



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25.

TESIS PROFESIONAL.

**Factores de Riesgo que Afectan la Salud Mental de los
Adolescentes Estudiantes de la Telesecundaria 393 de la
Comunidad de Gasca, Celaya, Guanajuato.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Jesús Demetrio García González

ASESOR:

Psic. Miguel Ángel Yerena Fuentes

ORIZABA, VER.

2023



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.

Agradecimientos

A la Eterna Fuente de Ciencia y Sabiduría

...quamvis non longe sit ab unoquoque nostrum. In ipso enim vivimus et movemur et sumus... AA 17, 27-28.

Las palabras y páginas de este texto no alcanzan para reconocer cada nombre, rostro y la vida de las personas. A todas y todos los que han hecho posible que llegara este momento de mi vida, a ellas y ellos mi gratitud infinita porque fueron y estuvieron, son y están, serán y estarán.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I. Adolescencia, Familia y Contexto Comunitario	7
1.1 Adolescencia	7
1.2 Familia	30
1.3 Contexto Psicológico, Social y Cultural en el que se Desarrolla el Adolescente	35
Capítulo II. Factores de Riesgo	41
2.1 Elementos Contextuales que Influyen en la Salud Mental de Adolescentes	41
2.2 Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes	44
2.3 Modelos de Intervención Comunitaria en Salud Mental de Adolescentes	69
Capítulo III. Enfoque y Área Psicológica	79
3.1 Modelo Cognitivo Conductual	79
3.2 Técnicas	83
3.3 Área de la Psicología: Social	118
Capítulo IV. Metodología	122
4.1. Planteamiento del Problema	122
4.1.1. Pregunta de Investigación	122
4.1.2. Justificación	122
4.1.3. Formulación de la Hipótesis	123
4.1.4. Determinación de las Variables y Operacionalización	124
4.1.5. Objetivos de la Investigación	127
4.2. Enfoque de la Investigación	127
4.3. Alcance de la Investigación	128
4.4. Diseño de la Investigación	128
4.5. Población y Muestra	128
4.6. Contextos y Escenarios	129
4.7. Procedimientos	129
4.8. Instrumentos	130

Capítulo V. Análisis de resultados	132
5.1. Resultados Generales	132
5.2. Resultados Particulares	135
CONCLUSIONES	174
REFERENCIAS	177
ANEXOS	185

Resumen

La presente investigación demuestra la correlación existente entre el funcionamiento familiar y las habilidades sociales de los estudiantes de la telesecundaria 393 de la comunidad de Gasca en Celaya, Guanajuato. Dicha correlación tiene una $r_s=.437$ y $p=.000$, por lo que es <0.05 , dando como resultado una correlación positiva media, es decir, entre mejor sea la relación familiar, mejores habilidades sociales tendrá el adolescente. El funcionamiento familiar se evalúa como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional; en su mayoría las familias se encuentran en un funcionamiento moderadamente funcional y disfuncional, el instrumento utilizado fue el test FF-SIL. Para el caso de habilidades sociales se usó la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes EEHSA, donde se evalúa al adolescente en habilidoso, normal alto, normal, normal bajo y no hábil; en los seis factores que evalúa la escala, los participantes de este estudio puntúan como no hábiles o normal bajo. Por otro lado, se analiza cualitativamente el contexto de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, es decir si han consumido, alcohol, tabaco y otras drogas, de dónde obtienen dichas sustancias y en su círculo de relaciones más cercano quienes son los consumidores de dichas sustancias. El análisis se realizó con un cuestionario de diseño propio, donde se demostró que el alcohol es lo que más consumen los adolescentes, el tabaco y otras drogas están en consumos bajos. Quienes más consumen estas sustancias son los padres y otros adultos con los que viven.

Introducción

La presente investigación aborda un tema complejo, no en el sentido de que sea difícil, sino que requiere de muchos puntos de vista, desde diversas disciplinas, como lo son la mayoría de las investigaciones. Este es un aporte al complejo tema de la adolescencia, que cultural, social y a veces políticamente, tiene la atención, debido a su gran importancia en el ciclo vital del ser humano. Etapa que es determinante para la personalidad.

Precisamente dada su importancia en el capítulo I se aborda sucintamente la concepción de la adolescencia, el punto de vista biológico con su relevancia que tiene el desarrollo neurológico para esta etapa, así como su estadio de la pubertad, se toca el tema cognitivo íntimamente vinculado con el tema neural, y se aborda el aspecto social, que toma fuerza con las relaciones sociales y cómo estas son determinantes también, sobre todo en las habilidades sociales; vinculado al tema social, se desarrolla el tema familiar como primer núcleo social de influencia en el adolescente, para cerrar esta capítulo se aborda el contexto social y cultural que influye en su desarrollo.

En el capítulo II se aborda la dimensión social de la salud mental en los adolescentes, es decir, cómo los elementos contextuales influyen en la salud mental. Se dedica un apartado a explicar el tema de sustancias psicoactivas en adolescentes, tipos, criterios de diagnóstico para identificar un trastorno por consumo, así como el rol que juegan los sustratos neurales en este consumo. Por último, se explica de lo general a lo particular, modelos de intervención en salud mental, y cómo una comunidad puede hacerse cargo de su propio desarrollo y mejoramiento de la salud mental de sus habitantes.

Para fundamentar esta investigación, el capítulo III nos da una explicación escueta del modelo Cognitivo Conductual, desde su desarrollo histórico y como modelo eficaz para mejorar la salud mental y sobre todo en la intervención para el consumo de sustancias. En seguida nos encontraremos con técnicas propias del modelo aplicadas al

tema concreto de esta investigación, a saber, técnicas para la pareja y familia, para el desarrollo de habilidades sociales, para adolescentes que padecen ansiedad, depresión o conductas disfuncionales, así como técnicas que ayudan a la intervención en trastornos de consumo de sustancias. Se cierra el capítulo con la exposición de la psicología social, como un área en la que todo lo anterior puede ser aplicado para mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Toda la explicación metodológica se aborda en el capítulo IV, donde se expone el problema que motiva esta investigación, la pregunta que se plantea, así como su justificación y tentativa de respuesta. Se definen conceptual y operativamente las variables que se ocupan. Los objetivos generales y específicos que persigue esta investigación, su alcance, diseño, población y muestra, contexto y escenario, procedimientos aplicados y los instrumentos utilizados para recabar la información.

La exposición de resultados se muestra en el capítulo V, dónde se encuentran los generales de los participantes, edad, sexo, grado y grupo que cursan en la escuela. En seguida se presentan los resultados del Funcionamiento Familiar, el nivel de Habilidades Sociales en los seis factores que evalúa el instrumento y por último se aborda el análisis estadístico inferencial, explicando cómo se correlacionan las variables entre sí.

Los últimos apartados de este trabajo se dedican a exponer las conclusiones, se enlistan las referencias teóricas en las que se fundamenta, se agregan anexos fotográficos, el consentimiento informado para aplicar el instrumento de investigación y por último el mismo instrumento aplicado.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA, FAMILIA Y CONTEXTO COMUNITARIO

1.1. Adolescencia

Hablar de Adolescencia es un tema de relevancia en la actualidad, debido a que social y culturalmente es una etapa crucial para las personas, en esta etapa del Ciclo Vital en gran medida se define su futuro; orgánicamente el cerebro tiene un crecimiento, si bien no exponencial como en la primera infancia, si es prolongado en el tiempo y con cambios significativos en su estructura, la socialización se pone en el centro de la actividad del adolescente, la persona empieza a hacer sus deliberaciones para tomar una decisión, y así muchos más cambios que van definiendo a la persona. A esto, Berger (2006), define la Adolescencia como la transición de desarrollo entre la Niñez y la Adulthood que implica importantes Cambios Físicos, Cognoscitivos y Psicosociales y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (p. 350).

Por otro lado, Papalia y Martorell (2017), definen esta etapa del Ciclo Vital, como una transición del desarrollo que implica cambios Físicos, Cognoscitivos, Emocionales y Sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos; más adelante las autoras señalan que un cambio físico importante es la pubertad, es decir el proceso que nos lleva a tener la capacidad de reproducirnos (p. 323). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases; Adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales (Secretaría de Salud [SS], 2015)

Papalia y Martorell (2017), señalan que cualquier etapa del Ciclo Vital, tiene muchas oportunidades para desarrollarse de manera saludable y positiva, sin embargo

la adolescencia representa una etapa tan riesgosa, los psicólogos creen que se debe a la inmadurez del cerebro adolescente, especificando que la toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales, primero una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y otra, una red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos (p. 325).

Nuestro cerebro está en continuo desarrollo hasta la edad adulta, pero sufre cambios drásticos durante la Adolescencia, una de las partes que está en desarrollo importante en esta etapa es la corteza prefrontal y este hecho hace que el adolescente se vea vulnerable llevándolo a tomar malas decisiones, ya que esta parte de nuestro cerebro nos permite evaluar situaciones, tomar decisiones acertadas, así como mantener nuestras emociones y deseos bajo control (NIDA, 2014, p. 10).

El cambio físico en el desarrollo ordinario y natural de cualquier persona, hombre o mujer es una característica obvia que establece el cambio visible entre una fase y otra. Lo verdaderamente trascendental de éste, es la atribución y la influencia que generan estos cambios. La Adolescencia funge un papel determinante en la forma en cómo se observan, conocen, asumen aceptan o rechazan estos cambios.

Existen gran diversidad de estudios y autores que han profundizado sobre esta etapa, exponiendo un rico bagaje conceptual y literario que permite esclarecer y distinguir tendencias generales, pragmáticas y plurales. Como parámetro unificador, se toma de referencia el concepto que ofrece la Organización Mundial de la Salud, poniendo especial atención en la clasificación de la adolescencia precoz o temprana y la adolescencia segunda o tardía; siendo necesario distinguir y especificar que para tener claridad en la profundización de la investigación se enfocará principalmente en la primera clasificación.

Gaete (2015, p. 438) define Adolescencia precoz o temprana como el periodo que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad, en la cual se empiezan a manifestar principalmente los cambios físicos que los diferencian con claridad de la etapa previa, la niñez. Los cambios internos tienen lugar importante también en este proceso y aunque son menos evidentes son trascendentales y profundos. Es en esta etapa en que se toma mayor conciencia de su género a diferencia de cuando eran más pequeños y es muy probable que ajusten su conducta o apariencia a normas preestablecidas.

La Adolescencia es esencialmente una época de cambios, es una etapa de transformación de niño a adulto que es preciso enfrentar con variaciones físicas y emocionales. Es realmente un periodo vulnerable para la aparición de conductas en riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales. También es una etapa de oportunidad, es el tiempo en que es posible contribuir a su desarrollo, a ayudar a fomentar los riesgos y las áreas delicadas, así como prepararlos para que sean capaces de enriquecer sus potencialidades (Borrás, 2014, p. 6).

La Adolescencia tardía es comprendida de los 15 a los 19 años aproximadamente, abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, para entonces, ya han tenido los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose y reorganizándose, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo tienden a ser importantes, pero a medida de su crecimiento van adquiriendo mayor confianza y claridad de su identidad y sus propias opiniones. Se desarrolla la capacidad de evaluar los riesgos y tomar decisiones conscientes, es en esta etapa donde se ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar en la configuración del mundo que les rodea. (Gaete, 2015, p. 439).

Berger (2006) en su texto *Psicología del Desarrollo de la Infancia y Adolescencia* establece que con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el comportamiento y las relaciones sociales. Conocer y asimilar las dimensiones permite no solo que se tenga nociones o claridad, favorece una comprensión efectiva para involucrarse con estrategias asertivas que permitan que involucrarse en la formación de esta etapa sea trascendente (p. 332).

Es necesario mencionar que, aunque la descripción de estas dimensiones tiene como propósito una unificación de conceptos para un mejor dominio de la temática, la forma en cómo se desarrollan cada uno de ellos en los adolescentes varía debido a diferentes factores que les influyen, como la alimentación, salud, genética y ámbito familiar, relaciones interpersonales, entre otros.

Contemplar la clasificación de Adolescencia temprana y tardía es vital para una complementación adecuada de la temática, cada uno de estos momentos tienen características específicas que son necesarias ser vividas en tiempo y forma para que el desarrollo no sea atrofiado. Es obvio que las circunstancias en que cada adolescente se desenvuelve propician o limitan el desarrollo integral en ellos.

No se debe de perder de vista que el ser humano tiene un desarrollo procesual, o por etapas y que dichas etapas proponen una crisis, que impacta emocional y psicológicamente, generando una madurez natural; en cierto modo esta es una visión cierta pero insuficiente, ya que la formación integral que propicia una madurez equilibrada depende invariablemente de diversos factores. Todas las etapas de desarrollo tienen su importancia, la adolescencia no es la excepción.

Es importante clarificar la diferencia entre pubertad y adolescencia, debido a que suele atribuirse que son conceptos sinónimos, sin embargo, hay propuestas que la pubertad es considerada un fenómeno y no sólo como etapa. Tomando de referencia a Berger (2006), la pubertad es un cambio físico importante el cual es el proceso que lleva

a la madurez sexual o fertilidad, es decir la capacidad para reproducirse. Si bien, es un elemento significativo para la distinción de nuestro sujeto de estudio, no es considerable como determinante, ya que arroja una variabilidad cuantitativa en edad para establecer un parámetro en el sujeto de estudio, pero ésta tiene características físicas muy obvias; estas son, en un sentido general requeridas, pero no necesarias, se dan por añadidura en el adolescente. Es decir, es fácil identificar solo con la observación sin profundidad en la conducta, actitud o algún otro aspecto, la diferencia entre un niño y un individuo que ha llegado a la pubertad (p. 332).

La Pubertad es el resultado de la producción de varias hormonas, tales como, gonadotropina, luteinizante y folículo estimulante, la acción de estas es diferente en niñas y niños, en las niñas el nivel elevado del folículo estimulante da inicio a la menstruación, en los niños la luteinizante estimula la secreción de testosterona y androstenediona. Las etapas de la pubertad están marcadas por dos etapas:

1. Adrenarquía, pasa entre los 6 y 8 años, Durante esta etapa, las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones, secretan niveles gradualmente crecientes de andrógenos, sobre todo Dehidroepiandrosterona (DHEA), que influye en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, así como en un crecimiento corporal más rápido, mayor grasa en la piel y en el desarrollo del olor corporal.
2. Gonadarquía, está señalada por la maduración de los órganos sexuales que desencadena una segunda explosión en la producción de DHEA, los ovarios de las niñas aumentan su producción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos y del vello púbico y axilar. En los varones, los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal.

Respecto a la etapa de la Gonadarquía, es importante señalar que tanto niñas como niños poseen ambos tipos de hormonas, sólo que los niveles son elevados, en niñas los estrógenos y en niños la testosterona, así mismo las características sexuales primarias y secundarias son signos importantes que se desarrollan en esta etapa, las

primarias son los órganos, que se agrandan y maduran, necesarios para la reproducción, en las mujeres son ovarios, trompa de falopio, útero, clítoris y vagina, para el caso de los hombres incluyen los testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata, las características secundarias son signos fisiológicos de la maduración sexual, para las mujeres implica el crecimiento de los senos, para los hombres el ensanchamiento de la espalda, también ocurre el cambio de voz, textura de la piel, desarrollo muscular, el crecimiento del vello púbico, axilar, facial y corporal (Papalia y Martorell, 2017, p. 326).

Algunas de las investigaciones atribuyen la mayor emocionalidad y mal humor de la Adolescencia temprana a esos desarrollos hormonales. En realidad, emociones negativas como la aflicción y la hostilidad, así como los síntomas de depresión que muestran las niñas, tienden a aumentar a medida que progresa la Pubertad. Sin embargo, otros factores, como el sexo, edad, temperamento y el momento de la Pubertad, pueden moderar o incluso cancelar las influencias hormonales (Papalia y Martorell, 2017, p. 356).

En la actualidad, los cambios que anuncian la Pubertad suelen empezar a los ocho años en las niñas y a los nueve en los varones, pero existe un amplio rango de edades en las cuales se manifiestan diversos cambios. El proceso Puberal por lo general dura de tres a cuatro años en ambos sexos. Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa a los órganos sexuales. Como cambio de voz, textura de piel, desarrollo muscular, crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal. En los hombres, un signo de la madurez sexual es la reproducción de esperma. La eyaculación o espermarquia, ocurre en promedio a los 13 años. Un niño puede despertar y encontrar una mancha húmeda o seca y endurecida en las sábanas: el resultado de una emisión nocturna, es decir, una eyaculación involuntaria de semen (conocida como sueño húmedo). La mayoría de los adolescentes tienen emisiones, en ocasiones en conexión con sueños eróticos (Papalia y Martorell, 2017, p.327).

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero. La primera menstruación,

llamada menarquia, ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino; su momento normal de aparición puede variar entre los 10 y 16 y medio años. Algunos estudios revelan estadísticamente que la diversidad de razas o incluso ubicación geográfica son factores que determinan el tiempo de manifestación de estos signos (Borrás, 2014, p. 6).

Los signos físicos son evidentes, en algunos jóvenes más o menos, según sea su desarrollo particular; es vital no perder de vista los cambios físicos no tangibles debido a que influyen en una adecuada y completa en su formación, tales como el fomento en la actividad física, las necesidades y/o problemas de sueño, nutrición y/o trastornos alimentarios, consumo o abuso de sustancias, o circunstancias que propicien muerte en la adolescencia.

Durante la Adolescencia ocurren cambios que repercuten en la conducta. No hace mucho tiempo los científicos creían que el cerebro había madurado por completo a la llegada de la Pubertad. Sin embargo, estudios actuales revelan que el desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en progreso. Entre la Pubertad y la Adulthood Temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. La inmadurez del cerebro ha suscitado preguntas respecto a la medida en que es razonable hacer a los adolescentes legalmente responsables de sus actos, (Berger, 2016, p. 253) es por ello que en algunos lugares se cuestiona y/o aplica una penalización de los delitos conforme a la edad, por ejemplo, la pena de muerte o penas máximas de perpetuidad o incluirlos en un encarcelamiento con adultos por el extremo de sus actos.

Para entender la inmadurez del cerebro adolescente también es necesario revisar los cambios de la estructura y composición de la corteza frontal. Primero, en la adolescencia, continúa en los lóbulos frontales el incremento de la materia blanca que es típico del desarrollo del cerebro en la niñez. La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales: 1) una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los padres, y 2) una red de

control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana (Papalia y Martorell, 2017, p. 360).

Es necesario recordar que, aunque los cambios físicos visibles son obvios, los cambios físicos internos en el cerebro generan una transformación en el adolescente igual de radical, es menester, antes de profundizar en el desarrollo cognitivo dar espacio a la profundización del gestor principal de transiciones.

Papalia y Martorell (2017), sugieren que tener la salud física y mental oportuna genera un desarrollo no solo favorable, sino sobresaliente en el adolescente; como en toda etapa de la vida. Se da por sentado que para llegar a esta fase el joven debiera tener una actitud y aptitud natural para el deporte, el estudio o los juicios propios del mundo de los adultos. Frases típicas como: Ya estas grande para esos juegos de niños, yo a tu edad ya trabajaba, deberías estar jugando en grandes ligas, ¿cómo es posible que te canses al correr?, estas muy flaca ¿estás enferma? O su contraparte; estas muy gorda, ponte a dieta, eres un holgazán, te quieres comer la tierra a puños, quieres correr y todavía gateas, entre otras muchas son resultado, en algunas ocasiones, de motivación de buena voluntad, pero expresadas de forma poco asertiva, o en el peor de los casos, tienen la motivación principal de proyectar una adolescencia atrofiada y frustrada por parte de quien lo expresa, especialmente un adulto desolado, o la otra parte, la indiferencia total o la peligrosa opinión pública de la sociedad de consumo (p. 362).

Estas situaciones generan un influencia fuertemente positiva o negativa en adolescente, debido a que suscitan reacciones que afectan su dinámica de crecimiento físico, el cual estamos atendiendo en este apartado. Ya que, existen estudios que sugieren que los problemas de salud pueden prevenirse ya que son producto del estilo de vida o pobreza, de acuerdo en las circunstancias en que se vea envuelto el joven (Papalia y Martorell, 2017, p. 364).

Es común que los problemas de salud-enfermedad se relacionen con las etapas del ciclo vital, y esto se evidencia en la Adolescencia, donde tanto la morbilidad como la mortalidad, tienen mucho que ver con las particularidades de los procesos Biológicos, Psicológicos y Sociales que en ella acontecen. (Aliño, 2006, p. 1).

Se debe hacer referencia a la importancia en la ejecución de intervenciones tempranas; las de la promoción de la salud, frecuentemente, son para el grupo de 15 a 19 años. Los programas e intervenciones deben responder eficazmente a las necesidades y a los deseos de cada grupo destinatario, el hecho de realizarse tempranamente garantiza infundir patrones de conducta saludables y duraderos, antes de que aquellos patrones que comprometen la salud se hayan arraigado. (Borrás, 2014)

La actividad física es otro de los aspectos relevantes del desarrollo físico en el adolescente, el ejercicio o la falta de él, influyen en la salud física y mental. Los beneficios del ejercicio regular incluyen mayor fuerza y resistencia, huesos y músculos más sanos, control de peso, disminución de la ansiedad y el estrés, así como mejora de la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar. El ejercicio también disminuye que el adolescente participe en conductas de riesgo de obesidad y diabetes tipo II, aumenta la probabilidad de evitar enfermedades cardíacas y de cáncer en la adultez. (Papalia, 2017, p.330).

Actualmente los adolescentes tienen un estilo de vida que altera su ciclo de sueño, ellas y ellos en algunos casos, acostumbran a mirar programas de televisión o películas a altas horas de la noche, así mismo el tiempo que ocupan en las redes sociales les quita horas de sueño, en otras circunstancias acostumbran hacer tareas por la noche, por otro lado, al día siguiente inician sus actividades por la mañana, reduciendo el rendimiento que puedan tener durante el día. Los efectos de las alteraciones del sueño es que socava la motivación y genera irritabilidad. Se ha demostrado que quienes duermen menos de las horas necesarias tienden a presentar síntomas de depresión y tener baja autoestima, Sin embargo hay que precisar que fisiológicamente los adolescentes van más tarde a dormir porque la secreción de la Melatonina, hormona secretada en nuestro cerebro que

indica la hora de sueño, ocurre a horas más tardías que en la Infancia, por lo que el adolescente requiere dormir más tiempo e iniciar actividades a horas más tarde (Papalia et al., 2009, p. 473).

La buena alimentación es importante para apoyar el rápido crecimiento de la Adolescencia y para establecer hábitos alimentarios saludables que se prolonguen en la Adulthood. Desafortunadamente esto es una realidad difícil y en ocasiones imposible, debido a la economía precaria, la ignorancia, el estado de confort, la apatía nutritiva, pobreza, la cultura de la comida rápida e instantánea para distribuir el tiempo en otras actividades. Es decir, la alimentación la cual según Maslow es de las necesidades básicas del ser humano, se vuelve un peldaño fácilmente negociable, entre la satisfacción del apetito y la gastronomía saludable para intentar trascender o llegar a otro escalón de la pirámide que sea menos exigente o que incomode menos. En la Adolescencia surgen la tendencia a los extremos, la cual van desde la obesidad por Ansiedad, hasta la Bulimia y Anorexia Nerviosas por la preocupación de la imagen corporal. Desarrollar tratamientos que protejan la integridad y la vida del y la joven que se encuentren en estas circunstancias es definitivamente fundamental para un buen desarrollo de la persona (Papalia y Martorell, 2017, p. 332).

Actualmente contamos con encuestas y estudios periódicos sobre el consumo de sustancias, aunque la gran mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, una importante minoría sí lo hace, convirtiendo en un problema de salud el consumo de sustancias como una conducta de riesgo a la que hay que poner atención. El abuso de sustancias implica el consumo dañino de alcohol y de otras drogas que pueda dar lugar a dependencia, abuso o adicción, la cual puede ser Fisiológica, Psicológica o ambas y es probable que continúe en la Adulthood. Delgado (2009) menciona que los adolescentes expuestos al alcohol, tabaco o drogas antes de los 15 años son cinco veces más propensos a padecer una adicción que quienes lo hacen antes o después de los 21 años, más adelante profundizaremos sobre el abuso de sustancias (p. 152).

La prevalencia de la depresión aumenta durante la Adolescencia, por lo regular aumentan con la edad. La Depresión en los jóvenes no necesariamente se presenta como tristeza sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer. Una razón para tomarle en serio es el riesgo del Suicidio. Las adolescentes, en especial las que maduran más temprano, son más propensas a deprimirse que los muchachos. Esta diferencia de género puede relacionarse con cambios biológicos vinculados con la pubertad; algunos estudios muestran una correlación entre una posición avanzada de la pubertad y los síntomas depresivos. Además del género, los factores de riesgo que contribuyen a la depresión es la ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas, conflicto en relación con los padres, abuso, descuido o consumo de alcohol, drogas, actividad sexual, problemas de imagen corporal, trastornos alimenticios. Una opción de tratamiento para los adolescentes con síntomas depresivos es la psicoterapia. (Papalia, 2017, p. 338).

Berger (2016, p. 345), sugiere que el término de la vida en esta etapa, es considerada socialmente como una pérdida trascendental del sentido del ser. Contemplar este acontecimiento, sea cual fuere su causa, incluido el suicidio, siempre suscita un cuestionamiento profundo sobre la situación actual del propio plan de vida personal. Se escuchan expresiones que proyectan este sentir, tales como: pero si tenía una vida por delante, pero si era tan joven, apenas comenzaba a vivir, si hubiera tenido su edad..., estos jóvenes de ahora no saben lo que quieren, dónde estaban sus padres, si hubiera sido mi hija o hijo yo hubiera..., pero en qué estaba pensando, entre otras.

La muerte siempre es la circunstancia de la vida, en cualquiera etapa que sea, radical, impredecible e inevitable. Es por ello que contemplarla en etapas tempranas genera ruido, expectación y atención diferente a otros momentos de la vida. Paradójicamente el adolescente, por su vitalidad natural, ve la muerte como una posibilidad remota, no como consecuencia de la vida, o inclusive ni siquiera tiene un pensamiento fijo sobre esta temática y es por ello, que la actitud temeraria propia de la edad da pie a conclusiones trágicas.

Los adolescentes no solo tienen una apariencia diferente de los Niños más pequeños, sino que también piensan y hablan de manera distinta. La velocidad con que procesan la información sigue aumentando, aunque en cierto sentido su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro. (Papalia y Martorell, 2017, p. 340).

Además de los cambios físicos u orgánicos significativos, el desarrollo Cognoscitivo en la Adolescencia es un salto significativo en el desarrollo de la persona. Diversos autores plantean su perspectiva y sus etapas en las que ocurre este hito, Craig y Baucum (2009) explican que, desde la teoría Piagetiana, en esta etapa del Ciclo Vital se desarrolla el pensamiento operacional formal, donde aparece la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis, requiere manipular no sólo lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos, por ejemplo en una conversación típica de adolescentes alguno dirá “para discutir supongamos que...”, otra característica importantes es que ya son capaces de planear o prever un acontecimiento o actividad y se reflexiona sobre los propios pensamientos (p. 365).

Piaget planteó que este estadio era el último del desarrollo cognitivo de las personas, madurando en el tiempo y evolucionando de acuerdo a como se ejercitara el mismo en cada persona, sin embargo ha recibido diversas críticas a su proposición, por un lado, se debate acerca de la edad precisa en la que surge este avance, en seguida tenemos que prestó poca atención a las diferencias individuales y culturales de las personas y por último, que no abordó otros desarrollos Cognoscitivos relacionados que influyen en el razonamiento de Operaciones Formales, tales como el mejoramiento en la capacidad para el procesamiento de la información, en la acumulación de conocimiento y pericia en campos específicos, así como en la metacognición, es decir la conciencia y supervisión de los propios procesos y estrategias mentales (Papalia y Martorell, 2017, p. 342).

La teoría de Piaget hasta ahora es fundamental para la explicación del desarrollo Cognitivo del ser humano, y no por eso está exenta de actualizaciones o replanteamientos, algunos investigadores han determinado que no es la cuarta etapa el estadio de más alto nivel en el desarrollo del pensamiento, sino que explican que existe una quinta etapa, el Estadio Postformal, que implica que las respuestas correctas a problemas puede requerir pensar reflexivamente, y que puede variar de una situación a otra, las soluciones deben ser realistas, que las emociones y los factores subjetivos pueden influir sobre los pensamientos, y que la búsqueda de la verdad suele ser un proceso constante e interminable. Este pensamiento está presente en Adultos Jóvenes, o se implican más que los Adolescentes, sin embargo, como en las etapas anteriores la edad de aparición de este estadio varía en cada sujeto, incluyendo el contexto social y cultural en el que se encuentre (Santrock, 2009, p. 90).

