
- b) Intentar controlar el suministro o consumo de drogas: hacer tratos con el adicto, utilizar ultimátum, hacerle amenazas inútiles, sobornarlo, etc.
- c) Proteger al adicto de las consecuencias negativas de la adicción, dando excusas, encubriéndolo o resolviendo los problemas derivados de su adicción.
- d) Asumir sus responsabilidades como realizar pagos, tareas domésticas.
- e) Ayudar al adicto a obtener drogas.

Lo anterior prioriza la inclusión de la familia en psicoterapia y no sólo centrarse en un paciente, para no seccionar los elementos que actúan en el conflicto.

Al respecto, Davis (1974, CIJ Experiencias), agrega que los profesionales que han estudiado el uso compulsivo de drogas en las familias, han aceptado casi en forma universal, el hecho de que la ingestión de drogas por parte de un miembro de la familia, generalmente es tolerado por los demás familiares, más aún, puede ser fomentado abierta o clandestinamente. Además, puede ser que el patrón de ingestión de drogas no solo sea apoyado y mantenido por el sistema, sino que la familia presione saboteando aquellos esfuerzos que empiecen a tener éxito en la reducción o abstinencia del consumo (Ibid).

Para Stanton (2006), la drogadicción es un proceso cíclico, que involucra tres o más individuos, generalmente los padres y el adicto; formando un sistema único, interdependiente e interpersonal. En momentos el equilibrio del sistema es amenazado, con una discordia entre los padres de una separación inminente. Cuando esto ocurre, el adicto activa su conducta y crea una situación dramática, concentra la atención sobre él.

Esta conducta puede cobrar diversas formas: el adicto tiene un ataque de furia, llega a casa drogado, comete un delito, cae en una sobredosis, etcétera, este acto permite a los padres, pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental, yendo de una relación diádica inestable (los dos padres) a una relación triádica más estable (padres y adicto), Al concentrarse en los problemas del adicto, los padres toman un rumbo aparentemente más seguro, que encarar conflictos conyugales de larga duración; una vez eludida la crisis, el adicto adopta una actitud menos provocativa y comienza a comportarse (Ibid)..

Stanton (2006) sugiere que cuando el adicto se muestra competente para funcionar independiente de la familia (consiguiendo un empleo, casándose, desintoxicándose, etc.) los padres deben encarar conflictos previamente irresueltos. En este punto las tensiones conyugales crecen y surge la amenaza de separación. El adicto luego se comporta de modo autodestructivo y el ciclo de la tríada disfuncional continúa. Así, la conducta del adicto cumple una importante función protectora al contribuir a conservar el equilibrio homeostático (Steinglass, 1987).

Referente a esta homeostasis, las familias de adictos tienen una gran resistencia al cambio, tan fuerte, que los miembros se niegan a buscar ayuda. Así, se concibe la farmacodependencia como un síntoma de una disfunción en la estructura del sistema, lo cual obliga a pensar en el significado que el uso de drogas tiene para la familia, es decir, dentro del sistema existe una organización disfuncional que lo mantiene.

De acuerdo con Compeá, citado en Capo (2011) es común que también uno o más miembros de la familia tengan problemas de consumo de drogas. Es frecuente que los farmacodependientes tengan algún aliado, ya sea el padre o la madre.

11. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN FAMILIA

En las familias farmacodependientes se ha encontrado una serie de características comunes en sus formas de relación, sus patrones de género y las construcciones explicativas de su situación. Entre estas destacan:

- ⊗ Baja percepción de riesgo en el consumo de tabaco, alcohol, drogas de uso médico y otras sustancias.
- ⊗ Repetición, en por lo menos tres generaciones, de consumo de alcohol, roles de género y depresión de alguno de los miembros.
- ⊗ Hijos inmiscuidos en los conflictos de los padres.
- ⊗ Violencia familiar y/o abuso sexual en la infancia.
- ⊗ Trastornos asociados presentes en otros miembros de la familia.
- ⊗ Redes de apoyo extra familiares débiles.

Generalmente, la familia tiene mucha tensión, conflictos, ansiedad y estrés. El uso de sustancias no es el único problema por el que atraviesan (Capo, 2011).

En las familias de consumidores se pueden observar varias clases de estrés interconectadas creando una compleja situación familiar, en que cada integrante siente la dificultad de salir por sí mismo de la forma de relación acostumbrada. Cada uno tiene una vivencia distinta vinculada al problema relacional, la lealtad familiar y el valor social. Al considerar las múltiples cargas emocionales acompañadas, Minuchín (1985) llamó a dichas familias “*multiestresadas*”.

La falta de apoyo, un inapropiado ejercicio de la tutoría y la autoridad, las limitaciones económicas, sociales, educativas, culturales crean una, disminución en la capacidad de los jóvenes para adecuar su conducta a la vida social y escolar, afectando la motivación, expectativas y aspiraciones de desarrollo personal y social. En el medio escolar, lo que les impide desarrollar un sentido de pertenencia y reconocer la importancia del estudio (Capo, 2011).

Comunicación y Rituales Familiares

El mejor funcionamiento de una familia posiblemente es debido a que su comunicación tanto verbal como no verbal es más clara y directa. Una familia perturbada se comunica en forma indirecta y generalmente de manera no verbal, para encubrir los sentimientos. Este tipo de comunicación no solamente refleja la disfuncionalidad y la patología familiar, sino que contribuye a agravarla o mantenerla.

De acuerdo con Velasco (1988), el patrón de comunicación prevalente incluye la detección de dobles mensajes (doble vínculo) dentro de éstos se distingue la expresión de afecto y la comunicación que establecen la relación jerárquica entre los miembros.

En la familia del farmacodependiente se producen muchas alteraciones en el campo de la comunicación, sobre todo, incongruencias entre lo comunicado y lo meta comunicado, terreno en que el adicto juega un papel importante, pues es él quien queda mal (Capo, 2011).

Se ha encontrado entre las familias de adolescentes no farmacodependientes, se dan en mayor proporción, las buenas relaciones entre los padres, junto con un nivel más alto de comunicación; mientras que en las familias de adolescentes farmacodependientes predominan las relaciones conflictivas entre los padres. La comunicación tiende a ser limitada a temas específicos o de poca importancia. El adolescente farmacodependiente establece una comunicación superficial e incluso nula con sus padres, en tanto que el adolescente no farmacodependiente posee un buen nivel de relación y comunicación.

Con frecuencia, se observa un *secreto familiar*, algo de lo que nadie quiere hablar, y sin embargo, todos los miembros de la familia están enterados y todos lo conocen (Capo, 2011).

Kreston y Bepko citados por Capo (2011), afirman que las mentiras crean secretos que alimentan las negaciones a través del silencio. Así tenemos que el silencio se

convierte en una profunda manifestación de negación de la realidad, que resulta de la supresión de toda forma de comunicación directa de los sentimientos de cada individuo de la familia.

La culpa entre los miembros, es la comunicación habitual en familias que favorecen el consumo de drogas. Los mensajes; tienden a ser ambiguos y doble vinculados; en otras palabras, se refiere a un mensaje que lleva implícita una contradicción, colocando al receptor en una paradoja, al no poder resolverla, le genera culpa y desconcierto. Por ejemplo, un padre que dice a su hijo: “Deseo que estudies lo que tú quieras, pero siempre soñé con tener un hijo abogado” (Capo, 2011).

Los rituales se refieren al hecho de contar con celebraciones, tradiciones y rutinas. Las familias disfuncionales, generalmente poseen una fractura ritual o desorganización en sus actividades; lo cual sugiere que la estabilidad y coherencia de los rituales clave, puede proporcionar importante información sobre la coherencia social y emocional del grupo.

En las familias adictas se presenta una grave ruptura ritual en horarios establecidos, rutinas, actividades de recreación, celebraciones familiares, religiosas y sociales, etcétera porque no son consideradas adecuadamente; se dan desorganizadamente o de manera impredecible. Por ejemplo, una familia para la cual la cena no ofrece muchas oportunidades para el contacto, los miembros se sirven solos la comida en la cocina y ven televisión en la sala. El respeto a los rituales básicos de una familia es fundamental, porque a través de ellos se proporciona a la persona un sentido de pertenencia dentro de la familia, se genera un intercambio de experiencias, vivencias y soporte emocional, a la vez que promueve y alianza la compañía mutua de los miembros (Steinglass, 1987).

12. VIOLENCIA Y ADICCIÓN

Existen dificultades para reconocerla violencia, dado que se presenta en diferentes formas, muchas veces pasa inadvertida y justificada, sin ver que es la causante de graves problemas (Fernández, 2007).

La OMS (2003) define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea como amenaza o físicamente, contra uno mismo, contra otra persona, contra un grupo o comunidad, que probablemente provoca lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”. Es una conducta que se aprende y construye; es intencional, recurrente, con tendencia a incrementar si no se detiene a tiempo.

Cabe mencionar: “La diferencia entre maltrato y agresión radica en su objetivo; mientras la agresión se define por la lesión que produce, el maltrato se describe con las palabras sometimiento, humillación, dominio, esclavitud” (Ibid).

La violencia no es un hecho natural, se aprende a través de la cultura, de las instituciones, de la influencia familiar, escolar, comunitaria, de los medios de difusión, donde se producen y reproducen relaciones violentas. Es un problema que se presenta en todo el mundo y en todos los contextos no sólo en sectores marginados también en profesionales o con estudios y cierta capacidad económica. Puede manifestarse de forma explícita con un golpe o una descalificación, pero también de manera implícita, la cual no es evidente. (Ibid).

En la familia se transmite de generación en generación, se refuerza permanentemente con la repetición regular de conductas y se “normaliza” en la medida en que se acepta y forma parte de lo cotidiano.

De acuerdo con la OMS (2003), la violencia se divide en tres categorías generales según las características de quienes la ejercen:

- **Violencia auto infligida (autoagresión).** Una persona la ejerce sobre sí misma, con comportamiento suicida y autolesiones.
- **Violencia interpersonal.**
 - Se da en familia y pareja, casi siempre sucede en el hogar, contempla el maltrato a menores y a personas mayores.

- Comunitaria: Se produce entre las personas sin parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.
- **Violencia colectiva.** Violencia social, que se refiere a actos delictivos contra grupos u organizaciones, acciones terroristas, guerra y otros conflictos, con ataques a grupos con fines de lucro (Ibid).

a. Factores asociados

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos (Fernández, 2007).

La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, ambientales, comunitarios, sociales y culturales. Comprender la forma en que estos están vinculados es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenirla. Entre los factores que intervienen en el fenómeno se encuentran:

Individuales. Comprenden los factores biológicos, psicológicos y la historia de vida, el uso o abuso de drogas legales e ilegales y los antecedentes de comportamiento.

Relacionales. Se trata de las relaciones más cercanas del individuo con grupos de pares, amigos, pareja, miembros de la familia, etcétera. La conducta agresiva representa mayores probabilidades de involucración en actos violentos y consumo de drogas o alcohol cuando los amigos promueven y aprueban ese comportamiento.

Ambientales y comunitarios. Como en la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, se asocian con el hecho de ser víctimas o agresores.

Culturales y sociales. Los factores culturales se refieren al proceso de socialización en el que se transmiten las normas y los valores esto se logra por medio de la educación que se recibe principalmente en la familia y en la escuela.

Las normas culturales refuerzan posiblemente en ocasiones la masculinidad asociada a la agresión, la autoridad y el poder, son factores que propician la violencia.

Entre los factores sociales se encuentran la pobreza, el hacinamiento, el desempleo, el bajo nivel de escolaridad y el gran número de hijos, lo que propicia un alto nivel de estrés (Ibid).

b. Violencia Familiar

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Salud (1999), la Violencia familiar se define como “El acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” (Ibid).

Los actos de violencia son cíclicos y recurrentes. La intención es dominar, someter y controlar. Se dice que el agresor tiene falta de control de impulsos, inseguridad, inmadurez, necesidad de reconocimiento y afecto e incapacidad de resolver los conflictos asertivamente, la violencia se agrava cuando el agresor consume alcohol y drogas.

La Violencia familiar ha estado presente en la sociedad desde siempre, al tenerla como un problema privado no se toma en cuenta alguna intervención desde afuera; no se habla de ésta, cualquier conflicto se debe arreglar dentro del hogar y se considera una situación cotidiana (Ibid).

Según la Encuesta del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2003), en uno de cada tres hogares del área metropolitana de la Ciudad de México se registra algún acto violento.

De acuerdo con la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, se define violencia familiar como: “aquél acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o

fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño”.

Es frecuente que se presente una cadena de actos violentos a través del ciclo vital familiar que genera fracasos escolares, alcoholismo y drogadicción, entre otros (Satir, 1991).

c. Abandono, Negligencia u Omisión

Es la omisión de cuidados o el desamparo injustificado hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones de protección y que ponen en peligro la salud física y emocional del individuo; tal es el caso del abandono de los hijos y la pareja en la alimentación, la salud, el afecto, etcétera.

Más vulnerables a este tipo de maltrato son los niños, jóvenes, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con enfermedades físicas o mentales, en desventaja física, económica o cultural (Satir, 1991).

La violencia familiar y las adicciones son dos problemas que suelen ir de la mano. Muchos niños y jóvenes se encuentran en situaciones de violencia familiar, la aprenden, viven y reproducen; presencian disputas conyugales, agresiones físicas, son objeto de actos violentos, además el problema de la adicción está asociado a otros trastornos que se presentan en distintos miembros. Por ejemplo; La relación de un padre alcohólico y un adolescente consumidor está plenamente estudiada. La depresión materna se ve frecuentemente relacionada con la adicción. El embarazo adolescente, la bulimia, la anorexia y el abuso sexual son factores que se presentan a menudo, así como, los problemas escolares o de conducta en hermanos de los consumidores.

Las familias muestran índices generalizados de ansiedad, múltiples fuentes de estrés y débiles redes de apoyo externas. Con el consumo de drogas, hombres y mujeres, adultos y adolescentes, escapan del conflicto, la confusión, la ansiedad, la angustia y la frustración (Steinglass, 1987).

d. Ciclo de la Violencia

La violencia familiar no es hereditaria, ni se nace siendo violento; es una conducta aprendida (Satir, 1991).

El Círculo de la Violencia se compone de tres fases:

Acumulación de Tensión: Se va desgastando la convivencia, aunada a las dificultades económicas, laborales, familiares. En esta fase se dan agresiones sutiles, golpes menores que son justificados, la tensión aumenta y da la pauta para la segunda fase del ciclo.

Fase de Golpes Agudos: Descarga aguda de la violencia descontrolada de las tensiones acumuladas, el daño es mayor. La violencia física es incontrolable y destructiva. Esta fase es la más corta de las tres.

Luna de Miel Reconciliatoria: Se caracteriza por el arrepentimiento y el sentimiento de culpa del golpeador. Pide perdón y asegura que no volverá a ocurrir. El ciclo se repite una y otra vez (Ibid).

Las consecuencias y los daños en la persona que la sufre son muchos; tanto físicos como emocionales. En busca de una fuga los miembros de la familia pueden consumir fármacos y desarrollar trastornos como la depresión, insomnio, estrés, angustia y ansiedad. Es necesario reconocer y denunciar las situaciones de violencia y buscar ayuda especializada para una atención integral del problema (Fernández, 2007).

Los jóvenes violentos tienden a cometer delitos, presentan comportamientos problemáticos como ausentismo escolar, abandono de los estudios, uso o abuso de drogas, alcoholismo, suelen ser mentirosos compulsivos, conductores imprudentes y llegar a estar afectados por enfermedades de transmisión sexual (Satir, 1991).

13. CONCLUSIÓN

Hay una gran diversidad de arreglos que han llevado a cambios importantes en el tamaño, la estructura, las relaciones, los roles de género y la convivencia entre los integrantes de las familias. Se han transformado aspectos como la división del trabajo en el hogar, el ejercicio de los roles distintos a los de la pareja tradicional. Como cualquier transformación, la que viven las familias en la actualidad requiere ajustes y adaptaciones.

El estilo parental de crianza, se refiere a los modelos recurrentes de organización de las relaciones entre padres e hijos, principalmente adolescentes que aparecen como responsables de la constitución de problemas. La crianza tiene impacto sobre la personalidad de los seres humanos y en su futuro, así como, en las familias que formaran. Como escribe Cloé Madanes, citada en Nardone (2005 página 22), "Hacerse mayor significa saber determinar y aceptar las limitaciones y las miserias de los propios padres ya pesar de ello, como adultos saber cuidarse de ellos". Recientemente se ha encontrado que los adolescentes usuarios de drogas tienden a provenir de hogares llamados disfuncionales o conflictivos, como aquellos con un solo padre, ya sea por separación, divorcio o muerte. Se ha hallado que la escasa interacción con la familia, las presiones familiares para que estudie, familias altamente punitivas o con poco cuidado, la escasa comunicación, la percepción negativa de los padres, entre muchas otras variables, se relacionan con el consumo de sustancias (Capo, 2011).

La dinámica familiar del farmacodependiente es disfuncional, porque impide el desarrollo integral del adicto; inclusive saboteando los intentos eficaces de solución; la droga se convierte en un principio organizador a partir del cual se estructura la vida familiar y de esta manera la familia junto con el adicto se encuentra en un círculo repetitivo (Steinglass, 1987).

En síntesis, frente al aumento del uso de drogas parece imprescindible la necesidad de restablecer formas de convivencia positiva que permitan enfrentar la erosión de los tejidos sociales generada por los modelos de vida impuestos en los años recientes. En el caso de la familia salta a la vista la necesidad de restablecer el contacto afectivo, en un marco de aceptación y reconocimiento mutuos, gestar alternativas para resolver los problemas, ajustar las reglas de manera que brille la autonomía, la independencia y la corresponsabilidad de todos los miembros. Del lado de la comunidad escolar, la posibilidad de establecer entre sus integrantes pautas de relación basadas en la colaboración, la solidaridad y el respeto.

CAPÍTULO II.

LA ADICCIÓN

*“Los vicios vienen como pasajeros, nos visitan
como huéspedes y se quedan como amos”.*

Confucio (501 A.C)

1. ANTECEDENTES

La adicción es un problema de salud pública que afecta sobre todo a los adolescentes; sector susceptible al deseo de experimentar sensaciones que permitan olvidar o evadir el sufrimiento a través del placer. Debido a una gran cantidad de sustancias y la facilidad para obtenerlas, la tarea que realmente se tornará efectiva consiste en la prevención.

Hasta hace unas décadas se consideraba un problema moral y de falta de voluntad. Hoy se reconoce como una enfermedad y se sabe cómo tratarla.

El objeto de la adicción puede variar, pero la respuesta conductual es similar, ya que todas las adicciones provocan la misma reacción en la química del cerebro. Este descubrimiento ha alterado la forma de considerar, prevenir y remediar las adicciones. Hoy éstas se definen como una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de una sustancia a pesar de saber los daños que ocasiona. Al igual que otras enfermedades, se puede tratar, aunque no se consiga una cura definitiva, el tratamiento incrementa la calidad y la duración de la vida (Ruíz, 2014).

La doctora María Elena Medina Mora Icaza (2014), directora del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", narra lo que propició este cambio de visión. La investigadora mexicana-estadounidense Nora Volkow, quien estudió medicina en la UNAM y es hoy directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés), observó en imágenes cerebrales la influencia de las drogas sobre diversas zonas del cerebro y encontró

la causa física de la dependencia de sustancias como la cocaína y los opioides. "Esto nos llevó a entender por qué los pacientes, aunque quisieran, no podían dejar las sustancias por sí solos, sino que realmente necesitan tratamiento", señala la doctora Medina Mora, agregando que éste fue un indicio importante de que las adicciones tenían todas las características de una enfermedad. La adicción se considera hoy una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican la química, la estructura y el funcionamiento de ese órgano (Ibid).

2. CONCEPTOS BÁSICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), define la *adicción* como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia psicoactiva, actividad o relación; es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir el fármaco , ya sea legal o ilegal en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación" (Osorio, 2006).

Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, que involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

La ***dependencia psicológica*** se presenta cuando la persona consume la droga por la necesidad irrefrenable de experimentar efectos emocionales o conductuales, por ejemplo: placer, euforia, bienestar y para disminuir las sensaciones negativas como cansancio, aburrimiento, timidez y estrés.

La ***dependencia física*** se puede considerar como "un estado de adaptación biológica del organismo que se manifiesta por la aparición de trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente su administración" (Fernández, 2007).

El uso repetido de las drogas produce *tolerancia*, que consiste en la adaptación del organismo a los efectos de una droga; lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados semejantes a los de inicio (Ibid).

Para hablar de dependencia física y psicológica la persona debe presentar al menos tres de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- a) Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b) Dificultades para controlar dicho consumo.
- c) Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f) Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales (DSM IV, 2002).

Niveles de adicción:

1. **Experimentación:** la persona por la curiosidad prueba una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.

2. **Uso:** Bajo compromiso con la droga. Consumo fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. Sin embargo genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

3. **Abuso:** Uso regular, hay episodios de intoxicación. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una doble vida: normal y adictiva; desconocida por la familia).

4. **Adicción:** Relación de amigos y familia se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Nula abstinencia. Hay compromiso orgánico, conductas de riesgo como promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo variante y dependiente de la etapa de consumo y abstinencia, accidentes diversos e incluso automovilísticos (Ibid).

3. ¿QUÉ SON LAS DROGAS?

Droga es cualquier sustancia que no es necesaria para la vida en condiciones normales y cuando se introduce en el organismo produce un cambio en el funcionamiento mental del pensamiento, juicio, razonamiento, memoria además de influir en el estado de ánimo y comportamiento (Fernández, 2004).

Droga es “Cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo”. (Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones).

Un fármaco o *droga* también es aquel “Compuesto químico que puede alterar la estructura y la función del cuerpo” (Cruz, 2007).

La OMS (1969) definió el término droga como “cualquier sustancia introducida al organismo vivo que puede modificar una o más funciones de éste”; una droga puede ser cualquier sustancia sintética o natural que afecta la percepción, la sensación, y el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental de quién la ingiere, y cuyo uso excesivo y prolongado tiene efectos perjudiciales en el organismo.

Aunque existen múltiples definiciones sobre este concepto, lo importante es tener claro que las drogas son sustancias psicoactivas que actúan sobre la percepción, las emociones y el estado de ánimo (Reyes, 1999).

Además de la adicción al consumo de sustancias psicoactivas también existe al juego (ludopatía), pornografía, televisión, deporte, nuevas tecnologías (tecnofilia), etcétera las cuales no abordaremos. La neurociencia actualmente considera que la adicción a sustancias y a comportamientos comparten las mismas bases neurobiológicas.

4. BREVE HISTORIA DE LAS ADICCIONES

El uso de sustancias con características psicoactivas ha acompañado a la humanidad desde los albores de la civilización. Se piensa que antiguos primates antecesores del hombre tenían gusto por las frutas sobre maduras, que presentaban cierta cantidad de azúcares fermentados similares al alcohol etílico, su ingesta implicaba una ventaja adaptativa. Esto pudo haber seleccionado evolutivamente el gusto por las bebidas alcohólicas.

La curiosidad caracteriza al ser humano, siempre explorando el mundo que le rodea, incluyéndose lo llevó a investigar primero con su cuerpo, cristianamente separado del alma que lo animaba; después dirigió la mirada hacia ésta, tratando de describir y explicar su propia humanidad. El alma; poseedora de funciones múltiples, privilegia la razón y la conciencia, así, el sueño, el ensueño, la alucinación, la delusión de cada sentido, los delirios, el trance, el éxtasis y la posesión quedaron sujetos a esa conciencia avasalladora y fueron relegados a las profundidades de lo que no puede oírse ni decirse, de lo que no es real porque no es racional y no existe lo imaginario. Junto a esta curiosidad que lo llevó a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunos de estos le provocaban efectos y sensaciones placenteras, las cuales lo impulsaban a buscar la repetición de la experiencia, porque lo acerca a su esencia mística (Tapia, 2001).

Algunas culturas han permitido la entrada de las adicciones a las esferas místicas, otorgando un lugar dentro y una función de trascendental importancia; siendo validadas por la aceptación social. El éxtasis budista que conduce al Nirvana es la máxima expresión del paso hacia una realidad interna alterna que puede exteriorizarse para interpretar el mundo; uno diferente por supuesto, del que ofrece la ciencia. Occidente creyó en la existencia de brujas; después creyó en la eficacia de las sustancias con las que ellas elaboraban los ungüentos. La humanidad entera pensó en la posibilidad de que el vuelo chamánico condujera a otras instancias del universo; paulatinamente lo fue limitando a algunos individuos superdotados, hasta que se estableció la necesidad de usar fármacos que facilitaran dicho vuelo.

No obstante, personas que seguían usando estas “sustancias divinas” e incluso las controlaban, caían completamente bajo su dominio y nunca se liberarían de ellas. La voluntad se diluía en el placer provocado por la experiencia, o quedaba sofocada ante la angustia y el tremendo malestar debido a la carencia de la misma sustancia.

Así desde las más tempranas épocas la humanidad por los diferentes usos y funciones que desempeñaban las drogas adictivas, así como los grados de permisividad social en las diversas culturas, las adicciones a fármacos han acompañado al hombre en su existencia (Ibid).

• Consumo de sustancias adictivas en el México prehispánico

En México están identificadas las sustancias y las conductas adictivas desde la época prehispánica, todas las culturas asentadas en lo que ahora es nuestro territorio, las desarrolladas en Mesoamérica y los grupos tribales periféricos, tenían un conocimiento exhaustivo acerca del efecto psicotrópico de ciertos vegetales y animales (Ibid).

El Pulque quizás fue la sustancia de uso más extendido. El bebedor corría el riesgo de ser poseído por los *centzontotochtin*, “los cuatrocientos conejos”, deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez provoca en los individuos. Los indios informantes de Sahagún señalaban al respecto, que algunos se encierran en sí mismos sin molestar a los demás, los que se duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando, los que dirigen “sus desvergüenzas contra los otros” siendo agresivos, los que toman actitudes prepotentes y dicen ser ricos y poderosos, también los que “sospechan mal de todos, y buscan solaz en la compañía de otros borrachos iguales a ellos”. Relacionado con la Luna, fue considerado una bebida divina que solo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos específicos. Así, tenía un uso ceremonial, reglamentado. Comprendía desde dar de beber el teoctli -pulque de los dioses- a los prisioneros que serían víctimas en el sacrificio gladiatorio en la

fiesta de Huitzilopochtli, hasta la borrachera general en la festividad denominada *pillihianique*, incluía a los niños.

El patrón de consumo en las sociedades nahuas prehispánicas, se regía por criterios diferentes a la sociedad actual, esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas permitidas. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, que ya tenían su alma avezada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarles a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo. El Códice Mendocino señala los 70 años como la edad en que los viejos podían beber sin restricciones. No obstante, queda la parte prohibida de la embriaguez: el que bebía era severamente castigado, y cuanto más noble mayor sería su castigo. Está el ejemplo del Señor de Cuautitlán, Tlachinoltzin, mandado ahorcar por Moctezuma a causa de sus frecuentes borracheras; a otros, si eran plebeyos y era la primera vez, se les trasquilaba o se les daba de palos, sin embargo, la reincidencia significaba la pena de muerte.

Puede afirmarse que el alcoholismo no representó un problema grave en el México Prehispánico, tal vez en virtud de que la alternancia de estrictas medidas represivas con la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas, ofrecía un adecuado punto de equilibrio (Ibid).

- **Psicotrópicos sagrados del México prehispánico.**

Grupo de sustancias de origen vegetal, cuyo uso por sus potentes efectos psicodislépticos se remonta a milenios antes de la era cristiana.

Fray Bernardino de Sahagún, insistía que a los chichimecas se debía el uso de los cactus alucinógenos, sin embargo, en los murales del palacio de Tepantitla en Teotihuacán aparece representada una planta de *ololiuhqui* (*turbina corymbosa*), asociada con Tláloc; y en los murales del templo del dios de la lluvia en Tulum, Quintana Roo, aparecen representadas varias plantas alucinógenas e incluso algunas daturas.

Por los escasos datos disponibles, el consumo puede dividirse en dos rubros: Uno ritual, relacionado con las fiestas de los dioses y limitado a los sacerdotes o gobernantes, para quienes era un recurso indispensable y cotidiano para cumplir

su función de constante comunicación con sus dioses; y el Otro, un consumo asociado con ciertas celebraciones, como los banquetes de los grandes señores, las reuniones de comerciantes que partirían a otras tierras y los guerreros de altas jerarquías antes de ir a la guerra. Para el resto de la gente y los días ordinarios, estaba la prohibición ya que implicaba la invasión de terrenos sagrados, infracción mucho más grave que la de beber pulque (Tapia, 2001).

Hasta ahora no se ha encontrado ninguna alusión a riesgos de adicción, aunque si se habla del grave peligro de volverse loco, como lo hace Sahagún al hablar del *nexéhuac*, del toloache y de los honguillos que producen visiones.

Queda claro que los efectos impactantes de estos psicotrópicos se prestan mucho menos al establecimiento de adicciones relacionadas con sensaciones placenteras, molestias al desaparecer los efectos de la droga y la necesidad de repetir la dosis, orientada a patrones de cronicidad. Sin embargo, son más frecuentes los cuadros de intoxicación aguda e incluso los brotes psicóticos que los fenómenos de adicción (Ibid).

• El México Colonial y el Alcoholismo

Todo cambió con la Conquista. Los cronistas concuerdan en señalar que los indígenas eran proclives al vicio del alcoholismo y que era verdaderamente escandalosa la proporción de borrachos y la magnitud del problema. El control del pulque y su sentido religioso desaparecieron para dar lugar a un discurso diferente en el que además de incluir el vino en los oficios religiosos, se manifestaba que éste podía beberse con moderación, de manera consuetudinaria y sin discriminación de edad (Tapia. 2001).

Desaparecieron las ceremonias y las restricciones; cualquiera podía tomar en el momento en que se le antojara. Los frailes, especialmente los franciscanos, predicaron una cultura de moderación, pero la realidad fue que la sustitución religiosa dejó al pulque fuera de control; el patrón privativo fue beber hasta la embriaguez, usual en las ceremonias religiosas prehispánicas, sólo que en lo sucesivo se realizaría fuera de ese contexto; cualquier pretexto justificaba una borrachera.

Es digno de mencionarse el hecho de que a partir del siglo XVI, el pulque se convirtió en una bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada como propia de la plebe, con lo que su consumo se limitó. Así se añadieron nuevos productos alcohólicos a los disponibles: todos los cuales provienen de la destilación, radicalmente diferentes. Desde el punto de vista bioquímico, puede plantearse también la diferencia en el contenido endorfinico, rico en los productos fermentados y ausente en los destilados, lo cual explica la diferencia en el comportamiento de los borrachos con uno o con otro tipo de sustancia.

Con el cultivo de la caña de azúcar, promovido por Hernán Cortes, se generó el consumo del aguardiente. Más tarde, la producción de mezcal y tequila, destilados de agaves, hecho que llenó los últimos huecos de alcoholización del país.

Este problema social, fue fomentado por las tiendas de raya durante la segunda mitad del siglo XIX. El consumo de bebidas alcohólicas y las adicciones resultantes continúan en el primer plano de la problemática de la salud pública (Ibid).

- **Consumo de Tabaco**

En La Nueva España, según las creencias los dioses prehispánicos fumaban y la bolsa para guardar el tabaco era atributo insustituible de los sacerdotes mesoamericanos.

La planta del tabaco es oriunda de las regiones andinas, sin embargo, en el Caribe y Mesoamérica se consumía y cultivaba desde tiempos inmemoriales. Su flor aparece representada en el muslo izquierdo de la estatua de Xochipilli, el Señor de las Flores –de las cuales muchas han resultado ser psicotrópicas- que se conserva en el Museo Nacional de Antropología (Tapia, 2001).

Sus patrones de consumo variaron, ya que inicialmente era bebido, después masticado, más tarde se aspiraba el humo y finalmente fue fumado. Para el siglo XVI, en México, el tabaco se fumaba en pipa y cigarros, mientras que en las costas caribeñas se fumaba y aspiraba, algunas veces mezclado con cohoba (*Anadenanthera peregrina*).

Entre los mexicas fumar era costumbre y son vívidas las descripciones de Sahagún y Bernal Díaz del Castillo al señalar la existencia de vendedores de tabaco de muy diversa calidad en los mercados. El de más baja calidad era vendidos en el tianguis, mientras el fino era reservado para los banquetes señoriales; no era extraño ver a bellas sirvientes de Moctezuma poniendo sobre su mesa, después de la cena, algunos cigarros de tabaco, dorados y pintados, mezclado con liquidámbar, tampoco era extraño ver al tlatoani inhalando el humo antes de dormir, era mezclado también con otras plantas aromáticas o con chapopote y sustancias alucinógenas como hongos o *poyomatli*.

Para los conquistadores las plantas mexicanas eran amenazadoras, con efectos dramáticos capaces de provocar visiones espantosas del demonio, es decir, los dioses prehispánicos. El significado de esas visiones era absolutamente diferente para los indígenas y para los europeos que se aterrorizaban ante la presencia oculta (Ibid).

En la actualidad mucho se ha discutido sobre los efectos alucinógenos del tabaco, aduciendo en su contra la cantidad de fumadores cotidianos y la imposibilidad de producir alucinaciones en condiciones experimentales. Sin embargo, en las culturas prehispánicas, el tabaco tuvo una función ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a los dioses y su presencia obligada en las bolsas sacerdotales; su uso, era fundamentalmente ritual, incluso el sueño premonitorio de Moctezuma tenía que ver con su función de gobernante y la posibilidad de comunicarse con el mundo sobrenatural.

A excepción de sus efectos medicinales, una vez conquistados los indígenas, continuaron consumiendo en sus festividades, sufrían una fuerte intoxicación y luego despertaban sin asomo de fatiga, Monardes (1580) relata que este uso para contrarrestar fatiga y desnutrición, para mediados del siglo XVI, se había extendido entre los numerosos negros que habían sido trasladados al continente.

Así, el tabaco en la Nueva España ocupó el lugar asignado a las hojas de coca en las culturas andinas, al igual, fue mascado por un buen porcentaje de la población trabajadora (Ibid).

5. DROGAS EXÓTICAS QUE DAN PLACER

Un sultán platicó a su amigo Martín Alonso de Sosa, virrey portugués de la India, que cuando quería ver reinos, ciudades y otras cosas de las que recibía placer y contento, tomaba el bangué, que no es otra cosa que el polvo de las hojas y semillas de la *Cannabis indica*.

A la imaginación semidormida de una Europa que por diversos motivos aún no podía exaltarse, se ofreció la primera imagen de algo que no era concebible: la búsqueda sofisticada de un placer que, rebasando los sentidos, los incluyera, liberándolos, en el mundo de la representación mental (Wishnia, 2004).

- **El Bangué o Marihuana**

El Bangué se hace pulverizando las hojas y a veces, la semilla de un cáñamo parecido al *lino alcanave*, según comenta García de Orta en sus *Coloquios dos simples da la India*, libro publicado en Goa, en 1563. Comentaba:

“Y el efecto desto (del beberlo) sacan de estar fuera de sí, como elevados, sin ningún cuidado y placenteros, y alguno ríen tontamente, y yo oí a muchas mujeres lo usaban cuando van a estar con algún hombre, chocarreras y graciosas, y también se dice que fuera inventarlo para que los grandes capitanes en tiempos pasados se embriagaran...para olvidarse de sus trabajos, estar sin preocupaciones y poder dormir...”

Este Bangué es el hachís. García de Orta (1563), observó a un portugués que al comer dos porciones del electuario preparado con bangué, estuvo por la noche borracho, gracioso y dicharachero, hablando en extremo y sin razón, aunque luego, sin motivo alguno, se puso triste, lloró y contó sus penas; se veía apesadumbrado y sin embargo, provocaba risa a quienes lo veían. Comenta también que sus criados confesaron haberlo tomado a escondidas de él y que con su efecto no sufrían las penas, sentían placer y ganas de comer.

Ajena a México, la *Cannabis índica* llegó a nuestro país en una época difícil de precisar; no se sabe a ciencia cierta si fue la *Nao de China* o si fue traída por piratas o tratantes de esclavos. Sin embargo, se ha sostenido que una especie del mismo género, la *Cannabis sativa*, estaba representada en la flora mexicana.

- **El Opio**

Era bien conocido desde la antigüedad, esencial en multitud de recetas médicas; es posible afirmar que la opiomanía tuvo un origen médico. Andrés Laguna (1555), señala sus efectos analgésicos y narcóticos, insiste en que se trata de un veneno “sabroso”, que debe administrarse en preparados que tengan más de seis meses de elaborados y sólo en caso de que el dolor persista y sea irresistible (Tapia, 2001).

Nicolás Monardes (1569) relata cómo se vendía el opio en las tiendas de Goa para quitar el cansancio: “Es para descansar del trabajo, para alegrarse y no sentir pena alguna de cuerpo o espíritu”. Comenta que éste era el uso que le daba la gente común, soldados y capitanes, puesto que los principales recurrían al bangué.

García de Orta (1563) realizó observaciones en relación a la habituación al opio y la necesidad de emplear dosis cada vez más altas, hizo hincapié quién acostumbraba emplearlo, lo usara en poca cantidad, pues de lo contrario correría el riesgo de muerte (Sahagún, 1999).

Por esas épocas, Cristóbal de Acosta (1578), médico de una nave, puso atención en el hecho que bebiendo vino, el opiómano no padecía los problemas de la supresión y por supuesto, tampoco moría.

En la literatura médica mexicana el opio aparece durante todo el siglo XIX, más en función de sus efectos médicos que para señalar los problemas inherentes a las adicciones. En 1901 se discute sobre la posibilidad de desintoxicar al opiómano, esta vez empleando permanganato de potasio.

No se sabe cómo ni cuándo se inició la costumbre de fumar opio, pues en Oriente se comía. Fumar opio se extiende a partir del siglo XIX, en Francia se convirtió en distintivo de militares, marinos y viajeros de ultramar, por una parte, y de aristócratas decadentes, artistas e intelectuales, por la otra. No obstante, esta moda al parecer no llegó a México, ni siquiera como resultado de la Intervención Francesa (Tapia, 2001).

- **La Morfina**

La amapola (*papaver somniferum*) es una de las plantas extensamente investigada y sujeta a condiciones experimentales. Para 1803, Setürner, farmacéutico alemán logró aislar de ella un principio activo; la morfina, susceptible de provocar el sueño. Más tarde, la curiosidad aunada a un dolor de muela, lo puso sobre la pista del alcaloide. Orientado por el boticario con quien trabajaba, redujo el opio a una sustancia pura, mezclándola en una solución de ácido mecónico neutralizado con amonio. Después de comprobar que su dolor cedía, continuó experimentando en él mismo, en tres compañeros y hasta en su perro, llegando a la conclusión de que el *morphium* tenía excelentes propiedades analgésicas y narcóticas. Setürner la utilizó vía oral, pero con la aparición de la jeringa de Pravaz, se facilitó más para los médicos, así como para muchos curiosos, su aplicación parenteral, vía por la cual su actividad se potencializa (Ibid).

Las guerras y la necesidad de atención de los heridos favorecieron la difusión del empleo analgésico de la morfina; muy pronto se empezó a hablar de morfinismo. En México, desde 1876 se mencionaban las terapias experimentales con base en la morfina y pronto surgió la problemática de la adicción y su tratamiento con cafeína, así como sus repercusiones sobre la vida social de los afectados. En la primera década del siglo XX no dejaba de publicarse literatura médica que insistía en la posibilidad, relativamente fácil, de abandonar a voluntad el hábito de la morfina, reduciendo el problema a la posesión o ausencia de voluntad moral.

- **La Coca**

El médico sevillano Nicolás Monardes (1569), investiga sobre las hojas de coca y su uso, en el siglo XVI en la geografía de la cordillera andina. Por medio de una descripción botánica ejemplar, es el primero que hace un estudio completo de la planta y sus efectos; define dos usos de la coca: para cuando caminan por necesidad, en especial por sitios en donde no hay comida o falta el agua, y para sus contentos cuando están en casa.

- **La Cocaína**

Como sucedió con el opio, la coca tampoco se libró de los químicos. En 1855, Johnson, publica los resultados de sus intentos por aislar el principio activo de las hojas de coca, llega a la conclusión de que no es uno sino tres; una resina aromática a la que atribuyó las propiedades narcóticas; una sustancia amarga que aún no había sido identificada químicamente, pero que consideraba análoga a la teína y a la cafeína y le atribuía los efectos estimulantes; y el ácido tánico.

En ese mismo año, Friedrich Gaedcke, químico alemán, intensificó los esfuerzos para aislar los alcaloides, obteniendo una sustancia que denominó eritroxilina que resultó ser una mezcla de varios de éstos en la planta, entre 1859 y 1860 se produce el aislamiento de la cocaína por el investigador Albert Niemann (Tapia, 2001).

El entusiasmo en los médicos fue unánime, de inmediato empezaron a multiplicar sus indicaciones. La prescribían para problemas de la garganta entre los cantantes; a las mujeres daban sempiterna vitalidad y hermosura; el *Diccionario Francés de las Ciencias Médicas* sugirió su empleo en la industria y el ejército, a fin de lograr un mejor rendimiento; se inyectó en las litotripsias; se estableció también como tratamiento para las adicciones al alcohol, opio y morfina. La última de acción de la cocaína descubierta en el siglo XIX fue como anestésico local a través de la inyección, a ello se debe que varios connotados científicos y algunos médicos fueran presa de la adicción. Por otra parte, no faltaron los adictos a partir de la ingestión de vinos tonificantes con extracto de hojas de coca; lo mismo podría afirmarse de un reducido grupo que llegaron a serlo a raíz de tomar *Coca-Cola*, refresco que hasta 1902 incluyó extractos de coca en su fórmula (Ibid).

- **Los Inhalables**

Los diferentes inhalables que producen adicción presentan mucho mayor riesgo de daño cerebral, se distinguen por tener una historia sórdida. En comparación con la aventura en el uso de drogas que entrañan un desusado placer, los inhalantes caen en el anonimato.

El Éter y el Cloroformo, que tuvieron una historia en Europa, no dejaron huella en México como drogas usadas por placer, aparentemente su uso se redujo a acciones médicas.

Por otra parte, el Thinner y más tarde, los Cementos y resinas, aparecen de manera velada en el siglo XX, iniciándose el consumo en el decenio de 1920, para recrudecerse en razón de situaciones sociales de marginación y falta de oportunidades para la vida, acrecentadas por la gran migración del campo a las ciudades en 1950 (Tapia, 2001).

Actualmente, se aprecian cambios importantes en el perfil tradicional de los usuarios, el cual se caracterizaba por su situación de marginalidad y pobreza, un bajo nivel de escolaridad, la falta de una ocupación laboral o educativa y una edad cercana a la temprana adolescencia. Hoy, pueden tener mayor nivel de estudios, una ocupación profesional o académica y casi la mitad de ellos vive con la familia. Además, la proporción de mujeres usuarias presenta un incremento considerable en comparación con años anteriores (Fernández, 2012).

La historia de la adicción a los inhalables aún está por estudiarse y es, más que nada, una historia de miseria humana.

- **Peyote y la Mezcalina**

Productos del siglo XX, aun cuando su estudio científico se esbozó desde los últimos decenios del XIX, las plantas sagradas mexicanas y sus alcaloides han venido a provocar una crisis de valores que pone en tela de juicio las actitudes sociales consagradas por la modernidad ante los fármacos psicotrópicos. Su íntima relación con las religiones prehispánicas fue causa de que se asociaran a lo demoníaco, tal y como sucede con las deidades antiguas no cristianas.

La primera planta destacada fue el Peyote (*lophophorawilliamsii*), Carl Lumholtz describió su uso entre los tarahumaras huicholes. Pronto llamó la atención de representantes de la industria farmacéutica. Las pingües ganancias que habían obtenido con la comercialización de alcaloides hacían aún más interesante la cuestión, sobre todo en el terreno de los fármacos con acción sobre la mente y el sistema nervioso central (Tapia, 2001).

En 1888, Louis Lewin, después de un viaje a México, estudió el peyote en su laboratorio en Berlín, obteniendo cuatro alcaloides, de estos solo a la mezcalina le atribuyó los potentes efectos psicotrópicos. Cabe mencionar, que Lewin era un radical adversario de la cocaína y la morfina, sin embargo, quedó fascinado por la realidad que se abría ante sus ojos, tras ingerir el fármaco, y observar sus efectos sobre otros colegas que se prestaron a la ingestión bajo condiciones experimentales controladas.

De golpe, el espíritu de Lewin entendió que el mundo ofrecía otras posibilidades diferentes a lo que pudiera llamarse reduccionismo científico. Comprendió que quién es objeto de la intoxicación, sin perder su subjetividad, se siente transportado a otra dimensión de la sensibilidad y de la inteligencia, y también porqué el indio viejo de México vio en esa planta la encarnación vegetal de una deidad. Le sorprendió que los fenómenos físicos concomitantes a la intoxicación eran mínimos y sin consecuencias, enfocándose las acciones farmacológicas hacia las esferas superiores de la percepción.

K. Beringer (1888), amigo de Lewin, realizó varios auto ensayos con extractos de peyote y mezcalina. Experimento y descubrió que en los viajes con mezcalina, las cosas banales adquieren verdadera significación, lo más notable era la posibilidad de sentirse en el centro mismo de la elaboración universal viviendo la vida cósmica. El individuo se halla absorto por las visiones, las meditaciones, las sensaciones visuales y auditivas, hasta que el mundo está francamente fuera de sus goznes y la tensión crece dolorosamente. Accede a un punto en el que el tiempo toca la eternidad.

La percepción de lo inquietante surge de la intoxicación con peyote, y es fuente de una angustia esencial que acorrala a quién lo experimenta. Esa es la característica esencial de los fármacos procedentes del México antiguo, son demasiado vivos, con ellos no existe el riesgo de que las visiones se tornen en incoloras o de que se congelen, como sucede con la morfina o los derivados de la cocaína, actúan brutalmente y arrastran en forma imperiosa, fuerzan la entrada a las imágenes, a los palacios y a las criptas, a los pisos celestiales y a las entrañas del inframundo.

Así, en términos generales, resulta un crimen antropológico hablar de adicción o vicio en este tipo de situaciones (Ibid).

- **Teonanácatl**

Hongo divino del género *psylocibe* y *stropharia* que súbitamente emergió desde las profundidades de las cañadas de la Sierra Mazateca, desde las profundidades de los tiempos prehispánicos.

A partir de la conquista española, los hongos sagrados, al igual que muchas otras plantas, animales y compuestos, desaparecieron de la luz del día y fueron confinados. De este ocultamiento que duró siglos, los **Teonanácatl** habrían de surgir a Occidente la noche del 29 de junio de 1955 cuando, tras dos viajes infructuosos a Huautla de Jiménez, en la sierra mazateca, Richard Gordon Wasson fue guiado en su primera experiencia por los cantos chamánicos de María Sabina (Ibid).

- **La Dietilamida del Ácido Lisérgico**

Una de las más potentes drogas psicodélicas conocidas hasta el momento actual y catalogada en el grupo de los psicodislépticos, es decir, de aquellos fármacos que alteran sustancialmente las funciones psíquicas, es el LSD; el cual ha provisto el mecanismo evasivo por excelencia de la generación impugnadora del decenio de 1960.