La teoría del desarrollo Cognitivo según Piaget, es una propuesta que se queda en un nivel individual y que incluye solo a los más próximo a la persona, por decirlo de una manera, en un micronivel; no es así para Vygotsky, este otro autor de relevancia en la comprensión de la cognición humana se focaliza en el origen social y la naturaleza social de las funciones superiores de la mente en conjunción con la cultura. El funcionamiento mental de un individuo solamente puede ser entendido examinando los procesos sociales y culturales en los cuales éste está insertado. Entonces podemos decir que el desarrollo es un proceso social que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en ese espacio cultural (Vielma y Salas, 2000, p. 32).

Para Vygotsky el desarrollo no sigue una secuencia predeterminada e internamente guiada, sino un curso genéticamente mediado y dependiente de los procesos de aprendizaje que ocurren en el plan de interacción educativa y la participación en situaciones culturales y socialmente organizadas, basándose así en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y, por lo tanto, en el medio en que se desarrolla. Es de esta manera que introduce el concepto de Zona de Desarrollo Próximo, que se refiere a aquellas tareas que son demasiado difíciles para que un individuo las realice solo, pero

puede acabar realizándose si cuenta con la guía y la ayuda de un adulto o de un compañero más capacitado (Pérez y Navarro, p. 26).

Teorías posteriores nos ofrecen conceptos que son compatibles con la teoría de Vygotsky, el andamiaje es cuando una persona más capacitada, ajusta la cantidad de guía para adaptarse al nivel de rendimiento actual del adolescente. Cuando la tarea que está aprendiendo el adolescente es completamente desconocida para él, se utiliza la instrucción directa y, conforme vaya aumentando su competencia, se irá reduciendo la guía. El sistema de aprendices Cognitivos es que un experto amplíe y apoye la comprensión y uso de las habilidades culturales del aprendiz o principiante. El término aprendiz subraya la importancia de la actividad en el proceso de aprendizaje, así como el carácter contextual del aprendizaje. El adjetivo Cognitivo alude a que los adultos modelan estrategias para los adolescentes y apoyan sus esfuerzos en la ejecución de la tarea. Por último, animan a los adolescentes a trabajar de forma independiente. La tutorización entre iguales implica un Aprendizaje Cognitivo entre un experto y un novato. Puede ocurrir entre un adulto y un adolescente o entre un adolescente más capacitado y otro menos capacitado. Los compañeros de clase pueden ser tutores eficaces, aunque las tutorías entre individuos de edades distintas suelen dar mejores resultados. Por último, tenemos el concepto de Aprendizaje Cooperativo, implica que los alumnos trabajen en grupos reducidos para ayudarse a aprender los unos a los otros. Los grupos de Aprendizaje Cooperativo varían en tamaño, aunque el tamaño medio es de unos cuatro estudiantes (Santrock, 2004, p. 92).

Para concluir esta breve exposición sobre el desarrollo cognitivo del adolescente se propone la teoría propuesta por Albert Bandura, esto nos ayudará a dar el paso a la explicación del desarrollo social. Bandura fundamenta su teoría en la concepción del proceso de Aprendizaje Observacional, el cual se explica con la incorporación de los procesos Psicológicos internos como mediadores Cognitivos, factores que influyen en forma determinante sobre las conductas modeladas por el ser humano en cualquier momento de su desarrollo. Bandura argumenta que las personas, además de ser conocedoras y ejecutoras, son auto reactivas y con capacidad de autodirección, ya que

la regulación de la motivación y de la acción actúan, en parte, a través de criterios internos y de respuestas evaluativas de las propias ejecuciones (Vielma y Sala, 2000, p. 34).

Hay tres conceptos clave en la teoría del Aprendizaje Social de Bandura, el primero es que aprendemos a través de la Observación, es decir imitando la conducta de un modelo, este modelo puede ser un modelo vivo, un modelo de instrucción verbal y un modelo simbólico. El segundo concepto clave es que los Estados Mentales son importantes para el aprendizaje, estos son importantes para determinar si un comportamiento se aprende o no, aquí también entra en juego la Motivación. Por último, tenemos el concepto de que el aprendizaje no siempre conduce a un cambio de comportamiento, en ocasiones somos capaces de aprender nuevas habilidades a pesar de que el Aprendizaje podría no ser inmediatamente obvio (Vergara, 2023).

Las personas somos en cuanto nos relacionamos con otras personas, no somos seres que estamos aislados del mundo, o dicho de otra forma no podemos escapar de las relaciones de diversos tipos o formas; nos relacionamos en la familia, en la escuela, en el trabajo, con vecinos, etc., así mismo las relaciones sociales se aprenden, como hablar o caminar, se aprenden con la práctica de las misma relaciones, el observar, escuchar y hacer son los medios por los cuales vamos adquiriendo esas habilidades que nos hacen adaptables al medio que nos rodea.

Inicialmente para entrar en la socialización de la persona con su entorno, se desarrolla la individualidad, el adolescente hace una comprensión de sí mismo a través de la introspección, sin embargo, esta no está completamente interiorizada. Esta concepción de sí mismo es una Construcción Sociocognitiva, es decir que las capacidades cognitivas en proceso de desarrollo de los adolescentes interactúan con las experiencias socioculturales, influyendo sobre la comprensión de sí mismos. Así pues, la comprensión de sí mismo se basa, en parte, en los distintos roles representados por la persona, aunque no contiene todos los componentes de la Identidad Personal. (Santrock, 2009, p. 247).

Santrock (2009) menciona que la comprensión de sí mismo durante la adolescencia es un proceso complejo e incluye varias dimensiones del yo. A continuación, se mencionan:

- La Abstracción e Idealización. Por ejemplo, cuando se describe así mismo como “indeciso, no sé quién soy” y “Soy una persona sensible que se preocupa por los sentimientos de los demás”.
- La Diferenciación. Incluye variaciones contextuales o situacionales, es decir una adolescente se describirá así mismo de diversas maneras con la familia, con los amigos o con su novio, esto dependiendo del rol que desempeñe en los contextos que se encuentre.
- El Yo Fluctuante. Es característico tener una cierta inestabilidad del yo, es decir, que en este momento un adolescente puede estar muy alegre, y pasar enseguida a un estado emocional de enojo. Poco a poco el adolescente construye una teoría más unificada del yo hacia el final de la adolescencia o incluso a principios de la etapa adulta.
- Las Contradicciones Internas. Es normal que surjan contradicciones potenciales entre los yos diferenciados, en los múltiples roles y diferentes contextos relacionales en los que participa el sujeto.
- El Yo Real y el Ideal, verdadero y falso. El adolescente es capaz de construir un yo ideal, a parte del yo real, esto puede confundirlos. También poseen la capacidad de mostrar su yo verdadero y su yo falso, el segundo es usado en las citas románticas o con los compañeros de clase para impresionar a los demás, ejercer nuevos roles.
- La Comparación Social. Esta es usada para evaluarse a sí mismos, y esta les genera confusión debido a las diversas opiniones de los grupos de referencia.
- La Introspección. Se sienten inseguros o preocupados cuando tratan de comprenderse a sí mismos, esto demuestra la introspección. En ocasiones no se realiza de manera individual, los amigos también son fuente de información para realizar evaluaciones y se vuelven un espejo social en el que los adolescentes se miran con inquietud.

- La Autoprotección. Existen mecanismos para proteger y desarrollar su yo. Para ello tienden a negar o relativizar sus características negativas.
- Los Componentes Inconscientes. Conforme avanza la adolescencia la persona va adquiriendo conciencia de que hay ciertos aspectos de su actividad mental que escapan a su control consciente.
- La Autointegración. Las distintas partes del yo se acoplan mejor entre sí, los adolescentes son capaces de detectar las inconsistencias que existen en sus propias descripciones en el intento de construir su identidad.

La construcción de la Identidad es un fenómeno complejo de naturaleza Psicosocial, y está íntimamente ligada con el Autoconcepto, en cuanto que es la construcción y elaboración del conocimiento de uno mismo. Al final de la Niñez la persona elabora un Autoconcepto que durante la adolescencia sufrirá cambios en su estructura y su contenido. En lo estructural, por su capacidad de abstracción, el adolescente relacionará algunas características vinculadas entre sí. En una segunda etapa, se sufren cambios debido a que el adolescente se relaciona cada vez más en contextos sociales diversos, en los que les va a demandar un comportamiento y unos valores, que facilitarán la diversificación del autoconcepto. Por último, la última fase de formación del Autoconcepto, relaciona abstracciones entre sí y las jerarquiza, de forma que se puede lograr un autoconcepto no sólo múltiple y diversificado, sino también integrado, donde los roles opuestos y los diferentes Yoes no produzcan sentimientos de incongruencia e insatisfacción. En cuanto al contenido del Autoconcepto van a influir los cambios puberales y el aspecto físico, poniendo estos cambios Físicos en una preocupación central, sin embargo, por la capacidad de Abstracción y la Introspección, en la etapa de la Adolescencia Media, el Autoconcepto se va a enriquecer de definiciones relativas al aspecto Psicológico y menos visible de la persona, tales como las creencias, filosofía de vida, personalidad, etc. (Delgado, 2009, p. 120).

El Autoconcepto podemos definirlo como las evaluaciones del Yo en un ámbito o dominio específico. Los adolescentes se pueden evaluar a sí mismos en el ámbito académico, deportivo, su aspecto físico, etc. (Santrock, 2004, p. 250). También el

autoconcepto es un conjunto de conceptos, representaciones, juicios descriptivos y valorativos sobre el propio sujeto, tomando en cuenta que este evoluciona a través de los años y forma parte de la personalidad e identidad, y es la forma que tenemos de vernos en función de nuestra propia información interna (cogniciones) como de la externa que los demás reflejan sobre nosotros (Pérez y Navarro, s.f., p. 139)

Otro concepto de importancia en el Desarrollo Social del adolescente es la Autoestima, que está relacionada con la percepción que tenemos de nuestra valía, constituyéndose esta, a partir de los pensamientos, sentimiento y experiencias que se van teniendo a lo largo de la vida. Al igual que el Autoconcepto, la Autoestima se considera múltiple y diversa, se manifestará en cada individuo, en sus diferentes dominios como el escolar, familiar, la relación con los iguales, etc. Cada una de estas dimensiones supone un impacto de diferente grado en el sujeto y constituirá un concepto parcial de la Autoestima que poco a poco se orientará hacia una consciencia global de la Autoestima. Para comprender mejor esta idea, podemos decir que, un chico considera el rendimiento académico muy importante, pero se siente poco competente, tendrá una baja autoestima a pesar de tener una buena competencia en las relaciones sociales con sus pares, pero a las que no les da demasiada importancia; caso contrario, el caso de una chica que considera las relaciones sociales demasiado importantes y en lo que ella destaca, tendrá una autoestima global alta, a pesar que no sea destacada en lo académico, ya que esto no lo considera de relevancia para su vida. Así estos dos casos, adolescentes con competencias similares, diferirán en su grado de autoestima global en función de la valoración que ellos mismo otorguen a cada una de las dimensiones en particular (Pérez y Navarro, s.f., p. 243).

Es importante señalar que la organización familiar sigue ejerciendo a esta edad una fuerte influencia en la predicción de la Autoestima. Las familias que educan desde el Afecto y el Control favorecerán una Motivación positiva en los adolescentes. Esto nos lleva a concluir que el amor y cariño junto a las normas y autoridad favorecen sentimientos de confianza y seguridad en sí mismos (Pérez y Navarro, s.f., p.245). No obstante, la adolescencia trae consigo desafíos en relación a los padres, hay una cierta ambivalencia

y necesidad de desprenderse de ellos, por otro lado, los padres quieren que sus hijos sean independientes, pero les resulta difícil dejarlos ir. Esta tensión puede provocar conflictos en la familia, pero los estilos de crianza pueden influir en su forma y resultado (Papalia y Martorell, 2017, p. 371).

En relación con los conceptos anteriormente desarrollados y que es un detonante en el conflicto familiar, está el concepto de Individuación, implica la batalla del adolescente por su autonomía y diferenciación o Identidad Personal; tenemos que un adolescente escucha música diferente a sus padres, quiere vestir de una manera poco convencional o diferente del estilo que dicen los padres y se mantienen ciertas cuestiones privadas fuera del alcance de ellos, esto es el adolescente en su proceso de Individuación. Un aspecto importante a considerar es forjar los límites de control entre el yo y los padres (Papalia y Martorell, 2017, p. 372).

El desarrollo de la persona, como ya hemos visto con anterioridad, se da en contextos diversos, así también el desarrollo social del adolescente ocurre en el contexto de los iguales, es decir sus compañeros de clase o los amigos del barrio. Desde la Adolescencia, chicas y chicos sienten una fuerte necesidad de pertenencia, esta necesidad les llevará, junto a otros jóvenes de su misma edad y condición, a constituir asociaciones grupales en las que compartir sentimientos, valores y criterios particulares de comportamiento, donde lo realmente importante es hacer compañía a los amigos y compartir vivencias, experiencias o sentimientos (Pérez y Navarro, s.f., p. 255).

El grupo de iguales influye en cada uno de sus miembros y lo hace de muy diferente manera en cada uno. En primer lugar, influyendo de manera directa y explícita en las actitudes y conductas, potenciando algunas de ellas y limitando el desarrollo de otras; también regulando la normativa mediante conversaciones que van reforzando las normas de conducta y de pensamiento de los miembros del grupo y por último suministrando oportunidades mediante la creación de ocasiones y contextos en los que practicar y reforzar determinadas conductas. Las amistades entre iguales aportan un sistema de apoyo para las necesidades sociales y emocionales, compartiendo consejo y

posesiones valiosas, actuando como aliados leales, estabilidad y apoyo en momentos de transición o de crisis, ayuda al desarrollo del juicio moral y los valores sociales, apoyo para el mantenimiento y mejora de la autoestima haciendo posible la integración en el grupo, oportunidades para el desarrollo de la competencia interpersonal, compañía, entretenimiento y estímulo, ayuda en el proceso de separación de los padres y mejora en el desarrollo de las actitudes sexuales, en la adopción de conductas propias de su género y elección de pareja (Pérez y Navarro, s.f., p. 255).

La Cultura es otro de los contextos de desarrollo de los adolescentes, como vimos anteriormente, el ambiente influye en gran medida en las etapas del Ciclo Vital de las personas. Por Cultura entendemos los comportamientos, pautas, creencias y todas las demás normas que regulan el funcionamiento de un grupo particular de personas, que se transmite de generación en generación. Este concepto abarca a la familia, los iguales en la escuela o en el barrio, porque de las relaciones que en esos contextos se dan, influyen en los comportamientos individuales que generan una Cultura y así esa Cultura influye en los adolescentes, generando una dialéctica que forma a las personas. Entre los elementos que componen una Cultura podemos encontrar también el nivel socioeconómico, la pobreza, la etnia, los medios de comunicación social, que influyen también en el desarrollo de la persona adolescente (Santrock, 2004, p. 215).

En suma, las relaciones con los amigos, compañeros de escuela, la familia, etc., constituyen experiencias gratificantes y enriquecedoras para el adolescente, estas relaciones que tiene el adolescente pueden considerarse como un síntoma de la posesión de habilidades interpersonales y de un buen ajuste psicosocial. También es cierto que hay adolescentes que no se benefician de tener una amistad por sus dificultades para conseguirla, esta situación los puede llevar a ser rechazados o ignorados por el grupo, situándolos en una posición en la que es muy difícil evitar el sufrimiento personal y social, por eso es de vital importancia saber cómo relacionarnos, ya que estas relaciones nos hacen obtener logros importantes en nuestras interacciones.

Diversos autores nos ofrecen una definición o teorías que definen las Habilidades Sociales. Kelly (2002) basado en la teoría Social del Aprendizaje las define como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, es decir como unas vías para la obtención de objetivos del individuo, es decir las que pueden facilitar el desarrollo de relaciones, para conseguir reforzamiento no social como la obtención de un empleo después de una entrevista de trabajo o habilidades que impiden la pérdida de reforzamiento (p. 19).

El Centro de Integración Juvenil (s.f.) en su explicación de las Habilidades Sociales y Emocionales nos dice que estas nos ayudan a conocernos, a regular nuestras emociones, a interactuar positivamente con los demás y a afrontar los problemas de la vida cotidiana o situaciones adversas. Se pueden aprender y desarrollar a lo largo de la vida. Sobre todo, en la Infancia y Adolescencia, etapas óptimas para establecer las bases de su desarrollo y/o para fortalecerlas, pueden aprenderse a través de la imitación de modelos como los son madres, padres, docentes, cuidadores u otras personas significativas, y también a través del entrenamiento, en su desarrollo intervienen las familias, escuelas, ámbito laboral y la comunidad.

A continuación, se presenta un listado de algunos marcos de referencia de las habilidades socioemocionales que señala el Centro de Integración Juvenil (s.f.)

1. Modelo de Cuatro Ramas de la Inteligencia Emocional, desarrollado por John D. Mayer y Peter Salovey, dichas ramas son, Percepción emocional, Facilitación Emocional del Pensamiento, Comprensión Emocional y Regulación emocional.
2. Aprendizaje Social y Emocional, desarrollado por el Aprendizaje Académico, Social y Emocional (CASEL, por sus siglas en inglés), con áreas de Competencia, Autoconciencia, Autocontrol, Conciencia Social, Habilidades para Relacionarse y Toma de Decisiones.
3. Cinco C del Desarrollo Positivo Juvenil desarrollado por Richard M. Lerner y Jacqueline V. Lerner, Competencia, Confianza, Conexión, Carácter y Cuidado.

4. Grandes rasgos de la personalidad, que ha sido desarrollado por múltiples investigadores, Apertura a la Experiencia, Conciencia, Extraversión, Afabilidad y Estabilidad Emocional.

La atención se centra en las conductas y capacidades positivas de los individuos, así como en sus potencialidades, junto con esto el hallazgo más importante del medio ambiente humano es otra persona y entre las competencias más importantes están aquellas que contribuyen a la satisfacción mutua y relaciones interpersonales gratificantes.

Ríos (2014) señala nos indica que las Habilidades Sociales están relacionadas con la Terapia de Conducta, o con el entrenamiento, éstas dependan de la maduración y de las experiencias de aprendizaje, aquí nuevamente hacemos uso de la teoría del aprendizaje social, ya que todos los individuos están influidos por factores sociales que favorecen la emisión de determinados patrones de conducta y pueden inhibir aquellos que pueden ser los más relevantes para un desarrollo adaptativo.

La Observación es el Aprendizaje Básico por el cual podemos adquirir Habilidades Sociales, dónde las percepciones, lo simbólico y lo sensorial, poseen propiedades de señal que después sirven como estímulos discriminativos para las mismas respuestas abiertas que se han observado; con esto el observador tiende a emitir la misma respuesta. Posteriormente se obtiene la imitación, donde el observador podrá obtener Reforzamiento de tipo Vicario (a través de la vista) o directo, o bien castigo vicario o directo, con lo que se refuerza (aumenta la probabilidad de que ocurra) o inhibe (evita que se presente) la respuesta en cuestión. Otro vehículo importante para el Aprendizaje es la Enseñanza Directa, como cuando los padres indican a sus hijos, di gracias, saluda, di adiós, etc., esto modela la conducta social.

En la etapa adolescente, los amigos de la misma edad, y aún mayores, son modelos muy importantes y fuentes de reforzamiento muy especial durante este periodo. Adquiere relevancia, sobre todo en la etapa adolescente, puesto que esa población pasa por un lapso de reajustes Biológicos, Psicológicos y Sociales, los cuales propician que el joven entre a un nuevo rol de interacción social.

Así el contexto es importante para el desarrollo de las Habilidades Sociales, de modo que la conducta puede estar determinada por las características sociales, económicas y culturales en las que se desarrolla, por lo que se debe considerar la acción de todo el torno medioambiental como básico en el desarrollo y formación del comportamiento social e integral del ser humano. También las Habilidades Sociales se pueden perder por desuso al vivir en largos periodos de aislamiento social, así mismo lo que puede dificultar o inhibir la acción social son los trastornos como la ansiedad y la depresión.

Por la influencia del desarrollo de la competencia social se ha establecido un modelo general de Habilidades Sociales llamado “modelo interactivo”, se le conoce así por el énfasis que pone en el papel de las variables ambientales, las características de las personas (pero no los “rasgos”), y las interacciones entre ellas, para producir la conducta. De esto se desprende la idea de que la persona, el ambiente y la conducta son variables fundamentales para tomar en cuenta al momento de estudiar el comportamiento social.

En la teoría del Aprendizaje Social se sostiene que la mayor parte de los determinantes de la conducta humana pueden localizarse en la relación dialéctica y continua que existe entre un individuo y su entorno. La presencia en las personas de cierto tipo de inhabilidad individual o inhabilidad social puede estar relacionado con ciertas conductas inadaptadas, como la ingestión de drogas, agresión, problemas de aprendizaje y, en general conductas no aceptadas por la sociedad. Estas inhabilidades pueden precipitar en problemas conductuales que redunden en una inadaptación social.

En su formulación más avanzada, la teoría del Aprendizaje Social es interaccionista, interdisciplinaria y multimodal. En ella se destaca que las personas son capaces de fijarse a sí mismas normas de ejecución y luego premiarse o castigarse por su obtención o por no conseguirlas. Esta teoría favorece la ampliación de nuestro conocimiento sobre cómo las personas aprenden destrezas y habilidades, y cómo se transmiten en la sociedad actitudes, valores e ideas. Puede enseñarnos, asimismo, la manera de no transmitir algo. En cierta forma potencia el desarrollo de conductas sociales positivas que permitan mejorar el funcionamiento cotidiano del individuo.

Una conceptualización de la conducta habilidosa implica la especificación de tres componentes de las Habilidades Sociales: Conductual (el tipo de habilidad), Personal (contexto interpersonal con quien tiene lugar) y Situacional (el contexto ambiental). Dicho de otra manera, la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas (componente conductual) emitidas por un individuo en un contexto interpersonal (componente personal) que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación (componente contextual), respetando esas conductas en los demás, y que normalmente resuelve los problemas más inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

1.2. Familia

El ser humano es un ser biopsicosocial, y la familia aporta estos elementos a la persona, así mismo es el primer contexto del ser humano y el contexto de la familia es la cultura, por su parte la cultura se transmite al individuo en las primeras etapas de la vida, en la familia. De tal manera que esta unidad de personas proporciona las raíces fundamentales de su personalidad al individuo y esta influye a su vez en la familia, cultura y sociedad, esto da como resultado que haya personas, por decirlo de una manera, sanas o enfermas, productivas o parasitarias, cooperativas o egoístas, aquí la importancia que

la familia tiene en la actualidad. Sin embargo, la formación del ser humano es un proceso complejo en el que influye un sin número de factores internos y externos al individuo (Garibay, 2013, p. 2).

Clavijo (2011) define familia como el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social (p. 75).

Actualmente no podemos considerar un solo tipo de familia, hay una diversidad de formas de vinculación familiar, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018) menciona que los tipos de familia son:

1. Nuclear sin hijos: Dos personas.
2. Nuclear monoparental con hijas(os): Un sólo progenitor(a) con hijas(os)
3. Nuclear biparental: Dos personas con hijos(as).
4. Compuesta: Una persona o pareja, con o sin hijos(as), con o sin otros parientes, y otros no parientes.
5. Homoparental: Progenitoras(es) del mismo sexo con hijas(os).
6. Heteroparental: Mujer y hombre con hijas(os).
7. De acogida: Aquella con certificación de la autoridad para cuidar y proteger a niñas, niños y adolescentes privados de cuidados parentales, por tiempo limitado.
8. De acogimiento preadoptivo: Aquella que acoge provisionalmente a niñas, niños y adolescentes con fines de adopción.
9. Ampliada o extensa: Progenitoras(es) con o sin hijos y otros parientes, por ejemplo, abuelas(os), tías(os), primos(as), sobrinos(as) entre otros.
10. Ensamblada: Persona con hijos(as), que vive con otra persona con o sin hijos(as).

11. Sin núcleo: no existe una relación de pareja o progenitoras(es) hijas(os) pero existen otras relaciones de parentesco, por ejemplo: dos hermanas(os), abuela(o) y sus nietas(os), tíos(a) y sobrinas(os) etc.
12. De origen: Progenitoras(es) tutores(as) o persona que detente la guarda y custodia de niñas, niños y adolescentes con parentesco ascendente hasta segundo grado (abuelos/as).
13. Sociedades de convivencia: Dos personas de igual o distinto sexo que establecen un hogar común con voluntad de permanencia y ayuda mutua (con o sin hijos, hijas).

Garibay (2013) nos propone los siguientes puntos para comprender a la familia como un sistema:

1. La familia está formada por sus miembros que se encuentran relacionados entre sí.
2. Cada uno de los miembros de la familia ocupa un lugar, una posición dentro de ella, desempeñando un rol o una función con respecto a los otros. Aquí entran la jerarquía y el poder en los miembros que componen la familia.
3. Cada familia genera sus pautas de comunicación por las cuales se vinculan los miembros. Aunque todos los miembros están relacionados entre sí, se pueden formar subsistemas estableciendo límites, alianzas o coaliciones.
4. El medio ambiente también tiene un papel importante en el sistema familiar, este le plantea exigencias a la familia.

Homeostasis o Morfostasis son los movimientos de ajuste y reajuste en su interior para a es el movimiento que la familia realiza para adaptarse a las exigencias del medio; en caso contrario, al movimiento que la familia realiza para adaptarse a sus exigencias internas, sean de crecimiento o desarrollo, recibe el nombre de morfogénesis.

Algunos de los componentes de la concepción de familia son los siguientes:

1. Es un sistema abierto en proceso permanente de transformación, que envía y recibe descargas de y desde el medio fuera de la familia y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.
2. Se desarrolla y se desplaza a través de un cierto número de etapas que exige una reestructuración permanente.
3. Se adapta a circunstancias cambiantes, de tal modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.
4. Como sistema vivo, se desarrolla con base en un ciclo de vida.

La estructura familiar es un conjunto total de relaciones y demandas funcionales o expectativas entre los miembros de una familia. Como sistema socioeconómico abierto en permanente proceso de conservación y transformación, desarrollándose en ciertas etapas que exigen su reestructuración en lo que se llama ciclo vital de la familia. Esta estructura familiar favorece el crecimiento psicosocial de cada miembro y además cumple una función específica, para el conjunto como para cada miembro de ella.

A continuación, se describen los componentes de la estructura familia:

1. Miembros de una familia, es decir padres e hijos, que se consideran el núcleo, aun cuando pueda incluir a abuelos o tíos que vivan o convivan de manera significativa con ellas.
2. Demandas funcionales, las expectativas explícitas o implícitas que se establecen entre sus miembros.
3. Pautas, modos repetitivos en que los miembros interactúan. Estas regulan la conducta de los miembros de la familia y se mantiene por dos sistemas o formas de coacción. El primero es genérico e incluye las reglas universales que gobiernan la organización familiar, el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, con las cuales el sistema se mantiene a sí mismo y opone resistencia al cambio más allá de ciertos niveles.
4. Reglas, regulan las conductas, interacciones y por ende las que favorecen que se desarrollen tanto las pautas, como la estructura.

5. Límites, están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, su función es proteger la diferenciación del sistema, sirven para definir quiénes pertenecen al sistema, que por una parte funcionan como líneas de demarcación y por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc., entre sistemas y subsistemas.
6. Funciones, las tareas familiares difieren de acuerdo a los parámetros culturales en los que se encuentra la misma, pero poseen raíces universales. Estas sirven a dos objetivos, uno interno, para la protección psicosocial de los miembros, otro externo, la acomodación de una cultura, para garantizar alguna continuidad con ella.
7. Roles, se refieren a la totalidad de expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a la posición y conducta de un individuo en el grupo y que se relaciona de forma estrecha con el lugar que ocupa o con el desempeño de alguna función.
8. Alianzas y coaliciones, son algunos de los tipos de pautas de interacción más frecuentes en las familias. Alianza es cuando dos o más miembros de una familia se alían para llevar a cabo una acción que no incluya o excluya a un tercero. Coalición es un proceso de acción conjunta contra un tercero.
9. Triangulación, se entiende como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas, con inclusión de una tercera.