Las características farmacológicas de la acción del LSD sobre la mente humana fueron descubiertas por casualidad en 1943, por Albert Hoffmann, hombre de ciencia, íntegro, al ingerir por accidente una pequeña dosis. Poco después, la tomó deliberadamente y dejó anotaciones de esta primera experiencia (Tapia, 2001).

6. CONSUMO DE DROGAS

En las últimas tres décadas el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas se ha incrementado, llegando a ser considerado como un problema de salud pública a nivel mundial.

Trata de un problema que involucra a mujeres y hombres de diversas edades. La adolescencia es la etapa de la vida que con mayor frecuencia se inicia el consumo de drogas, independientemente del sexo. Durante los últimos 10 años se observa un considerable incremento entre las mujeres. El consumo de tabaco y alcohol aumenta entre las adolescentes; el abuso de drogas de uso médico es semejante entre ambos sexos; el uso de metanfetaminas, cocaína y otras drogas ilegales señala tendencias de crecimiento alarmantes en general.

El incremento en la demanda de drogas, legales e ilegales, se relaciona a la publicidad de alcohol y tabaco que hace normal y necesario su uso en reuniones familiares y grupos de amigos, También se relaciona con la producción, la disponibilidad y la distribución, lo que ha permitido el abaratamiento de las sustancias y una facilidad mayor para adquirirlas (Tapia, 2001).

Si el primer acercamiento al uso de sustancias, resulta agradable, hay mayor posibilidad de que continúe; y si tal experiencia es aceptada por la familia o la comunidad, el riesgo se incrementa.

La complejidad del consumo de drogas, en el que interviene una gran cantidad de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales, hace muy difícil explicar y comprender qué fue lo que llevó a una persona a iniciar el consumo, sin caer en reduccionismos y comprensiones simplistas. (Fernández, 2004).

7. ¿CUÁLES SON LAS DROGAS MAS USADAS?

Por su alta disponibilidad y condición legal, el alcohol y el tabaco son las sustancias más usadas en nuestro país, incluso desde edades muy tempranas. Por curiosidad o presión de amigos, su consumo se asocia a la probabilidad de usar drogas ilegales. En adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México, la droga preferida, después de estos, es la marihuana, para el caso de los hombres; y los inhalables, para las mujeres.

La cerveza es la bebida más popular entre la población mexicana; le siguen los destilados (tequila, ron, whisky, etcétera), y en una proporción significativamente menor, el vino de mesa. Un dato importante es que muchas personas consumen

alcohol ocasionalmente, pero cuando lo hacen, beben en grandes cantidades (ECODAT, 2017).

El Instituto Nacional del Abuso de Drogas de los Estados Unidos, principal organismo internacional encargado de promover el estudio de las drogas de abuso, recomienda utilizar una clasificación metodológica de sustancias que tiene como base la separación en cuatro grandes grupos diferenciables por sus efectos sobre SNC: estimulantes, depresores, opioides y alucinógenos (Becoña, 2016).

- **DROGAS LEGALES**

- ⊞ **Alcohol**

Sustancia obtenida de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas. El alcohol etílico o etanol es un líquido incoloro, su consumo es habitual y socialmente aceptado, el uso excesivo genera problemas que afectan los ámbitos familiar, social, escolar, laboral, etcétera.

Es importante señalar que los efectos del alcohol en los hombres y en las mujeres no son similares, a pesar de que ambos hayan ingerido la misma cantidad: las reacciones dependen de variables como el peso, la grasa corporal, la estatura, la velocidad para beber y la ingesta previa de alimentos.

El cerebro es muy sensible a los efectos del etanol porque afecta el sistema nervioso central; se absorbe rápidamente y permanece en el cuerpo, según el número de copas y el tiempo, puede hacer que las personas se tranquilicen, se desinhiban o, por el contrario, se vuelvan más intolerantes y agresivas (Velasco, 1988).

El síndrome de dependencia al alcohol es una enfermedad física y mental que afecta tanto a hombres como a mujeres de diversas edades; está relacionado con las diez principales causas de muerte: accidentes, riñas y homicidios; además incrementa el riesgo de enfermedades del corazón, cerebrovasculares, cirrosis hepática y otros.

Las adolescentes que beben en exceso corren mayor riesgo de ser víctimas de agresiones sexuales o de tener relaciones sexuales sin protección, embarazos no deseados o de adquirir infecciones de transmisión sexuales (Fernández, 2014).

⌘ **Tabaco**

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud en todo el mundo. El tabaco es una planta cuyas hojas contienen nicotina, sustancia natural sumamente adictiva presente en los cigarrillos y otros productos. El cigarrillo contiene alrededor de cuatro mil sustancias químicas, casi 40 carcinógenos, gases y brea, lo que expone a los usuarios a una alta probabilidad de padecer cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. Actualmente muere una persona cada 10 segundos por causas relacionadas con el tabaquismo, al cual se le atribuye 30% de todas las muertes ocasionadas por cáncer en el mundo (Ibid).

Al encender un cigarrillo se genera monóxido de carbono, así como 56 alquitranes. El monóxido se inhala al fumar, sustituyendo el oxígeno de las células y privando de éste al cerebro y al corazón en minutos. La nicotina se introduce en el cuerpo a través de la boca, los bronquios y los pulmones. El tabaco produce un efecto estimulante, seguido de depresión y fatiga, lo que causa que el usuario requiera más nicotina.

La exposición pasiva, prolongada e involuntaria al humo del cigarrillo resulta nociva para la salud, pues se está expuesto a los mismos agentes tóxicos (Cruz, 1998).

- **DROGAS ILEGALES**

⌘ **Inhalables**

Son sustancias cuyos vapores se huelen o aspiran. La mayoría son productos comunes que se usan en el hogar o el trabajo. Las personas abusan de ellos porque pueden causar un efecto de embriaguez o excitación seguido por una sensación de tranquilidad. Son extremadamente dañinos.

Existen más de mil inhalables comerciales disponibles en tiendas, ferreterías, supermercados y farmacias. Los jóvenes suelen acudir a ellos por su fácil obtención. Popularmente son conocidos como chemo, cemento, mona, activo, pvc, goma, thinner o gasolina (Moreno, 2012).

Se clasifican en:

- **Disolventes volátiles:** líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente, como disolventes de pinturas, quita grasa, materiales para lavado en seco, gasolina y combustible para encendedores.
- **Aerosoles:** sustancias que contienen propulsores y disolventes, por ejemplo, pinturas pulverizadas, productos para el cabello, desodorantes, protectores de telas, materiales para limpieza de computadoras y rociadores de aceite vegetal.
- **Gases:** se encuentran en productos caseros o comerciales, como los encendedores de butano y los tanques de propano, aerosoles o dispensadores de crema batida y gases refrigerantes. También hay anestésicos de uso médico, como el éter, el cloroformo y el óxido nitroso.
- **Nitritos:** clase especial de inhalables que se utilizan principalmente para intensificar el placer sexual. Frecuentemente se comercializan para uso ilícito en pequeñas botellas cafés con la designación de “limpiador de videos”, “desodorante ambiental” o “limpiador de cuero” (Ibid).

Efectos del uso	Consecuencias	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> } Falsa y pasajera sensación de euforia y bienestar. } Percepción distorsionada de la realidad. } Risas incontrolables. } Alucinaciones. } No hay percepción de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> } Pérdida de la coordinación. } Taquicardia y respiración acelerada. } Náuseas, mareo y aturdimiento. } Dificultad para ponerse de pie o caminar, } Pérdida del equilibrio. } Irritación en la mucosa nasal y tracto respiratorio. } Ansiedad, temblores y agitación incontrolable. 	<ul style="list-style-type: none"> } Daño pulmonar. } Paro respiratorio o asfixia. } Aumenta la probabilidad de sufrir accidentes. } Insuficiencia hepática, renal o cardíaca. } Alteración sensorial y psicológica. } Reducción del tono y fuerza muscular. } Problemas visuales y en coordinación de los ojos. } Perder la vista y el oído. } Bloqueo de la capacidad de transportar oxígeno a la sangre. } Muerte súbita

*Cuadro elaborado por la autora

⊞ **Mariguana**

Proviene de la planta Cannabis Sativa, de origen asiático. La sustancia activa se denomina delta-tetrahidrocannabinol (THC). Para producir efectos farmacológicos, es necesaria una dosis de entre 2 y 22 miligramos, un cigarro contiene aproximadamente 20mg.

Se presenta en tres formas: hierba, resina y aceite de hachís. También se utiliza para hacer una infusión de té y a veces se mezcla en los alimentos. Popularmente se le conoce como pasto, mota, churro, gallo, hierba, etcétera (Wishnia, 2004).

Las investigaciones señalan que algunos bebés de madres que usaron mariguana durante el embarazo, muestran menor talla y peso, así como, respuestas alteradas

a los estímulos, agitación con movimientos intermitentes y rápidos, llanto, lo que puede indicar problemas en el desarrollo neurológico (Becoña, 2016).

Efectos del uso	Consecuencias	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Aumento del apetito. ↳ Sequedad bucal. ↳ La persona puede percibirse más relajada o extrovertida. ↳ Percepción alterada del tiempo y la distancia. ↳ Euforia o la depresión. ↳ Risa inmotivada. ↳ Sensación de despersonalización ↳ Cambios negativos en la imagen corporal. ↳ Desconfianza e ideación paranoide. ↳ Ilusiones auditivas. visuales o táctiles 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Asma y bronquitis crónica, así como baja densidad en el tejido pulmonar. ↳ Deshidratación. ↳ Reduce el tiempo de reacción, altera la atención y la coordinación. ↳ Reduce la producción de espermatozoides. ↳ La intoxicación aguda interfiere en la memoria a corto plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ El consumo frecuente puede generar ataques de pánico y cambios de humor repentinos, las respuestas emocionales y el pensamiento se alteran, síntomas depresivos. ↳ En dosis altas puede ocasionar alucinaciones. ↳ Síntomas psicóticos o desarrollar esquizofrenia en edad adulta. ↳ Aumenta la probabilidad de usar otras drogas.

*Cuadro elaborado por la autora

⊞ **Cocaína / Crack**

Sustancia denominada clorhidrato de cocaína, resultado de la refinación de hojas secas de coca; el crack se prepara al hervir el clorhidrato en bicarbonato de sodio. El consumo puede ir desde uso ocasional hasta el repetido o compulsivo, con una variedad de patrones entre éstos. Fuera de su empleo médico no existe una manera segura de usar esta sustancia. Cualquier método de consumo puede

causar la absorción de cantidades tóxicas de la droga, con la posibilidad de que ocurra una emergencia aguda de tipo cardiovascular o cerebrovascular y convulsiones. De forma popular, la cocaína es conocida como talco, doña Blanca, nieve, coca, piedra (Fernández, 2014)

Efectos del uso	Consecuencias	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Estimulación del SNC. ↳ Hipertensión. ↳ Disminución del apetito ↳ Dilatación pupilar. ↳ Sensación de mayor energía. ↳ Cambios en la percepción y conducta. ↳ Euforia, relajación y bienestar pasajeros. ↳ Inhibición. ↳ Falsa idea de grandeza. ↳ Consumido en forma de crack, los efectos son inmediatos, menos de 8 segundos, conduciendo a la intoxicación aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Pérdida de peso considerable y desnutrición. ↳ Insomnio crónico. ↳ Escalofrío. ↳ Cansancio físico. ↳ Agotamiento crónico. ↳ Depresión. ↳ Pánico. ↳ Ansiedad. ↳ Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Afecciones neurológicas como convulsiones. ↳ Incapacidad para realizar tareas simples. ↳ Depresión, paranoia y pánico. ↳ Ansiedad. ↳ Conductas violentas e irritabilidad. ↳ Psicosis. ↳ En hombres puede provocar impotencia, dificultad en la erección y eyaculación. ↳ En mujeres, pérdida de la menstruación e infertilidad. ↳ Suicidio.

**Cuadro elaborado por la autora.*

Los hijos de mujeres que consumieron cocaína durante el embarazo, a menudo nacen prematuros, con bajo peso y talla (Cruz, 1998).

☞ **Anfetaminas, Metanfetaminas y Éxtasis**

Bajo el nombre genérico de anfetaminas se agrupan varios compuestos químicamente relacionados. La anfetamina bencedrina es una mezcla de dos isómeros, es decir, de dos formas químicamente idénticas que tienen una conformación especial. A partir de esta sustancia se originaron otras como la metanfetamina (MDMA) y el éxtasis, las cuales son drogas que estimulan al SNC y se utilizan indiscriminadamente para adelgazar, reducir el cansancio y aumentar el vigor físico. La mayoría de estas sustancias se produce en laboratorios clandestinos.

⊞ **Anfetaminas**

Las anfetaminas siguen teniendo utilidad clínica, su uso está restringido al tratamiento de la narcolepsia y en algunos casos la obesidad, Las únicas presentaciones legales que existen son para ingerirse vía oral, pero las personas que las consumen por sus efectos euforizantes también las introducen a su cuerpo vía intravenosa o por la nariz. Popularmente son conocidas como anfetás, elevadores, hielo, tachas, éxtasis, meta, tiza, cristal, etcétera (Becoña, 2016).

⊞ **Metanfetaminas**

A diferencia de otras drogas como el tabaco, el alcohol o la marihuana que son conocidas desde tiempos remotos, las metanfetaminas también denominadas drogas de diseño surgen a finales del siglo pasado.

Las drogas de diseño son un conjunto de sustancias sintetizadas con el propósito de producir efectos similares o más potentes a los de las drogas clásicas.

La mayoría de las metanfetaminas son productos que en su tiempo fueron generados por la industria farmacéutica durante el proceso de investigación para descubrir nuevos medicamentos y que fueron desechados al no cumplir con los efectos deseados o por haber resultado ser nocivos para la salud. Ahora se fabrican en laboratorios clandestinos.

Se les conoce popularmente como “speed”, “met”, “hielo” (ice), “cristal”, “tacha”, “vidrio” (glass), “droga del amor”, “éxtasis”, “x”; y aunque su estructura es similar cada una tiene variantes (Puente, 2008).

Efectos inmediatos	Consecuencias	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Disminución del apetito. ↳ Falsa sensación de euforia y energía. ↳ Inestabilidad emocional. ↳ Aumento de la actividad física y mental. ↳ Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Pérdida severa de peso corporal. ↳ Temblores. ↳ Cambios drásticos en el estado de ánimo: oscilaciones entre euforia y depresión. ↳ Irritabilidad, conductas violentas y destructivas. ↳ Desorientación y confusión. ↳ Aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Lesiones cerebrovasculares, cardiovasculares y físicas, en un año de consumo. ↳ Infecciones en la piel debido a abscesos originados por los efectos del consumo o por la vía de administración. ↳ VIH, hepatitis, embarazos indeseados. ↳ Infección Sexual.

**Cuadro elaborado por la autora.*

⊞ **Heroína**

La Heroína (clorhidrato de diacetilmorfina) es resultado del procesamiento del opio que se obtiene de la amapola. Es una droga ilegal altamente adictiva. Existen tres tipos: Brown, base y farmacéutica. La primera es la más común (diacetilmorfina sin clorhidrato), su color varía del blanco crema al marrón oscuro (mientras más claro, mayor contenido de heroína). La base se presenta en gránulos grises parecidos al café. Y la farmacéutica es para uso médico; se presenta en comprimidos o líquido. La mayor parte de la heroína que se vende en la calle ha sido mezclada o “cortada” con otras drogas o con sustancias como azúcar, almidón, leche en polvo o quinina. También se encuentra heroína que ha sido cortada con estricnina u otros venenos. Debido a que las personas que abusan de la sustancia no saben su verdadero contenido, corren el riesgo de sufrir una sobredosis o de morir.

El uso de esta droga implica problemas especiales debido a que, al compartir agujas, es posible la transmisión del VIH y otras enfermedades. Se le conoce

popularmente como azúcar morena, dama blanca, pasta, polvo blanco, junk, H (hache), etcétera (Fernández, 2014).

Efectos inmediatos	Consecuencias	Otros riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Falsa sensación de euforia y bienestar. ↳ Efecto analgésico. ↳ Las dosis altas provocan un estado de trance, en el que la persona se sumerge, perdiendo la capacidad de comunicarse, y el interés en el mundo. ↳ Lentitud de reacciones psicomotoras. ↳ Sequedad bucal. ↳ Pesadez de las extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Apatía y sedación. ↳ Deterioro de la atención. ↳ Juicio alterado. ↳ Colapso en las venas y abscesos. ↳ Enfermedades hepáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Infección del endocardio y de las válvulas del corazón. ↳ Complicaciones respiratorias como neumonía. ↳ Aumenta significativamente el riesgo de contraer VIH, hepatitis B y C, por la forma de administración de la droga. ↳ Morir por sobredosis o por supresión de la respiración.

*Cuadro elaborado por la autora.

⊞ **Alucinógenos**

El grupo de los alucinógenos es muy extenso, ya que existen numerosos compuestos naturales que son capaces de producir falsas percepciones sensoriales. Los compuestos que se incluyen en este grupo se caracterizan por ocasionar:

- Distorsión de la percepción del tiempo y el espacio.
- Cambios bruscos en el estado de ánimo.
- Efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga.
- Mezcla de percepciones sensoriales (oír colores por ejemplo).
- Presentación esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga sin que ésta se encuentre presente en el organismo (flashbacks).

Se reconocen tres subgrupos:

- a) El que comprende al **LSD** y a los *compuestos* químicamente relacionados con esta sustancia como **psilocibina** (presente en los *hongos alucinógenos*) y la **mezcalina** (sustancia activa del *peyote*).
- b) El de los *anestésicos disociativos*, entre los que se incluye la *fenciclidina*, también conocida como **PCP** o Polvo de Ángel, y la **Ketamina**.
- c) El de los **cannabinoides** (diferentes preparados de la planta de *mariguana*).

Podrían bien, ser cinco grupos; en un cuarto grupo se clasificarían *mezclas* de sustancias, como el llamado *speedball* (cocaína y morfina), y el quinto grupo podría contemplar sustancias que son motivo de abuso, pero no producen adicción como los *compuestos anabólicos esteroides* (Becoña, 2016).

8. ¿QUÉ SITUACIONES CONDUCEN AL CONSUMO DE DROGAS?

Según un estudio realizado en 2011 por Centros de Integración Juvenil (CIJ), “Consumo de drogas en paciente de primer ingreso a tratamiento en CIJ. Julio – Diciembre 2010. Datos a nivel nacional y por sexo”, se informa que el consumo de alcohol y tabaco en la familia, entre los amigos y en el entorno social inmediato constituye un factor de riesgo altamente significativo, pues estas sustancias legales, al ser fáciles de conseguir y contar con alta tolerancia social, pueden convertirse en las “drogas de inicio o entrada” que induzcan al empleo de otras de igual o mayor potencial adictivo.

A nivel nacional, las dos razones más frecuentes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores.

- El 60% inició por curiosidad.
- 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores.
- El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores.

- También contribuyen los problemas en la forma de beber alcohol en padres y madres de familia, así como el uso de drogas por parte de las amistades (ENCODAT, 2017).

9 ¿EN QUÉ LUGARES ESTÁN DISPONIBLES LAS DROGAS?

Es común imaginar que las drogas se adquieren en la calle, pero también pueden encontrarse en casa, (por el consumo visible y aceptado u oculto de algunos integrantes de la familia), dentro o fuera de la escuela (amigos, compañeros, personal escolar y desconocidos que saben que los niños y adolescentes pueden ser una población cautiva).

Muchos padres creen que sus hijos consumirán drogas sólo en ambientes alejados del hogar; aunque esto es muy probable, también existe la posibilidad de adquirirlas en la propia casa (drogas legales) o con la familia extensa (tíos, primos u otros familiares). Es importante recordar que los adolescentes generalmente inician el consumo de sustancias ilegales, después de haber probado el tabaco y el alcohol. Dependiendo del tipo, la droga se puede conseguir ya sea en fiestas, “en antros”, con algunas amistades, por medio de desconocidos, en locales de camino a la escuela o cerca de ella, en la propia colonia, en Internet y hasta en la casa, si no existe la debida supervisión y medidas precautorias (Fernández, 2014).

10. CONSECUENCIAS SOCIALES DEL CONSUMO DE DROGAS

El uso de sustancias no sólo deriva en problemas de salud, también resultan afectadas diversas áreas de la vida de quienes las consumen y las relaciones de las personas más cercanas al consumidor. De acuerdo a lo expresado por los pacientes de CIJ, las mayores repercusiones del consumo son las siguientes:

- ♣ Problemas familiares 75.6%.
- ♣ Problemas de salud 39.6%.
- ♣ Problemas psicológicos 36.6%.
- ♣ Problemas escolares 33%.
- ♣ Problemas legales 28.2%.
- ♣ Problemas laborales 23.9%.

- ♣ Conductas antisociales o delictivas 8.7%.
- ♣ Accidentes o lesiones 15.1% (ENCODAT, 2017).

11. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

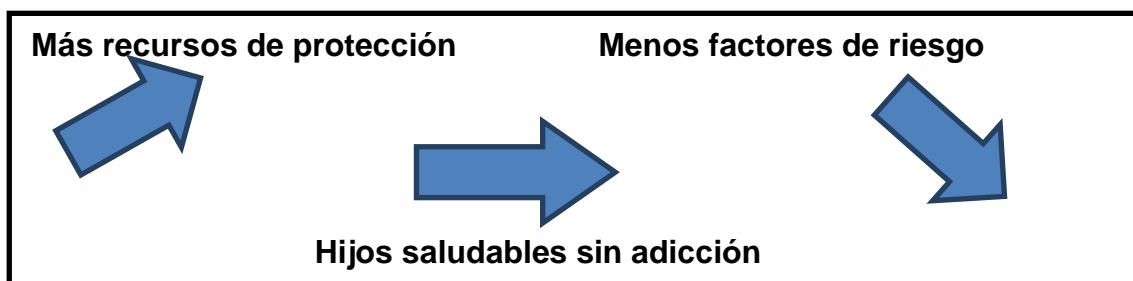
Un **Factor de Riesgo** es una característica individual surgida como causa de la situación y el contexto en los que vive una persona; este atributo incrementa la probabilidad del uso o abuso de sustancias psicoactivas.

Un **Factor de Protección**, es un atributo personal determinado por la situación y el contexto en los que alguien subsiste; ésta característica reduce la probabilidad del uso y abuso de drogas.

Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos.

Los esfuerzos de los padres deben orientarse al fortalecimiento de factores de protección y a la reducción de la influencia de los de riesgo, sean éstos Individuales, familiares, sociales, escolares o del grupo de pares (Aurrecoechea, 2011).



FACTORES INDIVIDUALES

⊗ Factores Individuales de Riesgo

- Factores genéticos como la predisposición.
- Factores biológicos como sexo y edad.
- Factores constitucionales como el dolor o enfermedad crónica.
- Factores psicológicos y conductuales como psicopatología, trastorno de conducta y problemas de salud mental (depresión, TDAH).
- Agresividad.
- Rasgos de personalidad como búsqueda de sensaciones, antisocial.
- Consumo temprano de drogas.
- Abuso físico, sexual o emocional.
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.

⊗ Factores Individuales de Protección

- Habilidades sociales.
- Autoestima alta.
- Resiliencia.
- Inteligencia.
- Adaptabilidad a las circunstancias.
- Aspiraciones a un futuro mejor (Ibid).

FACTORES FAMILIARES

⊗ Factores Familiares de Riesgo

- Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres u otro familiar.
- Baja supervisión y disciplina familiar, o falta de límites.
- Historia familiar de conducta antisocial.
- Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial.
- Actitudes parentales favorables al consumo de drogas.
- Bajas expectativas para el éxito.
- Abuso físico.