Dentro del estudio de las familias como sistema, el tema de los vínculos es un tema transversal, desde diversos puntos de vista en las corrientes de la psicología, con el psicoanálisis como teoría de origen, coinciden en que existe el vínculo filial, es decir el vínculo que establecen hijas e hijos con sus progenitores, así mismo se desarrolla el vínculo parental, el que generan padre-madre y por último encontramos el vínculo fraterno, la relación que hay entre hermanos. Al decir que es transversal el tema de los vínculos, es porque estos son los responsables de toda la dinámica familiar, a partir de aquí se pueden generar todos los traumas psicológicos, se determina el carácter de la

persona y se establecen los fundamentos para las futuras relaciones interpersonales (Dunker, 2002, p. 18).

A partir de la dinámica de los vínculos, Dunker (2002) define a una familia como saludable cuando el padre y la madre tienen una relación más cercana que con cualquier otro miembro de la familia, y se cultiva a través de acciones específicas como tener un espacio exclusivo en casa, frecuentemente tienen salidas y se toman unas vacaciones en pareja; también en la familia saludable el padre y la madre comparten tiempo de calidad con cada hijo e hija, lográndose con hábitos que den tiempo de calidad a cada hijo e hija en particular y un estilo de crianza basado en el apoderamiento progresivo de hijos e hijas; por último los hermanos y hermanas se dan apoyo y negocian sus diferencias sin la intervención de papá y mamá, este logro se nota cuando ellas y ellos tienen la capacidad para negociar sin intervención de terceros, así como la capacidad de colaborar y divertirse juntos (p. 31)

Otro aspecto importante a considerar en la dinámica familiar es el estilo de crianza y la autoridad de los padres. La crianza autoritativa fomenta un desarrollo psicosocial sano, en este tipo de crianza se insiste en las reglas, normas y valores importantes, pero está dispuestos a escuchar, explicar y negociar. Generalmente se ejerce un control conductual, pero no sobre sus sentimientos, creencias y sentido del yo (control psicológico), y es importante promover en los cuidadores de adolescentes la autonomía psicológica, es decir el derecho a sus propios sentimientos y pensamientos, así se generará en el adolescente confianza en sí mismo y competencia (Papalia y Martorell, 2017, p. 373).

1.3. Contexto Psicológico, Social y Cultural en el que se Desarrolla el Adolescente

Llegado a este punto podemos tener conclusiones sobre el desarrollo de los adolescentes, y hay una en particular, no es que se descubra en este texto, ya muchos autores e investigadores lo han afirmado, tal es que el ambiente juega un papel importante en el ciclo vital de las personas, lo que hay fuera de nosotros mismos nos

configura, sin embargo nosotros tenemos la decisión sobre que es aquello que puede aportar, lo que puedo ignorar u omitir, es una dialéctica entre el yo hacía el ambiente y el ambiente hacía el yo. Esta influencia del ambiente se da en una temporalidad concreta, en un contexto situado, determinado por diversos factores, como las costumbres, los pensamientos y formas de actuar de las personas que nos rodean, etc.

Es importante en el análisis e intervención psicológica tener una lectura clara y profunda de las personas con las que se realiza este trabajo, como dijimos, del contexto situado en el tiempo y que se va construyendo en una sociedad como lo es la mexicana. Para comprender a los adolescentes mexicanos, y específicamente la población de la presente investigación, expondré sucintamente los aportes de Rogelio Díaz-Guerrero (1994) que como bien se sabe fue pionero en la investigación etnopsicológica, su obra *Psicología del Mexicano* nos aporta una radiografía de cómo somos los mexicanos. Díaz-Guerrero nos expone lo siguiente:

Durante la Adolescencia, el signo de virilidad en el macho es hablar o actuar en la esfera sexual. Quien posea información o experiencia en relación con asuntos sexuales es, inevitablemente, el líder del grupo. Las jovencitas, en vez de ser evitadas, son la codiciada meta de los jóvenes. Durante la Adolescencia, se desarrolla un extraño fenómeno: la persecución de la hembra se desarrolla en dos aspectos. En uno, el adolescente se lanza a la búsqueda de la mujer ideal, aquella a quien desearía convertir en su esposa, con ciertas características de “buen comportamiento” o lo que está socialmente establecido. El papel de la sexualidad es muy secundario. En el otro aspecto, el adolescente se lanza a la búsqueda de la hembra sexualizada, con senos y caderas redondeadas, y con el claro propósito en mente de la relación sexual.

Desde la Adolescencia en adelante, y a través de la existencia entera del varón, la virilidad será medida por la potencia sexual, y sólo secundariamente en términos de fuerza física, valor o audacia. Tan es así, que estas características de la conducta, como otras aún más sutiles, se cree dependen de la capacidad

sexual. El acento recae sobre los órganos sexuales y su función. El tamaño del pene tiene su importancia. El tamaño de los testículos tiene más, pero más importante que el tamaño físico es el "tamaño funcional". Se da por descontado que funcionan bien cuando: a) El individuo actúa eficientemente en el área sexual y habla o se jacta en forma convincente de sus múltiples éxitos como seductor. b) Cuando afirma convincentemente o demuestra que no le tiene miedo a la muerte. c) Cuando el individuo se distingue en los campos de la intelectualidad, de la ciencia, etcétera.

Por otro lado, en relación al acercamiento de los adolescentes con sus congéneres para una relación amorosa, en la sociedad mexicana se tiene una clara confusión entre el amor y el poder. Este dramático revoltijo se expresa en el machismo mexicano, poderoso, valiente, fuerte, sin miedo; macho que rapta, seduce y a veces viola al objeto de sus amores.

La confusión empieza en la familia, que con sus tantos aspectos positivos surgen las confusiones en razón de la obediencia afiliativa. Parece que históricamente quedó prescrito que en la familia el hombre debería ejercer todo el poder y la mujer todo el amor. Cuando la madre y el padre buscan la satisfacción personal o el dominio y no el desarrollo óptimo de los hijos, como pasa en la condonación o festejo de conductas negativas y las conductas posesivas, sobre todo de la madre, es aquí donde surge esta confusión entre amor y poder; porque la sobreprotección de los hijos es una forma destructiva del ejercicio del poder y no es amor. Algunos estudios realizados afirman que es más destructiva la sobreprotección que incluso ignorarlos o ser autoritario y aun irresponsable con ellos.

La estructura familiar mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales, en la supremacía indiscutible del padre, así como el necesario y absoluto sacrificio de la madre. Esto surge desde las expectativas en la espera de la llegada de un primer hijo, y no una hija. El hecho de que sea una primogénita

pone en entredicho la virilidad masculina, económicamente hablando es mal negocio, hay desgaste físico y preocupación moral de la familia pues hay que cuidar el honor, al casarse habrá un intruso masculino en la familia y en caso de no casarse la familia tendrá que soportar las neurosis de la solterona. Si después de dos varones nace una mujer, ha nacido para estar al cuidado de sus hermanos varones, tendrá que servirlos, para que la madre pueda atender maternalmente a su esposo.

La niña de crecer en femineidad, en el hogar y la maternidad. Jugará a la casita, a la comidita, manteniéndose alejada de los juegos bruscos de los niños, ya que no es propio de una buena mujercita. Muy temprano se le inicia en el aprendizaje de las labores del hogar porque tienen que ayudar a su madre en ello.

En su caso, el niño, se desarrollará de acuerdo a su papel de varón. Jugará solo con soldados, pistolas, cascos, caballitos. Deberá gritar fuertemente causando pánico entre las niñas. Se desaprobará por parte de toda la familia todo tipo de comportamiento femenino. El hecho de que los hermanos mayores discriminen a los menores en los juegos "masculinos", porque no tienen la edad de participar en ellos, genere en los más pequeños el ansia de lograr la virilidad. Obviamente a las niñas se les ignora y censura de estos juegos.

Así hasta la adultez es importante que el hombre tenga muchos huevos y que los tenga bien puestos, y es aquí donde la indisputable autoridad del hombre se fundamenta, él tiene testículos, ella no. Durante la relación de noviazgo el hombre es esclavo de su amada, le dedica poemas y canciones, esta puesta en un pedestal, una vez que hay matrimonio, de esclavo pasa a ser el amo, al que su mujer debe servirle. El hombre se dedica a proveer, no quiere, ni debe saber de lo que pasa en su hogar, apenas puede descansar de una larga y exhaustiva jornada de trabajo, y nuevamente se retoma aquí la confusión entre amor y poder.

A pesar de las premisas en las que se fundamenta la familia mexicana, es en ella donde la persona mexicana encuentra su seguridad, sola es nadie, pero en familia se siente acompañada, protegida. La psicología de los mexicanos está originada, fundamentalmente, por su cultura, es decir, por todas esas afirmaciones, dichos, proverbios que seguimos como reglas para convivir, sobre todo dentro de la familia. Esto condujo a la investigación de los efectos de la cultura sobre la personalidad del mexicano, los resultados indicaron que cuando menos hay ocho tipos de mexicanos y, además mezclas de estos tipos.

a) Pasivo, obediente y afiliativo (afectuoso)

El más común de la sociedad mexicana; se encuentra en la ruralidad, provincias del centro y provincias del sur del país. Se caracteriza por ser obediente a las órdenes, su necesidad de autonomía es mucho muy baja respecto a las demás tipologías, son poco rebeldes, conformes y les gusta complacer a los demás, disciplinados, fácilmente gobernables, tienden a estar más con compañeros y familiares, son muy seguros emocionalmente y tienen buen control interno, son capaces de manejar y adaptarse bien a distintos tipos de situaciones.

b) Rebelde activamente autoafirmativo

Desde los 12 años de edad se opone a la obediencia absoluta hacia el padre, la madre y los maestros. Se encuentra en las clases media y alta que entre los de las clases bajas; es dominante y agresivo y tiene mayor necesidad de decidir las cosas por sí solo, se enoja fácilmente y, muchas veces, por salirse con la suya lastima los sentimientos de otros y otros, busca desquitarse de quienes le han hecho algún daño; tiende a ser peleonero e irritable. Tratan de controlar su ambiente y de influenciar y dirigir a sus compañeros, expresa opiniones con fuerza y les gusta asumir el papel de líderes; son pues bastante autoritarios, autoafirmativos. Son muchachos que tienden a ser independientes, autónomos, naturalmente rebeldes, individualistas y autosuficientes, se resisten a las órdenes y, si el medio ambiente familiar le es hostil, tienden a aislarse y a convertirse en individuos solitarios.

c) Control interno activo

Estos adolescentes aventajan a sus coetáneos en sus conocimientos del vocabulario, así como en velocidad y comprensión de lectura. Son bastante afectuosos y obedientes afiliativos, complacientes con sus padres, educados, corteses y obedientes con sus maestros, probablemente con los adultos en general. Son bastante menos agresivos, no son irritables, ni peleoneros, ni amenazadores, ni antagonistas; les disgusta lastimar a las personas, sean compañeros o adultos, y no les importa mucho vengarse si sus compañeros les hacen malas pasadas, tiene abundantes recursos internos para enfrentarse a la mayor parte de problemas que deben afrontar. Cómo se ve este tipo de adolescente está en contra de los aspectos negativos de nuestra cultura, es por ello que sería interesante e importante estudiar a las familias de estos niños para definir los métodos y principios que los padres utilizan en su educación, con el objeto de utilizarlos en la instrucción de los padres del futuro.

d) Control externo pasivo

Los adolescentes mexicanos en este tipo, son lo contrario al tipo anterior, descontrolados, agresivos, impulsivos, pesimistas, rebeldes, desobedientes. Se enojan más fácilmente que los demás; por salirse con la suya son capaces de lastimar los sentimientos de compañeros y de los adultos. No muestran la inclinación al liderazgo que se observa en los rebeldes. Son muchachos desobedientes y casi nunca complacientes con los padres y con otras figuras de autoridad y pueden llegar a ser ingobernables, carecen de la necesidad de autonomía que caracteriza a los activamente autoafirmativos. Éstos son convenencieros que no buscan más que depender de otros, dicho de otra manera, tienden a ser veletas controladas por el ambiente. Éste tipo de adolescente puede ser campo fértil para la corrupción. Las madres de estos niños se muestran insatisfechas con su progreso escolar y preocupadas por su persistente desobediencia, agresividad e impulsividad.

CAPÍTULO II

Factores de Riesgo

2.1. Elementos Contextuales que Influyen en la Salud mental de los Adolescentes

Lucio y Heredia (2, p.) nos sugiere que para clasificar y/o comprender los problemas de las personas en su ciclo vital, existe un enfoque más psicológico e interdisciplinario que es de la psicopatología del desarrollo. Dicho enfoque destaca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida, sugiriendo un marco conceptual relacionado a hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo.

En varios puntos del presente trabajo hemos insistido que la persona es un ser biopsicosocial. La persona está en constante interacción con el medio, éste va a influir de manera sustancial en su desarrollo y comportamiento. Es así que en las interacciones que se den en la familia, van a estar determinadas en cierta manera por el contexto social en que ésta viva donde hay que considerar las costumbres, los valores y las demandas que la misma sociedad hace a la familia, influyendo en la interrelación entre sus miembros y por ende en el comportamiento de los mismos, en dónde algunos se desvían de la norma del contexto social o familiar y estos serán considerados como anormales o patológicas y pueden llegar a ser clasificados dentro de una nomenclatura diagnóstica (Lucio y Heredia, 2, p. 27).

Lucio y Heredia (2, p. 28) proponen los siguientes factores que influyen en la salud mental.

- **Pobreza:** Las condiciones paupérrimas en las que puede vivir el adolescente, originan mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercutiendo en la familia y la sociedad. Estudios han demostrado que tales condiciones provocan mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad, exposición a enfermedades médicas, estrés. La pobreza se

asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familia.

- **Trabajo:** Estar desempleado puede ser una de las causas por la cual las personas presentan síntomas depresivos, en contraste con las personas que encuentran trabajo y están laboralmente estables.
- **Educación:** Hay una asociación significativa entre prevalencia de trastornos mentales comunes, como depresión, ansiedad y estrés, entre otros, con el bajo nivel educativo.
- **Violencia y trauma:** En contextos de pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes, sin embargo, en familias que no sufren pobreza también se presentan. La violencia en sus diversas manifestaciones o tipos, deja en el agredido un daño emocional; entre los problemas psicológicos que ocasiona la violencia, se encuentran la ansiedad, depresión, ideación suicida, trastornos del sueño y de la alimentación.
- **Mujeres trabajadoras:** Actualmente las mujeres mexicanas trabajan fuera del hogar. Esto implica cambios en la dinámica familiar, debido a cambios en los roles, valores, estilos de crianza, entre otros. Las mujeres se ven sometidas a dobles cargas de trabajo que les provoca mayor tensión y por consiguiente se pueden presentar mayores problemáticas mentales.
- **Ruralidad:** La salud mental en las poblaciones rurales puede ser menor debido a que es característico que haya pocas oportunidades de empleo, infraestructura básica, de servicios de salud y de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, que incrementa los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo de alcohol, embarazos de adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.
- **Infantes en situación de calle:** Debido a la necesidad que tienen de trabajar para subsistir o para contribuir al gasto familiar, se ven afectados en una serie de áreas como son la educación, la salud, el manejo de la

agresión, la seguridad, entre otras. Viven expuestos a la violencia social, uso de drogas, abuso sexual, la prostitución y explotación.

- **Personas con discapacidad:** La población discapacitada cuando no es atendida de manera adecuada, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves; todos ellos, estresores emocionales importantes.
- **Menores farmacodependientes:** El consumo de drogas se ha extendido a casi todos los grupos sociales; es considerado un problema de salud pública, además de estar relacionado con acciones delictivas y violentas. La familia sigue siendo el factor de riesgo o protector más importante para el uso de drogas en adolescentes.
- **Madres adolescentes:** Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida ven reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. Enfrentan situaciones de conflicto, que les significan cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.
- **Población indígena:** Este es un grupo que se identifica como el menos saludable, con menos niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud, estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.
- **Población migrante:** Esta población se expone a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Llegar a otro país con una cultura diferente es un

factor generador de estrés, ya que hay una barrera del idioma, discriminación, pérdida de identidad, sentimientos de autodevaluación y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, etc. Normalmente estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como caer en conductas de riesgo sexual.

2.2. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes

Consumir drogas es un tema que ocupa a muchas ciencias, ya que es un tema complejo de abordar, en el caso de esta investigación atañe a las del comportamiento, debido a que es un hecho que ha provocado muchos daños en la vida de las personas, la familia, trabajo, amistad, la autopercepción, etc., y que genera una dependencia que en ocasiones se dificulta sobreponerse a la adicción a las mismas.

La Organización Mundial de la Salud define droga como, “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones, generar dependencia caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta” (CNPCA, 2014, p.31).

Torralva (2019) señala que “las sustancias psicoactivas son aquellas que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), ocasionando modificaciones y alteraciones en su normal funcionamiento, es decir, producen cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y, además, son susceptibles de crear dependencia física, psicológica o ambas” (p. 60).

Estas sustancias afectan al cerebro al penetrar en su sistema de comunicación, alteran la forma en que las neuronas envían, reciben y procesan la información; la forma en que interfieren las drogas es imitando la estructura química de un neurotransmisor

natural, así engañan a los receptores neuronales y hacen que se activen, sin embargo, su comunicación es anómala a través de la red neuronal (NIDA, 2014, p. 17)

Esta afección en la comunicación entre las neuronas ocurre muy particularmente en un sustrato neural, que Ambrosio y Flores explican de la siguiente manera:

Hoy se admite que un sustrato neural básico que mantiene las conductas adictivas radica en el sistema mesocorticolímbico dopaminérgico. Se le denomina así a un conjunto de conexiones entre estructuras cerebrales pertenecientes al cerebro medio, que harían de estación de salida (área tegmental ventral, sustancia negra, etc.) y al cerebro anterior (cuerpo estriado, amígdala, tálamo, hipocampo, cortezas prefrontal y cingulada, etc.), que sería la diana. Este circuito parece regular las sensaciones placenteras inducidas por reforzadores naturales y artificiales (drogas, juego, Internet, etc.) y, comúnmente, también se le llama circuito cerebral de la recompensa o del reforzamiento (Pedrero, et al, 2011, pp. 24 y 25).

En el sistema mencionado en el párrafo anterior, el neurotransmisor fundamental es la dopamina, pues su función es avisar si se va a producir una sensación placentera cuando se realiza determinada acción. Cuando la sensación es positiva es muy probable que la acción se repita constantemente hasta que se vuelva parte de lo habitual; aquí es donde entra el patrón desordenado del consumo de una sustancia que se convierte en adicción (Pedrero, et al, 2011, p. 25).

Las sustancias que se consumen son diversas, aunque por lo general su uso sea activar tal sistema de recompensa, cada una tiene una forma de consumo, tipos de sustancia, efecto o acción particular, de ahí que sea importante conocer su clasificación. En general las drogas se pueden dividir según CONADIC (s/f., pp. 16 y 17), en legales e ilegales legales quiere decir las que son de uso permitido para mayores de 18 años, drogas de consumo común y “normalizado”, las ilegales son drogas que tienen una restricción para su uso o están fuera del marco legal para fines médicos.

El DSM V (2015, p. 481) engloba diferentes clases de drogas, tales son, alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, estimulantes, tabaco y otras desconocidas que se van creando sintéticamente. Para conocer su definición de estas drogas mencionadas la Organización Mundial de la Salud (1994) nos proporciona información pertinente:

- Alcohol, en terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. El alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas.

El metanol (CH₃ OH), denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el consumo (bebidas alcohólicas metiladas). El metanol es sumamente tóxico; dependiendo de la cantidad consumida, puede producir visión borrosa, ceguera, coma y la muerte. Otros alcoholes no aptos para el consumo que se beben en ocasiones y que pueden tener efectos nocivos son el isopropanol (alcohol isopropílico, frecuente en el alcohol sanitario) y el etilenglicol (usado como anticongelante para automóviles).

El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo

intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

- Alucinógenos, sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos. Son ejemplos la lisérgida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4 metilenedioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP).

La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral, no obstante, la DMT se esnifa o se fuma. El consumo suele ser episódico; es sumamente raro el uso crónico y frecuente. Los efectos empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el cosmos). Son frecuentes las fluctuaciones rápidas entre la euforia y la disforia. Al cabo de 4 ó 5 horas, esta fase deja paso a ideas de referencia, sensación de mayor consciencia del yo interior y sensación de control mágico. Además de la alucinosis habitual, los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden:

- (1) mal viaje;
- (2) trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas (“flashbacks”);
- (3) trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimenta se corresponden con la

realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo.

(4) trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga.

Los alucinógenos se han utilizado en psicoterapia como terapia de introspección, aunque este uso se ha limitado o incluso prohibido legalmente.

- Cafeína, Xantina que tiene propiedades estimulantes del sistema nervioso central leves, vasodilatadoras y diuréticas. La cafeína se encuentra en el café, el chocolate, la cola y otros refrescos y en el té, en algunos casos junto con otras xantinas, como la teofilina o la teobromina. El uso excesivo (un consumo diario de 500 mg o más), ya sea crónico o agudo y la toxicidad resultante recibe el nombre de cafeinismo. Los síntomas consisten en inquietud, insomnio, rubor facial, contracciones musculares, taquicardia, trastornos digestivos como el dolor abdominal, pensamiento y habla acelerados o inconexos, y a veces exacerbación de estados de ansiedad o angustia preexistentes, depresión o esquizofrenia.
- Cannabis, término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís.

El cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”. Las definiciones se basan en los términos indios tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término indio, bhang, hace referencia a las hojas.

El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal. El término marihuana es de origen mexicano. Utilizado en un principio para designar el tabaco barato (a veces mezclado con cannabis), se ha convertido en un vocablo general para referirse a las hojas del cannabis o al propio cannabis en muchos países. El hachís, que antiguamente era un término general para llamar al cannabis en la cuenca del Mediterráneo oriental, se aplica hoy a la resina del cannabis. El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado). La intoxicación por cannabis produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. El cannabis se consume a veces con alcohol, una combinación que tiene efectos psicomotores aditivos. Se han descrito casos de consumo de cannabis que han precipitado una recidiva de la esquizofrenia. Debido a intoxicación por cannabis, se han comunicado estados agudos de ansiedad y de angustia, así como estados delirantes agudos que suelen remitir en unos días. Los cannabinoides se emplean en ocasiones con fines terapéuticos para el glaucoma y para contrarrestar las náuseas en la quimioterapia oncológica.

- Estimulantes, En referencia al sistema nervioso central, cualquier sustancia que activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. Se denomina también psicoestimulante. Son ejemplos las anfetaminas, la cocaína, la cafeína y otras xantinas, la nicotina y los anorexígenos sintéticos como la fenmetrazina o el metilfenidato. Hay otros medicamentos que tienen acciones estimulantes que, pese a no constituir su efecto principal, pueden manifestarse cuando se consumen en dosis altas o de forma prolongada; se trata de los antidepresivos, los anticolinérgicos y ciertos opiáceos. Los estimulantes pueden provocar síntomas que indican una intoxicación, por ejemplo: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudoración, escalofríos, náuseas o vómitos y alteraciones del comportamiento, tales como agresividad, grandiosidad, hipervigilancia, agitación y alteración del razonamiento. El uso inadecuado crónico induce a menudo cambios de la personalidad y de la conducta, como impulsividad, agresividad, irritabilidad y desconfianza. A veces aparece psicosis delirante completa. Cuando dejan de tomarse después de un consumo prolongado o masivo, puede aparecer un síndrome de abstinencia, que consiste en estado de ánimo deprimido, fatiga, trastornos del sueño y aumento de las imágenes oníricas.
- Inhalantes, o también llamadas sustancias volátiles, sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y algunas producen neuropatía periférica o degeneración cerebral progresiva. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle. Por lo general, el consumidor empapa un trapo con el inhalante y se lo coloca sobre la boca y la nariz o bien vierte el inhalante en una bolsa de

plástico o de papel que después se coloca en la cara (lo que induce anoxia además de intoxicación). Los signos de intoxicación son agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, nistagmo, visión borrosa o diplopía, habla farfullante, temblor, marcha inestable, hiperreflexia, debilidad muscular, estupor o coma.

- Opioides, Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con acciones opioideas son las endorfinas y las encefalinas. Los opioides más utilizados (como morfina, heroína, hidromorfina, metadona y petidina) se unen preferentemente a los receptores μ ; producen analgesia, cambios del estado de ánimo (como euforia, que puede transformarse en apatía o disforia), depresión respiratoria, somnolencia, retraso psicomotor, habla farfullante, alteración de la concentración o la memoria y alteración del juicio. Con el tiempo, la morfina y sus análogos inducen tolerancia y cambios neuroadaptativos que son responsables de la hiperexcitabilidad de rebote que aparece cuando se retira la sustancia. El síndrome de abstinencia consiste en impulso irresistible (“craving”) por consumir la sustancia, ansiedad, disforia, bostezos, sudoración, piloerección (piel de gallina), lagrimeo, rinorrea, insomnio, náuseas o vómitos, diarrea, calambres, dolores musculares y fiebre. Con las drogas o fármacos de acción breve, como la morfina o la heroína, los síntomas de abstinencia aparecen de 8 a 12 horas después de tomar la última dosis,

alcanzan su nivel máximo en 48-72 horas y desaparecen al cabo de 7-10 días. Con las sustancias de acción más prolongada, como la metadona, los síntomas de abstinencia no aparecen hasta 1-3 días después de la última dosis; los síntomas alcanzan su nivel máximo entre el tercer y el octavo día y puede durar varias semanas, pero normalmente son más leves que los aparecidos tras la abstinencia de dosis equivalentes de morfina o heroína. El consumo de opioides tiene numerosas secuelas físicas (debidas sobre todo a la vía de administración habitual, la intravenosa). Se trata de hepatitis B, hepatitis C, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, septicemia, endocarditis, neumonía y abscesos pulmonares, tromboflebitis y rabdomiólisis. La afectación psicosocial y social, que a menudo refleja la naturaleza ilícita del uso no médico de estas sustancias, es considerable.

- Sedantes, Depresor del sistema nervioso central que tiene la capacidad de aliviar la ansiedad e inducir tranquilidad y sueño. Algunos medicamentos de este tipo también inducen amnesia y relajación muscular o tienen propiedades anticonvulsivantes. Los principales grupos de sedantes/hipnóticos son las benzodiazepinas y los barbitúricos. También se incluyen el alcohol, buspirona, hidrato de cloral, acetilcarbromal, glutetimida, metiprilona, etclorvinol, etinamato, meprobamato y metacualona. Algunas autoridades utilizan el término sedantes/hipnóticos sólo para referirse a un subgrupo de estos medicamentos usados para calmar a las personas muy angustiadas o para inducir el sueño, y los diferencian de los tranquilizantes (menores) empleados para el tratamiento de la ansiedad. Los barbitúricos presentan un estrecho margen entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica y la sobredosis es mortal. Estas sustancias tienen un potencial de abuso elevado; la dependencia física, aparece con rapidez, junto con tolerancia. El hidrato de cloral, el acetilcarbromal, la glutetimida, la metiprilona, el etclorvinol y el etinamato tienen además un potencial elevado de dependencia física y mal uso y son también muy letales en caso de sobredosis. Debido a estos riesgos, los sedantes/hipnóticos no deben administrarse de forma crónica para el

tratamiento del insomnio. Todos los sedantes/hipnóticos pueden afectar a la concentración, la memoria y la coordinación; otros efectos frecuentes son resaca, habla farfullante, descoordinación, marcha inestable, somnolencia, sequedad de boca, reducción de la motilidad digestiva y labilidad emocional. En ocasiones aparece una reacción paradójica de excitación o ira. Se acorta el tiempo hasta el comienzo del sueño, pero se suprime el sueño REM. La abstinencia del medicamento correspondiente puede producir un rebote del sueño REM y un deterioro de los patrones del sueño. Por consiguiente, los pacientes tratados durante mucho tiempo pueden presentar dependencia psicológica y física del fármaco, aunque nunca hayan superado la dosis prescrita. Las reacciones de abstinencia pueden ser intensas y ocurrir después de haber usado dosis moderadas del sedante/hipnótico o del ansiolítico durante varias semanas. Los síntomas de abstinencia consisten en ansiedad, irritabilidad, insomnio (a menudo con pesadillas), náuseas o vómitos, taquicardia, sudoración, hipotensión ortostática, percepciones falsas alucinatorias, calambres musculares, temblores y contracciones mioclónicas, hiperreflexia y crisis de gran mal que pueden progresar a un estado epiléptico fatal. Puede aparecer delirio por abstinencia, normalmente en la semana siguiente a la interrupción o la disminución significativa de la administración. Es probable que el abuso prolongado de sedantes/hipnóticos produzca trastornos de memoria, del aprendizaje verbal y no verbal, la velocidad y la coordinación que se prolongan después de la desintoxicación y, en algunos casos, culminan en un trastorno amnésico permanente.