Reconocidos organismos internacionales y nacionales han identificado en el contexto familiar los siguientes *Factores de Riesgo*:

COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD)	OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS Y DE PREVENCIÓN DEL DELITO (UNODC)	INSTITUTO NACIONAL PARA EL ABUSO DE DROGAS E.U.A (NIDA)	COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC)
<ul style="list-style-type: none"> • Familia disfuncional. • Ineficiencia de padres para hablar con sus hijos. • Carencia de lazos afectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para cuidar emocional y físicamente. • Abuso psicológico, físico o sexual. • No tener familia o vivir en la calle. • Padres o hermanos que usan drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de padres hacia sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares consumidores de drogas. • Familias con mayores ingresos. • No vivir con una familia.

*Cuadro elaborado por la autora.

⊗ **Factores Familiares de Protección**

- Apego familiar.
- Unión e implicación familiar.
- Creencias saludables y límites de conducta.
- Altas expectativas parentales.
- Sentido de confianza.
- Dinámica familiar positiva (Ibid).

FACTORES SOCIALES O COMUNITARIOS

⊗ **Factores Sociales de Riesgo.**

- Deprivación económica y social.
- Desorganización comunitaria.

- Los cambios y movilidad de lugar.
- Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de drogas.
- La disponibilidad y accesibilidad a las drogas.
- La baja percepción social de riesgo de cada sustancia.

⊗ **Factores Sociales de Protección**

- Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad.
- Normas culturales que proporcionen altas expectativas a los adolescentes.
- Redes sociales y sistemas de apoyo positivo dentro de la comunidad.
- Sistema de apoyo externo positivo.
- Bajo acceso a sustancias en la comunidad (Ibid).

FACTORES DE LOS PARES

⊗ **Factores de Riesgo de los Compañeros e Iguales**

- Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.
- Compañeros que consumen drogas.
- Conducta antisocial o delincuencia temprana.
- Rechazo por parte de los iguales.

⊗ **Factores de Protección de los Compañeros e Iguales**

- Apego a los iguales que no consumen drogas.
- Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras.
- Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a la presión negativa.
- No ser fácilmente influenciado por los iguales.

FACTORES ESCOLARES

⊗ Factores Escolares de Riesgo

- Bajo rendimiento académico.
- Bajo apego a la escuela.
- Tipo y tamaño de la escuela.
- Conducta antisocial en la escuela.

⊗ Factores Escolares de Protección

- Escuela de calidad con implicación y reconocimiento pro social.
- Creencias saludables y claros límites de conducta.
- Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro educativo.
- Clima institucional positivo (Ibid).

“Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo”.

12. PREVENCIÓN

De todos los problemas humanos, pocos son tan perturbadores como las alteraciones de la salud mental que ocurren en niños y adolescentes, dado que implican complicaciones severas en la vida de los individuos, las familias y las sociedades representando trastornos profundos del desarrollo infantil y adicciones. La presencia de un niño o adolescente adicto en el seno de una familia o comunidad significa una serie de eventos sucesivos que han comenzado mucho tiempo atrás. Hoy en día se sabe que el consumo de drogas raramente inicia antes de los 10 años o después de los 30, la búsqueda de ayuda ocurre, en su mayoría, entre 8 y 10 años después de haber experimentado. Una vez iniciado el uso de sustancias, los daños y el sufrimiento, así como los costos sociales que este problema de salud pública representa son más difíciles de neutralizar (Fernández, 2014).

♣ **Programas de prevención para niños y adolescentes**

Debido al gran número de factores de riesgo para el consumo de drogas a los que se enfrenta la población, es importante establecer medidas preventivas a edades cada vez más tempranas, de tal forma que nos anticipemos a la aparición del problema con programas de prevención especialmente diseñados y dirigidos a niños y a adolescentes.

Los padres son las figuras primarias de socialización más importantes para los niños, la influencia de la educación y la cultura que ellos han transmitido a sus hijos es poderosa en el moldeamiento de conductas a seguir. Por lo cual, los programas preventivos dirigidos a educadores, maestros y padres son efectivos si informan sobre las etapas del desarrollo y sus características (Capo, 2011).

Los adolescentes tienen una relación más trascendental con amigos y compañeros, que incluso la que poseen con sus padres, por ello, los programas que se les dirigen deben hacer mayor énfasis en la relación con sus pares, así como en las formas de interacción generadas en las dinámicas juveniles. También deben considerar la adquisición de habilidades propias de esa etapa de la vida, para cumplir de forma exitosa con las demandas escolares y sociales.

Los estudios han demostrado que, son los amigos quienes ofrecen drogas a los jóvenes por primera vez y el consumo ocurre en casa frecuentemente; de ahí lo importante de conocer a los amigos de los hijos y las actividades e intereses que comparten. Debemos tener presente que el uso inadecuado del tiempo libre y los núcleos sociales extraños son factores que ponen en riesgo a los jóvenes para el uso de drogas (Ibid).

♣ **Adolescencia: la edad de mayor riesgo.**

Los estudios muestran que la búsqueda de nuevas experiencias es un fenómeno característico tanto de los adolescentes humanos como de muchas otras especies animales. Esto significa que si dejamos libremente a animales jóvenes explorar espacios nuevos, lo más probable es que merodeen, husmeen e intenten mover objetos, a veces con resultados dolorosos, pero finalmente esas conductas representan aprendizaje. Sin embargo, la propia necesidad de investigar acerca

de cosas nuevas, propias de niños y adolescentes, los pone en mayor riesgo cuando ocurre un primer acercamiento al alcohol, tabaco u otras drogas (Ibid).

13. TRATAMIENTO DEL ABUSO Y DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES

Actualmente entendemos el abuso y dependencia de sustancias adictivas como una enfermedad que tiene multitud de causas, pero principalmente afecta el cerebro porque las drogas ejercen sus efectos activando núcleos cerebrales específicos, alterando su funcionamiento normal.

El tratamiento no se considera completo si no se enfoca al fondo del trastorno y los factores individuales, familiares y sociales que están asociados. Para resultados óptimos es necesario que la salud física y el funcionamiento social se recuperen lo más pronto y completo posible.

Se ha demostrado de manera convincente que los tratamientos producen una reducción significativa en el consumo de drogas y en los problemas que resultan como consecuencia, incluyendo la violencia intrafamiliar, el desempleo y la delincuencia. Por otro lado, en manos inexpertas, no todos los tratamientos son exitosos y, en ocasiones, hasta pueden resultar perjudiciales (Capo, 2011).

♣ Generalidades Acerca del Tratamiento

La atención apropiada requiere del desarrollo y evolución de lineamientos específicos contra el abuso de drogas. Es necesario reconocer las necesidades de cada paciente para otorgar servicios de calidad.

- Al valorar distintas opciones de tratamiento el especialista responsable deberá recomendar un manejo integral. Los programas de tratamiento requieren de la comprensión total de la historia del proceso del trastorno adictivo.
- El Tratamiento es a largo plazo y requiere de múltiples intentos y cambios conductuales.
- Muchos pacientes recaen varias veces en el consumo de drogas antes de lograr una abstinencia verdadera, independientemente de la sustancia de que se trate.

- Algunos adolescentes rechazan las opciones que se les presentan en favor de intervenciones menos intensivas. Otros rechazan todo tipo de ayuda externa porque dicen no necesitarla y que ellos pueden dejar la droga (negación del problema).
- Por lo anterior, es más convincente negociar el tratamiento con el adolescente que tratar de imponer una intervención terapéutica (Stanton, 2006).

14. CONCLUSIONES

En México, durante los últimos años, el establecimiento de un comercio ilegal de drogas, entre las que destacan la cocaína y la marihuana, ha determinado la configuración de áreas de alto consumo y situaciones de concentración de hechos delictivos (Ruiz, 2014). En México, 89.2% de la población de 12 a 17 años no usa drogas, 8% está expuesta a ellas sin consumirlas y sólo 0.5% presenta dependencia. Es importante destacar que, contrario a lo que se piensa muchas veces, el consumo no es una moda entre nuestros adolescentes. Estar informado sobre el daño que ocasionan las drogas es un buen principio, reforzar actitudes en contra del consumo y fomentar conductas saludables son parte del proceso preventivo e involucra a todos (ENCODAT, 2017).

La población más vulnerable para iniciar el consumo de drogas contempla niños y adolescentes, por lo que los padres deben apoyar a sus hijos en su paso por estas etapas y fomentar estilos de vida saludable. La familia juega un papel fundamental para evitar el consumo de drogas, tiene la posibilidad de reducir riesgos y brindar fortaleza (Capo, 2011).

Es necesario que los padres estén informados y promuevan la comunicación en la familia. En la adolescencia. Sentirse acompañados, escuchados y tomados en cuenta, los protege. El objetivo es motivar la participación activa y la suma de esfuerzos en actividades saludables, recreativas, culturales que eviten o disminuyan la probabilidad de iniciar el consumo de drogas, sobre todo entre niños y adolescentes (Ibid).

El uso de drogas es prevenible y constituye una responsabilidad compartida; los costos de la prevención, en contraste con sus beneficios, son mínimos. La participación de los padres de familia u otros responsables de crianza es fundamental.

CAPÍTULO III.- EL ADOLESCENTE

“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta”.

Aristóteles (367 A.C.)

1. ANTECEDENTES

La presencia de las drogas en nuestro entorno nos obliga a ofrecer numerosas respuestas, entre las cuales destaca la prevención, la medida más importante y efectiva que una sociedad puede adoptar para hacer frente a la dependencia a las adicciones. Prevenir consiste en potenciar el desarrollo integral de la persona, fomentar la adquisición y desarrollo de capacidades para afrontar y resolver situaciones que ponen en riesgo su salud, considerar la información como un elemento clave (Amos, 2004).

Definir el periodo que designamos como adolescencia es una realidad compleja. Hombres de ciencia, entre ellos Hall (1904), Erikson (1968) y Palmonari (2003), investigan desde hace años sobre el tema y todavía no han llegado a encontrar una definición integrada. Es elevada la complejidad que presenta este período de existencia, constituye una tarea ardua definir efectivamente su comienzo y su final, comprender lo que acontece en él, qué procesos y qué mecanismos intervienen.

Se ha definido como un periodo de tempestad o de cambio, de crecimiento y maduración, desarrollo y novedades, etcétera. La enciclopedia *Treccani on line* (2016) define la adolescencia como “la última fase de la edad evolutiva, interpuesta entre la niñez y la edad adulta, caracterizada por una serie de modificaciones somáticas, neuroendocrinas y psíquicas, que acompañan y siguen a la edad pubescente” (Tagliaferro, 2016).

2. LA ADOLESCENCIA

Es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera que comienza alrededor de los doce o trece y termina en los diecinueve o veinte años, sin embargo, la base física-biológica ha comenzado mucho antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después.

En general, se considera que comienza con la pubertad hasta llegar a la madurez sexual, la posibilidad de engendrar. Los cambios físicos de este periodo de vida son radicales, forman parte de un largo y complejo proceso que comienza desde antes de nacer. Los cambios biológicos que marcan el final de la infancia se traducen en un rápido crecimiento, aumento de peso, proporciones y forma del cuerpo, madurez sexual, sin embargo, también es un proceso social y emocional; se ha dicho que la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura.

Antes del siglo XX, los niños ingresaban al mundo adulto cuando sus cuerpos estaban maduros o al comenzar el aprendizaje de algún arte u oficio. Hoy en día, este ingreso, no es tan definido; la pubertad se presenta antes de lo acostumbrado y, debido a que el periodo de educación exigido por esta sociedad es más largo, la edad adulta llega más tarde (Ibid).

3. DESARROLLO NORMAL

Es el resultado de la interacción entre el patrón biológico de crecimiento genéticamente programado (maduración) y la experiencia con el entorno, implica todo suceso del medio intracelular hasta las interacciones con el medio sociopolítico. Este proceso es continuo durante toda la vida, aunque con cambios más marcados durante la infancia y la adolescencia.

Este periodo representa alrededor de dos décadas que integran procesos corporales, mentales y sociales formando unidad psicobiológica para el funcionamiento global de la personalidad. El Ser humano emergente es muy complejo y único (Papalia, 1997).

♣ **El Desarrollo Físico e Intelectual.**

Se caracteriza por una serie de cambios evolutivos que se inicia con las primeras transformaciones de las funciones endócrinas y continúa hasta que se completa el desarrollo físico y sexual llamado pubertad y todos los cambios que implica aceleración del crecimiento.

Aunado a este proceso, se considera que la madurez intelectual, según Piaget (1950), coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto y la emocional depende de logros como descubrir la propia identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones de amistad y amor (Ibid).

Cambios físicos

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el repentino crecimiento del adolescente son la menarca, la presencia de espermatozoides, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias (Ibid).

La Maduración sexual

La pubertad comienza como una respuesta a los cambios del sistema hormonal; la pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales, éstas segregan hormonas. Este momento parece estar determinado por la interacción de genes y ambiente.

En las niñas, los ovarios inician la producción del estrógeno, hormona femenina, mientras los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas, pero ellas tienen mayores niveles de estrógeno y ellos de andrógenos.

El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y del vello del cuerpo (Del Val, 2002).

Características Sexuales Primarias

Se refieren al conjunto integrado por los órganos necesarios para la reproducción; en la mujer son los ovarios, el útero y la vagina; en el hombre son los testículos, la próstata, el pene y las vesículas seminales. El alargamiento y desarrollo gradual de estas partes del cuerpo se presenta durante la pubertad y lleva a la madurez sexual.

Características Sexuales Secundarias

Son signos fisiológicos, que no incluyen directamente los órganos sexuales, entre ellos se cuentan el crecimiento de los senos en las mujeres, y el ensanchamiento de la espalda y el cambio en la voz en los hombres; en ambos modificaciones en la textura de la piel y la salida del vello corporal.

La piel de los adolescentes se hace más gruesa y grasosa, aumenta la actividad de las glándulas sebáceas originándose la formación de barros y espinillas (Papalia, 1997).

♣ Desarrollo Psicológico

Las hormonas se hallan en estrecha relación con las emociones, específicamente con la agresión y la depresión, así como, en el incremento de reacciones temperamentales, no obstante, las influencias sociales se combinan y en ocasiones, predominan.

La Autoimagen corporal

La adaptación y la personalidad son construidas por la percepción que el adolescente tiene de sí mismo y de su propio cuerpo, así como, de la impresión que produce en los demás; junto con los cambios físicos se acentúa la capacidad de introspección, surge la confrontación con los compañeros y una tendencia a compararse con un modelo ideal. Así, pese haber tenido un desarrollo normal, muchos no se aceptan y consideran que tampoco son aceptados por los demás. Además, ahora le cuesta trabajo sentir como propio ese cuerpo que ha sufrido tantas transformaciones rápidamente en dimensiones y proporciones.

El adolescente está expuesto a la reacción de los demás y no permanece insensible a sus juicios. La actitud de los padres adquiere una importancia fundamental durante todo este proceso, y la valoración que el adolescente hace sobre sí mismo y su cuerpo refleja los puntos de vista de los adultos que viven con él, necesita sentirse a gusto, confiando, seguro, aceptado y querido, no criticado; reforzar su imagen corporal y consolidar su “yo”, por lo cual busca a los de su misma edad, que tienen problemas similares (Horrocks, 1990).

Afectividad

El adolescente afronta sus problemas personales y también de cómo han cambiado las actitudes de los demás hacia él, de él hacia los demás y cómo debe actuar en consecuencia. Ahora le otorgan concesiones, pero al mismo tiempo pierde ventajas y se enfrenta a nuevas exigencias. Desaparece así, la seguridad que tenía de niño, y surgen dudas, incertidumbre, miedos; inseguro y desorientado, a menudo se encierra en sí mismo, deja de tomar iniciativas por temor al fracaso, y trata de hacerse notar en formas equivocadas. Se confronta con los padres. Si considera que los adultos lo escuchan, toman en cuenta y valoran, entonces presta su atención, comprensión y trata de seguir ejemplos, es decir, se identifica con ellos y sus rasgos de personalidad.

Los problemas emocionales breves y pasajeros forman parte normal del desarrollo, pero las dificultades conductuales o emocionales asociadas a una distorsión prolongada o a un retraso en el proceso de desarrollo indican la presencia de patología o de un trastorno definido (Ibid).

La Autoestima

Es el juicio de valor sobre uno mismo; capacidad de sentirse hábil e importante, es el grado de respeto y amor propio.

La autoestima alta es permite reconocer logros, errores y limitaciones; en cambio, la persona con autoestima baja no acepta, justifica o esconde sus errores y a veces evade su responsabilidad al culpar a otros.

El origen de la autoestima es la familia. Si los hijos son educados con afecto y respeto, probablemente crezcan sintiéndose amados e importantes, pero si los insultan, humillan, ridiculizan o tratan con agresión, se sentirán torpes e inútiles.

La opinión de los otros contribuye a formar la imagen de sí mismo; la autoimagen es la creencia o el conocimiento que tenemos de nosotros mismos, de nuestro cuerpo, acciones, actitudes y valores. Por lo que se relaciona íntimamente con la autoestima (Horrocks, 1990).

Los padres en ocasiones presentan contradicciones: limitan a la vez que permiten. Los adolescentes tienen necesidad de afrontar la realidad contando con una guía firme y segura. Las contradicciones generan inestabilidad y ello se da con frecuencia entre padre y madre, entre escuela y familia, o entre amigos y la convivencia familiar (Capo, 2011).

La Familia: sano desarrollo.

Es el sistema dinámico e interdependiente, en que las acciones de unos influyen en las de los otros; afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas y sociales externas, en que surgen procesos inter psicológicos de tipo afectivo, escolar, deportivo, religioso e incluso circunstancial.

La convivencia con hijos adolescentes es disfrutable y nos llena de experiencias que dan oportunidad de crecer.

El involucramiento constante de cada progenitor en las actividades cotidianas de sus hijos transmite valores, costumbres y hábitos. Algunos padres transmiten valores positivos por medio de sus pláticas y reflexiones; otros, aún sin saber, contra valores y actitudes negativas con sus propias acciones (Ibid).

El adolescente que vive en una familia funcional, tendrá una autoestima fuerte, ya que se sentirá amado y útil (Bowlby, 1979).

4. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, lo hacen diferente y único, es la manera coherente, particular

de sentir, pensar y comportarse. La interrelación de estas características, generalmente estables, será la determinante conductual y predictiva de la respuesta que puede dar ante determinada circunstancia.

Se compone por dos elementos: temperamento y carácter, el primero tiene origen genético y el otro de tipo social, es decir, lo determina el ambiente (Horrocks, 1990).

Por la influencia de personajes significativos, en especial, progenitores; los jóvenes que presencian constantemente discusiones y agresiones parentales terminan aprendiendo el estilo y contenidos de las acciones de sus padres para repetirlo después (Capo, 2011).

La búsqueda de la identidad se intensifica en la adolescencia. La principal pregunta es “¿Quién soy?”; se plantea en el campo físico, cognoscitivo, social y emocional, está en ciernes desde la infancia, cuando el niño se da cuenta que es “otro” en relación con su madre, a medida que descubre los límites del “Yo”, empieza a encontrar respuestas, a despojarse de su pensamiento egocéntrico y medir sus habilidades y valores en el espejo del grupo de amigos (Horrocks, 1990).

En el aula, la mayoría de los adolescentes realizan un juego de reafirmación, que consiste en burlarse, ridiculizar, agredir verbal o físicamente a los compañeros. También pueden sufrir maltrato de profesores. Las consecuencias varían, pero implican un doble reto: cubrir los requisitos académicos y enfrentar la presión social con una autoestima fuerte.

Con padres sobresaturados de responsabilidades, distantes, desapego afectivo, conflicto, falta de cuidado, rechazo e incluso violencia, surge insatisfacción afectiva, falta de apoyo, aunado a la existencia de limitaciones económicas, sociales, educativas, culturales, etcétera disminuye la capacidad de los jóvenes para responder las exigencias de la vida, una pobre autoestima.

Lo mejor que puede ocurrir a un adolescente, es encontrar maestros comprometidos que los apoyen emocional, académica y afectivamente (Capo, 2011).

5. DESARROLLO COGNOSCITIVO

Diversos autores desde diferentes ángulos, han producido importantes aportaciones con sus teorías, algunos de ellos son Freud (1896), Piaget (1950), Maslow (1954), Erickson (1968), Bandura (1977), Elkind (1984), Miller (1991), etcétera.

El desarrollo humano se estudia, por lo menos, desde una de estas cuatro perspectivas: Psicoanalítica, Del aprendizaje, Cognoscitiva y Humanista (Papalia, 1997).

PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

⊗ **SIGMUND FREUD** (1856-1939). Acuñó el Psicoanálisis (1896). Creía que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad; los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Afirmó que se presentan en una secuencia de etapas invariables del desarrollo psicosocial, en las cuales el placer se desplaza de una zona del cuerpo a otra.

Habla de tres estructuras que mantienen el equilibrio psíquico: **Id (ello)**, fuente de deseos y motivos, obedece el principio del placer; el **ego** representa la razón o sentido común, funciona bajo el principio de realidad, su objetivo es encontrar maneras reales de gratificar el ello; y el **superego** incluye la conciencia, incorpora valores, el “debes” y “no debes” aprobados por la sociedad.

Etapas del desarrollo psicosexual

Establece cinco etapas en el desarrollo de la personalidad: si los niños expuestos a los riesgos emocionales reciben poca o demasiada gratificación en alguna, se reflejará en la adultez.

- 1) *Etapas del desarrollo psicosexual*
1) *Etapas del desarrollo psicosexual* (Del nacimiento a los 12 o 18 meses) La alimentación es la fuente principal de placer sensual oral, quien se queda fijado en esa etapa puede convertirse en comilón o fumador compulsivo.

- 2) *Etapa anal* (de los 12 o 18 meses a los 3 años) La principal fuente de placer se ubica en el ano. El movimiento de los intestinos produce gran placer. Un adulto con fijación anal puede desarrollar una personalidad obsesiva compulsiva, por ejemplo, por la limpieza, el orden y ser muy dependiente de horarios y rutinas.
- 3) *Etapa fálica* (Genital temprana, de los 3 a los 6 años) El área de placer se ubica en los genitales. Al niño le produce ansiedad la atracción sexual hacia su padre del sexo opuesto, surge el miedo a la castración en él y en la niña la envidia del pene. Los niños resuelven esta ansiedad identificándose con el padre del mismo sexo, mediante el Complejo de Edipo (niños) y Complejo de Electra (niñas).
- 4) *Latencia* (de los 6 a los 12 años) Los adolescentes han superado los complejos de Edipo y Electra, adoptando roles de género y desarrollando superego socializando, desarrolla habilidades, aprender acerca de ellos mismos y de la sociedad.
- 5) *Etapa genital* (Adolescencia y edad adulta) los cambios fisiológicos de la pubertad realimentan la libido, energía básica que estimula la sexualidad. Los impulsos sexuales fluyen por los canales aprobados por la sociedad (Ibid).

∞ **ERIK ERIKSON** (1902-1994): Teoría psicosocial (1950). La teoría del desarrollo psicosocial de la personalidad destaca la influencia de la sociedad y la cultura sobre el ego en cada uno de los ocho periodos en que divide la vida humana (1950). Cada etapa presenta una “crisis” que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Si no se resuelve de modo satisfactorio, interferirá el desarrollo sano. Las personas necesitan confiar en el mundo, y confían en él, pero también deben aprender a protegerse de los peligros. La superación exitosa de cada crisis brinda una “virtud” o fortaleza.