- Tabaco, Preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina. La nicotina es un alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. Produce un efecto de alerta en el electroencefalograma y, en algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se

consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos. La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables. Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior. Los consumidores de nicotina que han desarrollado dependencia física presentan un síndrome de abstinencia unas horas después de la última dosis que consiste en: ansia de fumar, irritabilidad, ansiedad, enfado, alteración de la concentración, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca y, en ocasiones, cefaleas y trastornos del sueño. El ansia alcanza su grado máximo al cabo de 24 horas y disminuye después a lo largo de varias semanas, aunque los estímulos asociados a los hábitos previos de tabaquismo pueden provocarla nuevamente. El tabaco contiene otros muchos ingredientes además de la nicotina. El consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos

Para llegar a la adicción a una sustancia se pasa por diferentes momentos, en general, la teoría sobre las adicciones indica que se inicia con el uso, donde no se producen consecuencias negativas para el individuo, se tiene un primer contacto por diversión o curiosidad, en seguida se pasa al abuso, continuamente se usa la droga ya que produce ciertas sensaciones placenteras, a pesar de saber las consecuencias negativas que trae, y por último aparece la dependencia o adicción, aquí es donde el uso excesivo e irresistible a la sustancia produce efectos negativos en la persona, tanto físicos como psicológicos (Becoña et al., 2010, p. 24).

En la adicción se presentan dos características, tolerancia y abstinencia, Torralva (2019) define la tolerancia como la necesidad de cantidades marcadamente crecientes

de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (p. 61). Becoña explica que, consumir una sustancia continuamente ocasiona que se metabolice de una forma rápida en el organismo, a su vez la duración e intensidad del efecto deseado se reduce considerablemente, para obtener el mismo efecto anterior se necesita aumentar la dosis y la frecuencia con que se administra (Belloch et al., 2008, p. 385).

El síndrome de abstinencia Becoña (2010) lo define como un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia cuando se suspende la toma de la misma de manera repentina. Este cuadro de abstinencia se relaciona por tanto con el mantenimiento de la conducta adictiva y también con la recaída en la misma, aunque es importante considerar que no es el único factor determinante (p. 36)

Ahora bien, es importante tener claridad en las conductas que llevan a definir si una persona consume excesivamente una sustancia que genere una dependencia y degenera en un trastorno, estas conductas se definen a partir de los criterios para diagnosticar un trastorno inducido por sustancias, y estos los encontramos en la Guía de Consulta de Criterios Diagnósticos del DSM-5 (2013, p. 260), a continuación, se describen:

A. Un modelo problemático de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia
 - b. Se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

El DSM-5 divide en dos grupos los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, a su vez las afecciones inducidas por sustancias son intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos (DSM-5, 2013, p. 253).

Es importante señalar que el DSM 5 opta por no usar adicción como término diagnóstico, ya que lo considera una definición incierta o de una posible connotación negativa. La palabra adicción es de uso común de muchos profesionales y describe la gravedad del problema, en este caso, el manual prefiere usar como término diagnóstico “trastorno por consumo de sustancias”, término neutro que describe el amplio abanico de un trastorno desde un nivel leve hasta un nivel grave de consumo compulsivo y de reincidencia (DSM-5, 2013, p. 257).

El uso de sustancias tanto legales como ilegales la realizan muchas personas, en varias etapas del ciclo vital, de diferentes estratos sociales y diversas culturas, pero actualmente preocupa en nuestra realidad mexicana como el consumo de estas ha incrementado en la etapa de la adolescencia, ¿Qué pasa en la adolescencia que los hace más vulnerables o predispuestos al uso de drogas?

El desarrollo cerebral, como hemos visto, tiene un papel importante en las conductas consumo de sustancias en los adolescentes, pero éstas también están influidas por el ambiente en que se desarrolla la persona, escuela, amistades, familia, etc., así pues, Coleman et. al. (2008) puntualizan en algunas funciones facilitadoras del uso de sustancias, tales como:

- Amistades

El camino de la adolescencia a la adultez está acompañado de la importancia de las relaciones con el grupo de pares, la confianza, intimidad y cercanía ya no es hacia el padre y/o la madre, sino a sus contemporáneos. Entrar en nuevos ambientes sociales en el grupo de pares hace que los jóvenes accedan al consumo de sustancias, esto les permite socializar, las fiestas son más divertidas, hay mayor relajación y facilita el acercamiento a otros.

- Relaciones Íntimas

El amor y el romance tienen un valor importante en los adolescentes, en este periodo etario se dan las primeras relaciones amorosas y las sexuales, aun con los riesgos que ello implica. El consumo de alcohol está más relacionado en esta parte, ya que es en la fiesta donde el grupo de pares genera las ocasiones para que ocurra la intimación, y este desinhibe las conductas.

- Relación con Padres

Hay una inclinación en la mayoría de los adolescentes para distanciarse del control de sus progenitores o de cualquier figura de autoridad, esto debido a procesos de

maduración y autonomía. Desde la perspectiva del desarrollo este proceso es importante para el crecimiento de las personas, pero no es de dudar que, en este deseo de convivencia con los amigos, en el tiempo libre, se pueda dar paso al consumo de sustancias.

- **Objetivos del Desarrollo**

La mayoría de los adolescentes evalúan de forma positiva en el grupo de pares a los que fuman o beben, generando un estereotipo de persona con la que se identifican para imitarla. Las personas que asocian características que admiran (autoimágenes ideales) o atributos reales (autoimágenes reales) a la imagen de compañeros que fuman o beben alcohol tienen más riesgo de implicarse en estas actividades. Otro cambio significativo en los adolescentes se relaciona con la formación identitaria y la definición clara de sí mismo.

- **Bienestar Psicológico**

Colectivamente se percibe que acudir a una fiesta o un bar en el tiempo libre es legítimo para olvidarse de los problemas, ya que existe la creencia difundida que el consumo de alcohol causa una breve liberación de los efectos desagradables de la tensión y el conflicto.

A propósito de lo que Coleman y sus colaboradores proponen, Iglesias (2013) coincide en que la maduración tardía de algunas funciones cerebrales están relacionadas con las conductas de riesgo, sin embargo entre los 12 y 14 años han pasado de un pensamiento concreto a uno de mayor abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas; este desarrollo cerebral influye sobre el desarrollo psicosocial, que se valora en cuatro aspectos de crucial importancia:

1. La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la

adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).

2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo, pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.
3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.
4. Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten

“omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales, así como comportamientos próximos a los del adulto maduro (p. 92).

La Universidad Autónoma del Carmen, desde la facultad de ciencias de la salud (Vera, et al, 2021), realizó un estudio con 757, adolescentes de nivel secundaria en Cd. Del Carmen en el estado de Campeche, de los cuales el 46% de los adolescentes reportó consumo de alcohol alguna vez en su vida, concluyendo que hay una relación negativa significativa ($r_s = -.243$, $p = .38$) de las habilidades sociales con la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas, indicando que a “mayores habilidades sociales menor es el consumo de alcohol en adolescentes”.

Cacho et. al. (2019) realizaron un estudio comparativo con dos grupos de adolescentes, uno de control y otro experimental, en el que aplicaron el Taller Tutorial de Habilidades Sociales, para el diseño de este taller se consideraron varias conductas de riesgo en las que se incluía el consumo de drogas. El resultado de esta investigación fue que, los participantes mostraron cambios en su forma de pensar y en las conductas que generan riesgo personal después de aplicar el taller tutorial de habilidades sociales, y se ubicó el 100% en el nivel bajo de conductas de riesgo. La intervención del taller tutorial de habilidades sociales ha demostrado ser altamente eficaz toda vez que prepara al estudiante para la vida y permite modificar conductas, disminuyendo aquellas que generan riesgo para sus vidas, evidenciándose también en los resultados de la prueba T para muestras independientes y de la prueba T para muestras relacionadas ($p < 0,01$).

Los grandes hitos del desarrollo humano ocurren en la infancia con la poda sináptica cerebral, después en la etapa de la adolescencia donde se conforma en gran medida la personalidad, dónde se define, por decir de una manera, el futuro de una persona. Las estadísticas nos indican que el 16% de la población adolescente está en riesgo de consumir alguna sustancia psicoactiva, así como en el comportamiento

agresivo que perjudica en la socialización de los adolescentes, es menester realizar acciones que retarden o regulen estos riesgos.

Cualquier tipo de conducta la podemos explicar desde la ciencia psicológica, ya que esta se encarga del estudio del comportamiento humano para comprender sus actos y conductas, sus procesos mentales, tales como, cogniciones, sensaciones, pensamientos, memoria, motivación, y todos aquellos procesos que permiten explicar la conducta. Por ello, se centra en la conducta que es observable y en los procesos mediadores o mentales, sin dejar de lado los procesos sociales y biológicos, cuando estos últimos explican el comportamiento humano. Así la conducta, como es la del consumo de drogas, exige una explicación socio-psico-biológica, en este orden se explicaría el consumo en una sociedad concreta (Becoña, 2007, p. 11).

Las razones para el consumo de drogas, Becoña (2007) explica que intervienen, los procesos psicológicos básicos, mencionados en el párrafo anterior, los tipos de familias, como proceso socializador fundamental en la vida de las personas, el estilo de crianza, es decir la influencia de padres y madres en los hijos, con sus tipos de relación y la adolescencia como etapa crítica del ciclo vital humano, que lleva a la vida adulta (p.15).

Diversas teorías se han desarrollado para intentar explicar por qué consumen drogas y las razones de cómo estas personas han desarrollado abuso y/o dependencia a las sustancias, estas teorías se explican desde los enfoques biológicos, sociales, cognitivos, etc., el enfoque para explicar la adicción en esta investigación recurriremos a la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, redefinida por él mismo como teoría cognitivo-social, esta teoría explicativa se usa por diversas razones, la primera es que contiene un marco conceptual que permite conceptualizar el problema, considerando los elementos que llevan a su inicio, mantenimiento y abandono del mismo. La segunda razón, se basa en los principios del condicionamiento clásico y operante. En tercer lugar, porque incorpora elementos de la psicología cognitiva y, por último, la cuarta razón, es

que ha permitido el uso de modelos aplicados para el tratamiento y proporcionan mejores resultados de eficacia terapéutica (Sanchez-Hervás et al, 2002, p. 51).

Además, como lo indica Costa (1985) esta teoría sostiene que la mayor parte de los determinantes de la conducta humana pueden localizarse en la relación dialéctica y continua que existe entre el individuo y su entorno (p. 23).

Bandura (1988) señala que la conducta se contempla hoy como un producto de influencias o interacciones personales y situacionales, es así como la teoría del aprendizaje social favorece una concepción de la interacción basada en la reciprocidad triádica. En este modelo de determinismos recíproco, conducta, cogniciones y otros factores personales, y las influencias ambientales operan todos como determinantes unidos, se afectan entre sí bidireccionalmente; hay que aclarar que no todos los elementos poseen la misma fuerza, tampoco está fijado el modelo y la fuerza de las influencias mutuas en la causación recíproca. La influencia relativa ejercida por las tres fuentes de determinantes unidos variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias (p. 105).

El concepto de autoeficacia es central en esta teoría, y toma relevancia en la prevención y tratamiento de conductas de consumo desordenadas, ya que es un mecanismo que permite percibir o hacer juicios acerca de la capacidad de un individuo para llevar a cabo determinados cursos de acción. Esta se origina en experiencias de dominio en una conducta, de la experiencia de observar el desempeño de otros (vicaria), de la persuasión verbal de figuras de autoridad o de pares, así como de las reacciones emocionales (Corea, 2007, p. 108)

Es así como desde este modelo de causalidad en la teoría del Aprendizaje Social podemos explicar la conducta de consumo de sustancias en los adolescentes, Sánchez-Hervás (2002) menciona que la conducta esta mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo,

por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales de la conducta de consumo; los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas, y la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas. Así mismo se rechaza la existencia de factores fijos en la persona, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo (p. 54).

Corea (2007, p. 110-111) enumera nueve principios sobre el uso y abuso de sustancias de los principios centrales de la teoría del aprendizaje social, que contribuyen a entender los patrones de consumo a través de diferentes culturas y en el curso de la vida misma.

1. Aprender a consumir sustancias es una parte integral del desarrollo psicosocial y socialización del adolescente dentro de una cultura. Este aprendizaje se inicia antes de que el niño o adolescente comience a consumir, ejerciendo esta influencia de modo directo por medio del modelado, los MCS y el refuerzo social de la conducta. Sin embargo, aun siendo necesaria, esta influencia no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.
2. Los factores diferenciales de predisposición en cada individuo pueden interaccionar con la influencia de agentes y situaciones socializantes específica en el momento en que se determinan los patrones iniciales del consumo. Algunos elementos que contribuyen al riesgo de abuso son el de tipo genético, farmacológico, déficits de habilidades sociales, exceso de conductas inadecuadas, así como la ausencia de modelos normativos o la presencia de modelos de consumo abusivo.

3. Las experiencias directas con el consumo de sustancias van cobrando mayor importancia conforme se desarrolla y continúa la experimentación con las sustancias.
4. La interacción entre los factores predisponentes de diferencias individuales y una demanda situacional actual que abruma la capacidad individual de enfrentamiento a la situación, la percepción de eficacia de la persona se ve disminuida, derivando en un abuso de la sustancia más que en un consumo normal. De aquí que se puede establecer que los principales determinantes próximos de la conducta de consumo sean los estresores ambientales, la baja autoeficacia para llevar a cabo conductas de enfrentamiento, las elevadas expectativas de que la sustancia producirá el efecto deseado y la minimización de las consecuencias a largo plazo.
5. Si se sostiene el consumo, la tolerancia adquirida a las propiedades directamente reforzantes de la sustancia actuará como un promotor en la ingesta de cantidades cada vez más grandes de la misma con el fin de alcanzar el mismo efecto que anteriormente se lograban con pequeñas cantidades.
6. Si aumenta el nivel de consumo y éste se sostiene en el tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. Aquí aparece el consumo reforzado negativamente para evitar los síntomas de abstinencia. Asimismo, la persona suele utilizar la sustancia como mecanismo de enfrentamiento a sus problemas psicosociales, como los cambios de humor, la ansiedad social y los déficits de habilidades sociales.
7. El abuso no sólo es resultante de variables proximales de tipo biológico, ambiental o psicológico, el determinismo recíproco entre estas variables explica el círculo vicioso de las interacciones negativas entre personas y ambiente, que conducen a la intervención de los mecanismos de control social.
8. La influencia de estos factores de tipo situacional, social e intra-individual en el consumo es variable de un individuo a otro y un individuo mismo a través del tiempo, por lo que se asume que no existen etapas hacia la adicción o personalidades adictas y se acepta que existen múltiples vías biopsicosociales

en el consumo, abuso y recuperación, estando sujetas a los principios del aprendizaje social.

9. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para poder escoger entre diferentes alternativas de enfrentamiento. Se requieren tanto habilidades generales de enfrentamiento cotidianas como específicas de autocontrol necesarias para regular el consumo.

En muchos casos la familia ha sido el entorno que predispone al adolescente para el consumo de sustancias, como he señalado en el punto anterior los estilos de crianza, la negligencia en el cuidado de los hijos por parte de madres y padres, etc. Se vuelven factores de riesgo, por lo que es importante comprender su funcionamiento para poder potenciar los factores de protección que llevan al adolescente a tener un apoyo que prevenga el desarrollo de adicciones.

Factores de Riesgo que favorecen el Consumo de Sustancias

Como vimos en el capítulo anterior el desarrollo cerebral de infantes y adolescentes se encuentra en un período crítico, esta situación de cambios importantes durante este estadio los hace sensibles a las experiencias psicosociales, por lo que el estrés a los que se ven sometidos los adolescentes en sus diversos ámbitos de la vida trae consecuencias que impactarán en la adquisición de habilidades de aprendizaje y de autorregulación conductual y emocional. A sí mismo estas dificultades se pueden convertir en factores que se asocien a un mayor riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Los factores de riesgo se describen como los precursores de los problemas con las sustancias psicoactivas, estos ocurren antes del uso y el abuso de las mismas, un enfoque centrado en los riesgos busca prevenir el abuso de drogas eliminando, reduciendo o mitigando estos precursores. El conocimiento de los factores de riesgo no da una fórmula para la prevención de las adicciones, sin embargo, sí señala objetivos precisos o potenciales para la intervención preventiva. Puede suceder que algunos factores de riesgo sean resistentes o imposibles de cambiar, entonces los factores de

protección se vuelven importantes para la prevención, estos median o moderan los efectos de la exposición al riesgo; en la medida en que se identifiquen los que inhiban el abuso de drogas entre las personas en riesgo, las estrategias pueden tratar de abordar el riesgo mejorando estos factores de protección (Hawkins et al, 1992, p. 86).

Dicho de otra manera los factores de riesgo son circunstancias que hacen más probable que una persona se inicie en el consumo de drogas y los factores de protección inhiben, atenúan o reducen esta posibilidad, es importante aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad, pero no de determinación (CONADIC, s/f, p. 33).

La literatura científica ha puesto énfasis en identificar con mayor exactitud, cuáles son los factores de riesgo personales y contextuales, a nivel micro y macro social, que facilitan la iniciación hacia el consumo y el uso regular de las sustancias. Además, la unión de varios factores puede aumentar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas, pero el impacto puede estar mediado por la presencia de factores de protección (Bustos et al, 2019, p.8).

Bustos y colaboradores (2019), señalan que los factores de riesgo a nivel macro social se encuentran las condiciones físicas donde habitan las personas, concretamente en zonas marginadas, con bajos niveles de seguridad, actividad criminal y violencia, también los contextos de mayor urbanidad representan un riesgo alto por la disponibilidad y exposición a las sustancias en el ambiente, los mensajes que transmiten los medios de comunicación social, por que incide en los jóvenes para decidir iniciarse en el consumo de sustancias. A nivel micro social las conductas y/o actitudes familiares, así como la que los amigos tengan respecto al consumo de drogas influyen en la iniciación y consumo continuado de sustancias, la influencia de pares tiene mayor impacto en la adolescencia, el cuidado negligente, la falta de involucramiento y la supervisión, prácticas de crianza

violenta y la poca convivencia de madres y padres de familia son factores que tienen un alcance significativo para el inicio en el consumo de drogas (p. 10)

También encontramos que hay condiciones de tipo personal que predisponen al consumo de drogas, en primer lugar podemos considerar la predisposición genética, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, ocasionado por las fluctuaciones hormonales propias del desarrollo, además de que el adolescente actúa bajo el influjo emocional y no por el cognitivo, además debido a que su corteza prefrontal aún está en construcción, lo lleva a exponerse a situaciones de riesgo sin tomar en cuenta las consecuencias, así mismo la forma de percibir el riesgo hace que se predisponga al uso de drogas de mayores efectos y que se sostenga el consumo, desarrollándose una adicción en menor tiempo (Bustos et al, 2019, p.12).

El conflicto que pueda surgir en la familia y que no se transforme puede predisponer a los factores de riesgo o en caso contrario, el equilibrio en la misma puede generar factores que protejan al adolescente, La CONADIC (s.f.) describe los siguientes:

Factores de Riesgo para el consumo de sustancias

- Deseo de salir de la casa.
- Reconocimiento del fracaso familiar.
- Aislamiento y marginalidad en la casa.
- Relaciones tensas o violentas en el hogar.
- Mala relación con los padres o entre los hermanos.
- Familia disfuncional.
- Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia.
- Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores.
- Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites.
- Desinterés por la educación de los hijos.
- Crianza poco efectiva.
- Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos.

- Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros.
- Mala comunicación entre padres e hijos.
- Vínculos débiles entre padres e hijos.
- Padre o cuidador que consume drogas.
- Eventos estresantes en la vida familiar.
- Desorganización familiar.
- Sobreprotección.

Factores de Protección contra el consumo de sustancias

- Ambiente cálido.
- Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen.
- Comunicación abierta y asertiva.
- Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades.
- Buena relación con padres y hermanos.
- Cohesión o unión familiar.
- Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo.
- Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente.
- Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática).
- Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia.
- Tiempo de calidad en familia.
- Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona.
- Expectativas claras.
- Responsabilidades establecidas.
- Lazos seguros con los padres.
- Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos.
- Compartir intereses y tiempo libre.
- Promoción de hábitos sanos.

2.3. Modelos de intervención comunitaria en Salud Mental del Adolescente

Existen una multiplicidad de modelos destinados a la acción comunitaria que se orienta a los procesos que promueven la salud mental comunitaria, estos se han originado en diversos contextos sociales y políticos, así como en diferentes tradiciones. Algunas de estas tradiciones son la antropología, sociología o trabajo social. En nuestro contexto latinoamericano, la mayoría de modelos, proviene de lo que se ha denominado educación popular y de las metodologías dialécticas para la acción educativa; otros aportes se han originado de la psicología social, psicología social comunitaria, sin dejar de mencionar la psiquiatría social y de la psiquiatría comunitaria (Diéguez, s/p, 2002).

En este trabajo tomo de Diéguez (s/p, 2002), los tres aportes metodológicos de la intervención comunitaria que propone, orientados al cambio, la reforma o transformación social, el primero es la Investigación-Acción de Kurt Lewin, en seguida el método de organización comunitaria de Saul Alinsky y por último el Estudio-Acción de Fals Borda.

La Investigación-Acción de Kurt Lewin

Este modelo propone acercarse teórica y metodológicamente a los problemas significativos de la vida cotidiana e involucrar al investigador como agente de cambio social. Para analizar y comprender la conducta humana se hace desde el concepto de campo psicológico, que es la totalidad de hechos coexistentes e interdependientes, así comprendemos que las personas existimos en un campo psicológico de fuerzas que determinan nuestras conductas. Así este componente circunda a cada individuo y se le llama espacio vital, subjetivo, diferenciado, que refiere a como cada individuo percibe el mundo, sus metas, sus esperanzas, sus miedos, sus experiencias pasadas. Además, están los aspectos objetivos como las condiciones ambientales físicas y sociales, que actúan limitando el campo psicológico, así la percepción social (interpretación particular de los otros) encauzan el comportamiento. Si no hay cambios en el campo psicológico, no habrá cambios en la conducta de la persona y viceversa.

El punto de partida dinámico de la conducta se encuentra en las necesidades y la relación existente entre el individuo y los objetos. Una iniciativa es apropiada por un individuo, cuando la persona se ha comprometido en ella. Alcanzar el fin que nos hemos propuesto, adquiere una importancia personal, ya sea por prestigio o incentivo personal. En cuanto a la fijación de metas u objetivos, depende en gran medida de las normas de grupo. Lewin reporta en sus investigaciones que la reeducación de alcohólicos y delincuentes resultaba más simple y fácil modificar hábitos sociales en un pequeño grupo tratado como un todo, que haciéndolo con individuos aislados. La conducta es el resultado de los procesos que se da en la vida de los grupos, así como también de la forma en que se ejerce el liderazgo, sea autoritario, democrático p laissez-faire.

Las tensiones o necesidades, proceden de conflictos internos y de frustraciones sufridas al perseguir objetivos que actúan como fuerzas motivadoras, que orientan a las personas hacia acciones que alivien o reduzcan necesidades. Las motivaciones presentes pueden influir en el presente, por lo que se hace necesario analizar cómo se dan en el momento presente, en relación con la persona y el contexto social.

De esta propuesta teórica surgen elementos prácticos para la acción comunitaria, misma que se sistematiza en la llamada investigación-acción, dónde lo que interesa analizar es la situación presente, los problemas urgentes y lo que debe hacerse. Los pasos a seguir son:

1. Insatisfacción con el estado actual de las cosas.
2. Identificación del área problema.
3. Determinación del problema específico a ser resuelto mediante la acción.
4. Formulación varia hipótesis.
5. Selección de hipótesis.
6. Diseño de la acción a comprobar e implementar la hipótesis.
7. Evaluación de los efectos de la acción.
8. Generalizaciones.

La Organización de la Comunidad de Saul Alinsky

Alinsky reconoce el poder de la ciudadanía unida alrededor de una causa. Basó la organización de la comunidad en los siguientes aspectos:

1. la detección del interés propio de la gente (necesidades).
2. En la valoración realista del poder estructural.
3. La organización y movilización de la población.

De manera que el proceso metodológico de organización comunitaria parte de la invitación formulada por una comunidad a organizarse para intervenir en esa realidad. La primera tarea consiste en identificar las necesidades y las pautas de interacción de la comunidad. El segundo paso es la movilización de personas y grupos, el reclutamiento de líderes y la formación de una organización propia de la comunidad y con raíces en ella.

Alinsky propone que la organización debe ser utilizada como instrumento educativo, es decir como el medio por el cual los miembros de una comunidad descubren el sentido de sus relaciones como individuos con su organización y con el mundo que ocupan. Cuando la organización no media un proceso de aprendizaje, la construcción de una organización se convierte en el simple reemplazo de un grupo de poder a otro.

En una tercera etapa se realiza un nuevo análisis de situación, de comprensión de los problemas y de los recursos disponibles para enfrentarlos. En una cuarta etapa se planifican los objetivos y se determinan los blancos a alcanzar.

En el desarrollo del método de organización comunitaria es importante considerar las tácticas, que significa hacer lo que tú puedas con lo que tú tienes, así como las reglas, orientadas a la acción política y a ganar poder en la comunidad.

En resumen, el método de organización comunitaria de Alinsky se orienta a realizar un análisis realista de situación, formación de líderes y participantes por igual, creación de una organización autóctona y planificación de objetivos a alcanzar.

El método de estudio-acción de Fals Borda

Fals Borda postula el método del estudio-acción, el que más tarde se denominará investigación acción participativa (IAP), como praxis frente a los problemas derivados de la dependencia, la acción imperialista y la explotación oligárquica de los años 60 del S. XX. El autor postula el empleo de técnicas de observación participante y de observación por experimentación (Participación-Intervención) que conllevan la implicación del investigador en la realidad y en los procesos sociales.

Para el desarrollo de la IAP se considera importante la inserción, que es ir más allá para ganar una visión interior completa de las situaciones y procesos estudiados, y con miras a la acción presente y futura. Esto implica que el científico se involucre como agente dentro del proceso que estudia porque ha tomado una posición a favor de determinadas alternativas, aprendiendo así no sólo de la observación que hace, sino del trabajo mismo que ejecuta con las personas con quienes se identifica.

En otras palabras, la inserción se concibe como una técnica de observación y análisis de los procesos y factores que incluye, dentro de su diseño la militancia dirigida a alcanzar determinadas metas sociales, políticas y económicas. Al mismo tiempo la inserción incorpora a los grupos de base como “sujetos” activos y no “objetos” explotables de la investigación, que aportan información e interpretación en pie de igualdad con los investigadores de fuera. Así, el compromiso viene a ser total y franco entre estos grupos.

En Reflexiones sobre la aplicación del método de estudio-acción en Colombia (1972) Fals Borda distingue dos dimensiones del método. Una primera dimensión en que:

1. Se produce ciencia como hecho natural de la conciencia social.
2. Se eligen temas y enfoques adecuados a nuestra conciencia de los problemas.
3. Se determinan los grupos claves de referencia.
4. Se actúa en consecuencia.

Las técnicas de inserción profesional son la participación-intervención (Inserción cercana a como lo concibe la antropología tradicional); la activación (Inserción estratégica); la incentivación o agitación táctica (Observadores militantes) y la recuperación crítica.

En una segunda dimensión del método, desaparece la inserción profesional, para dar lugar a la conformación de equipos políticos-científicos.

Modelo Equipo Clínico de Intervención Comunitario ECID

ECID (Aperturas Psicoanalíticas, 2021) es un proyecto asistencial de salud mental, para adolescentes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social que tienen dificultades para vincularse a los servicios asistenciales ordinarios de salud mental. Este proyecto se basó en el modelo AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) y se ha trabajado en él desde 2017 en España, con un equipo pionero en atención domiciliar especializada en adolescentes de alto riesgo.

El principal objetivo de los profesionales del ECID es que establezcan una relación de confianza epistémica con el/la adolescente, así como conseguir establecer esta relación de confianza entre los miembros del ECID, entre los menores y su red familiar y social más amplia. Por confianza epistémica entendemos un tipo de confianza particular en la que predomina un sentimiento de que la información y el conocimiento humanos comunicados por otros seres humanos son fiables. Implica que podemos confiar en aquello que nos es comunicado por el otro, que lo mantendremos en nuestra mente como algo bueno y que podremos recurrir a ello en nuestra vida cotidiana, así mismo determina una actitud de disponibilidad hacia la ayuda ofrecida por las relaciones benignas y benévolas de nuestro entorno, así como una disponibilidad hacia el aprendizaje de los demás.

El ECID atiende a menores que presentan cuadros clínicos compatibles con una muy amplia gama de trastornos mentales, sin exclusiones en este sentido. El único criterio que deben cumplir los jóvenes para ser atendidos es no acudir a los servicios

asistenciales e institutos. El equipo de profesionales está compuesto por especialistas en psicología clínica, psiquiatría, enfermería trabajo social y educación social. Estos equipos de profesionales se caracterizan por ser horizontales, es decir que todos pueden ser referentes de caso o profesionales principales en un caso por igual, teniendo la misma función principal en su trabajo asistencial: establecer una relación de confianza epistémica con el/la adolescente.

ECID va más allá del modelo comunitario, puesto que el modelo comunitario actual se basa en abrir un centro que replica el modelo asistencial clásico, para que la población acuda. Caso contrario este modelo llega allí donde están los menores y sus familias, allí donde aceptan ver a un profesional. En último caso se trata de llevar la mirada terapéutica a la vida cotidiana de los adolescentes y sus familias, es tratar de hacer llegar la ayuda a los jóvenes mediante el proceso de adaptación de los profesionales a sus muy dañadas o limitadas capacidades de vinculación, en lugar de seguir pidiéndoles a los menores que sean ellos los que se adapten a la propuesta terapéutica o el marco de trabajo de los diversos servicios de salud mental existentes.

AMBIT, donde se apoya ECID, es un modelo basado en la teoría y técnica del tratamiento basado en la mentalización, que es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y de imaginarnos a los demás desde dentro. Es indispensable tener la capacidad de introspección, es decir, poder dar sentido a las emociones que sentimos en relación con lo que estamos viviendo y pensar sobre lo que nos está pasando; además la capacidad de empatía, poder ponernos en el lugar del otro, tratando de imaginar lo que puede estar sintiendo y pensando la otra persona. Por último, hay que añadir la capacidad de percibir y comprender el impacto emocional de todo aquello que decimos o hacemos sobre los demás o la dimensión emocional de las interacciones.

Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental

Este modelo que propone la Secretaría de Salud (2014), contempla la creación de nuevas estructuras de atención, a partir de las cuales se integrarán los elementos suficientes para modificar la visión y el trabajo de las instituciones, de tal forma que los

servicios operen conforme al respeto a los derechos de los usuarios, y reciban una atención integral médico-psiquiátrica con calidad, calidez y gratuidad. . Ofrece una red de servicios con distintas alternativas de promoción de la salud mental, prevención, atención ambulatoria, hospitalización y reinserción social, para personas de cualquier edad, que padecen algún trastorno mental. Este modelo comunitario de atención puede otorgar mejores respuestas ante la necesidad de elevar el nivel de salud de una comunidad y promueve la gratuidad de los servicios.

El objetivo principal de las acciones en atención primaria para salud mental, está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo. Las acciones de promoción de la salud mental, se consideran transversales debido a que se llevan a cabo en todos los niveles, sin embargo, el grueso se desarrollará en los centros de salud comunitarios ya que la atención primaria representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención ambulatoria se realiza a través Centro de Salud que busca responder eficientemente a las necesidades demográficas y epidemiológicas en materia de salud mental en la comunidad, y mejorar la calidad de vida de los usuarios, mediante la atención a psicopatologías leves e identificación oportuna de algunos padecimientos que, en caso de no recibir pertinentemente el tratamiento correspondiente, pudieran evolucionar en enfermedades crónicas. Esto comprende principalmente tres líneas de acción: Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contra referencia.

Otra instancia que soporta este modelo es el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), que es una unidad especializada de atención ambulatoria. Proporciona

servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y en caso de requerirse, refiere a los usuarios a unidades hospitalarias.

La rehabilitación psicosocial tiene como objetivo general, facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible. Este objetivo general incluye aspectos, como son el residencial o el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas. Los objetivos específicos son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales.

El modelo Miguel Hidalgo tiene programas específicos de Rehabilitación Psicosocial:

- Taller Protegido, que consisten en propiciar que las personas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, relacionarse con otros e integrarse en la comunidad, conociendo sus derechos, para lograr el mayor grado de autonomía que en cada caso sea posible.
- Banco de Reforzadores (Tienda), Las tiendas son facilitadoras para la rehabilitación psicosocial y la reinserción social; los usuarios, con el dinero que reciben por su trabajo en los talleres protegidos pueden tener acceso a varios productos en una tienda equipada dentro del hospital psiquiátrico o área de hospitalización, así como dentro de las Villas de Transición Hospitalaria.
- Paseos Terapéuticos, son actividades de rehabilitación psicosocial que implican un paso trascendental para la reinserción del usuario hospitalizado a la comunidad. Le permite prestar una mirada al entorno, mezclarse en la comunidad y hacer actividades que parecieran ser cotidianas para la mayoría de la gente, pero que para un usuario que ha perdido contacto con el exterior resultan extraordinarias.
- Reinserción Social, Son dispositivos comunitarios que tienen como propósito la reintegración social del usuario al medio al que pertenece a través de diferentes estructuras de atención comunitaria como: residencias para adultos mayores,

departamentos independientes, casas de medio camino, centros de día e inserción laboral.

Modelo de Intervención Comunitaria Para la Reducción del Consumo de Drogas en Adolescentes (Planet Youth)

Intervenir desde la psicología específicamente para el retardo, reducción o eliminación del consumo de drogas tiene diversas perspectivas, corrientes terapéuticas y/o modelos, en la presente investigación ponemos énfasis en el modelo que pone atención en la comunidad, o el ambiente, en razón que nos apoyamos en el determinismo recíproco tríadico que se fundamenta en la teoría del aprendizaje social, donde los procesos psicológicos y las conductas no se descartan o se minimizan, sino que se pone énfasis en el ambiente para el desarrollo de la conducta de consumo de sustancias psicoactiva y en general la salud mental.

Entendamos por ambiente a la comunidad a la que pertenecen, en la que habitan y e interactúan los adolescentes que participaron en la presente investigación. Una comunidad que tiene ciertas características que propician el consumo de las sustancias ilícitas y también las que son permitidas por la misma comunidad. Entonces es esta donde podemos poner un punto de partida o centro de atención para la reducción, hasta la eliminación, del consumo desordenado de sustancias y la que oportunamente puede favorecer una salud mental.

La OMS (2022) define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». En el mismo documento La OMS define el apoyo en materia de salud mental y psicosocial como «cualquier tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental». Desde estas dos definiciones podemos orientar los esfuerzos de un plan de intervención comunitaria que logran cambiar los ambientes dónde se desarrollan las y los adolescentes.

Un modelo que concentra la mayoría de características y fines que se propone la psicología comunitaria lo podemos encontrar en el modelo Islandés de prevención de adicciones, este también es conocido como Planet Youth, establece que la mayoría de los individuos son capaces de actos de desviación social, bajo algunas circunstancias ambientales y sociales, estos actos se transforman en patrones comunes de comportamiento entre grupos predominantemente de adolescentes. Las razones principales de tales patrones de comportamiento incluyen, falta de sanciones o castigos del ambiente social, baja inversión individual o de la comunidad en valores tradicionales positivos, falta de oportunidades de participación en desarrollo pro-social positivo. Así desde esta perspectiva el uso de sustancias es visto como un atributo del ambiente social (Kristjansson et al. p. 2).

El enfoque de este modelo se centra en movilizar a la sociedad como un todo en la lucha contra las drogas, con énfasis en colaboración y compromiso comunitario, que lleven a cambios sociales y de medio ambiente graduales y a largo plazo, además de fortalecer los factores protectores y mitigar los factores de riesgo a nivel de la comunidad, dentro de cada uno de los dominios: padres-familia, grupo de pares, ambiente escolar y el tiempo libre, todos los cuales son dominios de potencial continua evaluación basada en la práctica y de intervención (Kristjansson et al, p. 3).

El resultado de la implementación de este modelo en Islandia entre los años de 1998 y 2018 fue que bajó el consumo de sustancias en los adolescentes; para el consumo de alcohol al inicio de la implementación del modelo era de 42% en el periodo final de medición se reportó que solo el 6% de los adolescentes consumía, en el caso del consumo de tabaco fue que en el año 98 era del 23% y en 2018 del 2%, finalmente el reporte del uso de cannabis fue que el 17% hacía uso de ella, hasta llegar a un 7% de la población en los últimos tiempos. Con el reporte de estos resultados en 20 años de intervención del modelo, se hace notar su efectividad en el retardo o, eliminación en algunos casos, del consumo de sustancias (Kristjansson et al, p. 4).

CAPITULO III.

ENFOQUE Y ÁREA PSICOLÓGICA

3.1 Modelo Cognitivo Conductual

Esta investigación se apoya en el enfoque cognitivo conductual, como ya se describió antes, sobre todo en el aprendizaje social de Bandura, así mismo, en razón de las premisas que nos ofrece este autor, la psicología social comunitaria tiene un aporte considerable a esta propuesta. El presente capítulo quiere describir, así como sintetizar los aportes de ambos enfoques, no será exhaustivo, solo será un aporte acorde al planteamiento de esta investigación; para esto recordemos los temas centrales en relación con las personas adolescentes, salud mental en general con un énfasis en adicciones, familia y habilidades sociales.

Principales exponentes

Todo enfoque de la psicología tiene una historia desde la antigüedad hasta nuestros días, esta historia cuenta su evolución, en sus tiempos y contextos, claramente sabemos que la psicología como ciencia se ha fundamentado en muchas otras más que la precedieron, principalmente la filosofía, así como la antropología, la lingüística, la cibernética, la fisiología, entre otras. Por lo que sabemos que el aporte las personas citadas en este apartado ha sido el pensamiento y la práctica de muchos más, acentuando en lo conductual y cognitivo.

Feixas y Miró (1993, pp. 171-213) nos aportan un panorama general del desarrollo histórico del modelo conductual y del modelo cognitivo.

Breve desarrollo histórico del Modelo Conductual

Los inicios de la terapia de la conducta tienen su origen en la escuela fisiológica rusa creada por I. M. Schenov (1829-1905), Este autor consideraba que toda conducta podía explicarse apelando a los reflejos, sin hacer referencia alguna

a la conciencia u otros procesos mentales. I. P. Pavlov, discípulo de Schenov, contribuyó al estudio experimental de los procesos de condicionamiento, esto es, la demostración de cómo estímulos, anteriormente neutros podían adquirir la capacidad de elicitar una respuesta, además inició el estudio de las «neurosis experimentales» en animales, que fue un paso necesario para depurar métodos y principios terapéuticos durante este primer período.

J.B. Watson (1878-1958) es considerado el autor manifiesto del conductismo, propone que la conducta puede investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones. Una de sus discípulas, M. C. Jones, llegó a recopilar hasta siete métodos para eliminar los miedos infantiles, además mostraba que los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta, en lugar de al nivel de los procesos subyacentes que se suponían como causas.

Los estudios de Thorndike sobre el condicionamiento instrumental, aquí se explica el aprendizaje como la asociación de un estímulo respuesta, siendo la más importante la ley del efecto que, en síntesis, esta ley afirma que la conducta está controlada por sus consecuencias. Esto sirvió de inspiración a Skinner para establecer su programa de investigación sobre el condicionamiento operante, contemporáneo a él aparece el aporte de Jacobson y su método de relajación progresiva, de gran uso en la terapia conductual.

Posteriormente tenemos los aportes de Wolpe en la génesis de la psicoterapia por inhibición recíproca, por otro lado, Tolman abrió la puerta a las orientaciones cognitivas en terapia de conducta, así como los trabajos de Guthrie, que destacaba la importancia de la contigüidad, es decir, del emparejamiento de estímulos con conductas específicas en el aprendizaje. En la temporalidad de estas investigaciones, Skinner merece mención ya que adoptó un nuevo punto de partida para la explicación del aprendizaje, estableciendo un nuevo paradigma, el del condicionamiento operante. Junto con la investigación experimental, este autor indicó la relevancia clínica y social de la conducta operante.

Es en los años cincuenta que empieza a utilizarse el término terapia de conducta, cuando Skinner, Solomon y Lindsey aplicaron el condicionamiento operante en enfermos psicóticos. Durante los años sesenta y setenta, la terapia de conducta se consolidó como enfoque terapéutico, los trabajos realizados por Wolpe fueron un hito fundamental en la modificación de conducta, el exploró formas de inhibir o recondicionar la ansiedad. De este modo la relajación profunda, que podía obtenerse por medio del método de relajación progresiva de Jacobson, se convirtió en la base de la desensibilización sistemática. Y la activación sexual para inhibir la ansiedad se convirtió en el punto clave de nuevos enfoques en terapia sexual.

Hans Eysenck desempeñó un papel fundamental en la consolidación del movimiento de terapia de conducta. Sostuvo que el psicólogo profesional debía ser un investigador que aplicara en su práctica clínica los resultados de la investigación básica. Los trabajos de Shapiro influyeron para que, en el desarrollo de la evaluación conductual se usen medidas conductuales específicas para cada cliente, en lugar de baterías de tests estandarizados. Posteriormente se publicaron manuales que presentaban fundamentos científicos de los procedimientos terapéuticos; algunos de ellos aspiraban también a unificar el campo de las terapias basadas en las teorías del aprendizaje. Bandura y Walters abrieron paso a estos procedimientos con su investigación sobre el aprendizaje social y desarrollo de la personalidad, en esta investigación se habla del aprendizaje observacional, a través del cual, poco a poco, se irá introduciendo la complejidad del mundo social en el que el aprendizaje ocurre en realidad.

Breve desarrollo histórico del modelo cognitivo

Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly), sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual: el enfoque denominado cognitivo conductual. En las reconstrucciones históricas de su perspectiva, los terapeutas cognitivos

suelen mencionar como principal referente histórico al estoicismo. Concretamente, la cita que aparece con más frecuencia corresponde al Enchiridion de Epícteto (siglo I d.C.), que reza: «No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas». En efecto, los estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio), al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las «pasiones», captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas. Más tarde, tanto Hume como Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Kant sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un “Sentido privado”.

La aparición de las terapias cognitivas inicia con George Kelly (1955) Según su postulado principal, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo.

Posteriormente Ellis (1962) reemplazó la escucha pasiva del psicoanálisis por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables. Contemporáneamente Beck (1967) sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con los postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica (p.ej., pérdida, agresividad hacia el Yo) sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el

depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez.

Nuevamente Bandura aparece, y es señalado como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propició la aceptación del determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos y la postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico. Además, reafirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Mahoney (1974) y Meichenbaum (1969) otorgaron un papel determinante al autocontrol (en contraposición al control ambiental externo). Hay una influencia de los psicólogos soviéticos, especialmente de Vygotsky que habían puesto de manifiesto el papel autorregulador del lenguaje y por último Lazarus (1971) empezó a postular la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento.

3.2. Técnicas

Técnicas para la familia

En este apartado se incluyen técnicas de intervención Conductual, Cognitiva y Emocional que Lago y colaboradores (2021) nos aportan.

Intervenciones Conductuales

Estrategias de resolución de problemas

El objetivo de este entrenamiento es ayudarlos a encontrar formas más adaptativas de resolver los conflictos y reducir los intercambios negativos.

1. Definir el problema y a través de la técnica del hablante-oyente, uno de los cónyuges explica su perspectiva de este, mientras que el otro escucha y acepta la queja presentada.
2. El que escucha luego va a tratar de resumir lo que entendió tratando de empatizar con el malestar del otro.
3. Los miembros de la pareja expresan su deseo de solucionar el problema y trabajar en los cambios necesarios para que esto ocurra.
4. La pareja genera ideas para establecer una lista de posibles soluciones al problema, se evalúa minuciosamente para ver si cada posibilidad contempla las necesidades de cada miembro de la pareja.
5. Se toma la decisión sobre cuál de todas las soluciones es la mejor y se le pide a la pareja que experimente esta forma de resolución para luego evaluar los resultados.

Terapia de Solución de problemas

D'Zurilla y Goldfried establecen cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas:

1. Orientación hacia el problema

La fase de orientación al problema es una etapa básica de cuyos resultados dependerán los resultados del resto de las fases de la terapia. Parece lógico pensar que antes de intentar solucionar un problema se desarrolle una actitud positiva hacia la situación-problema y la propia capacidad para afrontarlo y resolverlo. El desarrollo de una actitud positiva se refiere a cuestiones como a fomentar las creencias de auto-eficacia, las habilidades en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje y de los problemas como oportunidades para ello. Así mismo, la optimización de la regulación emocional para reconocer y afrontar mejor los problemas, y la adquisición de la capacidad de pensar antes de actuar, son habilidades que son básicas y necesarias para conseguir una óptima orientación hacia los problemas.

2. Definición y formulación del problema

En esta fase se debe recopilar información relevante sobre el problema a partir de los hechos, es importante tener en cuenta que no siempre toda la información relevante está accesible a la conciencia del individuo, no es infrecuente que datos relevantes puedan estar siendo obviados. Como se ha indicado la información debe provenir de hechos y no de interpretaciones, asunciones o procesos de razonamiento emocional. Además, esta información debe recogerse en términos concretos y objetivos. Se propone la utilización del role-playing en imaginación esta fase, con el objetivo de distinguir la información basada en hechos, de la procedente de otros procesos subjetivos.

3. Generación de alternativas de solución

En esta fase se deben poner en marcha estrategias que lleven a generar numerosas soluciones para el problema. Dos de los principios que deben guiar este proceso son el de la cantidad y diversidad. Cuantas más soluciones mayor probabilidad de encontrar una apropiada y cuanto más diversidad mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores implicados en el problema, de esta forma la diversidad y la cantidad permiten combinar elementos de distintas soluciones hasta llegar a la solución óptima. El terapeuta juega aquí un papel esencial a la hora de proporcionar soluciones al problema, pero también será útil que el individuo comente con personas cercanas, aquellas que han resuelto un problema similar o que ayudan a ello, para así obtener información sobre el tipo de estrategias que han resultado efectivas en esos casos. Otro principio que debe ser aplicado en esta fase es el de aplazamiento del juicio, mientras se están generando alternativas no es el momento de entrar a valorar su adecuación o viabilidad, pues este proceso crítico puede mermar la creatividad o la posibilidad de generar soluciones que, si bien podrían parecer disparatadas, inviables o inmorales, pueden aportar elementos útiles que se integren en la solución final.

4. Toma de Decisiones

Una vez se ha generado un grupo de soluciones se procede a valorar las diferentes alternativas. Es útil analizar si es posible combinar algunas opciones que lleven a una solución más adaptativa, y descartar haciendo un análisis somero de ventajas e

inconvenientes aquellas que no son realistas o que resultan inviables. La idea es hacer una primera criba que lleve a escoger 3 o 4 alternativas que serán analizadas en términos de ventajas/inconvenientes con más detalle. Para ello, se analizará cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas de su implantación, y valorando en una escala subjetiva entre 0 (no tiene ningún valor para mí) y 10 (tiene mucho valor para mí) cada una de las consecuencias positivas y negativas. La idea es obtener para cada opción un valor cuantitativo para las consecuencias positivas y otro para las negativas, que resuma la información y facilite la comparación entre opciones. Una vez realizado este proceso se procederá a tomar la decisión. Aunque el análisis coste-beneficio suele ser la estrategia más utilizada para escoger la solución que se implantará, hay otros factores que pueden tenerse en cuenta y que pueden determinar en algunos casos la elección final, estamos hablando de factores subjetivos de carácter perceptivo, actitudinal, religioso, etc. Una vez elegida la solución es útil que el individuo conteste a algunas preguntas que le pueden dar una idea sobre si ha optado por una buena opción. Algunas de estas preguntas pueden ser: ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?, ¿Es realista? o ¿Es muy costosa?, ¿Cuánto tiempo requiere?, ¿Puede ser implementada por ti o requiere que otras personas se impliquen?, Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?

5. Implementación de la solución y verificación

En esta última fase se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos. Una vez diseñado el plan de acción se llevará a cabo cada uno de los pasos y se valorarán paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implantación progresiva del plan de acción. El marco conceptual para esta fase es la teoría del control y la concepción cognitivo-conductual del auto-control: a) ejecución, b) auto-observación, c) auto-evaluación y d) auto-reforzamiento. La ejecución es la puesta en práctica de la solución, la auto-observación se refiere a la observación de la propia conducta en la ejecución de la solución y la observación de los resultados que se obtienen, la auto-evaluación compara el resultado que se va obteniendo con el resultado anticipado o predicho, para pasar al

auto-reforzamiento en caso de que los resultados obtenidos se adecuen a los anticipados, y, en caso contrario, revisar el proceso, retomando fases anteriores.

Comunicación

- Se define al orador y al oyente, el primero tiene la palabra.
- Se comparte la palabra, circulando durante el curso de la conversación.
- No se trata de resolver el problema sino de aprender a comunicarse.
- Se definen reglas para el hablante:
Hable en su nombre, no trate de leer la mente del otro. Trate de construir frases en primer apersona y hable sobre su punto de vista.
No hable interminablemente. Utilice frases cortas y manejables, asegurando que la pareja nos entiende.
Deténgase para que el oyente pueda repetir lo que entendió. Usted tiene que ayudar al oyente a escuchar y a entender su punto de vista.
- Se definen reglas para el oyente:
Repita lo que ha escuchado, es clave demostrar a la pareja que los está escuchando. Si lo que entendió no es correcto, el hablante puede clarificar el punto.
Concéntrese en el mensaje. No refute, no de opiniones, no exprese sus pensamientos.

Juego de Rol

Esta técnica es una estrategia que permite el ensayo conductual y es considerado un elemento fundamental en el entrenamiento en habilidades sociales. En el uso para parejas, la sesión sirve para ensayar una determinada conducta, en una situación específica.

Es fundamental que se trabaje solo una situación y no en varias a la vez, se debe respetar el orden de los problemas planteados y no saltar de uno a otro, escoger una situación reciente o que sea posible ocurra en un futuro cercano, el ensayo de la conducta

no durará más de dos o tres minutos, y las respuestas deberían ser breves y claras, en lo posible.

Manejo de la escalada

Existen dos elementos importantes a distinguir en los conflictos de pareja: los que tienen que ver con la estructura del conflicto, es decir la incompatibilidad de necesidades y deseos, donde se pueden reconocer los temas manifiestos y latentes del conflicto, y el manejo del conflicto. Si el manejo es adecuado, va a dar lugar a la resolución del conflicto y a la satisfacción de los miembros de la pareja.

- Cuando el conflicto se esté intensificando, acordaremos un receso o detendremos la acción y se puede volver a hablar usando la técnica hablante-oyente.
- Cuando tenemos problemas de comunicación, utilizaremos la técnica.
- Cuando usemos la técnica, separaremos completamente la discusión del problema de la solución del problema.
- En cualquier momento podemos plantear cuestiones, pero el oyente puede decir “este no es un buen momento para mí”. Si el oyente no quiere conversar en ese momento, igual tiene la responsabilidad de ofrecer una hora para conversar en el futuro cercano.
- Semanalmente tendremos reuniones de pareja.
- Debemos disponer de tiempo para las cosas buenas: la diversión, la amistad y la sensualidad. Acordemos proteger estos momentos del conflicto y de la necesidad de hablar de estos problemas.

Prevenir la invalidación

La validación es una herramienta poderosa que permite fomentar la intimidad en la pareja y reducir la ira en el compañero. Implica escuchar y respetar la expresión de los sentimientos o la preocupación de cada miembro de la pareja y de ellos entre sí. Es reconocer al otro, la legitimación de quién es vía la comprensión de su sufrimiento. Por el contrario, la invalidación es de manera directa o indirecta menospreciar los

pensamientos, los sentimientos o la personalidad del otro, pudiendo llegar a socavar la autoestima del compañero.

Evitar la retirada

Retirada es cuando un miembro de la pareja no se muestra dispuesto a participar de una charla sobre un tema importante porque le produce mucho malestar o piensa que lo va a conducir a una discusión. La retirada puede ser tan explícita como abandonar el lugar o tan indirecta como desconectarse de lo que el otro está diciendo. La retirada no solo intenta impedir que la discusión sobre un tema se dé en ese momento, sino que intenta que nunca se llegue a plantear el tema.

Intervenciones Cognitivas

Identificación y registro de las situaciones que activan los esquemas.

registrar las situaciones de conflicto que se presentaron entre sesión y sesión; este registro lo realizan individualmente y luego es compartido en la sesión. Puede ocurrir, y de hecho ocurre frecuentemente, que ambos registren la misma situación, aunque también puede suceder que una situación activante solo lo haya sido para uno de ellos. Del modo que sea, es necesario preguntarles qué significó esa situación para cada uno de ellos, así se puede observar cómo las conductas de intercambio negativo estuvieron motivadas más por esta significación que por el hecho ocurrido.

Identificación de expectativas y creencias que impiden la resolución de problemas e interfieren en la comunicación.

Lo que en la mayoría de las parejas activa el malestar en ambos y hace que se pierda el foco sobre el problema resolver son las atribuciones o creencias que cada uno tiene sobre las respuestas o las conductas del otro. Es de importancia que hay un dialogo en la pareja para que esas creencias puedan ser aclaradas o disueltas.

Intervenciones Emocionales

Para Terapia Focalizada en la Emoción, comprender la emoción es parte principal del funcionamiento de la persona. Este abordaje analiza la angustia en las relaciones a través de la inseguridad de apego y la angustia por separación, diferenciando en el proceso terapéutico emociones primarias y secundarias.

Una relación sana es un vínculo de apego seguro. Tal vínculo se caracteriza por la mutua accesibilidad emocional y la capacidad de respuesta, creando un entorno seguro que optimiza la habilidad de los individuos para regular sus emociones, procesar información, resolver problemas, resolver diferencias y comunicarse con claridad. El apego adulto, a diferencia del apego en el niño, es más mutuo y recíproco, es menos concreto y puede ser de naturaleza sexual.

El proceso de cambio en la TEF consiste en estructurar pequeños pasos hacia un compromiso emocional seguro, para que los miembros de la pareja puedan consolarse y tranquilizarse mutuamente, usando la emoción para romper los ciclos destructivos de interacción, aceptando y validando la experiencia emocional del paciente, elemento clave en la terapia.

Trabajando con el ciclo negativo

- Evaluación del ciclo negativo y creación de la alianza terapéutica, aliando con ambos y creando así seguridad de apego.
- Rastrear el ciclo negativo en las conductas reactivas que impactan en el otro. El enemigo es este ciclo que los tiene atrapados y que incluye: gatillos, atribuciones y reacciones.
- Las emociones les dan sentido a las interacciones negativas, debemos usarlas para despenalizar las conductas de acción.
- Reformular el ciclo negativo incluyendo las necesidades de apego y las emociones.

- Trabajar primero accediendo a las emociones profundas de un miembro, el que responde evitando, creando las condiciones para que pueda expresar el malestar a su pareja.
- Preparar al otro miembro, el que insiste en resolver el problema, para recibir al evitador; el terapeuta valida la emoción y reorganiza el significado para conseguir que el evitador sea aceptado por el que persigue.
- El perseguidor va a hablar de sus necesidades, va a acceder a sus emociones y vamos a crear las condiciones para que se lo exprese a su pareja. Ahora hay que preparar al evitador para recibir al perseguidor, validamos la emoción y reorganizamos el significado para conseguir que el perseguidor sea aceptado por el que evita.
- El resultado de este proceso se va a dar creando un historia o narrativa alternativa que permita cambios, por ejemplo, ¿qué rituales tienen para demostrarse el cariño?
- Trabajar para que aprendan la continua consolidación del vínculo: Disponibilidad, Respuesta emocional, Involucramiento, que dan lugar a un apego seguro.

Explorando y reformulando la Emoción

Evidenciar la experiencia emocional

Terapeuta

¿Me ayudarías a entender? ¿Estás diciendo que estás tan nervioso en esta situación y que te gustaría tener el control, porque la sensación se vuelve muy abrumadora? ¿Es eso? Por eso te vuelves crítico con tu pareja. ¿es así?

Función principal

Enfocar el proceso terapéutico construyendo y manteniendo la alianza, aclarando respuestas emocionales que subyacen a las posiciones interaccionales.

Validación

Terapeuta

Estás tan alterado que no puedes enfocar. Cuando tenemos miedo no podemos concentrarnos. ¿Es eso?

Función principal

Legitimar la respuesta y apoyar al paciente para que continúe explorando su experiencia emocional y sus interacciones. Construir alianza.