- 1) Confianza básica versus desconfianza
- 2) Autonomía versus vergüenza y duda
- 3) Iniciativa versus culpabilidad

- 4) Industriosidad versus inferioridad
- 5) Identidad versus. confusión de la identidad
- 6) Intimidad versus aislamiento
- 7) Creatividad versus ensimismamiento
- 8) Integridad versus desesperación.

Según Erikson (1968), la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de *la identidad versus la confusión de la identidad*, para convertirse en un adulto que puede cumplir un importante rol en la vida. Para construir la identidad, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad.

Basado en sus investigaciones con adolescentes de diversas culturas, Erikson concluyó que uno de los aspectos importantes es la búsqueda de la identidad .y la confusión de ésta, representa un grave peligro en esta etapa, dado que el pandillerismo puede presentarse como defensa. Durante la *moratoria psicosocial*, (tiempo libre que la adolescencia proporciona) muchas personas buscan compromisos a los que puedan guardar fidelidad. La virtud principal que surge, es la lealtad a toda prueba, Erikson afirma que el amor forma la parte más importante en el camino hacia la identidad.

⊞ **JEAN BAKER MILLER** (1927-2006). Teoría relacional (1991). Médico, psiquiatra, escritora, feminista, reaccionó contra la orientación machista que prevalecía en las teorías del desarrollo de la personalidad en la época. Según su teoría relacional, la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, desde la infancia. Los inicios del concepto del yo se desarrollan al interactuar; el bebé responde a las emociones de otros, se siente cómodo cuando ellos también lo están. En los años escolares ocurre una mayor separación entre el desarrollo masculino y el femenino, a los niños se les orienta a la consecución de logros y la competencia, mientras a las niñas se les inculca el interés por las relaciones familiares y emocionales.

Este enfoque psicoanalítico es muy importante porque considera la posibilidad de crecimiento, cambio y desarrollo durante toda la vida. Freud mostró la importancia de las emociones y los pensamientos inconscientes. Erikson reconoce la influencia social y cultural en el desarrollo, cubre todas las etapas de la vida. La teoría relacional de Miller destaca que las relaciones, más que la separación, son muy importantes en el desarrollo saludable, y no considera que el de la mujer sea una desviación de la norma (Ibid).

PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

⊗ **SKINNER, PAVLOV, WATSON:** Conductismo se centra en comportamiento observable, medible y registrable. Los conductistas se interesaron en dos clases de aprendizaje: el condicionamiento clásico y el operante. *El Condicionamiento Clásico* es el aprendizaje en que el individuo responde a un estímulo que en principio no conocía, después éste se asocia, de modo repetido con un estímulo que origina la respuesta. *El Condicionamiento Operante* se nombra así porque la persona “opera” el ambiente; una respuesta accidental se convierte en respuesta condicionada como resultado del refuerzo. Las consecuencias de una conducta determinan su probabilidad de ocurrencia. El refuerzo de un comportamiento es más efectivo si es aplicado de inmediato. Reconocen que la biología limita lo que las personas pueden hacer, pero también admiten que el ambiente influye mucho en el comportamiento. Creen que el aprendizaje cambia la conducta e impulsa el desarrollo, sostienen que los humanos aprenden de la misma manera y reaccionan frente a determinados aspectos ambientales placenteros, dolorosos o amenazantes.

⊗ **JOHN WATSON** (1878-1958) conductista estadounidense que aplicó el concepto estímulo-respuesta de la teoría del aprendizaje para estudiar el desarrollo infantil. Afirmó que es posible manipular el destino de un humano con base en el reforzamiento.

⊗ **B.F. SKINNER** (1904-1990) En 1938 formuló los principios básicos del condicionamiento operante. Creía que un organismo tiende a repetir una respuesta que ha sido reforzada y a eliminar una que ha sido castigada.

Inicialmente experimentó con ratas y palomas, y sostuvo que los mismos principios eran aplicables al ser humano.

Acuñó para explicar el aprendizaje términos como:

- a) *Refuerzo*: Es la consecuencia de una conducta que incrementa la posibilidad de repetirla. *Refuerzo positivo*: Consiste en dar una recompensa: alimento, dinero o elogio. *Refuerzo negativo*: Consiste en retirar una situación de la que la persona no gusta (evento aversivo), como un ruido molesto.
- b) *Castigo*: Es la consecuencia derivada de un comportamiento, que disminuye la posibilidad de que la conducta se repita. Suprime un comportamiento mediante un evento aversivo. Prohibir un evento positivo como ver televisión, pegar a un niño.
- c) *Extinción*: Si una respuesta deja de reforzarse, podría retomar a su nivel primitivo (línea de base).
- d) *Moldeamiento*: Es una manera de generar nuevas respuestas a partir de respuestas reforzadas que cada vez más se parecen a la deseada. Es muy utilizado para eliminar los comportamientos indeseados y para la enseñanza de gran variedad de conductas como dejar de fumar.

⊞ **ALBERT BANDURA** (1925). Teoría del aprendizaje social o Teoría social cognoscitiva (1973). Afirma que la persona contribuye de manera activa en su aprendizaje, también actúa sobre el ambiente. Considera que las conclusiones basadas en investigación animal no pueden explicar el comportamiento humano. Afirma que las personas aprenden en un contexto social, reconoce la influencia cognoscitiva sobre el comportamiento y sostiene que el aprendizaje se da a través de la observación. Según esta teoría, la identificación con los padres influye en adquirir el lenguaje, enfrentar la agresión, desarrollar sentido moral y aprender comportamientos socialmente apropiados para cada género (Ibid).

La perspectiva del aprendizaje conductista, al destacar las influencias ambientales, explica muy bien las diferencias culturales en el comportamiento pero subestima las influencias biológicas y la herencia. El conductismo ha contribuido a

diseñar programas y terapias que logren cambios rápidos en el comportamiento (como dejar de fumar). La teoría del aprendizaje reconoce el papel activo que las personas en su aprendizaje y los efectos de las influencias ambientales en el comportamiento (Ibid).

PERSPECTIVA COGNOSCITIVA

Se relaciona con los procesos de desarrollo del pensamiento, considera la persona como activa y no reactiva, vive y crece con propios impulsos internos y patrón de desarrollo. Afirma que el hombre construye su propio mundo. Se interesa en averiguar cómo los cambios en el comportamiento reflejan cambios en el pensamiento.

⊗ **JEAN PIAGET** (1896-1980). Teoría del desarrollo cognoscitivo por etapas (1950). Aplicó sus amplios conocimientos de biología, filosofía y psicología para llevar a cabo observaciones minuciosas con los niños y elaborar teorías complejas acerca del desarrollo cognoscitivo en el proceso de pensamiento origen de una creciente habilidad para adquirir y usar el conocimiento. Piaget, estudio en la vida cotidiana el desarrollo intelectual de sus tres hijos, sostuvo que el desarrollo cognoscitivo ocurre en una serie de etapas. En cada una de ellas surge una nueva manera de pensar y de responder frente a su evolución. Cada etapa es una transición de un tipo de pensamiento o comportamiento a otro. Las personas atraviesan las mismas etapas en el mismo orden, aunque el ciclo real varía de una persona a otra.

Estructuras cognoscitivas

Piaget creía que el comportamiento inteligente es una capacidad innata para adaptarse al ambiente, y con el aprendizaje de sus experiencias, desarrollan estructuras cognoscitivas complejas. *Esquema* es un patrón fijo de comportamiento para pensar en una situación y enfrentarla. Con el desarrollo intelectual se convierten en patrones de pensamiento ligados a comportamientos, cada vez más complejos, yendo del pensamiento concreto hasta el pensamiento abstracto.

Principios del desarrollo cognoscitivo.

Afirma que se produce este proceso en dos pasos: Uno en el que se toma nueva información acerca del mundo (asimilación) y; dos, para incluir los nuevos conocimientos (acomodación). Dicho proceso se pone en marcha a través de tres principios interrelacionados: Organización, Adaptación y Equilibrio. Estos son heredados, están presentes en las etapas del desarrollo y afectan la interacción con el ambiente.

Piaget demostró que comprender la manera cómo piensan los niños ayuda a los padres a enseñar lo relacionado con crisis familiares, y a maestros sepan introducir nuevos temas de estudio. Un punto débil es que contempla poco el desarrollo emocional excepto lo relacionado con el desarrollo cognoscitivo, no tuvo en cuenta las diferencias individuales, ni el modo como la cultura, la educación y la motivación individual influyen en el desempeño. El logro de las operaciones formales (capacidad para el pensamiento abstracto, más alto nivel de desarrollo cognoscitivo) le permite al adolescente contar con una nueva forma de manipular el ambiente con información. Ya no está limitado a pensar acerca del ahora, como en la etapa cognoscitiva anterior de las operaciones concretas. Ahora puede manejar abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas. Este avance, permite analizar doctrinas filosóficas y políticas, formular sus propias teorías con la posibilidad de reformar la sociedad. La capacidad para pensar en forma abstracta también tiene ramificaciones emocionales. Según Piaget, los cambios internos y externos se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. El cerebro ha madurado y el ambiente social se ha ampliado, ofreciendo más oportunidades para experimentar. La preparación cultural y de educación, así como, la interacción con los compañeros puede ayudar al avance de la madurez cognoscitiva (Ibid).

PERSPECTIVA HUMANÍSTICA

En 1962 un grupo de psicólogos fundó la Asociación de Psicología Humanística, Protestaban en contra de creencias esencialmente negativas implícitas en las teorías conductista y psicoanalítica: sostuvieron que la naturaleza humana es neutral o buena, y que ninguna característica mala es el resultado de un daño infligido al yo en desarrollo. La perspectiva humanística confía en que las personas pueden dirigir sus vidas y fomentar su propio desarrollo, destacan el potencial del ser humano para lograr un desarrollo positivo y saludable, así como, las capacidades humanas de selección, creatividad y autorrealización. No distingue etapas en el transcurso de la vida, sino que establecen dos periodos amplios: antes de la adolescencia y después de ella.

⊞ **ABRAHAM MASLOW** (1908-1970): Teoría de la autorrealización y jerarquía de necesidades (1954). Identificó las necesidades que motivan el comportamiento humano. Opinó que sólo cuando las personas logran cubrir sus necesidades básicas pueden buscar la satisfacción de otras más elevadas.

La primera necesidad es la fisiológica. Contempla el hambre, sexo, sueño, etc. El segundo nivel se refiere a la seguridad y protección, y deben cubrirse antes de que busque amor y aceptación.

El ideal de Maslow es la persona realizada, la percepción de la realidad, identificación y aceptación del yo y de los otros, espontaneidad, capacidad de resolver problemas, autodirección.

La teoría humanística ofrece un modelo positivo y optimista de la humanidad, ha contribuido a promover métodos para educar a los niños, respetando su singularidad. Su debilidad: no se centra en los aspectos de diferentes momentos de la vida (Ibid).

⊞ **DAVID ELKIND** (1931). Teoría egocéntrica del pensamiento adolescente (1984). La adolescencia se caracteriza por un pensamiento egocentrista o por el inicio del pensamiento crítico. Este periodo está repleto de emociones contradictorias. Las figuras de referencia son los padres. Las decisiones,

posteriormente, se toman con base a lo que los amigos hacen, dicen o piensan. Es preciso respetar este proceso en que empieza a defender su autonomía. Además, el joven tiende a ignorar las advertencias de quien quiere protegerlo, explorando más allá de los límites en busca de identidad.

Según Elkind (1984), el pensamiento adolescente manifiesta seis características:

1) Hipocresía aparente:

El adolescente empieza a darse cuenta de que sus intereses muchas veces no caminan por el mismo sendero que los valores que defiende. Resulta frecuente que no reconozca la diferencia entre expresar un ideal y trabajar por él. Un ejemplo, puede ser cuando una adolescente se vuelve agresiva mientras protesta a favor de la paz. Parte del crecimiento implica comprender que “pensar no hace que las cosas sucedan”, y que los valores deben existir previamente.

2) Autoconciencia:

La extrema conciencia del adolescente puede explicarse con el concepto de la *audiencia imaginaria*, sentimiento de ser el centro de atención, es decir, un observador que sólo existe en su mente e interesado en sus pensamientos y conductas tanto, como el mismo, creyendo que el entorno está mirándolo y pensando en él. El adolescente puede ponerse en mente de alguien más, pensar sobre el pensamiento de alguien más; y supone que alguien más piensa lo mismo. La *audiencia imaginaria* permanece hasta la edad adulta. Debido a que genera timidez, resulta muy agobiante, Elkind destaca la importancia de que los adultos eviten cualquier crítica en público o ridiculizarlo ya que empieza a ganar y defender su privacidad, hasta el egocentrismo.

3) Invulnerabilidad:

Elkind utiliza el término “*fábula o mito personal*”, para el sentirse especial y único, con experiencias únicas que no están sujetas a las reglas naturales que rigen al resto del mundo, al pensar que nadie le comprende o entiende, que sólo él es capaz de experimentar los sentimientos que tiene. Esta creencia egocéntrica puede ser muy autodestructiva pues, el joven, desprecia su vulnerabilidad, piensa que está protegido mágicamente contra el peligro. Por ejemplo, el adolescente que consume drogas piensa que no puede convertirse en adicto. “Esas cosas solo les ocurren a los demás y no a mí”; es la máxima inconsciente que ayuda a explicar muchos de los riesgos que corre.

4) Indecisión:

El adolescente tiene problemas para decidirse, aún en las cosas más simples, porque de repente toma conciencia de la multiplicidad de opciones que existe en casi todos los aspectos de la vida. Madura cuando encontramos cierto razonamiento en su toma de decisiones, lo que se consigue con pequeños avances.

5) Tendencia a discutir:

El adolescente quiere practicar su nueva capacidad para ver los muchos matices de un aspecto, pretende mostrar que ha desarrollado nuevas habilidades de razonamiento, argumentar acerca de principios, proyectar una imagen de fiabilidad e inteligencia; los padres pueden ayudarlo llegar a involucrarse en discusiones.

6) Idealismo:

Tiene una nueva habilidad para imaginar un mundo ideal. Comprende que las personas que una vez adoró han dejado de ser su modelo, y con frecuencia, se siente impulsado a expresarlo. Los padres deben tomar esta

crítica como una etapa de desarrollo necesaria. Busca modelos más allá del hogar; biografías y logros en “ídolos” para trazar su identidad (Ibid).

CUATRO PERSPECTIVAS SOBRE EL DESARROLLO HUMANO		
PERSPECTIVA	TEORÍAS PRINCIPALES	CONCEPTOS BÁSICOS
Psicoanalítica	<p>Teoría psicosexual de Freud.</p> <p>Teoría psicosocial de Erikson</p> <p>Teoría de autorrealización interna de Miller</p>	<p>Sigmund Freud. El comportamiento es controlado por poderosos impulsos inconscientes.</p> <p>Erik Erikson. La personalidad está influenciada por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis.</p> <p>Jean B. Miller: La personalidad se desarrolla en el contexto de las relaciones emocionales, no separada de ellas.</p>
Aprendizaje	<p>Conductismo. Pavlov, Skinner, Watson</p> <p>Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura</p>	<p>Conductismo: las personas responden a los estímulos; el ambiente controla la conducta.</p> <p>Los niños aprenden en el contexto social por observación e imitación. La persona contribuye de manera activa al aprendizaje.</p>
Cognoscitiva	Teoría de las etapas cognitivas de Piaget	El pensamiento del niño se desarrolla en cuatro etapas hasta la adolescencia. La persona contribuye de manera activa al aprendizaje.
Humanista	Teoría de la autorrealización de Maslow	Las personas tienen la capacidad de dirigir sus vidas y fomentar su propio desarrollo.

Fuente: Papalia, Diane, (1997). “Desarrollo humano”.

✦ **Socialización.**

La relación entre iguales brinda compañerismo, respeto, cooperación, lealtad, competencia y amistad; en un ambiente positivo; valores que coexisten con los familiares. Otros adolescentes desarrollan habilidades pero impregnados de valores y sentimientos negativos, como la complicidad, la deslealtad, la violencia y la prepotencia. Puede ser un complemento nutricional o una extensión de actitudes y acciones negativas.

La permanencia en la agrupación obedece a criterios afectivos y éticos regularmente de equidad, cooperación, lealtad, confidencialidad y reciprocidad, si es nutricional; mientras en las de tipo antisocial, regularmente son la lealtad obligada, la complicidad, la competencia con resentimiento y la ley del más fuerte.

La relación entre iguales proporciona nuevas experiencias, para desarrollar nuevas habilidades sociales. El grupo es indispensable, entre quienes viven iguales problemas, ya que encuentra seguridad y una competencia que lo satisface. Se integra a los demás siguiendo sus rasgos, adopta la forma de vestir, de gesticular, de hablar, así como, hábitos; de esa manera se siente menos aislado, más protegido y a la vez, diferente a los adultos.

Al mismo tiempo, y casi en contradicción con lo anterior, por todos los medios trata de destacar entre sus compañeros, inventando locuras que lo hagan distinto (Estrada, 2014).

✦ **Adolescente, ¿Por qué consume droga?**

Los contextos sociales que favorecen el abuso de sustancias, incluyen la influencia de compañeros, ya consumidores, participación en actividades grupales durante las que se consumen alcohol y otras drogas, algunos aspectos que favorecen el consumo de sustancias nocivas son: falta de supervisión de los padres, tener un trabajo remunerado, conductas que violan las normas sociales para lograr la identidad grupal, violencia en cualquier contexto: familiar, laboral, escolar, social; y en cualquiera de sus expresiones, afán por querer huir de la

realidad o experimentar nuevas sensaciones, falta de información o datos erróneos sobre los riesgos, daños y consecuencias.

A nivel nacional, las dos razones más frecuentes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores (Fernández, 2004).

6. CONCLUSIONES

Los adolescentes viven los cuidados, las reglas y las preocupaciones de sus padres como protección o desconfianza; pocos descubren que una de las funciones parentales es velar por la seguridad física y emocional de sus hijos, por lo cual tratan de estar atentos a sus actividades cotidianas o extraordinarias. Con esos cuidados los adolescentes toman conciencia de las reglas, los riesgos y los límites sociales, algunos las aprenden y aplican en casi todas las situaciones; otros simulan que atienden, pero en cuanto están solos empiezan a experimentar.

Es clásica la actitud del adolescente de arriesgar el físico, la salud e incluso la vida en la exploración de nuevas experiencias y actividades. La variedad de las adicciones hoy es muy amplia; su consumo no puede suspenderse de forma voluntaria ni con facilidad, compite y sustituye las actividades sociales, escolares o productivas.

El enorme reto para padres y maestros es guiarlos, corregirlos y aprender junto con ellos a vivir su adolescencia en los dos ámbitos formativos más importantes de ésta etapa de la vida: la familia y la escuela (Tagliaferro, 2016).

7. EPÍLOGO

La familia generalmente es el grupo donde los seres humanos permanecen desde el nacimiento hasta el fin de su vida. Las etapas por las que va pasando una persona representan cambios que exigen la capacidad de adaptarse. El respeto a la diversidad, el amor y la comunicación son elementos necesarios para que, dentro de un ambiente de seguridad, confianza y armonía, el crecimiento y la maduración sean satisfactorios.

La formación de personas íntegras exige fomentar desde la infancia actitudes igualitarias en la convivencia de niños y adolescentes de ambos sexos, abriendo espacios de participación en los cuales se escuchen y consideren sus ideas, inquietudes y temores.

Un reto para las familias del siglo XXI es construir espacios de igualdad, respeto y afecto para evitar que en lugares como la escuela o la casa se presenten factores de riesgo, como la violencia, asociados al uso de drogas.

Los padres y otros responsables de crianza son, por su cercanía, quienes en primer lugar pueden detectar el uso y abuso de sustancias; de ahí la importancia de conocer los efectos que producen éstas en el organismo.

Si se sospecha que algún integrante de la familia usa drogas, es importante asegurarse de ello y solicitar ayuda profesional. Es indispensable mantener la calma y, de manera honesta y abierta, comentar el hecho con la familia, para que juntos busquen la orientación necesaria.

Los factores de riesgo para el consumo de drogas son variados e implican algunas formas de relación entre los miembros de la familia. En familias en donde uno o ambos progenitores usan sustancias, existe violencia u otros problemas familiares o escolares, aumentan los riesgos para que los menores de edad inicien con el consumo.

Diversas investigaciones han demostrado que las familias en las que se brinda amor, se enseñan valores, se promueven normas y límites, se establece una comunicación adecuada y se fortalece el apego a la escuela, cuentan con mejores defensas ante el uso de drogas. La incorporación de factores de protección a la

vida diaria es un objetivo que requiere trabajo constante por parte de los padres e hijos: el reconocimiento de dudas, temores y habilidades, la obtención de información y la comunicación constante son elementos indispensables en la prevención.

Aunque las familias son la base para generar acciones preventivas, también se requiere de la colaboración de otras personas en esta tarea; los esfuerzos conjuntos del Estado y la sociedad contribuyen a contrarrestar la oferta y demanda de drogas.

En México, el consumo de drogas es una realidad que impacta primordialmente a los adolescentes. Conocer las características del empleo de sustancias permite identificar cómo se presenta en nuestras comunidades y familias, facilita la planeación de intervenciones acordes a la edad, género, contexto y patrones de consumo de los afectados (Capo, 2011).

**Las drogas no deben ser un obstáculo
en el desarrollo personal: el amor, la
información y la prevención son las
herramientas que la sociedad
necesita para vencer a las adicciones.**

FSRG

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE TALLER

*“La adolescencia no es una infancia que explota
ni tampoco es una tierra de nadie. Es el tiempo del
nacimiento a sí mismo para los chicos.
P. Galimard 1993. (Tagliaferro, 2016)*

“CONOCIENDO Y COMPRENDIENDO A TU HIJO ADOLESCENTE” “TU ADOLESCENTE Y LA AUTOESTIMA”

1. PROPÓSITO DEL TALLER

Propuesta de Taller dirigido a Padres de Adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas, que busca favorecer un cambio de actitud; mejorar la comunicación, incrementar la autoestima y comprensión para generar un mejor ambiente familiar y un sistema de vida sano, nutricional con un clima de apoyo, empatía y tolerancia a través de la comunicación asertiva, que funja como Factor de Protección contra el inicio del consumo si aún no se ha presentado, y si ya está instaurado, permita disminuir o eliminar éste, propiciando convivir mejor y disfrutar de ésta etapa.

Se sugiere preferentemente enfocarlo a padres con hijos que cursen los dos últimos ciclos de primaria, la secundaria e incluso, preparatoria.

INTRODUCCIÓN

La vida moderna y la tecnología han traído nuevas formas de comportamiento que se manifiestan en maneras de expresarse ante las exigencias, los retos, la necesidad y los cambios. Las experiencias de vida actuales difieren mucho con lo que ocurría hace unas décadas. Las generaciones han cambiado y la adolescencia, como segunda etapa formativa, lo ha hecho drásticamente, junto con ello también la estructura de la familia, en la que los logros de la mujer en cuestión de género la han colocado en roles que hace años estaban restringidos a los varones, llegando a ser, en ocasiones, sancionadas moralmente por renunciar “a su lugar” en el hogar, junto con la pareja y sus hijos, sin embargo, son las mujeres las más atentas y cercanas están al tratamiento de sus hijos usuarios. Así las familias actuales juegan roles diferentes, con padres ausentes gran parte del día por motivos laborales, quedando los hijos más tiempo solos, en el mejor de los casos, acompañados por la televisión o el internet (cuando tienen acceso y con los riesgos que implica), sino en compañía de amigos, a veces con influencias nocivas. Tenemos a los hijos fuera del control de los padres y a éstos trabajando en ocasiones jornadas extensas, lo que limita su comunicación y el intercambio afectivo, pudiendo traer como consecuencia el inicio en el consumo de drogas, legales al principio, pasando a veces con frecuencia a las drogas ilegales, quedando los padres al margen con sentimientos de impotencia, enojo y frustración, manifestados en culpa o violencia.

Estudios empíricos, muestran que cuando la relación entre los subsistemas paterno filial no es buena, la probabilidad de que el adolescente consuma drogas es mayor que cuando la relación y la expresión de afectos es basada en la comunicación y la confianza (Fernández C., 2006).

La familia es el primer grupo socializador, forma a los hijos en su estado emocional, psicológico, social y físico. Las figuras paternas son así un elemento básico de socialización, que preparan al individuo para integrarse coherente y congruentemente al grupo social secundario, es decir, a la sociedad. Por otro lado, el estilo de crianza y tipo de familia conforman un factor predictivo inicial en la

conducta del sujeto. La influencia de los padres es trascendente en la infancia y la adolescencia, etapas en que la relación normalmente intensa va disminuyendo de forma gradual y se va inclinando hacia otro tipo de redes sociales (Becoña, 2002).

Son muchos y variados los estudios realizados en el sentido de saber cómo influye la familia en la prevención y en la superación del uso de drogas cuando ya se ha presentado; es posible decir que los factores familiares son de gran relevancia, por incidir directamente como factores de riesgo o protección hacia el consumo de drogas (Fernández C., 2006).

Se ha encontrado que cuando los amigos del adolescente consumen drogas y se mantienen lazos afectivos fuertes la probabilidad de que éste también las consuma se incrementa debido a los intensos vínculos de solidaridad y lealtad que se dan al interior del grupo de iguales, tanto en contexto escolar como en el comunitario; y por el contrario, la toma de decisiones asertiva y fuertes vínculos familiares disminuyen esa probabilidad.

Por lo anterior, una alternativa que puede resultar de utilidad a los padres, cuidadores y demás familiares de usuarios de droga, sin importar el grado en el que se encuentren estos, es participar en el taller que se propone, ya que la experiencia clínica ha mostrado que en la medida que se involucran en la problemática del paciente adicto, modificando su propia conducta respecto al usuario, las posibilidades de recuperación son mayores (Medina -Mora, 2003).

MARCO TEÓRICO

El fenómeno del consumo de drogas es abordado como problema de salud tanto en su génesis como en su tratamiento e intervienen múltiples elementos (OMS, 2005).

La atención a los padres, tutores o cuidadores de los adolescentes usuarios de drogas puede tener gran relevancia e impacto favorables; la participación activa de los familiares siendo la mayoría de las veces la madre, como factor de cambio en la conducta adictiva de los usuarios, puede manifestarse en la eliminación o la

disminución del uso de sustancias, además de otros cambios positivos en la dinámica familiar, es decir; los familiares pueden colaborar como promotores de modificación de conducta a través de su participación en “Talleres psicoeducativos”. El marco teórico en que se basa este proyecto refiere al abordaje cognitivo conductual básicamente, la Teoría Cognitiva Conductual contra las adicciones de Beck (1960), porque permite intervenciones propositivamente directivas considerando los procesos de aprendizaje y modificación de conducta. Así también, la Teoría del desarrollo (Piaget, 1980) y aportes de otras corrientes del pensamiento como es el caso de Teoría de la Conducta Manifiesta, la cual es consecuencia de diferentes factores entre los que figuran rasgos de personalidad (Mussen, 1990), además, del Aprendizaje Social (Bandura, 1976), este considera el modelamiento y aprendizaje por imitación que se da en el ámbito familiar.

Sin embargo, cuando el consumo de drogas ha aparecido en cualquiera de sus grados: experimental, ocasional, funcional o aún disfuncional, los padres como familiares más cercanos son quienes deben participar en la recuperación del hijo consumidor de drogas, sean estas legales o ilegales, de forma que su inclusión en el tratamiento integral puede marcar la diferencia entre el consumo y la abstinencia del uso de sustancias.

Algunos puntos que los padres deben considerar para la prevención del consumo de drogas y que además pueden ser adecuados cuando ya uno de los miembros es consumidor, son los siguientes (Capo, 2011).

- Estar informados acerca del consumo de drogas y sus consecuencias.
- Potenciar valores, actitudes y estilos de vida sanos actuando como modelos.
- Participar en actividades sociales para la integración sana de los hijos al contexto social.
- Promover la comunicación sana, directa y asertiva.
- Interesar por las ocupaciones y en qué emplean su tiempo libre los hijos.
- Favorecer un clima de apoyo.

Para lograr cambios en el campo de las adicciones es necesario abordar el problema de forma multidisciplinaria; en este caso, el estudio se centra en el trabajo que se hace con los familiares como Promotores de cambio (Becoña, 2005), así como los patrones de relación que se dan entre padres e hijos usuarios (Castellanos, 1986).

Actualmente existe una cantidad de investigaciones sobre grupos específicos y su vinculación con el uso de drogas, entre los que se consideran Poblaciones Cautivas como Estudiantes (Medina-Mora, 1991), Grupos en Condición de calle y Prostitutas (Rodríguez, 2010). Los estudios sobre intervenciones con familias no han sido muy desarrollados en México, pero sí en España y los Estados Unidos, los que hacen referencia al grupo familiar del individuo, particularmente los padres, además, consideran el ciclo vital de la familia e identifican las formas de trato y relación entre padres e hijos (Estrada, 1995), formas de comunicación y negociación, identificación de ideas y pensamientos irracionales (Ellis, 1980), manejo de duelos y pérdidas (Ross, 1995), entendimiento de la adolescencia como etapa de la vida (Aberastury, 2007) y desde luego, el entendimiento del fenómeno del uso de drogas.

RELEVANCIA DE LA PROPUESTA DEL TALLER

La presente propuesta de trabajo surge de la necesidad de brindar a los familiares de los adolescentes consumidores de drogas una actividad de apoyo que se ubica entre la orientación y el tratamiento sin pretender ser una terapia grupal, pero sí una herramienta para quienes estando junto al usuario, carecen de los recursos para entender el problema en su contexto tanto familiar, social e individual, con temas que abarcan lo básico y facilitan la comprensión del fenómeno.

Así, la relevancia de la aplicación del taller estriba en favorecer el cambio de actitud de los familiares ante el problema, considerando lo que se sabe, se cree, se siente y se actúa, para enfrentar juntos, como familia, este fenómeno de nuestro tiempo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué opciones viables tienen los Padres de usuarios de drogas para su involucración en el enfrentamiento y resolución del consumo, en apoyo a sus hijos?

Se propone desarrollar un taller dirigido a Padres de usuarios de sustancias psicoactivas para favorecer cambios de actitud.

OBJETIVO GENERAL DEL TALLER

Promover un cambio de actitud en los padres ante el problema del consumo de sustancias psicoactivas en el adolescente, propiciando el análisis, la reflexión, la expresión de pensamientos y sentimientos, así, favoreciendo el conocimiento, la aceptación y valoración positiva de su hijo, propiciando y construyendo condiciones favorables dentro de la familia para conductas asertivas que posibiliten la comprensión, la buena interacción y mejorar la relación. Esto, proporcionando a los participantes una serie de actividades y la exposición de temas básicos relacionados con la familia, el desarrollo del adolescente y las adicciones creando un entorno que brinde modelos sociales positivos que brinden la oportunidad a la familia el enfrentamiento asertivo del problema con valores éticos y sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TALLER

1. Conocer cómo es la relación de los padres con el usuario en el contexto familiar afectivo y conductual.
2. Explorar los conocimientos de conceptos que poseen los familiares acerca de los temas básicos antes y después de la aplicación del Taller, con el interés de observar si hubo cambios en la actitud respecto al problema del consumo en su adolescente.
3. Favorecer cambios de actitud en los familiares mediante psicoeducación específica en busca de sensibilizar a los participantes ante el afecto familiar, aumentar la autoestima y asertividad en padres y adolescentes

abordando temáticas que sirvan de base para que los padres comprendan el desarrollo físico y emocional del adolescente, que atañen e inciden en la dinámica familiar y social. Conocer las características de la adolescencia para comprenderla.

4. Explicar cómo la familia y los estilos de crianza pueden intervenir en el desarrollo emocional y social del adolescente.
5. Establecer los factores de Riesgo y Protección que inciden en el inicio de una adicción.
6. Conocer el concepto y principales las características de las adicciones que afectan a la juventud y sus consecuencias.
7. Ofrecer un espacio para la reflexión donde los padres puedan expresar sus preocupaciones y experiencias personales, redirigir y mejorar el rol de educadores de sus hijos.
8. Contribuir con los padres en el proceso de formación y desarrollo de competencias básicas de convivencia en la familia y para la vida en sociedad para sus hijos. Respaldar y apoyar a los padres en el proceso de retomar el papel como educadores principales.

JUSTIFICACIÓN DEL TALLER

La familia se ha concebido como el espacio que nutre, forma, socializa y sostiene todo ser humano especialmente al adolescente; puede a través de los estilos parentales de crianza generar personas productivas, exitosas y felices, o resentidas con la vida.

Por un lado, la adolescencia se concibe como el periodo de vida más complicado por el que pasa todo ser humano, esto se debe a la gran cantidad de cambios en lo emocional, hormonal, físico, creativo, social, psicológico, etcétera por lo que es necesario, tenerlo en cuenta para comprender y alentar a los jóvenes. Por otro lado, las adicciones son un Jinete del Apocalipsis que acecha, persigue y atrae a nuestros adolescentes más vulnerables, robándoles la felicidad, la salud y la oportunidad de una vida mejor, trayendo un duelo, gran tristeza y dolor a la familia.

Contemplando lo anterior, la justificación de éste taller es hacer conciencia de las situaciones que afectan el desarrollo sano del adolescente y no han sido consideradas en familia, buscando oportunidades de generar la aceptación y la comprensión por medio de conocimiento, amor, afecto familiar, autoestima y asertividad.

El fenómeno del uso de drogas con fines llamados recreativos es un problema de salud a nivel mundial en el que México pasó de ser un país de tráfico a ser uno de consumo, con incremento progresivo año tras año (ENA, 2008), con diversificación en las sustancias de consumo, y consumidores poli usuarios: además y el consumo se complica con el distanciamiento entre padres e hijos. Actualmente el consumo de drogas se registra a edades más tempranas, las razones son muy diversas y se derivan de factores tanto internos como externos (CU, 2008).

La investigación internacional sobre los modelos explicativos ha contribuido a la identificación de algunos factores asociados, siendo dos de los más relevantes, por un lado la familia y por el otro la influencia de los padres (Becoña I., 2002; Castellanos, 1986).

La familia como base de la sociedad sigue teniendo vigencia, ha evolucionado como grupo y continua siendo el referente obligado para la perpetuación de normas, valores y la construcción del individuo, al tiempo, incide en su propia sobrevivencia; en ella, a los padres les corresponde encausar a los hijos, sin embargo, a veces son factor de riesgo que junto con muchos más a nivel social y los propios del sujeto llegan a favorecer el uso de drogas. Precisamente son los padres y demás familiares quienes, ante la sospecha o existencia de consumo de sus hijos, deben involucrarse en la solución, reconociéndolo como un problema familiar.

Rodríguez Kuri y Cols. (2006) han reportado que la presencia de fuertes vínculos con la familia es de los factores protectores más importantes y poderosos. De igual forma, señala que las actitudes y conductas paternas hacia el uso de drogas, el manejo conductual, la calidad y consistencia de la comunicación tienen un papel importante en la probabilidad y evitación del uso de drogas en los hijos.

Por todo lo anteriormente expuesto, se propone realizar un taller que resalte la paterna en la rehabilitación de los adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas.

MÉTODO

El Taller está diseñado para realizarse durante diez sesiones con duración de dos horas y media de las 9:00 a las 11:30 a.m. cada una. Se sugiere dirigirlo a padres con hijos que cursen los últimos dos ciclos de primaria, todos los grados de secundaria e incluso en Preparatoria.

Dirigido a Padres de familia con hijos adolescentes en riesgo o que consuman sustancias psicoactivas, con el interés en fomentar conocimientos y condiciones que les permitan comprender el desarrollo de sus hijos, apoyarlos asertivamente para prevenir, disminuir el consumo, e incluso disfrutar de ésta etapa de la vida.

El Taller está basado en la aplicación de dinámicas de integración grupales que generan confianza y en brindar información de los temas básicos relativos a la problemática, manejados de manera comprensible sin emplear tecnicismos con datos generales para homogenizar el grado de sencillez-complejidad en las exposiciones.

El Taller tendrá una evaluación pre y post para poder estimar sus logros y limitaciones; puede tener alcances como:

- Que los profesionales dedicados a esta área promuevan convencidos y convincentes la formación de grupos de familiares en las escuelas u otros ámbitos.
- Que se amplíen las posibles temáticas de intervención con los familiares.

Para evaluar el Taller se aplicará un cuestionario semiestructurado individual en la primera sesión que pueda dar cuenta del estado subjetivo del familiar en cuanto a su saber, su sentir y su actuar respecto a la condición de su familiar, al final de las diez sesiones se aplicará la misma entrevista para conocer comparativamente si se dieron cambios y en qué áreas, en el supuesto de que

tales existan (ver Anexo A), además de una guía de entrevista final en la sesión diez (Ver Anexo B).

Se considera viable la aplicación y desarrollo de esta propuesta toda vez que:

- Se cuenta con una base teórica ampliable y metodológica que sustenta el trabajo con familiares usuarios de drogas.
- Existen condiciones de infraestructura y de grupos para su aplicación.

Esta metodología es fundamentalmente participativa y dinámica. El facilitador propiciará un clima de confianza, favoreciendo el trabajo desde las experiencias personales relacionadas a los temas fomentando nuevos conocimientos y mejores conductas familiarmente.

La técnica a utilizar consistirá en la participación activa de todos los asistentes en las sesiones de trabajo, al compartir y discutir ideas, observaciones, reflexiones, experiencias y casos que se revisen durante el taller. Una bondad de esta técnica es su carácter dinámico y vivencial que promueve la interacción entre todos los participantes.

MATERIAL Y RECURSOS

- Salón de usos múltiples.
- Sillas dispuestas en herradura.
- Mesa de trabajo para doce personas.
- Pizarrón blanco.
- T.V.
- Laptop.
- Proyector.
- Memoria con presentaciones en power point y algunas melodías.
- Cuestionarios y Material de lectura impreso con los temas,
- Material diverso de papelería como hojas carta bond, marcadores de colores, tarjetas, lápices, bolígrafos.

Las condiciones de iluminación, ventilación y confort deberán ser lo suficientemente adecuadas para cada una de las **sesiones**, a razón de una por semana, procurando evitar variaciones importantes que rompan en encuadre.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tendrán todas las consideraciones éticas y de respeto a los participantes, a quienes se les pedirá su consentimiento informado firmado para participar (Ver Anexo C).

POBLACIÓN.

Los participantes a quienes está dirigido el Taller serán principalmente padres y familiares de alumnos previamente derivados por los psicólogos del Centro Educativo. El número total por grupo no rebasará los doce familiares, siendo un número manejable. No se harán distinciones en relación a sexo, ocupación, grado escolar o estado civil.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN.

Principalmente está dirigido a los padres, pero podrán incluirse familiares de los adolescentes usuarios de sustancias, como, abuelos, tíos cercanos y/o hermanos mayores de edad. Se considerará y valorará la posible participación de novias o novios. Se excluirá a quienes no sean familiares cercanos o a quienes presenten daño orgánico u otra condición que resulte disruptiva para el desarrollo del Taller.

PROCEDIMIENTO

Engarzar la Teoría referente a temas como familia, adolescencia, aprendizaje, consumo de drogas y otros más, hacerlos asequibles a la población involucrada es la expectativa de esta propuesta, procurando llevar su aplicabilidad al terreno concreto de la vida e interacción diaria entre padres y usuarios, a través de diez temáticas: el consumo de drogas como problema de salud mental, familia como grupo social primario, adolescencia, comunicación, autoestima, asertividad, codependencia, comorbilidad, duelos y pérdidas,.

Los contenidos de los temas antes señalados se ajustan al contexto y a la dinámica de las familias participantes, se incluirá de forma emergente algún tema que por situación específica de algún participante resulte pertinente abordar, a modo de contención y apoyo (duelos y pérdidas) además de considerarse este tema como una realidad ineludible. Así pues, se propone trabajar con un grupo de familiares de pacientes usuarios de droga detectados en el ambiente escolar y posteriormente serán canalizados para su atención en consulta externa en un Centro de tratamiento. El grupo permanecerá abierto hasta la tercera sesión después de la cual ya no se permitirá el ingreso de ningún nuevo participante.

Para el adecuado desarrollo del Taller, se establecerá el encuadre por parte del facilitador, quién incluirá acuerdos de día u hora de los encuentros, número de estos, tolerancia para llegar, respeto a las participaciones de los demás y hacer uso de la palabra en orden.

Se aplicara en la primera sesión un pre test indagando acerca del saber, sentir y actuar frente al uso de sustancias psicoactivas; posteriormente en el transcurso del taller se expondrá el contenido de temas básicos orientado al cambio de actitud y de conducta en la relación cotidiana con sus adolescentes adictos. Valorando a través de la aplicación del test nuevamente (ahora como post test) los resultados obtenidos en la relación Padres e Hijos después que han recibido la información psicoeducativa del Taller. Se revisará si las expectativas se cumplieron, en qué manera y en cuales aspectos.

2. PROGRAMA DEL TALLER. SESIONES 1 A 10.

SESIÓN 1

EL CONSUMO DE DROGAS COMO PROBLEMA DE SALUD

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad uno de los temas más recurrentes entre los medios de comunicación masiva, así como, entre la “vox populi”, es decir, pláticas informales de gente común, conocidos o familiares, es el narcotráfico y el combate al consumo de drogas ilegales. Desde aquí tenemos un sesgo ya que casi en su totalidad en este tipo de comunicados se hace referencia a las sustancias de tipo ilegal, tales como la marihuana, cocaína, piedra o crack, drogas sintéticas y de diseño, o de uso industrial como los solventes inhalables, pero casi nunca se mencionan las sustancias de curso legal, permitidas, toleradas como lo son el tabaco y el alcohol (Fernández, 2007)

Si bien es cierto que se generan muchos datos diariamente, no todos deben considerarse información, lo que llega al lector o televidente es parcial y fragmentado, de ahí que los conceptos no siempre sean exactos o incluso, hasta sean erróneos. Como consecuencia, cuando se habla de consumidores de droga se hace comúnmente con calificativos inexactos y hasta peyorativos, ocurriendo algo semejante con el fenómeno, es decir, con el consumo de drogas. Es así que, gran parte de la población incluyendo sectores culturales (profesionistas de la salud, los maestros, personas con un alto nivel educativo) aunque no expertos en el tema, entienden al consumo de drogas como un vicio. Gente denomina al uso de sustancias como vicio, “problema”, “escape”, “delito” y hasta “pecado”, si algo se entiende mal, se aborda mal. Cayendo en inexactitudes.

Un vicio es aquel hábito o práctica que se considera inmoral, depravado o degradante en una sociedad. Con menos frecuencia la palabra puede referirse a

una falta, un defecto o un mal hábito, pero en ningún momento se hace referencia a enfermedad, nuestro interés es que la gente adquiriera como concepto, el consumo de sustancias psicoactivas o drogas, como problema de salud.

En general, la población considera al uso de drogas como vicio y desde esa concepción da el trato al adolescente consumidor, por lo que es necesario se conozca y entienda como un problema de salud, específicamente de salud mental de acuerdo al comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia (OMS, 2005) por lo que los usuarios piensan, creen, sienten, valoran e interpretan de sí mismos, de su familia, de su entorno, de su presente, de su pasado y de su futuro, por el significado que le dan, aún desde antes de su consumo.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres visualizarán el consumo de drogas como problema de salud y no como un vicio, así valorarán a su adolescente como una persona enferma y no como un vicioso.

CONTENIDOS

- a) Concepto de farmacodependencia (uso, abuso y dependencia)
- b) ¿Qué es una droga?
- c) El uso de drogas como problema de salud mental emocional.
- d) Algunas Sustancias psicoactivas y consecuencias de su consumo.

TÉCNICA

- Lluvia de ideas, promoviendo la participación activa de los asistentes.
- Expositiva
- Audiovisual

SESIÓN 2

LA FAMILIA COMO GRUPO SOCIAL PRIMARIO

JUSTIFICACIÓN

El ser humano se ha caracterizado siempre por pertenecer a una especie gregaria, es decir, permanecer toda su vida en sociedad, pero principalmente, al grupo social primario: La familia. Todos tenemos una familia de origen y en cierta etapa de la vida, formamos una nueva familia, siendo así, el eje formador sobre el que gira el individuo y su desarrollo.

Pese a pertenecer todos los individuos a una familia, no siempre se tiene una idea aproximada, clara de lo que es, representa, significa, ni de sus funciones. Siguiendo al autor Estrada, L., (1995), diremos que la familia es “el conjunto de personas que cohabitan bajo un mismo techo, unidos por lazos consanguíneos, con roles diferenciados con fuertes sentimientos de amor. La familia es el grupo socializador que incorpora los primeros modelos a imitar y en donde se adquieren los aprendizajes básicos, se marcan las reglas, los límites, las normas facilitadoras de convivencia sana en los grupos secundarios como la escuela, grupos de coetáneos o laborales, etc.; la familia crea, construye y es formadora de sujetos “sanos” integrados a la sociedad, siempre y cuando las condiciones se presentan de acuerdo a lo que los teóricos de la familia definen como adecuadas: roles definidos de los subsistemas, nivel de comunicación, involucración entre miembros, ejercicio de normas, límites y reglas, una dosis de cariño, amor y comprensión entre todos, sobre todo de padres a hijos pero cuando no se cumplen estas condiciones adecuadas y los padres como responsables de la formación y crianza de los hijos, no saben, no pueden o no están, la familia con frecuencia pasa de ser formadora a agente de deformación o Factor de riesgo, creando sujetos (niños, adolescentes o adultos) tristes, frustrados, inconformes, rebeldes, inadaptados que buscan principalmente durante la adolescencia experimentar sensaciones placenteras, orientándose en ocasiones al uso inicialmente experimental y luego crónico de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol.

Cuando los Padres comprenden el concepto de familia y su importancia, asumen de forma constructiva el ejercicio de su papel y de los diferentes subsistemas de su grupo familiar; se relacionan empáticamente con sus hijos, se comunican de forma clara, afectiva y efectiva, marcan límites, normas, reglas, y aun así, no se garantiza que no se presente el consumo de drogas en los miembros, pero si se reduce significativamente la probabilidad de que ocurra. Hablarles a los Padres de “*Familia*” con frecuencia es hablarles de un tema nuevo y desconocido.

OBJETIVO GENERAL

Que los Padres conozcan algunas definiciones, funciones, estilos de crianza, influencias como posibles Factores de Riesgo o Protección y variables que son propias de la familia como el grupo social primario que incide en el desarrollo y la construcción de una familia nutricia.

CONTENIDOS

La Familia

- a) Definición
- b) Funciones
- c) Estilos de Crianza
- d) Influencias (Factores de Riesgo o Protección)
- e) Variables

TÉCNICA

- Lluvia de ideas.
- Expositiva
- Audiovisual.

SESIÓN 3

LA ADOLESCENCIA

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia marca una crisis entendida esta como cambio en la forma de pensar, sentir y actuar, es una época de cambios, modificación de carácter, nuevos intereses, identificación, búsqueda, exploración, ampliación de horizontes sociales, nuevas actividades (Horrocks, 2001) más libertad, ruptura de límites, mayor distanciamiento de los padres pero también de rebeldía, desafío, confrontación (Aberastury, 2007) y desafortunadamente en algunos casos, de contacto con las drogas.