Respuesta evocadora

Terapeuta

¿Qué te está pasando en este momento? ¿Qué significa eso para ti? ¿En este momento, una parte de vos solo quiere correr y correr y esconderse o escapar?

Función principal

Ampliar los elementos de la experiencia emocional para facilitar la reorganización de la experiencia, reformular elementos poco claros o marginales y alentar la exploración y el compromiso.

Intensificar

Terapeuta

¿Podrías decir eso otra vez, pero directamente a ella/él? Parece que esto es tan difícil para ti como escalar una montaña, muy aterrador. ¿Es demasiado difícil de preguntar? ¿Es demasiado difícil pedirte que le tomes de la mano?

Función principal

Resaltar las experiencias que organizan las respuestas del otro y las nuevas formulaciones de la experiencia que reorganizan la interacción.

Interpretación empática

Terapeuta

No crees que sea posible que alguien pueda ver esta parte de ti y aun así aceptarte, ¿verdad? ¿Así que no tienes más remedio que esconderte?

Función principal

Resaltar las experiencias que organizan las respuestas del otro y las nuevas formulaciones de la experiencia que reorganizan la interacción. Interpretación empática.

Intervenciones de Reestructuración

Rastrear y reproducir interacciones

Terapeuta

¿Qué acaba de pasar aquí? Parecía que te apartaste de tu ira por un momento y te acercaste. ¿Eso está bien? Pero luego le prestaste atención a la ira y te quedaste detrás de tu trinchera, ¿es así?

Función principal

Repite secuencias de interacciones clave.

Replanteo en el contexto de los ciclos negativos

Terapeuta

Te congelas porque sientes que estás por perderla/o, ¿sí? Se congela porque le importas mucho, no porque no le importas.

Función principal

Cambia el significado de respuestas específicas y fomenta percepciones más positivas de la pareja.

Reestructurar y dar nueva forma a las interacciones

Terapeuta

¿Puedes decirle? ¡Te voy a dejar! No me vuelvas a lastimar. Esta es la primera vez que mencionas estar avergonzado. ¿Podrías hablarle de esa vergüenza? ¿Puedes preguntarle, por favor? ¿Puede pedirle lo que necesitas en este momento?

Función principal

Aclarar y ampliar los patrones de interacción negativos crea nuevos tipos de diálogo e interacciones, lo que lleva a ciclos positivos de accesibilidad y capacidad de respuesta.

Aportaciones de la Terapia Racional Emotiva en el contexto familiar

Dentro de estas múltiples formas de vinculación entre personas en las que podemos encontrar en algunos casos presencia de menores de edad, sobre todo adolescentes, surgen conflictos que son naturales a las relaciones humanas, dichos conflictos pueden ser transformados con el apoyo de la Terapia Racional Emotiva Familiar (TREF); esta tiene una semejanza con la propuesta de la Teoría Social del Aprendizaje, arriba explicada, ya que aunque la principal unidad de análisis es la familia, no es el único sistema significativo de influencia, pues esta contempla también las interconexiones e interacciones simultáneas de múltiples sistemas de influencia, uno es el mundo psicológico individual, así como sus entornos biológico, social, cultural, espiritual, político y económico. De manera que la perspectiva de sistemas familiares y en especial las creencias familiares son los factores predominantes del diagnóstico, intervención y evaluación de la TREF (Yankura et al, 2000, p. 253)

Las creencias familiares surgen de los comportamientos organizados y repetitivos de los miembros, y a partir de estos patrones de conductas pueden abstraerse los principios que gobiernan la vida familiar; es así que estas creencias constituyen las normas que dirigen la conducta dentro del sistema familiar. Ahora bien, la mayoría de las creencias familiares no están escritas y operan encubiertas, por ejemplo, una creencia familiar típica, a un nivel inferencial, no manifiesta pero asumida por todos, es que las principales decisiones son adoptadas por los progenitores y cedidas a los hijos. Estas creencias a nivel inferencial no son evaluadoras, son simples afirmaciones de hechos o de supuestos hechos. La REFT subraya la importancia de contemplar las creencias familiares como evaluaciones, es decir que los miembros de la familia valoran o evalúan algo como deseable o indeseable (Yankura et al, 2000, p.256)

La REFT nos propone indagar en el papel que juegan las creencias familiares con respecto al funcionamiento familiar. Las creencias familiares racionales son aquellas que tienen un significado personal (creencia con valor para los miembros de la familia, por ejemplo, “La lealtad familiar es un valor importante para nosotros”) para los miembros de la familia y que evalúan las situaciones de un modo adaptativo y útil, también son de naturaleza relativa, no se establece lo correcto e incorrecto, sino que considera cada situación como única y potencialmente apta para una respuesta diferente. Las creencias familiares irracionales son aquellas que tiene significado personal para los miembros de la familia y que se afirma de un modo absoluto e inútil, los sentimientos que acompañan a estas creencias se expresan en depresión, ira y culpabilidad, a su vez van de la mano de evaluaciones exageradas de las situaciones y, por lo tanto, son mal adaptativas porque impiden el logro de los objetivos familiares (Yankura, 2000, p. 257).

Toda conducta tiene lugar en un contexto ambiental en el que hay un estímulo antecedente o consecuente a la misma, ambos tienen una influencia controladora sobre la conducta, estos estímulos que preceden a una conducta adquieren el valor de señales discriminativas, porque en el pasado estuvieron asociados repetidamente con la conducta a la que preceden, y está tiende a ser fomentada por dichas señales; Imaginemos que normalmente una madre de familia llega de trabajar ordinariamente a las seis de la tarde y encuentra en casa una comida deliciosas que su esposo le ha preparado con anterioridad, es recibida con el abrazo y besos de sus hijos, además, seguramente provocará en ella una sensación de bienestar, entonces estos estímulos precedentes llevará a una conducta consecuente amable o cariñosa con la familia. Ahora bien, estos estímulos consecuentes pueden tener un doble efecto, primero pueden incrementar la probabilidad de que la conducta en cuestión se presente en el futuro, a esto le denominaremos reforzadores positivos, y entiéndase reforzamiento como el proceso por el cual la conducta se incrementa, en la familia podemos encontrar una diversidad de reforzadores, tales como, intimidad física o sexual de la pareja, hacer regalos, abrazar, salir al cine, etc.; por otro lado si no somos escuchados, no nos reciben de una forma agradable, no nos prestan atención, la conducta se debilita, a esto se le denomina extinción (Castro, 1985, p. 24).

Técnicas para de modelado y el entrenamiento en habilidades Socioemocionales

En el repertorio de técnicas que podemos encontrar para su aplicación, son las técnicas de modelado parten de los principios teóricos desarrollados por Bandura, el aprendizaje observacional o vicario. Estas cumplen distintas funciones en la implantación y desarrollo del comportamiento, que son, aprender nuevas conductas, promover e inhibir la realización de conducta en función de las consecuencias para el modelo, incitar conductas, motivar y modificar la valencia emocional.

Existen diferentes tipos de modelado y formas de llevarlo a cabo, Ángeles Ruiz y colaboradoras (2012), nos proponen las siguientes técnicas:

Modelado in vivo

La exposición al objeto temido, actividad o conducta a aprender la lleva a cabo el modelo o modelos en presencia del observador.

Modelado simbólico

El modelo o modelos se presenta en soporte audiovisual, escrito, en imaginación o mediante transmisión oral. Las películas de personajes favoritos, comportamientos de personas presentados en los medios de comunicación (p.e., ídolos musicales o deportivos, publicidad), personajes de libros y cuentos, los mitos y descripción de comportamiento y de sus consecuencias, son procedimientos de modelado simbólico presentes a diario en nuestra sociedad para promover o generar patrones de conductas. Es uno de los procedimientos más utilizados en el ámbito clínico, tanto en las sesiones de consulta como en las actividades programadas entre sesiones. Una forma específica y relevante entre las modalidades de modelado simbólico es el modelado encubierto. En esta técnica se presentan los componentes de la conducta a modelar pidiendo al observador que imagine las escenas que el terapeuta le va presentando. Se pide al sujeto que imagine a otra persona, héroe o animación que está llevando a cabo la conducta que se desea instaurar. Cuando la imagen se tiene vívidamente se solicita que vaya

realizándola tal y como la llevó a cabo o la realizó el modelo. Por ejemplo, en el caso de los niños se les puede pedir que imaginen cómo su héroe preferido (p.e. Superman, Spiderman) o alguno de los personajes de sus dibujos animados favoritos realizan la conducta a modelar (p.e., son valientes y se enfrentan a atravesar solos un pasillo a oscuras) siguiendo los pasos que va dictando el terapeuta o la persona que está llevando a cabo el modelado.

Modelado Pasivo

El observador se expone al modelo y observa y aprende su conducta o pautas de acción (mediante modelado simbólico o in vivo). Posteriormente se procede a la fase de ejecución en la que el observador, sin ayuda del terapeuta o modelo, lleva a cabo la conducta o acciones observadas.

Modelado participante

En el modelado participante el observador atiende la conducta del modelo y cuando éste la ejecuta, él la ejecuta a su vez con la ayuda verbal y física si es necesario, de aquél. El modelado participante combina modelado, facilitadores o instigadores, verbal y físicos, ensayo de conducta y desensibilización in vivo. El modelado participante también es conocido como una desensibilización por contacto o participación guiada.

El modelado participante se utiliza con frecuencia para el afrontamiento de situaciones que provocan ansiedad y que son evitadas por miedo o por falta de habilidad. La técnica se utiliza tanto de forma individual como en grupo.

Los tres pasos del modelado participante son:

1. Exposición y actuación del modelo ante una situación o estímulo aversivo. Por ejemplo, acercarse y tocar a un animal al que teme el observador.
2. Instigación, ensayo de conducta, moldeado y desensibilización in vivo. En el caso de afrontamiento a situaciones temidas o aversivas, el terapeuta que está actuando de modelo anima verbalmente al cliente a imitar la conducta que está modelando. El terapeuta, si es necesario, ayuda físicamente al cliente a llevar a

cabo la conducta, por ejemplo, si el terapeuta ha acariciado a un perro que el observador teme, le anima a tocarlo, acercándole la mano y acariciándole con él y le refuerza si lo hace. Además de guiar la conducta, el contacto físico entre terapeuta y cliente ayuda a producir una respuesta de tranquilidad que compite con la de ansiedad que produce el acercamiento al objeto o situación temida (Desensibilización).

3. Retirada progresiva de los instigadores: El modelo retira gradualmente el apoyo físico y verbal a medida que el observador o el cliente va llevando a cabo la conducta. Practicar la conducta en otros contextos y con otros modelos para fomentar la generalización.

Auto-modelado

Mediante este procedimiento, la persona, a través de la observación mediante videos grabados sobre su nivel de ejecución va modificando o practicando patrones de conducta que requiere la situación. Esta técnica se emplea habitualmente en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, rendimiento deportivo, etc. Por ejemplo, grabar una sesión de entrenamiento en la que la persona ha llevado a cabo correctamente determinados ejercicios de relajación para que los vea en casa y pueda repetirlos y practicarlos.

Modelado de autoinstrucciones

Esta técnica implica exponer a un modelo que, mientras está realizando o va a comenzar a realizar una conducta, se va diciendo en voz alta todos los pasos o instrucciones de ayuda que le permitan llevar a cabo la tarea. El observador puede aprendérselas o generar algunas similares y practicarlas al realizar la conducta pertinente. Por ejemplo, las autoinstrucciones que se da un modelo para afrontar la realización de un examen podrían ser: voy a comenzar a realizar el examen, siéntate tranquilo, respira, tengo que ir despacio y leer bien las preguntas. Tengo que ir de una en una, si alguna no me sé, he de pasar a la siguiente, lo estoy haciendo bien. El observador puede repetir las todas, algunas, o añadir otras con las que se identifique mejor, (p.e. qué bien me está saliendo, soy un crack).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales.

Un EHS efectivo requiere trabajar los siguientes aspectos:

- Entrenamiento en habilidades propiamente dicho, esto se refiere al entrenamiento de las conductas específicas que se enseñan, practican e integran en el repertorio del individuo.
- Reducción de la ansiedad. Tiene que ver con el hecho de que en situaciones sociales problemáticas que generan un elevado grado de ansiedad es necesario reducirla para que no interfiera en el aprendizaje. Para ello se suele entrenar en relajación o Desensibilización Sistemática si bien en ocasiones llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa se va reduciendo la ansiedad.
- Reestructuración cognitiva. Se refiere a la necesidad que puede haber de modificar creencias, cogniciones y/o actitudes que están presentes a la hora de realizar el entrenamiento y que intervienen de una manera negativa. Se suelen emplear técnicas cognitivas tales como entrenamiento auto instruccional, cambio de creencias, etc. También hay que señalar que al adquirir la conducta competente socialmente puede darse de forma natural la reestructuración cognitiva necesaria.
- Entrenamiento en solución de problemas. Se refiere al entrenamiento para percibir correctamente los parámetros de las situaciones relevantes a procesar los valores de esos parámetros para generar respuestas potenciales y seleccionar una respuesta y enviarla de manera que consiga el objetivo deseado en la comunicación interpersonal.

Justificación e instrucciones

En el entrenamiento se suele comenzar explicando por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuales son las básicas y por qué funcionan, centrándose posteriormente en cada una de las sesiones a explicar la conveniencia y pertinencia del EHS, así como las instrucciones sobre cómo llevarlas a cabo. Es

aconsejable utilizar medios didácticos sencillos como emplear conceptos y explicaciones causales de fácil comprensión, utilizar frases cortas y reiterar los conceptos más destacados.

Ensayo Conductual

Permite a los clientes tomar un papel activo en el proceso de adquisición de habilidades. Cuando las conductas apropiadas han sido claramente modeladas, el cliente ha de llevar a cabo la conducta inicialmente mediante role-playing. El objetivo del ensayo conductual es que el cliente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir feedback y reforzamiento. El ensayo conductual facilita la retención de las técnicas que se están entrenando y favorece un mayor rendimiento que proporcionar únicamente información o demostrar cómo se lleva a cabo la conducta. El ensayo conductual se realiza inicialmente en las sesiones individuales o en grupo mediante role-playing donde el entrenador o los miembros del grupo ensayan la conducta concreta en una situación específica.

Feedback o retroalimentación

Es importante incluir la retroalimentación sobre cómo se ha llevado a cabo la conducta. Esto se puede hacer mediante el agente que está llevando a cabo el entrenamiento, los miembros del grupo o la grabación de la conducta realizada. Se puede dar feedback positivo, corrector, negativo, descriptivo y auto-revelador.

Reforzamiento

Los reforzadores habitualmente utilizados son los de la felicitación o alabanza verbal, signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, etc. En la mayoría de los estudios de habilidades sociales se ha demostrado la importancia del refuerzo en el incremento de conductas sociales en las primeras fases de adquisición. Cuando el objetivo es ya el mantenimiento más a largo plazo de las habilidades aprendidas, el refuerzo intermitente es más apropiado.

Asignación de tareas para casa

Esta se realiza cuando en las sesiones de entrenamiento se ha alcanzado un nivel mínimo de competencia o habilidad que permita obtener algún éxito en la tarea a realizar. Éstas van de menor a mayor dificultad.

Estrategias de generalización

Dicha técnica se refiere a la realización de la conducta adquirida en condiciones o situaciones distintas a las que se llevó a cabo el entrenamiento. Lo que se pretende con esas estrategias es que, por una parte, se mantengan las habilidades aprendidas una vez finalizado el entrenamiento, y por otra que sus resultados se generalicen a otras situaciones interpersonales, contextos diferentes y ante personas diferentes.

Técnicas para disminuir o eliminar el uso de sustancias psicoactivas

Aaron Beck y colaboradores (2019, p. 164) nos proponen para la intervención en el abuso de sustancias los principios básicos de la relación terapéutica, conceptualizar cognitivamente el caso, el método socrático y la asignación de actividades entre sesiones. Así mismo ofrecen técnicas cognitivas, conductuales y emocionales.

Relación Terapéutica

La eficacia de los tratamientos depende en gran medida, de la relación entre el terapeuta y el paciente. Dicha relación requiere que el terapeuta se muestre cálido, empático y sincero.

Conceptualización Cognitiva del caso

Se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa. Esta se define como recoger, sintetizar e integrar los datos relativos al paciente, de forma que se generen hipótesis refutables acerca de la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas y de otros síntomas que puedan ser formuladas y comprobadas.

El método Socrático

En la terapia cognitiva se consigue una mejor interacción entre el paciente y el terapeuta si se usa frecuentemente el descubrimiento guiado. En la terapia cognitiva se utilizan preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para poder elicitarse, examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes.

Este proceso cuando se realiza adecuadamente, debería reducir la angustia subjetiva y la sintomatología aguda. Lo más relevante es que este proceso configura el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva. El objetivo del método socrático es que, el paciente aprenda a pensar de forma independiente (autónomamente) y de forma racional.

Asignación de actividades entre sesiones

La asignación de actividades entre sesiones formales comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre las sesiones, donde el cambio es lo más importante. Para estar del todo seguros de las actividades entre sesiones, las asignaciones de las mismas se deberían realizar conjuntamente, siempre que sea posible, entre el terapeuta y el paciente. Además, el terapeuta debería chequear si el paciente comprende la especificidad de la asignación y sus razones, practicándolas antes, en la sesión. El terapeuta y el paciente pueden unir sus esfuerzos para anticipar las posibles barreras con las que se encontrará el paciente para completar sus actividades entre sesiones y se pueden hacer planes alternativos para el caso de que dichas actividades entre sesiones no se puedan realizar (p. ej., el paciente es instruido para enumerar los pensamientos automáticos que inhibió al afrontar los aspectos inherentes a la tarea asignada). La realización de la tarea será reforzada más adelante si el terapeuta chequea regularmente el estatus de las tareas asignadas previamente a dicha sesión

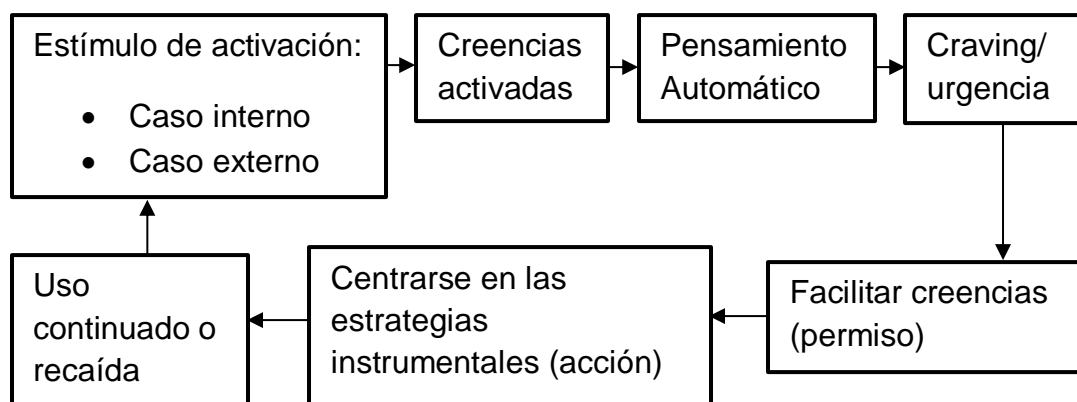
Técnicas Cognitivas

Análisis de ventajas y desventajas

La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de tomar dichas sustancias. Por eso, el análisis de las ventajas y desventajas (V-D) es una técnica de terapia cognitiva extremadamente útil. En el análisis V-D, se controlaba al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de tomar drogas. Se suele dibujar una matriz de cuatro celdas para los pacientes y se les insta a que llenen cada celda con las consecuencias escritas de tomar versus no tomar drogas.

Identificar y Modificar las creencias Asociadas a la Droga

Específicamente, el terapeuta explica e ilustra el modelo cognitivo de abuso de sustancias al paciente, y conjuntamente rellenan en cada casilla del diagrama de flujo por ejemplo acerca de creencias básicas, pensamientos automáticos, sentimientos y conductas que son pertinentes a la vida del paciente. Cuando los pacientes saben controlar sistemáticamente sus creencias y pensamientos automáticos relacionados con las drogas, y cuando se demuestra que estos procesos cognitivos están relacionados con su consumo de drogas subsiguiente, esos pacientes saben explicar que comprenden mejor por qué utilizan droga y por qué es mejor no usar droga.



Modelo Cognitivo del abuso de sustancias

Flechas Descendentes

Es muy útil para tratar pensamientos catastróficos no solo acerca de su abuso de sustancias sino acerca de ellos mismo, y sobre su futuro. Muchos pacientes son incapaces de articular estas creencias subyacentes, hasta que se les insta para que consideren el significado personal que sus pensamientos más manifiestos tienen para ellos. Por tanto, cuando los pacientes exhiben emociones negativas intensas que parecen ser mucho más importantes que lo que sus pensamientos automáticos pudiesen originar, los terapeutas suelen pedir a los pacientes que intenten profundizar un poco más formulándose variaciones sucesivas de la pregunta «¿Qué significa eso para ti?». Frecuentemente, el final de la cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente. La técnica de flechas descendentes (llamada de esta manera por la forma en que se ilustra en el papel, con cada creencia sucesiva señalando con una flecha hacia abajo hacia la siguiente creencia subyacente) es efectiva porque ayuda al paciente a «descatastrofizar» (es decir, a reevaluar y modificar los pensamientos catastróficos).

Reatribución de Responsabilidad

Las personas que toman drogas tienden a atribuir dicha conducta a factores externos. Por ejemplo, el alcohólico atribuirá su hábito de beber a un matrimonio infeliz, a un trabajo estresante o a compañeros de bebida que ejercen presión para que sea uno de ellos. El terapeuta puede ayudar a los individuos a reatribuir la responsabilidad de su uso de drogas de forma que puedan tomar iniciativas para modificar sus conductas de abuso de sustancias. La reatribución de responsabilidades requiere la aplicación habilidosa del método socrático, de forma que los pacientes no sientan que sus terapeutas les estén juzgando o acusando.

Registro Diario de Pensamiento

El Registro Diario de Pensamiento (RDP) estándar consiste en un formato de cinco columnas que completa el paciente. Aquellos que abusan de sustancias tienden a hacerlo como resultado de sus creencias (frecuentemente desadaptativas) acerca de las drogas. Por ejemplo, la persona que abusa de las drogas, antes de ir al bar de la esquina tendrá

la creencia de que «Necesito una bebida». Mediante la utilización de la RDP, el paciente es capaz de examinar esta creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva. Además, el RDP proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial durante el cual el paciente puede escoger no beber (o consumir otras drogas), y experimentar una disminución natural del craving. Además, el RDP proporciona un método para afrontar los estados de ánimo negativos, de forma que no sea tan probable disparar el consumo de droga.

Imaginación

Las técnicas de imaginación se pueden utilizar con los que consumen drogas para ayudarles a visualizar el «autocontrol» y evitar el abuso de droga. La imaginación puede ser una técnica muy útil para que los pacientes se centren en las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndoles de sus craving y urgencias. También puede servir como método para cambiar las creencias y los pensamientos asociados con las drogas. Por ejemplo, se pueden imaginar actividades positivas y divertidas como alternativas al consumo de drogas; e imaginar una vida saludable, productiva, como resultado de estar libre de las drogas.

Técnicas Conductuales

Programación y Control de la Actividad

Los pacientes que abusan de las drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen su abuso de drogas y, a su vez, a no tomar parte en actividades que promueven algunos objetivos pro sociales vitales, como son el trabajo, los hobbies, los servicios comunitarios y las relaciones estables. El control de actividades y su programación pueden ser estrategias básicas útiles para comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga y para incrementar las conductas productivas. El proceso de control de la actividad y de su programación es simple y sencillo. El paciente recibe una rejilla formularia (el Inventario de actividades diarias) que incluye los 7 días de la semana divididos en bloques de 1 hora. Durante un período de una semana, el paciente apunta las actividades diarias y el grado en que siente placer y dominio o habilidad

cuando participa en dicha actividad. El placer y la habilidad, registrados en una escala de cero (nada) a diez (extrema) proporciona una indicación del estado de ánimo del paciente y la cantidad de refuerzo o satisfacción que se deriva de dicha actividad. El Inventario de actividades diarias se puede usar al menos con tres finalidades. Primero, sirve como un diario de las actividades que se realizan. Mediante la revisión de todo un inventario, el terapeuta y el paciente consiguen un nivel de comprensión básico de las actividades del paciente y de cómo éstas se relacionan con el consumo de droga. Segundo, el Inventario de actividades diarias puede servir como una guía prospectiva para futuras actividades. Es decir, el paciente y el terapeuta pueden usar un formulario en blanco para programar actividades alternativas que tiendan menos hacia el consumo de drogas. Además, en la medida en que el paciente tenga necesidad de satisfacción y sentido de realización de la vida, el terapeuta puede escoger examinar las creencias nucleares del paciente acerca de ser querido y de su adecuación, respectivamente. Y por fin, el Inventario de actividades diarias se puede utilizar para evaluar en qué medida el paciente ha estado siguiendo su programación adecuadamente. Es decir, después de que el plan de una semana se haya acabado, los pacientes se llevan a casa un formulario en blanco para controlar sus conductas reales. Frecuentemente, los fracasos a la hora de realizar actividades planificadas suelen ser paralelas a las conductas relacionadas con las drogas, juntamente con sus pensamientos concomitantes, tales como «No puedo hacer nada correctamente» o «Nunca logro mis objetivos». Cuando esto ocurre, el terapeuta deberá permanecer optimista, ayudando a sus pacientes a considerar que se ha obtenido información valiosa, y que aún pueden conseguir los objetivos a pesar de los reveses iniciales. Cuando los pacientes son capaces de planificar y conseguir hacer las actividades no relacionadas con las drogas, se sienten más satisfechos y aumenta su autoeficacia; empezarán a verse menos indefensos, con más capacidad de autocontrol y con menor dependencia de las «dosis» químicas.

		L	M	M	J	V	S	D
Mañana	6:00-7:00							
	7:00-8:00							
	8:00-9:00							
	9:00-10:00							
	11:00-12:00							
Tarde	12:00-13:00							
	13:00-14:00							
	14:00-15:00							
	15:00-16:00							
	16:00-17:00							
	17:00-18:00							
	18:00-19:00							
Noche	19:00-20:00							
	21:00-22:00							
	22:00-23:00							
	23:00-24:00							
	24:00-6:00							

Inventario de actividades diarias (formulario)

Repaso Conductual

Muchos pacientes con problemas de abuso de sustancias tienen también problemas concomitantes de comunicación interpersonal (p. ej., asertividad, revelar cosas de uno mismo y escuchar activamente) Consecuentemente, con frecuencia se sienten frustrados y saturados en las situaciones interpersonales, y esto genera un incremento de su vulnerabilidad para utilizar droga. Por tanto, el terapeuta puede iniciar un role-playing para enseñar al paciente habilidades interpersonales efectivas.

Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente

El Centro Clínico Contra las Adicciones (s.f.) nos dice que de los modelos que se han desarrollado para salir de una adicción, este ha demostrado ser más efectivo.

Básicamente, explica las fases que una persona necesita superar durante el proceso de cambio de una conducta problemática que se pretende cambiar.

En este proceso la motivación es considerada como el actor principal en el cambio de comportamiento. Otros factores que también influyen en el proceso son las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional (ventajas e inconvenientes) y la autoconfianza. Por otro lado, una de las cosas a tener en cuenta es que el proceso puede tener dificultades. En este sentido, hay que saber que existe el riesgo de sufrir recaídas y de regresar a etapas anteriores. Por eso, es importante para los pacientes ser conscientes de que aceptar como normales los fracasos afecta positivamente a la percepción de autoconfianza.

Como decíamos, este modelo consiste en proponer diversas fases por las que pasa una persona durante el proceso de recuperación de una adicción. A través de estas fases, realiza diferentes procesos mentales y conductuales para poco a poco, llegar hasta el cese del consumo. Sin embargo, hay que tener en cuenta de que no se trata de un proceso lineal, sino que es posible que existan varias recaídas y recuperaciones hasta conseguir la desintoxicación final.

Las fases del modelo transteórico del cambio son:

1. Precontemplación. El paciente no cree que su conducta sea un problema y no tiene ninguna intención de cambiarla. Por eso, no introducirá cambios a menos que esté obligado a hacerlo. Sigue consumiendo y no está preocupado por ello.
 - Método de actuación: En esta primera fase es importante que el paciente se dé cuenta de los efectos perjudiciales que tiene la droga para su salud. Este tema tiene que tratarse desde una perspectiva educativa para aumentar el grado de conciencia del adicto. Además, hay que utilizar técnicas que no sean solo informativas. Por eso, puede ser útil visualizar las experiencias de personas adictas o usar técnicas como el psicodrama o los juegos de rol.
2. Contemplación. A medida que pasan los días, el paciente empieza a darse cuenta de que el consumo le ha supuesto perder el control, malestar o una limitación en su vida. Por eso, por primera vez, comienza a ver que tiene un problema. Esta

segunda fase se caracteriza, pues, por la aparición de la voluntad de hacer algo para acabar con la adicción próximamente, aunque todavía no haya habido ningún intento de hacerlo.