El uso, abuso y dependencia a sustancias es un problema de salud pública y de salud mental (OMS, 2005), actualmente extendido a todos los sectores poblacionales a nivel mundial, México, no es la excepción, un sector de la población de mayor incidencia y prevalencia son los adolescentes (ENCODAT, 2018).

Según **A. Gesell, (1990)** las características de los individuos de los diez a los diez y seis son las siguientes: Confirman y ratifican los cambios producidos en la niñez, pero se inicia el pensamiento adolescente, de los intereses por el hogar y la familia pasa a manifestar mayor interés por la relación con los amigos, surgen problemas en las relaciones familiares, cada vez muestra más la individualidad y el deseo de independencia; es tiempo de desequilibrio y nuevos intereses, añadiendo elementos para la integración de la personalidad

Hacia los quince años los conflictos con la familia han aumentado, así como el espíritu de independencia y se fortalece la tendencia de agrupación con los amigos, se tienen emociones y sentimientos opuestos en breves periodos de tiempo, a los diez y seis las experiencias socializadoras son más extensas y con frecuencia las relaciones familiares se descuidan cada vez más (Ibid).

Freud (1905), postula que la conducta está determinada por eventos, impulsos, deseos, motivos o conflictos originados en la mente, es decir, fenómenos intrapsíquicos manifiestos, creando la pulsión de actuar ante ellos. Según la teoría freudiana, el adolescente debe negar las relaciones inmaduras con sus padres, auto valorarse y aprender de las nuevas experiencias adultas. El origen de los problemas emocionales con repercusión conductual se encentra en la infancia, ya sea por necesidades insatisfechas, frustraciones emocionales, conflictos y experiencias atípicas de acuerdo a lo socialmente esperado, en la primera y principios de la segunda década de vida (**Freud, 1978**).

El adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y de toda la sociedad. Es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en el que actúa. La dinámica de las sociedades urbanas industrializadas y globalizadas proyecta sus propias fallas y decadencias en lo que llamamos desmanes de juventud, a la que responsabiliza de la delincuencia, las adicciones a las drogas, la prostitución, etc. (**Aberastury, 2007**).

Los adolescentes en nuestro contexto inmediato en las escuelas de nivel medio, nivel medio superior y en las calles, se perciben desmotivados, carentes de esperanza, poco críticos, imitadores más que propositivos, con familiares que mínimamente consumen tabaco, alcohol y frecuentemente drogas ilegales; otros más no tienen la oportunidad de estudiar por carencias económicas, pertenecientes a familias de bajos niveles socioeconómicos, culturales y educativos, sin modelos sólidos que los impulsen a la construcción productiva de sus vidas, viviendo el día a día sin un proyecto de vida, más por impulso que por razonamiento, en medio de narco puntos de venta, teniendo como escenografía inmediata otros jóvenes consumidores de sustancias, por supuesto no se puede generalizar (*Ibid*).

Considerando lo anterior, es importante que los Padres de familia se aproximen al conocimiento de sus hijos desde la perspectiva del desarrollo de la adolescencia,

para que con cambios en su esquema conceptual miren de forma diferente a su joven usuario de drogas, tener un acercamiento diferente y objetivo sin perder la calidez.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres identificarán las principales características de la adolescencia como etapa crítica de cambio en el desarrollo humano para la mejor y mayor comprensión del proceso que vive el usuario, así como su vinculación con el uso de drogas.

CONTENIDOS

- a) Cambios físicos
- b) Cambios emocionales.
- c) Cambios sociales.

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas, promoviendo la participación activa de los asistentes.
- Expositiva
- Audiovisual

SESIÓN 4

COMUNICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La Comunicación vincula los miembros de la familia. Comunicar es más que expresar palabras, ideas y sentimientos; en casos como en las familias de los usuarios de droga, la forma de relacionarse va más por la transmisión de órdenes, instrucciones, exigencias, reclamos y quejas; la comunicación debe ser de modo diferente, de forma que aproxime a una relación positiva y constructiva.

De acuerdo a Antonio Pasquali (2009) la comunicación ocurre cuando hay “interacción recíproca entre los dos polos de la estructura relacional (Transmisor-Receptor)”, en la que todo transmisor puede ser receptor, todo receptor puede ser transmisor. “Es la correspondencia de mensajes con posibilidad de retorno entre polos igualmente dotados del máximo coeficiente de comunicabilidad” (entre personas). Los únicos entes capaces de presentar comportamientos comunicacionales y sociales, de transmitir y recibir intelectual y sensorialmente son los seres racionales (los seres humanos) que poseen lo que este autor denominó el “con-saber” de la presencia de ambos para que surja la comunicación; interactúan simétricamente, acondicionando la voluntad de entendimiento mutuo, que se denomina diálogo.

Para Frank Dance (1973), Comunicación es el “estudio de la teoría y principios del origen, emisión, recepción e interpretación de mensajes” independientemente de la cantidad y de la calidad de mensajes emitidos. La comunicación es así un componente indisoluble de la naturaleza humana, tiene su expresión y principal aprendizaje en la Familia.

Es de vital importancia el estilo de comunicación utilizado ya que orientará la relación de vínculo. La experiencia con familias de adolescentes usuarios, indica que la comunicación no es adecuada, ejerciendo formas impositivas, que no permiten un auténtico intercambio de ideas, sentimientos y emociones; enfatiza la

deficiencia en la expresión de afecto de los padres hacia sus hijos, interactuando así. No sólo se da comunicación verbal sino con más frecuencia la no verbal a través de miradas, gestos, movimientos o posturas corporales; cuando los padres logran identificar la forma en que habitualmente se dirigen a sus hijos usuarios de drogas, cambiando el estilo hostil, agresivo y estigmatizado por otro que incluye el componente afectivo, la expresión desinhibida, libre y espontánea de sentimientos amorosos, protectores en los mensajes, incluidas órdenes, señalamientos, restricciones, permisos, reglas, límites y toda interacción, al ser concientizada se convierte en factor de cambio en la actitud y conducta familiar. Es durante la adolescencia que se dan las desavenencias, con reclamos, exigencias, desacuerdos, inconformidades, discusiones, llegando a veces hasta al desafío y la agresión, por lo que es necesario trabajar la negociación y los acuerdos.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres identificarán los estilos de comunicación disfuncionales utilizados en su ámbito familiar y sus repercusiones, modificándolos por otros más adecuados que incluyan la expresión de los afectos, la negociación y el acuerdo.

CONTENIDOS

- a) ¿Qué es la comunicación?
- b) Tipos de Comunicación
- c) Elementos de la Comunicación

TÉCNICA

- Lluvia de ideas.
- Expositiva
- Técnicas grupales de comunicación.

SESIÓN 5

AUTOESTIMA

JUSTIFICACIÓN

Abordaremos el tema de Autoestima, considerando el concepto más allá de lo coloquial como “tú vales mucho”, “eres importante”, “eres lo máximo”, “nadie como tú” o “échale ganas” que pueden ser expresiones bien intencionadas pero huecas que no transmiten un concepto claro, quien las recibe es depositario temporal del calificativo, que deja de tener vigencia cuando termina su locución (Castellanos, 1986). No solo los usuarios de drogas, sino toda persona, es importante contar y mantener un grado alto de autoestima, entendida como “el grado de amor por uno mismo” dice el diccionario de la Real Lengua Española: “Valoración generalmente positiva de sí mismo”, se refiere al grado en el cual una persona se agrada y acepta o aprueba a sí misma, qué tan valiosa se considera (Gross, 2004), por su parte Coopersmith (1967) la definió como “el juicio de valor personal que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo”; y mencionando a Maslow (1943) y su pirámide de necesidades en que privilegia la estima y autorrealización.

Cobra importancia la forma que los adolescentes y en especial los consumidores asumen o entienden su autoestima. Para alcanzar una Autoestima alta el individuo habrá que pasar por diferentes etapas, como se describe a continuación:

- Autoimagen: Un conflicto que enfrentan los adolescentes es no aceptación de su imagen corporal, mostrando disgusto por una o varias características, desde el tono de piel hasta el cabello pasando por todas y cada una de las partes del cuerpo creando como se decía, un conflicto personal. Habrá que trabajar para que reparen en este aspecto.
- Autoconocimiento: Es relevante que las personas identifiquen “aquellas características internas que los constituyen” tanto positivas como negativas

enfaticando las primeras, promoviéndolas y las segundas modificándolas. Resaltar lo que sé de mí, y descubrir lo que no sé de mí.

- Autoconcepto: Es entenderse a uno mismo como alguien realmente valioso, realmente importante, realmente seguro, realmente capaz, reconocer la auto eficiencia, con un auto respeto auténtico que lleve a la persona, al adolescente a saber, entender, sentir y actuar de forma que se dé el autocuidado y evitación de riesgos. Es trabajar “lo que creo de mí”. El auto concepto tiene otro componente; el sí mismo ideal y por regla general, entre mayor distancia haya entre la autoimagen y el sí mismo ideal, menor será la autoestima (Ibid).

Los Padres de los usuarios debido a la experiencia empírica acumulada, generalmente no tienen una autoestima alta y tampoco la fomentan en sus hijos.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres comprenderán la importancia de la Autoestima con información que les permita iniciar un cambio favorecedor que la incremente en ellos mismos y en los usuarios de drogas, de modo que reconozcan la importancia de sí mismos como individuos.

CONTENIDOS

- a) ¿Qué es la autoestima?
- b) Pasos para lograr una alta autoestima

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas.
- Expositiva
- Roll playing

SESIÓN 6

ASERTIVIDAD

JUSTIFICACIÓN

La palabra *Asertividad*, proviene del latín *assertus*, certeza, se ha integrado al vocabulario como acertado, aunque su definición de acuerdo a [Bach y Forés \(2008\)](#) es *“forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia”*. Estas autoras mencionan que es un estilo de comunicación que ejerce predominantemente los derechos de las personas, colocado en medio de otros dos; por un lado, la Agresividad, como estilo de abuso que no reconoce ni respeta los derechos de los demás y por el otro, la Pasividad o no Asertividad, estilo de comunicación de quienes permiten ser abusados en sus derechos.

Siguiendo a las autoras, la Asertividad es definida como un comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos. Es conveniente ejercer la conducta asertiva como estilo de interacción personal, un factor muy importante es actuar con convicción, determinación y sin sentimientos de culpa. La asertividad es parte de la autoconfianza y de la eficiencia.

Un Factor de riesgo para el inicio en el consumo de droga es no tener la habilidad para poder expresar lo que se piensa, cree, quiere, gusta, disgusta, molesta, siente; comunicarse implica la transmisión de ideas, pensamientos, sentimientos y emociones, con ello, parte de la estructura del sujeto al interactuar con otros, con un estilo propio que no siempre es el más adecuado y con posibles consecuencias negativas para sí, esto es, tiene dificultad para expresar lo relacionado a lo

cognitivo, emocional y conductual. La experiencia empírica ha señalado que en muchos casos, justamente la inhabilidad para decir “no”, no saber negarse y ceder a las presiones de los otros, favorece el inicio en el consumo (Ibid).

La importancia del aprendizaje de la Asertividad como habilidad social principalmente en la adolescencia, radica en la posibilidad de constituir un Factor de protección ante la influencia y presión del grupo de pares para la búsqueda de nuevas experiencias como es riesgo del uso de drogas.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres identificarán los estilos de comunicación, relación asertiva, pasiva o no asertiva y agresiva, aprendizaje vicario utilizados en familia para mejorar su práctica personal con los hijos usuarios de sustancias.

CONTENIDOS

- a) Asertividad
- b) Estilos de comunicación.
- c) Aprendizaje vicario.

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas.
- Expositiva
- Audiovisual

SESIÓN 7

CODEPENDENCIA

JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas es un fenómeno multifactorial que manifiesta diferentes circunstancias en su origen, algunos teóricos lo llaman “Factores de Riesgo” (Becoña, 2002) estos, con frecuencia se encuentran dentro de la misma casa y en la familia desafortunadamente para la mayoría de los miembros pasa inadvertido; es necesario recordar que, de acuerdo a las teorías del aprendizaje de **Skinner (1950)** y de **Bandura (1970)** aquellas conductas que reciben una retroalimentación positiva, es decir, se refuerzan en forma casi inmediata y en relación directa con la misma conducta; se repiten, se mantienen y perpetúan. En el caso del consumo de drogas, a menudo se escucha que alguna madre preparó a su hijo alcohólico cierto alimento altamente condimentado con picante como desayuno la mañana siguiente a una borrachera, o que se levantó a las tres de la mañana a abrirle la puerta a ese hijo que llegó alcoholizado y perdió las llaves, más aún, aquella madre o padre que sabiendo que su hijo es consumidor de sustancias y ha sustraído de la casa paterna objetos de valor para cambiarlos por droga o venderlos y poder seguir consumiendo, opta por dejar cierta cantidad de dinero al alcance sabiendo que lo tomará y usará para el mismo fin, con tal de que “ya no saque cosas de la casa o no robe en la calle” pensando y creyendo que de esa forma está actuando bien. Los anteriores son solo unos ejemplos entre muchos de lo que se denomina Codependencia.

La *Codependencia* se define como el estado psicológico de una persona quién se caracteriza por mostrar un interés y preocupación exagerada e inadecuada por las situaciones y problemas de otro, con quién guarda un vínculo emocional intenso. El *codependiente* se olvida de sí mismo para centrar su atención en el otro, puede ser una forma defensiva de negar lo propio para volcar la atención en el otro, desdeña las emociones personales y las únicas que importan son las del otro, en el caso específico las del usuario de sustancias; se presenta como un intento de aminorar la tensión en un grupo como la familia, tiene un efecto aparentemente

correcto en el corto plazo, pero contraproducente en el largo plazo dado que en realidad está apoyando (“facilitando”) el comportamiento adictivo del usuario de sustancias.

El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (pareja, familiar, amigo, hijo, etc.), por eso es muy común que se relacione con gente “problemática”, justamente para poder rescatarla y crear un lazo que los una; al preocuparse olvida sus propias necesidades y cuando la otra persona no responde como él espera, se frustra, deprime e intenta controlarlo aún más. Con su constante ayuda busca generar en el otro, la necesidad de su presencia y al sentirse indispensable cree que nunca lo va a abandonar. En la atención a la adicción a drogas comúnmente son la madre y a veces la novia quienes más muestran codependencia al usuario, condición que conviene se haga consciente y modifique en la medida de lo posible para el cambio en la conducta adictiva del familiar (Mellody et al., 1995).

OBJETIVO GENERAL

Los Padres reconocerán la conducta codependiente que favorece el consumo y adoptarán cambios pertinentes para evitarla.

CONTENIDOS

- a) ¿Qué es la Dependencia en general y no sólo a sustancias?
- b) ¿Qué es la Codependencia?

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas.
- Expositiva.
- Rol playing.

SESIÓN 8

COMORBILIDAD

JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias es un problema de salud, específicamente de salud mental (OMS, 1993), comúnmente se cree que es un vicio y se da un trato así, de vicio, además que una proporción de usuarios son señalados como irritables, violentos, con dificultades de aprendizaje, con problemas del estado de ánimo y otros más con conductas delictivas. Lo anterior complica la comprensión de los padres hacia su hijo agravando la situación y la convivencia familiar (Fernández, C., 2006).

Lo que ni los padres ni los usuarios saben es que con frecuencia el consumo de drogas, además de los factores identificados como precipitadores para su consumo ("Factores de riesgo"), tiene otros componentes subyacentes que pueden estar presentes desde los primeros años de vida del consumidor, convendrá identificar las patologías asociadas y/o derivadas al consumo de drogas, que conviven simultáneamente en la misma persona, esto es, habrá que identificar la comorbilidad (CIJ, 2007).

La Comorbilidad es la coexistencia de al menos dos entidades patológicas que pueden estar asociadas o derivadas una de otra y que están presentes simultáneamente en un sujeto, en este caso, el usuario de drogas.

La experiencia con grupos de padres de adolescentes usuarios ha mostrado que son reportados con problemas de conducta diversos entre los que se identifican algunos de naturaleza orgánica como el TDA, como cuando son reportados con problemas de poca tolerancia, inquietud, atención dispersa, impulsividad, depresión, problemas de conducta alimentaria o trastornos del sueño, es decir, una gama de alteraciones que se invisibilizan ante el uso de sustancias, ya que este presenta manifestaciones más notorias, conocidas e identificables, tal es el caso del usuario de alcohol, quien encuentra una forma más desinhibida de

comportarse bajo sus efectos y sin él encuentra difícil integrarse, lo que nos podría hablar de autoestima baja o incluso de rasgos o trastorno depresivo, por citar un ejemplo (Ibid).

No es raro que los usuarios hayan tenido problemas de conducta desde edades tempranas, lo que se traduce en trastorno de conducta en niños y adolescentes, así como en trastorno antisocial en adultos reflejado en el rompimiento de reglas y transgresión de las leyes; o en dificultades en el rendimiento académico por atención dispersa y no por deficiencia mental. Por la coexistencia de al menos un problema de salud junto con el problema del uso de drogas, se considera importante y necesario que los padres conozcan y puedan identificar la presencia de comorbilidad para mayor participación en el tratamiento, más cuando se requiere de la toma de algún medicamento prescrito por el médico en atención a algún problema orgánico cerebral (Medina-Mora, 1988).

OBJETIVO GENERAL

Los familiares identificarán la existencia de algún otro trastorno junto con el uso de droga en sus adolescentes para su abordaje y tratamiento en conjunto.

CONTENIDOS

- a) Consumo de drogas y comorbilidad.
- b) Principales patologías asociadas al uso de drogas.

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas, promoviendo la participación activa de los asistentes.
- Expositiva
- Audiovisual

SESIÓN 9

DUELOS Y PÉRDIDAS

JUSTIFICACIÓN

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas, algo que todos, tarde o temprano, viviremos a lo largo de la vida. Por definición, la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional con el objeto, de la propia naturaleza de la pérdida y de la forma de ser y la historia previa de cada persona.

Aunque el duelo se asocia inmediatamente a la muerte, las pérdidas pueden ser muy diversas: rupturas de pareja, cambios de domicilio, cambios de estatus profesional o económico, desempleo, procesos de enfermedad o de merma funcional, entre otros.

La psiquiatra suiza **Elisabeth Kübler-Ross** (1990), identifica cinco estadios que tienen lugar, en mayor o menor grado, siempre que se presenta una pérdida. Aunque pueden darse sucesivamente, no siempre tiene que ser así. Cada proceso, como cada persona, es único. En “Sobre la muerte y los moribundos”, delineó las cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, para describir meticulosamente los estados emocionales que las personas gravemente enfermas experimentaron comúnmente y los mecanismos de adaptación que utilizaron para dar sentido; forman parte del marco en que aprendemos a aceptar la pérdida. Son instrumentos para ayudarnos a identificar lo que puede estar sintiendo (Kübler-Ross, 1990).

Quizás el deseo de muchos padres sería que sus hijos se conservaran de forma indefinida como niños: manejables, dóciles, dependientes, que no salieran de noche, no se alejaran de su lado, pero la realidad es que los hijos crecen y lentamente se alejan, física y afectivamente, crecen y se van.

Los padres se enfrentan a diferentes duelos y pérdidas, de pronto sus hijos ya han alcanzado su talla o hasta los han rebasado, ya no se interesan como antes por la

convivencia en familia, ahora tienen sus propios intereses y preferencias: la música, las modas, la ropa, la influencia de los aparatos electrónicos, la tecnología, cortes de cabello y aplicaciones en la piel, situaciones que los padres no siempre entienden o aceptan experimentando una sensación de abandono, pérdida, soledad y no siempre se le identifica como un duelo.

Los adolescentes usuarios de sustancias al cambiar físicamente con la adolescencia, empiezan a experimentar cambios físicos, emocionales y sociales, con la consiguiente pérdida del cuerpo infantil, del interés por los juegos de la infancia y duelo por la pérdida de los padres infantiles que prodigaban seguridad y ternura.

De acuerdo a [Aberastury y Knobel \(2007\)](#), en su libro “Adolescencia Normal”, los adolescentes elaboran tres duelos: por el cuerpo infantil, la identidad y por los padres infantiles.

El duelo por el cuerpo infantil perdido consiste en que el adolescente siente sus cambios como algo externo frente a los que se encuentra como un espectador impotente de lo que está ocurriendo dentro de su organismo.

El duelo por la identidad infantil perdida, explican que durante la adolescencia se van dando cambios continuos, a través de los cuales se establece la identidad, surgen los mecanismos de negación con sus coetáneos y con sus padres, pasa por periodos de confusión. El pensamiento comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, lo que permite mayor estabilidad gracias al apoyo de los demás, con los que se identifica.

El duelo por la pérdida de los padres infantiles consiste en que el adolescente retira la confianza y atención depositada en sus progenitores de manera repentina y completa, se ve obligado a renunciar a la dependencia y no le queda más remedio que aceptar responsabilidades que le eran desconocidas; muchos pueden recurrir a la huida, en lugar de permitir una gradual separación de sus padres, la ansiedad que les provoca esta separación drástica produce un anhelo desesperado de compañía que consiguen fuera de la familia, pudiéndose dar

vínculos apasionados con personas del mismo sexo o del sexo opuesto y también se puede dar la incorporación a grupos juveniles (“pandillas”). Independientemente de la solución elegida por el adolescente, ésta lo hará sentir libre y le permitirá sentir independencia de los padres, a los que probablemente ahora trate con indiferencia (Aberastury, 2007).

Existe una clase de duelo, se refiere a las pérdidas visibles y espontáneas de personas cercanas que mueren alterando el ritmo y la dinámica de la vida, afectando la relación entre los padres y los adolescentes usuarios. Por lo anterior, se considera necesario la inclusión de una sesión de tanatología, que aborde situaciones ante las cuales no se tiene una preparación previa.

A pesar de este duelo los adolescentes siguen necesitando de la aprobación de sus padres, necesitan que éstos sigan siendo el puerto seguro al que se puedan acercar cuando necesiten palabras de aliento, su presencia física y emocional (Kübler-Ross, 1990).

Los adultos deben ser pacientes, amorosos y comprensivos con los cambios que van teniendo los jóvenes; los duelos traen necesariamente altibajos emocionales, pero también una gran oportunidad de crecimiento.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres reconocerán los cambios en los hijos y en la familia al cursar con pérdidas a lo largo del ciclo de vida, para su eventual enfrentamiento y aceptación.

CONTENIDOS

- a) -Concepto de Duelo.
- b) -Pérdidas y abandonos.

TÉCNICAS

- Lluvia de ideas.
- Expositiva y Audiovisual.

SESIÓN 10

CONCLUSIONES, EVALUACIÓN Y CIERRE

JUSTIFICACIÓN

El grupo en este momento del desarrollo del Taller habrá alcanzado una mejor comprensión del problema de su adolescente y de diferentes aspectos de la vida cotidiana en relación al uso de sustancias. A través de información nueva y variada se intentará promover modificaciones apuntadas a una forma diferente de percibir, entender y actuar ante su hijo.

En el caso de los Consumidores de drogas, de acuerdo a la Teoría de Piaget (1980) el aprendizaje no se da siempre de manera inmediata sino que pasa por diferentes momentos hasta su acomodación y afianzamiento, la información recibida por los padres habrá de tener un proceso semejante, desde la recepción hasta la asimilación, convirtiéndose esta en herramienta no sólo de enfrentamiento sino de ajuste en la relación y trato con el adolescente usuario de drogas.

Se dedicará un tiempo a los padres para que lleguen a una o varias conclusiones, que podrán ser plasmadas por escrito en la evaluación posterior a las nueve sesiones anteriores (Post test) para finalmente proceder al cierre del Taller con recursos si no nuevos, si con frecuencia olvidados.

Se abre la posibilidad de canalizar a los familiares a terapia para atender aspectos más específicos desde su propia situación, considerando que aunque existe un común denominador en todos los casos, siempre habrá particularidades de trato más privado y discreto.

OBJETIVO GENERAL

Los Padres recapitularán los temas revisados, concretarán aspectos relevantes de la información recibida y determinarán acciones a seguir en relación con los adolescentes usuarios en su familia.

CONTENIDOS

- a) Recapitulación dinámica de los temas revisados.
- b) Afianzamiento de conceptos e ideas básicas de los temas.
- c) Cierre y despedida.

TÉCNICAS

-Expositiva.

-Lluvia de ideas.

-Técnica grupal de cierre.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Taller propuesto se considera como una opción viable, inmediata y económica de incidir en la dinámica familiar en donde se encuentra un adolescente usuario de drogas.

En las familias, con frecuencia no se tiene una idea clara del problema, no se sabe cómo tratar al usuario, no se tienen definidos los límites, normas y reglas, la comunicación utilizada cotidianamente en hogares con un adolescente usuario de sustancias psicoactivas dista de ser la mejor forma de interacción entre los miembros del grupo, además, junto con condiciones sociales, económicas, culturales, ideológicas y demográficas favorecen la aparición y mantenimiento del consumo de drogas, no sólo legales como tabaco y alcohol que se miran con naturalidad en una falsa creencia de que no son drogas y hasta se promueve su consumo.

La diversidad entre los participantes enriquece al grupo y su dinámica, las experiencias de cada uno son lecciones de vida para aprender a través de los otros; la teoría nos orienta en el camino, la experiencia nos confirma.

3. CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 1</p> <p>EL CONSUMO DE DROGAS COMO PROBLEMA DE SALUD</p> <p>Enfoque biopsicosocial de las adicciones, drogas y consecuencias del consumo.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Los Padres comprenderán el consumo de drogas como problema de salud, no como vicio.</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>Sondear los conocimientos de los participantes sobre el tema mediante un cuestionario Pre test</p> <p>Conocer las expectativas de los asistentes respecto del Taller, con el fin de detectar posibles discrepancias en relación a los objetivos.</p> <p>Propiciar la integración de los participantes a fin de favorecer el trabajo grupal.</p> <p>Conocer los conceptos de Droga, Adicción, clasificación de drogas.</p> <p>Conocer Posibles consecuencias del Consumo de drogas en la salud corporal, emocional y mental; así como en la sociedad en general: Salud pública, escuelas, trabajo, economía.</p> <p>Conocer los Factores de Riesgo y de Protección (Individuales, Familiares y Sociales)</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>TEMAS</p> <p>Definición de Droga según la OMS. ¿Qué es una droga?</p> <p>Definición de Adicción según la OMS. Adicción (uso, abuso, dependencia)</p> <p>El uso de drogas como problema de salud mental emocional.</p> <p>Factores de Riesgo y de Protección.</p> <p>Clasificación de drogas: Algunas sustancias psicoactivas y consecuencias de su consumo.</p> <p>(Trastornos psicóticos y afectivos).</p>	<p>Introducción</p> <p>Cuestionario inicial.</p> <p>Dinámica de integración grupal (rompe hielo). “Canasta de frutas,” “Te presento a mi compañero”</p> <p>Encuadre Reglas - Responsable</p> <p>-Puntualidad</p> <p>-Respetar las opiniones de los demás.</p> <p>-Pedir la palabra.</p> <p>Esclarecimiento de expectativas.</p> <p>TÉCNICA</p> <p>-Lluvia de ideas, promoviendo la participación de los asistentes.</p> <p>-Expositiva.</p> <p>-Audiovisual.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 2</p> <p>LA FAMILIA COMO GRUPO SOCIAL PRIMARIO</p> <p>La Familia, sus tipos y estilos de crianza</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>-Conocerán los Padres algunas definiciones, funciones, estilos de crianza e influencias que pueden funcionar como posibles Factores de Riesgo o Protección de la familia.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>-Entender cómo el grupo social primario incide en el desarrollo y la construcción de la personalidad.</p> <p>-Conocer cómo una familia nutricia apoya el desarrollo del adolescente.</p> <p>-Comprender la importancia de los estilos de crianza utilizados en casa, así como sus consecuencias y cómo inciden en la construcción de un mejor clima familiar y en la formación de la persona.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>La Familia</p> <p>a) Definición b) Tipos c) Funciones d) Estilos de Crianza e) Influencias (Factores de Riesgo o de Protección)</p>	<p>TÉCNICA</p> <p>- Lluvia de ideas, promoviendo la participación activa de los asistentes.</p> <p>- Expositiva.</p> <p>-Audiovisual.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 3</p> <p>LA ADOLESCENCIA</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Los Padres identificarán las principales características de la adolescencia como etapa crítica de cambio en el desarrollo humano para la mejor comprensión del proceso que vive el usuario, y su vinculación con el uso de drogas.</p> <p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conocer el concepto de Adolescencia. -Conocer los cambios físicos y emocionales en esta etapa. 	<p>CONTENIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definición de Adolescencia. -Cambios físicos y emocionales. -Desarrollo biológico. -Desarrollo emocional y afectivo. -Cambios sociales. Problemas actuales en la adolescencia. 	<p>TÉCNICAS</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Expositiva.</p> <p>Audiovisual</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 4</p> <p>COMUNICACIÓN</p> <p>(Habilidades para la vida)</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Los Padres conocerán los conceptos de Comunicación, sus elementos y tipos.</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>-Identificarán los estilos de comunicación disfuncional que se utilizan en su ámbito familiar y sus repercusiones.</p> <p>- Conocerán estilos de comunicación adecuados que incluyan la expresión de afectos, la negociación, el acuerdo, la comprensión, tolerancia y respeto, practicándolos para modificar y sustituir por los otros inadecuados.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>-¿Qué es la comunicación?</p> <p>-Elementos de la Comunicación</p> <p>-Tipos de Comunicación (Funcional, disfuncional, verbal, corporal).</p>	<p>TÉCNICA</p> <p>-Lluvia de ideas -Expositiva -Audiovisual -Técnicas grupales de comunicación. - Roll playing</p> <p>Metodología: Ver, pensar, decidir y actuar.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 5</p> <p>AUTOESTIMA</p> <p>(Habilidades para la vida)</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Los Padres comprenderán la importancia de la Autoestima e iniciarán su incremento en ellos mismos y en los adolescentes usuarios de drogas de modo que reconozcan la importancia que tienen como individuos valiosos.</p> <p>OBJETIVOS Los Padres incorporarán información que les permita iniciar un cambio conducente a favorecer la autoestima de los usuarios de drogas.</p> <p>Los Padres comprenderán la importancia de la Autoestima con información.</p> <p>Los padres reconocerán a través de la autoestima su importancia y la de su adolescente como individuos valiosos y únicos.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>-¿Qué es la autoestima?</p> <p>-Pasos para lograr una alta autoestima.</p> <p>-Conocimiento de sí mismo y empatía.</p> <p>-Comunicación efectiva y afectiva.</p> <p>-Manejo de emociones y sentimientos.</p>	<p>TÉCNICAS</p> <p>- Lluvia de ideas. - Expositiva. -Audiovisual. -Roll playing.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 6 ASERTIVIDAD</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Los Padres conocerán e identificarán los estilos de relación y de comunicación: asertiva, no asertiva y agresiva, así como el concepto de aprendizaje vicario utilizados en familia para su comprensión, cambio por otros estilos más funcionales y práctica personal, con sus hijos adolescentes usuarios de sustancias.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asertividad. -Estilos de comunicación. -Aprendizaje vicario. -Derechos asertivos. -Comunicación efectiva y afectiva. -Relaciones interpersonales -Manejo del estrés y toma de decisiones. 	<p>TÉCNICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas. - Expositiva -Audiovisual

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 7 CODEPENDENCIA</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Los Padres reconocerán la conducta codependiente que favorece el consumo y adoptarán cambios pertinentes para evitarla.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>-¿Qué es la Dependencia en general y no sólo a sustancias? -¿Qué es la Codependencia?</p>	<p>TÉCNICAS</p> <p>-Lluvia de ideas. -Expositiva. -Rol playing.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
<p>SESIÓN 8 COMORBILIDAD</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Los Padres identificarán la existencia de algún otro trastorno junto con el uso de droga en sus adolescentes para su abordaje y tratamiento en conjunto con personal de salud.</p>	<p>CONTENIDOS</p> <p>-Consumo de drogas y comorbilidad. -Principales patologías asociadas al uso de drogas.</p>	<p>TÉCNICAS</p> <p>-Lluvia de ideas. - Expositiva. -Audiovisual.</p>

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
SESIÓN 9 DUELOS Y PÉRDIDAS	OBJETIVO GENERAL Los Padres reconocerán los cambios que se dan en los hijos y en la familia completa al cursar con pérdidas y abandonos a lo largo del ciclo de vida, para su eventual enfrentamiento y aceptación.	CONTENIDOS -Concepto de Duelo. -Concepto de Tanatología. -Pérdidas y abandonos. -La Impermanencia	TÉCNICAS -Lluvia de ideas. - Expositiva y Audiovisual

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DINÁMICA
SESIÓN 10 CONCLUSIONES, EVALUACIÓN Y CIERRE	OBJETIVO GENERAL Los Padres recapitularán los temas revisados, concretarán aspectos relevantes de la información recibida y determinarán acciones a seguir en relación con los adolescentes usuarios en su familia usuarios.	CONTENIDOS -Recapitulación dinámica de los temas revisados. -Afianzamiento de conceptos e ideas básicas de los temas. -¿Qué me llevo del Taller? -Cuestionario Post test. -Cuestionario de Evaluación del Taller.	TÉCNICAS -Expositiva. -Lluvia de ideas. -Técnica grupal de cierre. -Cierre y despedida del Taller.

4. ANEXO "A"

PRE TEST - POST TEST

Nos interesa conocer qué sabe y qué piensa de la situación por la que pasa su adolescente. Subraye la respuesta que más se ajusta a su forma de pensar. No hay respuestas buenas ni malas.

1. **¿Alguien más en su familia consume alguna droga?**
a) Si b) No c) No sé

2. **El consumo de drogas lo considera como**
a) Vicio b) Delito c) Enfermedad d) Pecado e) Todas las anteriores

3. **Si respondió que es una enfermedad, ¿Qué clase de enfermedad sería?**
a) Del cuerpo b) De la mente c) De las emociones d) Todas las anteriores

4. **¿Qué cree que facilitó el consumo de drogas en su adolescente?**
a) La sociedad b) La misma familia c) La propia persona d) Todas las anteriores

5. **¿Quién cree que es responsable de que su hijo consuma drogas?**
a) La sociedad b) La familia c) Los amigos d) él sólo e) Todos los anteriores

6. **¿Se ha sentido culpable de que su hijo use drogas?**
a) Sí b) No c) A veces d) Casi siempre e) Todas las anteriores

7. **¿Qué cree que puede evitar el consumo de drogas en su familiar?**
a) La sociedad b) La misma familia c) La misma persona d) Todas las anteriores.

8. **¿Qué tanto cree saber acerca del concepto de "Familia"?**
a) Casi nada b) Poco c) Lo suficiente d) Bastante e) Considerable

9. **Al hablar de Familia, ¿En qué piensa?**
a) La sociedad b) La misma familia c) La persona d) Todas las anteriores.

5. ANEXO “B”

GUÍA DE ENTREVISTA FINAL

- 1) ¿Cómo definiría ahora el concepto “Familia”? _____

- 2) ¿Qué piensa de las jerarquías, roles y otros aspectos de la familia?

- 3) ¿Qué podrían hacer para que sus hijos no consumieran droga? _____

- 4) ¿Cuáles son los factores de protección más importantes? _____

- 5) ¿Considera importante que sus hijos deban tener límites? _____

- 6) ¿El tratamiento de su hijo sólo depende de él o la familia se debe involucrar? _____

- 7) ¿En qué le ayudo participar en el Taller? _____

6. ANEXO “C”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA_____

NOMBRE_____

EDAD_____ SEXO_____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL ORIENTE PARA QUE ME APLIQUEN LOS CUESTIONARIOS, ENTREVISTAS, FORMULARIOS Y DEMÁS INSTRUMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA LA EVALUACIÓN DEL TALLER O ACTIVIDADES EN LAS QUE SE SOLICITE MI PARTICIPACIÓN, EN EL ENTENDIDO QUE AL FIRMAR LO HAGO CON PLENO CONOCIMIENTO DE QUÉ IMPLICAN LAS ACTIVIDADES, SABIENDO QUE LOS DATOS Y RESULTADOS PERSONALES SE CONSERVARÁN BAJO ANONIMATO Y ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS PARA FINES DE INVESTIGACIÓN Y PEDAGÓGICOS EN BENEFICIO DE LAS ACTIVIDADES DE CANALIZACIÓN Y TRATAMIENTO CON LOS ADOLESCENTES USUARIOS DE SUSTANCIAS Y SUS FAMILIARES.

ACEPTO

TERAPEUTA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aberastury, M., (2007). *“La adolescencia normal”*. Ed. Paidós, México.
2. American Psychiatric Association APA (2002), *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV”*. Editorial Masson. Barcelona, España.
3. Amos, J. (2004). *“¿Cómo afectan las drogas en el cuerpo y mente de Alejandro?”*. Everest. León, España.
4. Aurrecoechea, R., Rodríguez, K. (2011). *“Depresión y consumo de drogas. Factores motivacionales”*. Trillas, D.F. México.
5. Bach, E. y Forés, A., (2008). *“La Asertividad. Para gente extraordinaria”*, Plataforma Editorial. España.
6. Baldiz, M., Rosales, M. (2005). *“Hablando con adolescentes”*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
7. Bandura, A., (1976). *“Teoría del Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad”*. Ed. Alianza. D.F., México.
8. Baumrind, D., (1978). *“Parental disciplinary patterns and social competence in children”*. Youth and Society, 9 Redalyc. Revisado en internet 08 de mayo 2019.
9. Baumrind, D., (1971). *“La teoría de Baumrind de estilos de crianza”*. En http://www.livestrong.com/es/teoria-baumrind-estilos-info_6603/ Consultado 08 de mayo 2019.
10. Beck T. A., (1960). *“Terapia cognitiva de las drogodependencias”*, Ed. Paidós, España.
11. Becoña I. E., (1999). *“Bases teóricas que sustentan el programa de prevención de drogas”*. Ed. Universidad de Santiago de Compostela. Galicia, España.
12. Becoña Iglesias, E., (2016). *“Trastornos adictivos”*. Editorial Síntesis S.A., Madrid, España.
13. Bowlby, J., (1979). *“Cuidado maternal y amor”*. Editorial Fondo de Cultura Económica. D.F. México.

14. Brocca, H., González, M. A., (2006). *“De la ficción, a la adicción”*. Ed. Santillana. México, D.F.
15. Capo B., María C., (2011). *“Mis hijos y las drogas: la prevención a través del clima familiar afectivo”*. Ediciones de la U., Bogotá, Colombia.
16. Castellanos C. E., (1986). *“Efectos de la desintegración familiar en el desarrollo de la personalidad de los hijos adolescentes”*. Tesis Profesional para grado de Licenciatura en Psicología, UNAM.
17. Cirillo, S., (1999). *“La familia del toxicodependiente”*. Editorial Paidós, España.
18. CONADIC, (2019) http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf http://www.url.edu.gt/portaurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf [https://www.google.com/search?q=Baumrind%2C+D.++\(1978\).+%E2%80%9CParental+disciplinary+patterns+and+social+competence+in+children+urceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Baumrind%2C+D.++(1978).+%E2%80%9CParental+disciplinary+patterns+and+social+competence+in+children+urceid=chrome&ie=UTF-8). Consultado 8 de mayo 2019
19. Coopersmith, S., (1995). *“The Antecedents of self Esteem Consulting”*. Ed. Psychologists press., Palo Alto Ca. U.S.A.
20. Cruz, P., (1998). *“Las drogas y sus efectos”*. Editorial Trillas, S.A. C.V., México.
21. Dance, Frank, (1973). *“Teoría de la Comunicación Humana”*. Ed. Troquel. Buenos Aires. Argentina.
22. Del Fresno, Miguel. (2011). *“Retos para la intervención social con familias en el siglo XXI”*. Editorial Trotta. Madrid, España.
23. Delval, Juan (2002). *“El desarrollo Humano”*. Siglo XXI Editores. D.F., México.
24. Dumont, F.; Corsini, R. (2003). *“Seis terapeutas y un paciente”*. Manual moderno. México.
25. Eguiluz, L. (2003). *“Dinámica de la Familia”*. Ed. Pax. D.F. México.
26. Ellis, Albert, (1990). *“Manual de Terapia Racional Emotiva”*. Editorial Desclee Brower. Madrid, España.

27. Encuesta del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2003) <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=violencia#tabMCcollapse-Indicadores>
28. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017 (2017), "<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>"
29. Estrada, I. L., (2014). *"El ciclo vital de la familia"*. Editorial Penguin Random House. México, D.F.
30. Feldman, R.S., (2007). *"Desarrollo psicológico a través de la vida"*. Ed. Pearson. México.
31. Fernández, A. M., (1993). *"El Campo Grupal"*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
32. Fernández, C. y coautores. (2004). *"Mujer y drogas"*. Centros de Integración Juvenil. A.C., D.F. México.
33. Fernández, C., y colaboradores, (2007). *"Violencia familiar y adicciones"*. Centros de Integración Juvenil. A.C., D.F. México.
34. Fernández, C., y colaboradores, (2014). *"Consumo de drogas: riesgos y consecuencias"*. Centros de Integración Juvenil. A.C., D.F. México.
35. Fernández, C., y colaboradores, (2016). *"Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción"*. Centros de Integración Juvenil. A.C., D.F. México.
36. Freud S., (1978). "Obras Completas", Vol. VII, Ed. Amorrortu. Madrid, España.
37. García, S., (2008). *"La educación integral en la familia para la prevención del uso indebido de drogas en adolescentes"*. Tesis IPCE., D.F., México.
38. Gesell, A., (2001). *"El Adolescente de 15 y 16 años"*, Ed. Paidós, México.
39. González, H. C., (2011). *"Maltrato infantil"*. Editorial Trillas. D.F. México.
40. Gross, R.D., (2004). *"Psicología de la Ciencia de la Conducta"*, Editorial El Manual Moderno, México.

41. Guisa, V.M. y coautores. (2005). *“Niños, adolescentes y adicciones”*. Centros de Integración Juvenil. A.C, .D.F. México.
42. Hernández, Rogelio., (2011). *“Taller de orientación a padres con hijos adolescentes que presentan adicciones”*. Tesina Facultad de Psicología UNAM.
43. Horrocks, J.E., (1990). *“Psicología de la adolescencia”*. Editorial Trillas. D. F. México.
44. Kübler-Ross, E., (1990). *“Sobre la Muerte y los Moribundos”*. Ed. De Bolsillo. México.
45. Medina-Mora, M.E.; Ortiz, A.; Caudillo, C.; López, S., (1982): *“Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos”*. Salud Mental, 5(1):77-81, marzo, México 1982.
46. Melgoza, M. y colaboradores. (2002). *“Adolescencia; espejo de la sociedad actual”*. Editorial Lumen. D.F. México.
47. Mellody, P.; Millar, A. W.; Millar, J. K., (1995). *“La Codependencia: ¿Qué es, De dónde procede, Cómo sabotea nuestras vidas?”*. Ed. Paidós. España.
48. Minuchin, S. (1985). *“Las familias y terapia familiar”*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
49. Moreno, K. (1999). *“Cómo proteger a tus hijos contra las adicciones”*. Centros de Integración Juvenil. A.C. D.F. México.
50. Moreno, K. (2012). *“Inhalables”*. Centros de Integración Juvenil. A.C, .D.F. México.
51. Muñoz, A. (2012). *“Estilos de crianza”*. Cita a Feldman en: <http://app.kiddyshouse.com/maestra/articulos/estilos-de-crianza.php>.
52. Mussen, et al. (1995). *“Desarrollo de la personalidad en el Niño”*. Editorial Trillas. D.F. México.
53. Nardone, Giorgio, Giannotti, Emanuela, Rocchi, Rita. (2005). *“Modelos de familia”*. Editorial Herder, Barcelona, España.
54. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Consultado 27 de mayo 2019.

55. OMS, Organización Mundial de la Salud (2019), *“Adicciones ¿Qué es una adicción?”*. Citado en Internet, revisado 27 de mayo 2019.
56. OMS, Organización Mundial de la Salud (1993), *“Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia”. 28o informe*. OMS, Serie de Informes Técnicos, No 836. Ginebra, Suiza.
57. Osorio, F. (2006). *“Usos y abusos de drogas: adicción, disciplinamiento y control. Sustancias tóxicas legales e ilegales”*. Editorial Noveduc. Buenos Aires, Argentina.
58. Papalia, Diane E., Wendkos, Sally, (1997). *“Desarrollo humano”*. Editorial McGraw-Hill., Santa Fe, Colombia.
59. Papalia, Diane E, Wendkos, Sally. (2011). *“A child’s World infancy through adolescence”*. McGraw-Hill, en http://www.cepvi.com/psicologíainfantil/crianza.shtml#VXy_p_l_Oko consultado 27 de mayo 2019.
60. Pasquali, A., (2009). *“Comprender la Comunicación”*. Monte Ávila Editores. Caracas, Venezuela.
61. Piaget, J., (1980). *“Psicología del niño”*. Ed. Morata. Buenos Aires, Argentina.
62. Puentes, M. (2008). *“Tu droga, mi droga, nuestra droga”*. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.
63. Ruíz Loyola B. (2014). *“¿Cómo ves? Las drogas”*. Publicaciones Fomento Cultural UNAM. Ciudad Universitaria, México.
64. Sáenz Rojas M. (2003). *“Aportes sobre la familia del farmacodependiente”*. Revista de Ciencias Sociales (Cr), I (99), 25-44.
65. Sahagún, B. de, (1999). *“Historia general de las cosas de la Nueva España”*. Editorial Porrúa México, D. F.
66. Sánchez I. (2012). *“Técnicas de comunicación. Soporte para el trabajo con familia”*. Editorial Universidad de Caldas. Manizales Colombia.
67. Satir, V., (1991). *“Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar”*. Ed. Pax México. D.F.
68. Schmill, V., (2007), *“Disciplina inteligente”*. Editorial Producciones Educación aplicada. México, D.F.

69. Soygal, Rimpoché (1994). *“El libro tibetano de la vida y de la muerte”*, Ed. Urano, España.
70. Stamateas, B., (2013). *“No me maltrates”*. Ediciones B.S.A. Barcelona, España.
71. Stanton, M., Todd, T. y colaboradores (2005). *“Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas”*. Gedisa. Barcelona, España.
72. Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S.J. (1987). *“La familia alcohólica”*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
73. Tagliaferro, G., (2016). *“La adolescencia y sus dinámicas”*. Ediciones Dehonianas. Madrid, España.
74. Tapia Conyer R., (2001). *“Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva”*. Editorial Trillas. D.F. México.
75. Tavera R. (2019). *“Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida Guía para el promotor de Nueva Vida”*. [Revisado](#) el 08 de mayo del 2019 en Internet.
76. Triana, I. (2002). *“La tertulia familiar”*. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá, Colombia.
77. Velasco, R., (1988). *“Alcoholismo”*. Ed. Trillas. D.F. México.
78. Velasco, R., (2008). *“La familia ante las drogas”*. Editorial Trillas. D.F. México.
79. Welty, C. (2015). *“¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI”*. UNAM. CDMX, México.
80. Wishnia, S., (2004). *“El libro de la marihuana”*. Editorial Paidós Mexicana S.A. D.F. México.