- Método de actuación: Ante esta situación, es importante propiciar que la persona busque información y conozca cada vez más los efectos negativos que el consumo tiene o puede tener en su vida. Un ejercicio consiste en que haga un balance de las ventajas y los inconvenientes de buscar tratamiento. Con esto se quiere el adicto tenga una actitud activa frente a su adicción y se sienta responsable de elegir cambiar o no hacerlo.
3. Preparación para la acción. En esta fase, el paciente se compromete a cambiar su conducta a lo largo del siguiente mes, habiendo intentado dejar de consumir durante al menos un día. Además, está muy motivado para conseguirlo.
 - Método de actuación: La persona ha decidido cambiar por lo que toca poner unos objetivos estables siendo conscientes de que dejar una adicción no es algo que ocurra de un día para el otro. Por eso, hay que ser realistas y saber que es un proceso que tendrá una duración en el tiempo.
 4. Acción. El paciente ha llevado el compromiso a la práctica utilizando diferentes técnicas para no consumir y consiguiendo cierto nivel de éxito.
 - Método de actuación: Es la fase donde acostumbra a concentrarse la mayoría de tratamientos para la adicción a las drogas. El tratamiento dependerá en gran medida del tipo de sustancia al que se es adicto y las características del paciente y su entorno. La metodología más utilizada es la de tipo cognitivo-conductual, combinándola con distintos psicofármacos en este proceso de desintoxicación. Otra terapia que ha demostrado una gran efectividad es la aproximación al refuerzo comunitario donde se trabajan especialmente elementos centrados en el entorno social.
 5. Mantenimiento. Finalmente, si la abstinencia ha conseguido mantenerse durante al menos seis meses, el paciente entra en la fase de mantenimiento. Una vez en

ella, el objetivo ya no es tanto dejar de consumir como el no recaer en el consumo. De hecho, esta es la fase del tratamiento donde hay más probabilidad de recaída. En el caso de producirse, significaría volver a fases anteriores y la posibilidad de aparición de sensaciones de indefensión, disminución de la autoestima y rendición frente a la adicción.

- Método de actuación: Una vez conseguido el cese del consumo, es muy importante establecer un seguimiento y elaborar pautas y mecanismos que permitan realizar una prevención de recaídas. En este sentido es necesario reforzar las habilidades de afrontamiento y la sensación de control y autoeficacia del paciente, así como controlar en la medida de lo posible la exposición a entornos donde la sustancia sea fácil de conseguir.

Entrevistas Motivacional

Becoña y Cortés (20, pp. 81) dicen que la Entrevista Motivacional (EM) representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta. Con él se trata de promover la motivación en el cliente, animándole a explorar las razones y valores propios que justifican y pueden promover el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes.

Es un método especialmente útil con pacientes que muestran baja motivación o que están poco predispuestos o preparados para afrontar un cambio en su conducta adictiva y en los que es frecuente la reticencia, oposición o ambivalencia ante el mismo. Con la EM se pretende ayudarles a resolver la ambivalencia, generando una apertura hacia el cambio y se dispone a la persona para un trabajo terapéutico posterior.

En la EM el terapeuta no asume un rol autoritario, pero sí directivo, lo que lo diferencia del enfoque más tradicional centrado en el cliente. Aunque se deje en manos del paciente la responsabilidad del cambio, en todo momento el terapeuta guía de manera consciente al sujeto hacia determinados objetivos, sirviéndose para ello de estrategias y habilidades concretas. Por este motivo, se dice que las estrategias utilizadas en la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. En líneas

generales, el espíritu colaborador, evocativo y favorecedor de la autonomía del cliente que subyace a la EM puede resumirse en las siguientes premisas:

1. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente. Se pone el énfasis en la evaluación objetiva de la conducta y sus consecuencias, tratando de fomentar la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio.
2. Es el cliente quien debe articular y resolver su ambivalencia.
3. El terapeuta es directivo, ayudando al paciente a examinar y resolver su ambivalencia. La persuasión directa no es eficaz para resolver la ambivalencia. El terapeuta analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas ni corregirlas.
4. La resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
5. El estilo de asesoramiento es tranquilo y facilitador de reflexiones. La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.

Técnicas para otros factores que atentan contra la salud mental en adolescentes

Para este apartado propongo técnicas que ayudan a mejorar la salud mental a los adolescentes en casos de depresión, ansiedad o problemas conductuales y nos apoyamos en el texto de Friedberg y McClure (2002).

Técnicas conductuales en casos de depresión

Programación de actividades agradables

Esta técnica es un buen antídoto contra la anhedonia, la fatiga y el aislamiento social. Se tiene que buscar un poco para descubrir actividades placenteras, eso se indaga con preguntas como, ¿Qué hacías para divertirte antes de estar deprimido?, o ¿Qué hacen otros niños, hermanos o personajes de tv para divertirse? Por otro lado, hay que establecer durante cuánto tiempo va a hacer la actividad el niño, con qué frecuencia va a hacerla y cómo va acordarse hacerla.

Resolución de problemas

Algunos niños deprimidos pueden necesitar que les enseñemos directamente los pasos de la resolución de problemas. En otros, los pensamientos disfuncionales pueden interferir con su capacidad para resolver problemas o para implementar soluciones que identifican. Una estrategia útil es distanciarles de la situación, esto haciéndoles asumir el papel de un héroe o un modelo de rol y preguntarles como resolvería esa persona el problema.

Automonitorización

La identificación de pensamientos y emociones abre el camino a las técnicas auto instruccionales y de análisis racional. Sin embargo, a muchos adolescentes deprimidos la intensidad de su depresión hace que les cueste detectar pensamientos y emociones. En estas circunstancias, debemos asumir un papel más activo y directivo en el proceso de automonitorización.

Algunos adolescentes pueden avergonzarse de sus emociones, en este caso hay que buscar las creencias que hacen que nos los manifiesten. A otros les preocupa verse desbordados por la intensidad de sus emociones y pensamientos. Creen que si hablan de ellos se deprimirán aún más y no serán capaces de controlarlos. Una buena estrategia en estos casos es contrastar esas creencias y ayudar al niño a expresar gradualmente pequeños fragmentos de sus pensamientos y emociones para que vaya ganando confianza en su capacidad de autocontrol. En otros casos hay adolescentes a los que sus pensamientos depresivos los dejan agotados. En estos casos, suelen ser útiles las medidas de autoinforme.

Enfoque autoinstruccional

El cofre del tesoro es una adaptación de una técnica auto instruccional que establece una analogía entre las frases de afrontamiento olvidadas o perdidas y los tesoros de un cofre enterrado. Se dibuja o se construye un cofre del tesoro con el adolescente. Después se desarrollan frases positivas de afrontamiento y se ponen en el

cofre. Estas frases, como “Cometer un error no tiene nada de malo, es algo normal”, puede anotarse en un dibujo o en tarjeta para ponerla dentro del cofre del tesoro y coger su botín de frases positivas siempre que se sienta mal.

El cambio de monedas es otra forma divertida y creativa de enseñar herramientas autoinstruccionales. En este caso los pensamientos positivos de afrontamiento se comparan con monedas nuevas y brillantes o con billetes nuevos. Se da la instrucción de ir a la casa de la moneda y acuñar nuevas monedas emocionales.

Técnicas conductuales en casos de ansiedad

Entrenamiento en relajación

Se requiere que el adolescente se fije en su respiración y en la tensión de sus músculos. Para los casos con adolescentes rumiativos, que tienen dificultad para centrar su atención en las señales corporales, hay que trabajar con las cogniciones rumiativas antes o durante las sesiones de relajación. El entrenamiento en relajación suele implicar el uso de unas instrucciones bastante elaboradas; hay que intentar hacer que sean concretas y comprensibles como sea posible.

Puede ser útil simplificar el proceso. Podemos convertir la relajación en una tarea graduada, podemos empezar a hacer la relajación muscular progresiva trabajando solo uno o dos grupos musculares. Después, cuando se adquiera práctica, podemos añadir otros grupos musculares.

Desensibilización sistemática

Se pide al adolescente que elija una situación que lo está aterrando, el siguiente paso es que describa con tantos detalles cómo le sea posible los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos e interpersonales de su miedo. La mayoría de las personas adolescentes no proporcionan una información completa de todos estos elementos. Tendremos que ayudarle a explicar detalles relevantes que nos permitan construir una

imagen vívida. También podemos ayudar a la persona a imaginar el aspecto, los sonidos, los olores y las sensaciones táctiles presentes en la situación.

Replicar al miedo

Es una técnica de autocontrol basada en autoinstrucciones que ayuda a las personas a construir pensamientos de afrontamiento que cuestionan las creencias que acompañan a sus sensaciones de ansiedad.

La habilidad de replicarle al miedo incluye varias etapas. En la primera fase, el terapeuta enseña y modela frases de afrontamiento. En la segunda fase, el adolescente elabora sus propias frases. En la tercera fase, la persona escribe sus frases personalizadas de afrontamiento en una ficha. Las frases pueden ser guardadas en sus bolsillos y llevarlas consigo en situaciones en las que crean puedan sentir ansiedad.

Técnicas conductuales en casos con trastornos de conducta

Proyección temporal

Esta técnica resulta útil especialmente para ayudar a las y los adolescentes a prever las consecuencias de sus acciones y a ver sus impulsos con cierta distancia. En la sesión se hace una evolución de los actos a lo largo del tiempo, luego se establece una relación entre la intensidad de la emoción y sus acciones y, por último, en un diálogo socrático se le permite descubrir que, aunque la emoción haya durado poco tiempo, estaría más tiempo pagando por la acción impulsiva.

Entrenamiento en Empatía

Normalmente los adolescentes agresivos y violentos carecen de empatía. Si sintieran empatía hacia el objeto de su agresión, sería menos probable que le atacaran. Creemos que el entrenamiento en empatía debe ser activo. Con la persona menos empática, empezamos el entrenamiento viendo una película o leyendo un libro que pasen por emociones y estresores diferentes. El entorno grupal es especialmente útil en el

entrenamiento en empatía. El hecho de poder hacer ejercicios con sus compañeros de grupo permite practicar en situaciones reales.

Técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Carrascoso, 2006, pp. 373-374)

Metáfora

Las metáforas forman parte de la ACT desde sus orígenes como distanciamiento comprensivo. La metáfora ha atraído el interés de los estudiosos del lenguaje humano por su enorme poder evocador y su gran poder heurístico para generar nuevos significados en múltiples actividades humanas. En la clínica, el lenguaje metafórico, así como los refranes, los proverbios y las fábulas constituyen desde antiguo un importante recurso lingüístico para los profesionales. Las metáforas, al favorecer modos de discurso menos literales, el contacto directo del cliente con su experiencia, y validar la sabiduría cotidiana de éste sin recurrir a razones socioculturalmente aceptables, permiten socavar la tendencia a la evitación experiencial. Se pueden diseñar sobre la marcha, recurrir a historias ya conocidas, o se pueden administrar físicamente para aumentar su impacto. Por ejemplo, una metáfora típica de la ACT, como la metáfora de la lucha con el monstruo, se puede administrar físicamente, jugando el terapeuta y el cliente al tira y afloja sujetándose de las manos y tratando de tirar el uno del otro. Particularmente, nosotros preferimos diseñar metáforas sobre la marcha y administrarlas físicamente, tratando de aumentar el grado de contacto de las metáforas con los problemas del cliente con sus luchas por alcanzar el control, y su impacto. Independientemente de esa flexibilidad a la que nos referimos, es importante que las metáforas traten siempre de expresar de un modo genérico relaciones funcionales contexto-comportamiento-consecuencias.

Paradoja

Constituyen otra técnica lingüística favorita en la ACT. Su función principal en el discurso del terapeuta ACT es mostrar o señalar al cliente los resultados paradójicos a los que le lleva el compromiso con un patrón de comportamiento de evitación experiencial. Asimismo, cuando un cliente muestra signos de creer o tomar literalmente

lo que se dice en sesión, una respuesta muy típica de un terapeuta ACT es decirle con toda seriedad «No creas ni una palabra de lo que te estoy diciendo». Hay una paradoja inherente en realizar las actividades señaladas, en el contexto de los problemas del cliente, tratando de llevar a cabo al mismo tiempo otra actividad. Esa es la paradoja en la que está atrapado el cliente: evitar aquello que le resulta desagradable y al mismo tiempo desear hacer algo que le importa enormemente. Las paradojas simplemente tratan de señalar dónde la vida del cliente resulta paradójica.

Ejercicios Experienciales

Permiten establecer contacto directo con los eventos privados temidos por el cliente, constituyendo, por tanto, auténticos ejercicios de exposición en vivo que permiten al cliente contemplar cuál es la naturaleza de estos eventos, debilitando la evitación o el escape de los mismos. Las técnicas concretas que constituyen los ejercicios experienciales en la ACT son básicamente los procedimientos de mindfulness, que permiten al cliente observar la misma producción de los eventos privados y tomar conciencia de su naturaleza, así como desvincularse de los mismos, dado que, en estas técnicas, se trata de entrenar al cliente en el papel de observador de su propia experiencia.

Técnicas de la Terapia Dialéctico Conductual (McKay, Wood & Brantley, 2017, pp. 189-269)

Reconocer Emociones

Esta técnica ayuda para adquirir la habilidad de la regulación emocional. Se desarrolla en un proceso de seis pasos para poder reconocer las emociones

6. ¿Qué pasó?, es decir describir la situación que te llevó a esas emociones
7. ¿Por qué crees que ocurrió esa situación?, identificar las posibles causas que han dado lugar a la situación que estás examinando.
8. ¿Cómo hizo situación que te sintieras, tanto emocional como físicamente?, identificar emociones primarias y secundarias, se puede uno auxiliar de una

lista de emociones más frecuentes. Asimismo, intenta identificar cómo te estabas sintiendo físicamente.

9. ¿Qué querías hacer como resultado de lo que sentías?, fundamental para identificar tus impulsos.
10. ¿Qué hiciste y dijiste? Aquí identificas lo que hiciste realmente como resultado de tus emociones.
11. ¿De qué manera te afectaron más tarde tus emociones y acciones?, identificar las consecuencias a largo plazo de los que sentiste e hiciste.

Saber lo que quieres

La eficacia interpersonal tiene que comenzar por el autoconocimiento. Es necesario tener claro lo que sientes y quieres.

- Puedes identificar las emociones a través de un proceso sencillo de toma de decisiones llamado árbol de decisión. Empieza por las preguntas básicas: El sentimiento ¿es bueno o malo, molesto o agradable?, si es bueno se parece más a satisfacción, entusiasmo, amor, contento, alegría, interés o plenitud? Si el sentimiento es malo ¿se parece más a ansiedad, miedo, ira, resentimiento, tristeza, pena, daño, enfado o descontento, culpa, soledad, vacío?
- Una vez que puedes poner palabras a lo que sientes, surge la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que implica esta emoción que quieres cambiar?, ¿Cuál es la conducta que pueda cambiar el modo en que te sientes?, ¿Cuándo y dónde quieres ese cambio? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo debería ser, exactamente, la nueva conducta?

Hacer una petición sencilla

La habilidad de hacer peticiones es necesaria para cuidar de sí mismo. Si se tiene dificultad para hacer peticiones, se puede practicar en muchas situaciones de la vida cotidiana.

- En la calle: preguntar la hora, una dirección, dónde compró alguien determinada prenda de vestir, pedir cambio.

- En una tienda: pedir examinar mercancías, pedir información sobre un producto, que te muestren algo menos caro o de otro color, pedir consejo sobre una compra.
- En el trabajo: pedir información, alguna ayuda, pedirle a alguien un momento, pedir opinión.
- En la casa: pedir un cambio de planes, ayuda, tiempo para estar juntos.
- Con amigos y familiares: pedir información, ayuda con un problema, pedirle a alguien que deje hacer algo que molesta.

Guiones de asertividad

La asertividad se aprende con mayor facilidad utilizando un guion sencillo. Este te ayudará a estructurar lo que quieras decir y a mantenerte centrado. Estos guiones se desarrollan con una fórmula de asertividad.

1. Yo pienso. Esta parte se centra en los hechos y en tu comprensión de lo que está pasando. No debería incluir juicios o supuestos sobre los motivos de otras personas, tampoco debe suponer un ataque en modo alguno.
2. Yo siento. El propósito es proporcionar una descripción breve, no peyorativa, de una emoción desencadenada por la situación.
3. Yo quiero. Este componente es la razón de ser de la asertividad y tienes que pensar en ello detenidamente.
4. Soluciones alternativas propias. Pedir cosas no siempre basta. Supone decirle a la otra persona lo que vas a hacer.

3.3. Área de la psicología: Social Comunitaria

La psicología social comunitaria es aquella que trata de la comunidad y con la comunidad, esto nos permite diferenciarla de lo asistencial, pues si excluye el rol activo de la comunidad, aunque tengan lugar en el territorio propio de la comunidad, no implicarán un trabajo comunitario al no contar con la participación de quienes integran la comunidad a la cual se dirijan esas acciones ni con su perspectiva del asunto. Lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación. (Montero, 2004, p.31)

En la siguiente tabla podemos encontrar una comparativa del modelo clínico con el modelo de la psicología comunitaria, lo que nos proponen, y lo que es la apuesta de la psicología comunitaria.

Diferencias entre la psicología comunitaria y el enfoque clínico-médico

Concepto	Psicología Comunitaria	Psicología clínica, modelo médico
Causa de problemas	Socioambientales: en contexto social y relaciones entre personas y contexto	Internas, intrapsíquicas
Modelo teórico	De adaptación, sistémicos, relacionales, ecológicos, acción social	Psicología individual, personalidad, psicopatología
Lugar de intervención	La comunidad: contexto social inmediato	Instituciones: hospital, centros de servicios
Destinatario	La comunidad en conjunto	Individuos etiquetados como enfermos, con retraso escolar, delincuenciales, etc.
Áreas de intervención	Salud, bienestar, justicia, tiempo libre, desempleo, etc.	Salud mental
Fines	Desarrollo humano y comunitario, liberación de la opresión y prevención de problemas	Tratamiento terapéutico, cambio individual
Tipo de intervención	Intervención global, totalizadora, contextual, multidisciplinar	Intervención individual, especialista, descontextualizada
Centro de poder	Comunidad, gente	Profesional

Papel del psicólogo	Más amplio y flexible según demandas, situación, Agente de cambio social	Ayudador profesional, contenido limitado: terapeuta, diagnosticador, consejero
Relación con el destinatario	Igualitaria: colaboración psicólogo-comunidad (de abajo-arriba: al servicio de la comunidad)	De arriba abajo: psicólogo diagnóstica y prescribe soluciones; paciente las sigue

La salud mental comunitaria comprende un conjunto de estrategias de intervención sustentado en unas bases teóricas valorativas y metodológicas ya descritas en sus diferencias de principio con la clínica. Las estrategias son: intervención de crisis, consulta de salud mental, utilización de ayudadores no profesionales, educación y promoción de la salud mental y prevención; pueden también añadirse la comunidad terapéutica y la terapia social o del medio. Multidisciplinariedad y participación de la comunidad son principios operativos básicos. Y cada estrategia está asociada a ciertas áreas teóricas, metodológicas y de actuación multidisciplinares. Así, la intervención de crisis está ligada a la teoría del estrés y al campo de las emergencias psiquiátricas; la educación para la salud y la prevención a la salud pública; la terapia social y comunidad terapéutica son prácticas ligadas a la psiquiatría social y el movimiento comunitario.

La psiquiatría comunitaria representa, por tanto, algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar

*más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable
(Marcos y Topa, p. 115, 2012).*

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1. Planteamiento del Problema

La salud mental de los adolescentes representa un problema de salud pública a nivel mundial. Particularmente en la comunidad de Gasca, en Celaya, Gto., hay una preocupación por el modo en que se relaciona o cómo funcionan las familias, la forma en que se relacionan los adolescentes y el alto consumo de drogas en la población.

Los factores de riesgo tales como, el funcionamiento familiar disfuncional y el contexto de consumo de drogas, predisponen al poco desarrollo de las habilidades sociales en adolescentes.

4.1.1. Pregunta de Investigación

¿Afectan el funcionamiento familiar y el contexto de consumo de drogas en el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes de la telesecundaria 393 de la comunidad de Gasca, Celaya, Guanajuato?

4.1.2. Justificación

“Nos preocupan nuestras niñas y niños, también nuestros jóvenes” es la demanda de madres y padres de familia en el poblado de Gasca, en el municipio de Celaya, Guanajuato. Hay una preocupación de los adultos por el crecimiento sano de las y los adolescentes de la comunidad, esta inquietud se centra en cómo las familias del “rancho” se están relacionando, y cómo en estas familias se observa un alto consumo de drogas en hombres y mujeres de todas las edades, afectando en gran medida las habilidades sociales de la población juvenil.

Es menester encontrar las causas que llevan a este sector de la población, a tener su primer contacto con las drogas, centrándonos a nivel personal y familiar, como factores de riesgo primarios, una vez encontrando el nivel del factor de riesgo y cual influye más para el consumo, se puede determinar un plan de intervención comunitario e individual que disminuya el riesgo de consumo, así mismo reforzar los factores de protección.

El informe de demanda de tratamiento por droga de impacto en menores de edad menciona que la edad de inicio en el consumo de una sustancia psicoactiva, es decir la edad en la que por primera vez una persona consumió una sustancia, es de 13,4 años para hombres y mujeres en el estado de Guanajuato (OMSMCD, 2020).

El Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2019), por medio del cuestionario POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) tamizaron a 78943 adolescentes entre 12 y 17 años de edad en el estado de Guanajuato (39701 hombres, 39242 mujeres), de los cuales 12551 (7248 hombres, 5303 mujeres), se encuentran en riesgo de uso y abuso de sustancias psicoactivas; dicho tamizaje fue realizado en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA).

En esta misma evaluación, el área de conducta agresiva, que se refiera a la predisposición a responder a los estímulos con actitud defensiva u ofensiva con intención de lesionar a alguien, 16962 se encuentran en riesgo de conducta agresiva (9228 hombres, 7734 mujeres), en otra área, de relaciones familiares, definida como las relaciones entre padres y adolescentes con ausencia de líneas de comunicación directa, apoyo, que promueva o no el desarrollo integral del adolescente, 16622 se encuentran en riesgo familiar (9011 hombres, 7611 mujeres).

4.1.3. Formulación de la hipótesis

La interacción familiar disfuncional y el contexto de consumo de drogas son factores de riesgo que afectan el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes de la telesecundaria 393 de Gasca, Celaya, Guanajuato.

4.1.4. Determinación de las variables y Operacionalización

- Variable dependiente: Habilidades sociales
- Variable independiente: Funcionamiento familiar y Consumo de drogas

Variable	Definición teórica	Definición operacional
Dependiente: Habilidades sociales	La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, p. 6, 2007).	EEHSA, Escala de evaluación de habilidades sociales para adolescentes, autorreporte de 50 ítems planteados en afirmación, en 6 factores <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades iniciales básicas 8 ítems 2. Habilidades sociales para la comunicación 7 ítems 3. Habilidades para el manejo de sentimientos 7 ítems 4. Habilidades alternativas a la agresión 10 ítems 5. Habilidades de afrontamiento del estrés 7 ítems 6. Habilidades para la planeación y toma de decisiones 11 ítems Categorizándolos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Déficits en habilidades sociales o no hábil.

		<ul style="list-style-type: none"> • Repertorio normal bajo de habilidades sociales. • Repertorio normal de habilidades sociales. • Repertorio normal alto de habilidades sociales. • Persona muy habilidosa. (Ríos, p. 6, 2014).
<p>Independiente: Funcionamiento familiar</p>	<p>El funcionamiento familiar se define como el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (Barreras, et. al., p. 73, 2021)</p>	<p>El FF-SIL es un instrumento que permite medir el funcionamiento familiar, categoriza a las familias en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Se compone de 14 reactivos con respuestas tipo Likert con cinco opciones como alternativas de respuesta. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca 1, pocas veces 2, a veces 3, muchas veces 4 y casi siempre 5 (Barreras, M. et. al., p. 73, 2021).</p>

<p>Independiente: Consumo de drogas</p>	<p>Uso o consumo, es cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud. Ello, sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar una sobredosis. En este respecto, cabe destacar que existen tres tipos de uso:</p> <p>Experimental: Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer.</p> <p>Recreativo: El consumo empieza a presentarse de manera más regular, y enmarcado en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza.</p> <p>Habitual: Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por una fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar muchas) y un gusto por</p>	<p>Se diseñó un cuestionario donde se pregunta si han consumido sustancias tales como alcohol, tabaco y drogas ilícitas, con qué frecuencia, dónde las obtienen y si su familia o amigos consumen.</p>
---	---	--

	la sensación que produce (IMJUVE, 2018).	
--	--	--

4.1.5. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Analizar cómo el tipo de funcionamiento familiar y el consumo de sustancias afectan el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes.

Objetivos Específicos

- Describir el tipo de funcionamiento familiar de las familias de los participantes
- Conocer la percepción de la relación familiar de los participantes
- Mostrar el nivel de habilidades sociales de los participantes
- Conocer el tipo de consumo de sustancias de los participantes
- Saber dónde obtienen las sustancias los participantes consumidores
- Saber quiénes son las personas más próximas a los participantes que consumen sustancias

4.2. Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolla con un enfoque mixto. Este, por definición es un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos, tales como los recolectados en el FF-SIL y la EHSSA, y cualitativos, dónde obtienen sustancias psicoactivas los adolescentes. Así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias, producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández y Mendoza, p. 614, 2018).

4.3. Alcance de la investigación

La presente investigación tiene como finalidad describir o especificar las características de las relaciones familiares, habilidades sociales y el consumo de sustancias en los adolescentes de una telesecundaria en particular del municipio de Celaya, Guanajuato, es decir que tiene un alcance descriptivo (Hernández y Mendoza, p. 109, 2018).

4.4. Diseño de la investigación

La investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no haces variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que efectúas en la investigación no experimental es observar o medir fenómenos y variables tal como se dan en su contexto natural, para analizarlas (Hernández y Mendoza, p. 176, 2018).

4.5. Población y muestra

Podemos definir muestra como una porción de la población que por lo tanto tienen las características necesarias para la investigación, es suficientemente clara para que no haya confusión alguna. Esta fracción por ser representativa de la población permite la generalización de los resultados obtenidos en ella a toda la población. Por lo tanto, se puede considerar que la muestra como la parte seleccionada de una población o universo sujeto a estudio, y que reúne las características de la totalidad, por lo que permite la generalización de los resultados. Muestreo no probabilístico, en este tipo de muestreo interviene el criterio del investigador para seleccionar a las unidades muestrales, de acuerdo con ciertas características que requiera la naturaleza de la investigación que se quiera desarrollar. Del tipo por cuotas, ya que se toma en consideración características de la población con las que está trabajando el investigador (Ñaupás et al., p. 339, 2018).

Así para la presente investigación de toda la población, se realiza con adolescentes estudiantes de la comunidad de Gasca, y de la Telesecundaria que se encuentra en dicha demarcación territorial.

4.6. Contextos y escenarios

El instrumento diseñado para la investigación se suministró en un aula asignada a alumnas y alumnos de la Telesecundaria 393 de Gasca, Celaya, Guanajuato.

4.7. Procedimientos

Para la recolección de la información de la presente investigación se buscaron diferentes instrumentos que arrojaran información relacionada con el propósito de la investigación, tales fueron el FF-SIL, EHSSA y cuestionario de diseño propio. Con dichos instrumentos se elaboró un inventario de diez páginas, que al inicio incluía una página con la explicación breve del propósito de la investigación y datos general del participante, tales como edad, sexo, grado, grupo y con quién vive.

El permiso fue otorgado por la directora de la institución educativa y se acordó con ella entregar un consentimiento informado a cada alumno con sus datos generales y que fuera firmado por su padre, madre, tutor o tutora, sólo así podía participar en la investigación. Se distribuyeron los consentimientos informados en un día, fueron entregados dos días después en su totalidad.

Una vez que se tenían los consentimientos informados firmados, se procedió a la aplicación del instrumento a los alumnos en el siguiente orden, primer grado grupo A, segundo grado grupo B, primer grado grupo B, segundo grado grupo A y finalmente con el único grupo de tercer año. No todos los alumnos y alumnas asistían a clases el día de la aplicación por lo que fueron asignados a otro día para la aplicación. El aula asignada fue la biblioteca de la escuela y se aplicaba en grupos de cinco o seis personas.

Finalmente, la información obtenida en el inventario fue sistematizada en el software IBM SPSS 2.0, para su procesamiento, así como su análisis que viene descrito en el seguimiento capítulo y las conclusiones.

4.8. Instrumentos

El inventario utilizado quedó integrado por dos instrumentos estandarizados, válidos y confiables, así como por un cuestionario de elaboración propia. El primero es el EEHSA, Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para adolescentes, que es autorreporte de 50 ítems planteados en afirmación, en 6 factores:

1. Habilidades iniciales básicas 8 ítems
2. Habilidades sociales para la comunicación 7 ítems
3. Habilidades para el manejo de sentimientos 7 ítems
4. Habilidades alternativas a la agresión 10 ítems
5. Habilidades de afrontamiento del estrés 7 ítems
6. Habilidades para la planeación y toma de decisiones 11 ítems

Así los resultados que arroja esta escala es de la siguiente manera:

- Déficits en habilidades sociales o no hábil.
- Repertorio normal bajo de habilidades sociales.
- Repertorio normal de habilidades sociales.
- Repertorio normal alto de habilidades sociales.
- Persona muy habilidosa.

El otro instrumento aplicado fue el FF-SIL, Test de Funcionamiento Familiar, plantea 14 situaciones que puedan ocurrir en una familia, que las evalúa en una escala de Likert con cinco opciones como alternativas de respuesta, casi nunca 1, pocas veces 2, a veces 3, muchas veces 4 y casi siempre 5. Así mismo el instrumento permite medir el funcionamiento familiar, categoriza a las familias en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares:

1. Cohesión, Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. Armonía, Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. Roles, cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
4. Afectividad, capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
5. Comunicación, los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
6. Adaptabilidad, habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.
7. Permeabilidad, capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

La tercera y última parte del inventario fue realizada a través de un cuestionario de elaboración propia que tiene como propósito dar cuenta del contexto de consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas ilícitas en el que se encuentra el adolescente. Este contexto es definido por número de veces de consumo, lugar donde obtiene las sustancias y quienes de su familia o amistades consumen dichas sustancias.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

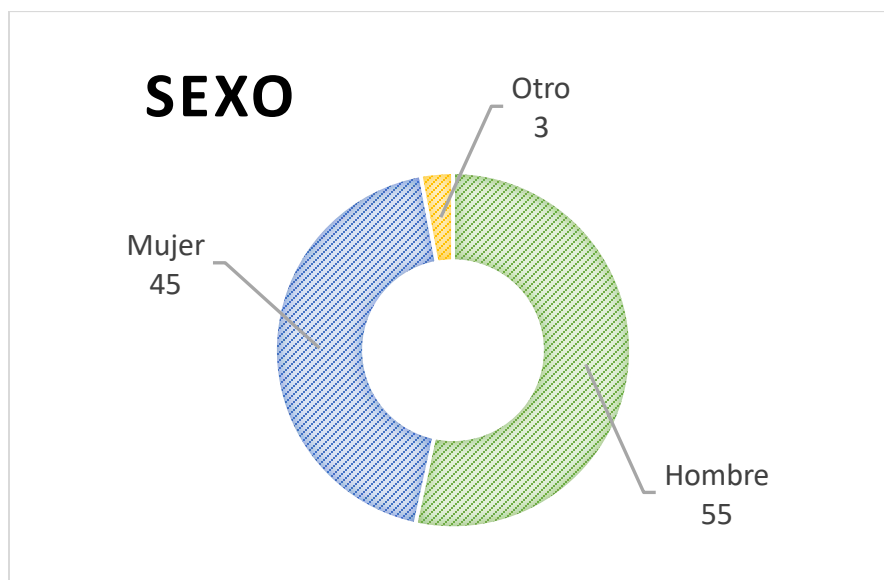
5.1. Resultados Generales

A continuación, se presenta información estadística de las y los participantes en la investigación realizada, la información se relaciona con el sexo, edad, grupo y núcleo familiar.

En la primera gráfica se muestra el número de participantes por sexo, donde tenemos que hay 103 alumnos en total en la telesecundaria, de los cuales 55 son hombres, 45 son mujeres y 3 se identifican con otro sexo, en este último caso no se da la opción de especificar el sexo o género de identificación.

Figura 1

Número de estudiantes participantes en la investigación por sexo

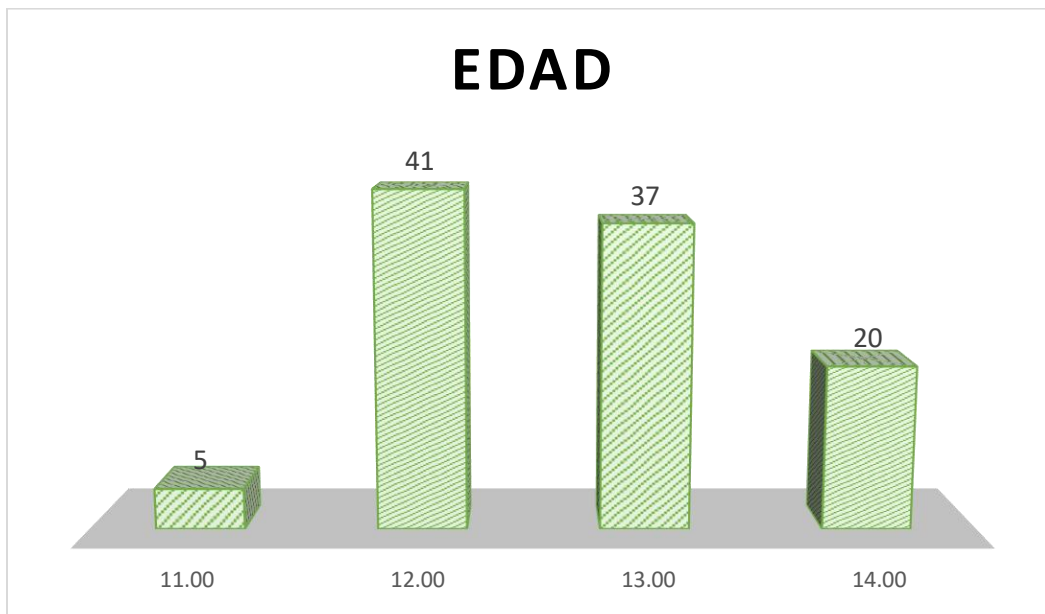


La edad de los participantes está distribuida por 41 personas con 12 años, siendo mayoría este grupo etario, en seguida 37 personas tienen 13 años, en tercer lugar, son

20 personas con 14 años y, por último, el grupo minoritario es el de 11 años con 5 participantes.

Figura 2

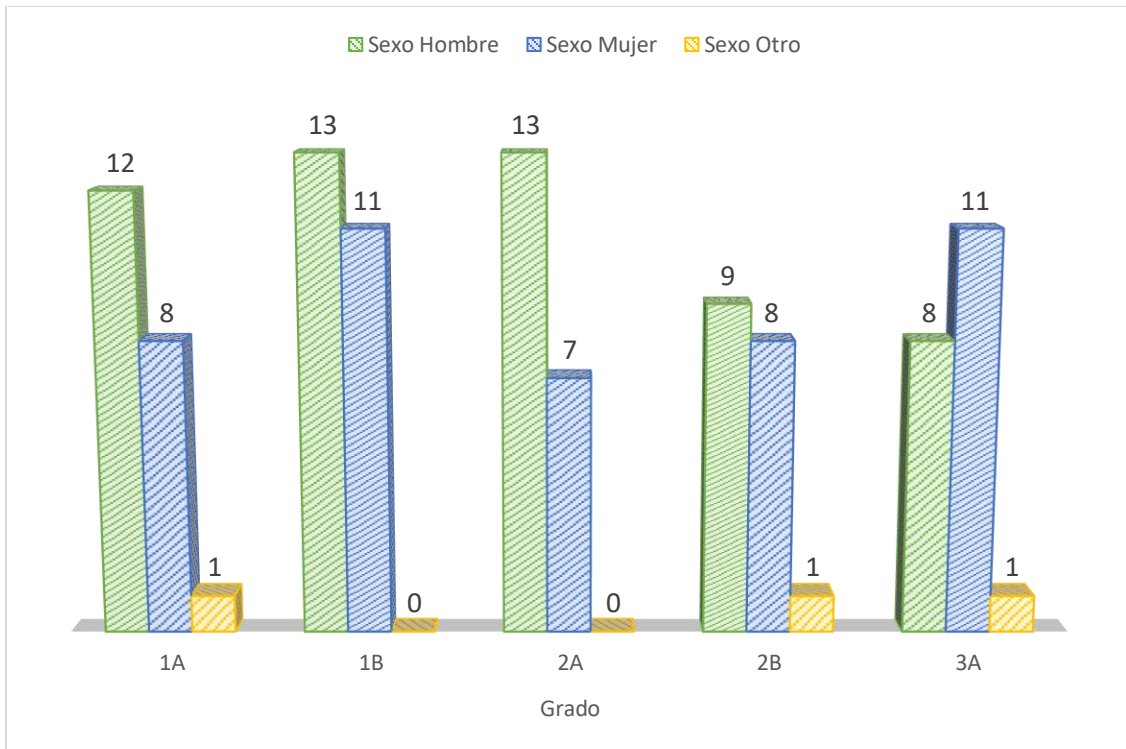
Número de participantes por grupo etario



Los estudiantes de la telesecundaria en la comunidad de Gasca están en cinco grupos, dos en el primer año, dos en el segundo y un grupo para el último curso. En el grupo de primero A, hay 21 participantes, 12 hombres, 8 mujeres y una persona que se identifica con otro sexo; en el grupo de primero B participaron 24 personas, de las cuales 13 son hombres y 11 son mujeres; en el grupo de segundo A hay 20 participantes, 13 hombres y 7 mujeres; en el grupo B de segundo año tenemos la participación de 9 hombres, 8 mujeres y una persona identificada con otro sexo; por último, único grupo de tercero está conformado por 20 participantes, de los cuales 11 son mujeres, 8 hombres y una persona identificada con otros sexo.

Figura 3

Participantes por sexo y grado



Para el análisis de la investigación se considera importante el contexto en el que se encuentran los adolescentes, uno de ellos, que es vital para su desarrollo como se ha explicado anteriormente es el de las personas con las que viven. La siguiente tabla muestra que 78 viven con papá y mamá, siendo la mayoría de ellos los que viven en un núcleo familiar tradicional; 10 de los participantes viven con uno de los dos progenitores; 7 de los participantes viven con abuelos y alguno de los progenitores; hay una coincidencia de 3 participantes para los que viven con ambos progenitores pero hay una separación explícita en la relación de estos y también el mismo número de casos para los que viven con alguno de los progenitores y viven con sus parejas de estos; y por último 2 de los participantes viven con sus abuelos. Estos números no excluyen que también haya otros adultos con los que habiten en el mismo espacio, el contexto de vivienda de la comunidad ha hecho que las familias extendidas habiten el mismo espacio.

Tabla 1*Personas del núcleo familiar con las que habita el adolescente***Vive con**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mamá y Papá	78	75.7	75.7	75.7
Papá y mamá separados pero vivo con los dos	3	2.9	2.9	78.6
Uno de los dos Madre y su pareja/Padre y su pareja	10	9.7	9.7	88.3
Abuelos y madre/Abuelos y Padre	3	2.9	2.9	91.3
Sólo abuelos	7	6.8	6.8	98.1
Total	2	1.9	1.9	100.0
	103	100.0	100.0	

5.2. Resultados particulares

A continuación, se presentan los resultados de cada instrumento aplicado a los estudiantes en el estudio. Por razones de confidencialidad no se preguntó el nombre del participante, solo podemos identificarlos por edad, sexo, grado y grupo, de manera que así se presentarán los resultados

a) Resultados del Evaluación del Funcionamiento Familiar

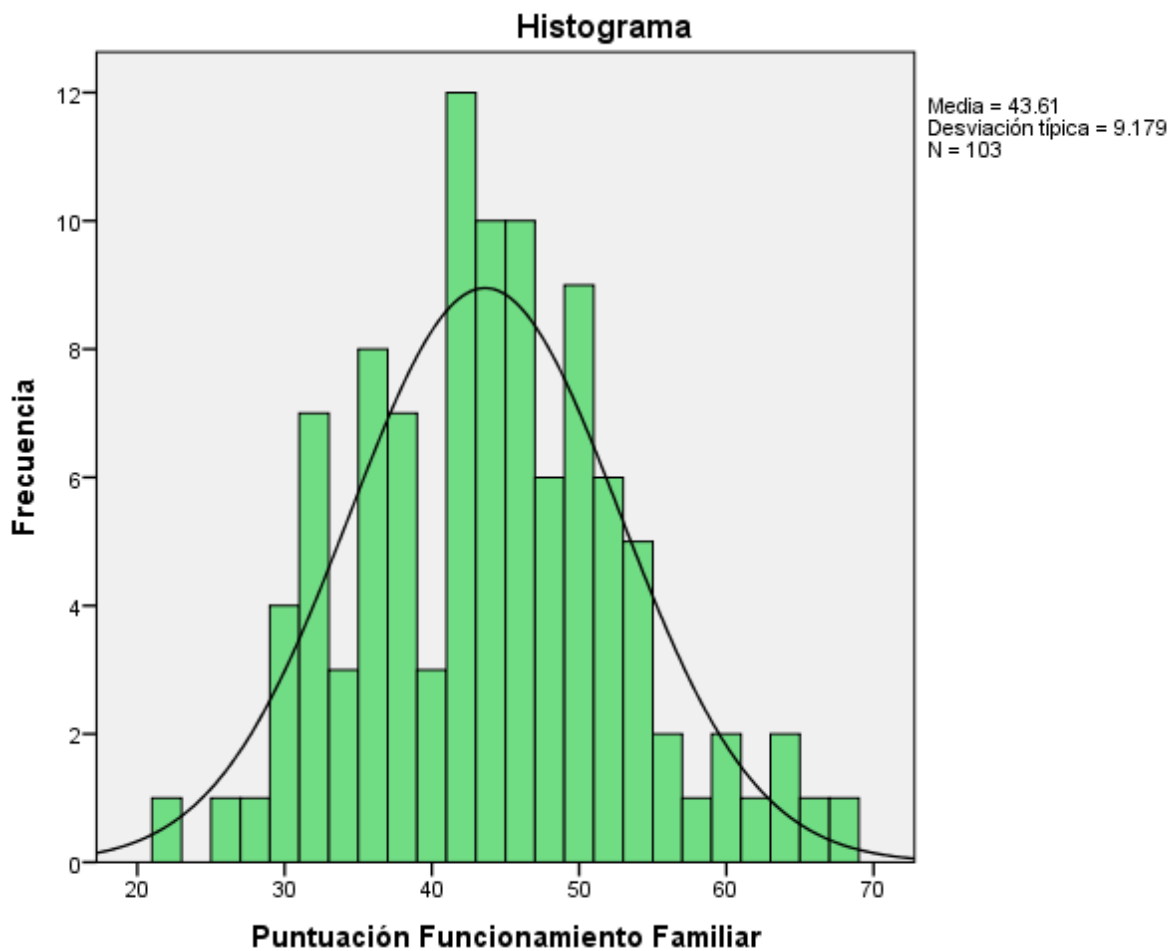
El test de Funcionamiento Familiar utiliza medidas descriptivas de posición, con una escala ordinal, a partir de la cual se realizó la nominación cualitativa del instrumento,

que va desde la expresión positiva de las categorías que definen el funcionamiento familiar, hasta la expresión negativa, quedando de la siguiente manera.

- De 57 a 70 puntos, Familia Funcional
- De 43 a 56 puntos, Familia Moderadamente Funcional
- De 28 a 42 puntos, Familia Disfuncional
- De 27 a 14 puntos, Severamente Disfuncional

Figura 4

Gráfica de Frecuencia de la Puntuación del Funcionamiento Familiar



La tabla 2 nos presenta el punto de corte del Funcionamiento Familiar en los estudiantes de la telesecundaria.

Tabla 2

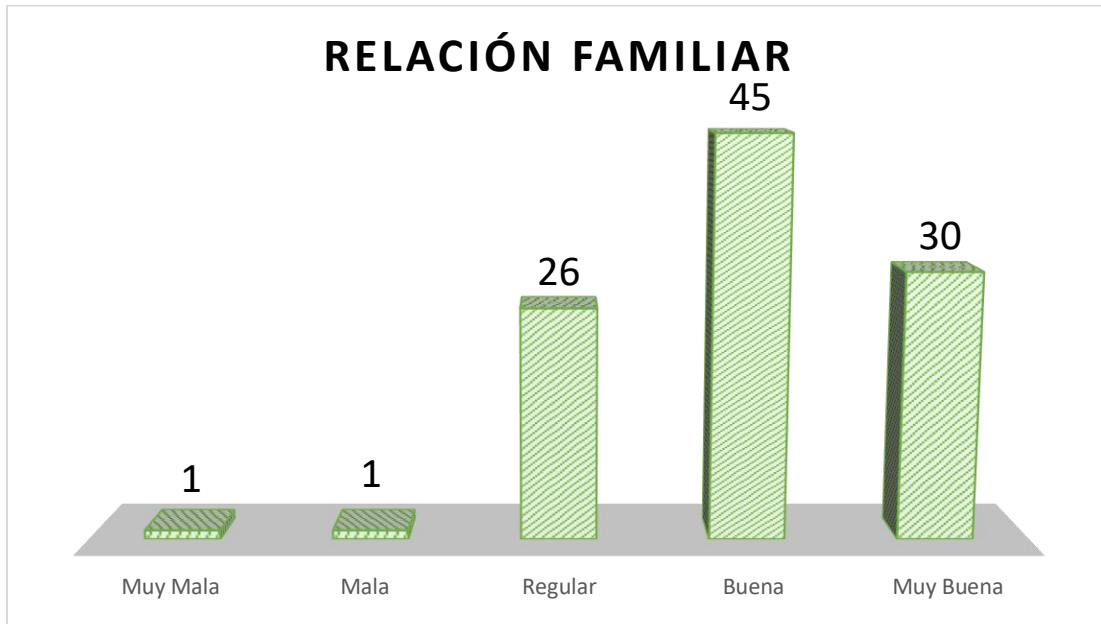
Nivel de Funcionamiento Familiar de acuerdo a la puntuación

BAJO	NORMAL	ALTO
<35	35 a 53	>53
<ul style="list-style-type: none"> • 17 participantes se ubican en este nivel • Este grupo se encuentra entre el funcionamiento disfuncional y severamente disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> • 73 participantes se ubican en este nivel siendo la mayoría • Se considera que es normal que el funcionamiento familiar se ubique en disfuncional y moderadamente funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 participantes se ubican en este nivel • Este grupo está entre el funcionamiento familiar moderadamente funcional y funcional

Con relación a la evaluación con el funcionamiento familiar que se presenta en la figura 5, tenemos que la percepción de las y los estudiantes respecto a su relación familiar es que, de los 103 participantes, 45 la evalúan como buena siendo un 43.7%, seguido de un 29.1% que la califica como muy buena, en seguida la calificación de regular tiene un 25.2% son 26 estudiantes, solo 2 la perciben como mala y muy mala, respectivamente.

Figura 5

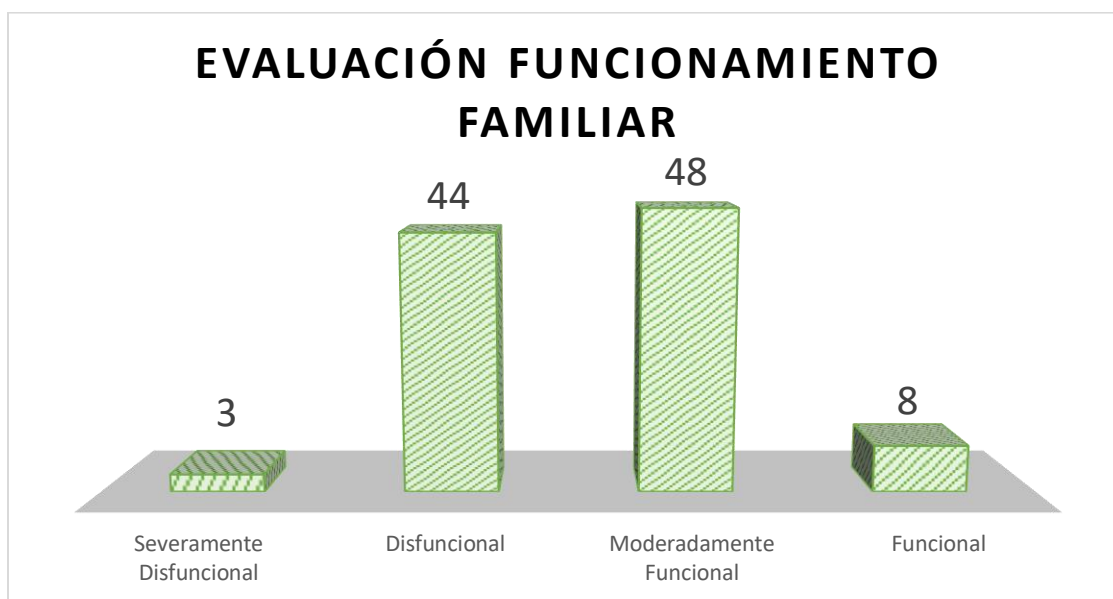
Calificación que dan los adolescentes a su relación familiar



En contraste con los resultados que arroja el test de clima familiar (FF-SIL), ya que casi la mitad (46.6%), es decir 48 adolescentes viven en una familia moderadamente funcional, 44 viven en una familia disfuncional (42.7%), 8 participantes están en un sistema familiar funcional (7.8%) y solo 3 estudiantes viven en una familia que es severamente disfuncional (2.9%). Esto está representado en la figura 6.

Figura 6

Evaluación del Test de Funcionamiento Familiar



La tabla 6 nos muestra cómo se concentra la mayoría de los adolescentes en el funcionamiento familiar disfuncional y moderadamente funcional, esto refuerza lo demostrado en los puntos de corte en la figura 4 y tabla 2.

Tabla 6

Evaluación del funcionamiento familiar por sexo

Tabla de contingencia Sexo * Interpretación Funcionamiento Familiar

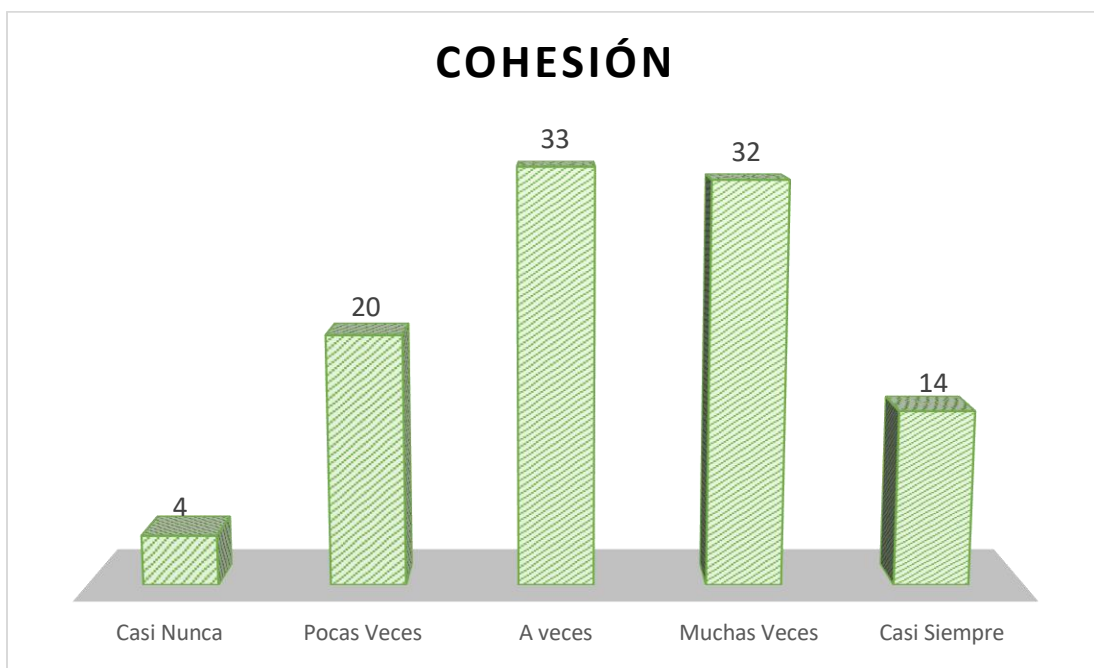
Recuento

	Interpretación Funcionamiento Familiar				Total
	Severamente Disfuncional	Disfuncional	Moderadamente Funcional	Funcional	
Hombre	1	23	28	3	55
Sexo Mujer	2	21	18	4	45
Otro	0	0	2	1	3
Total	3	44	48	8	103

En cuanto a los resultados de la evaluación por dimensión del funcionamiento familiar, tenemos que en lo que respecta a la cohesión la mayoría (figura 7), 65 estudiantes (63.1%) a veces o muchas veces existe la práctica de la unión familiar tanto física como emocionalmente el enfrentar situaciones y en la toma de decisiones de tareas cotidianas, 20 pocas veces (19.4%), 14 casi siempre (13.6%) y esta práctica casi nunca está presente en 4 adolescentes (3.9%).

Figura 7

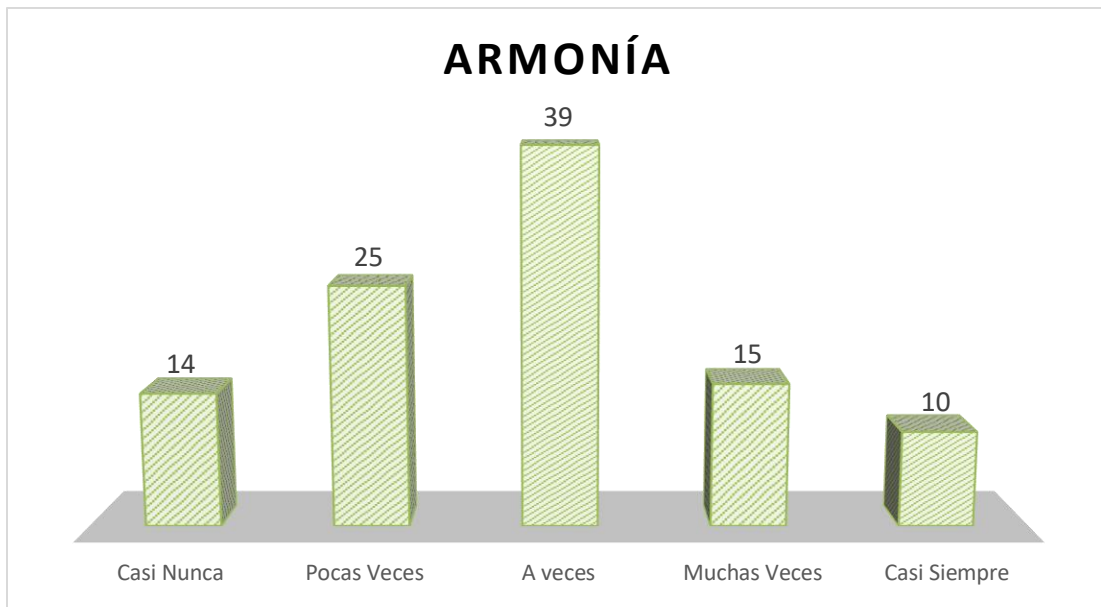
Evaluación de la cohesión familiar



La correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de todos los miembros de la familia se practica en casi siempre en 10 familias (9.7%), 15 muchas veces (14.6 %), la mayoría se centra en a veces con 39 (37.9%) y pocas veces (24.3), siendo estas dos calificaciones que se concentra la mayoría es decir el 62.2% de las y los participantes, y en este caso aumentó el número de casos en donde la armonía casi nunca es una práctica con 14 casos (13.6%). Esto se visualiza gráficamente en la figura 8.

Figura 8

Evaluación de la armonía familiar



En lo que respecta a la comunicación (figura 9), la mayoría se centra en que pocas veces y a veces se practica, 31 y 32 casos respectivamente, ambos representan el 61.2%, 19 son las personas que casi nunca tienen esta práctica (18.4%) y solo 3 adolescentes (2.9%) reportan que casi siempre son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Figura 9

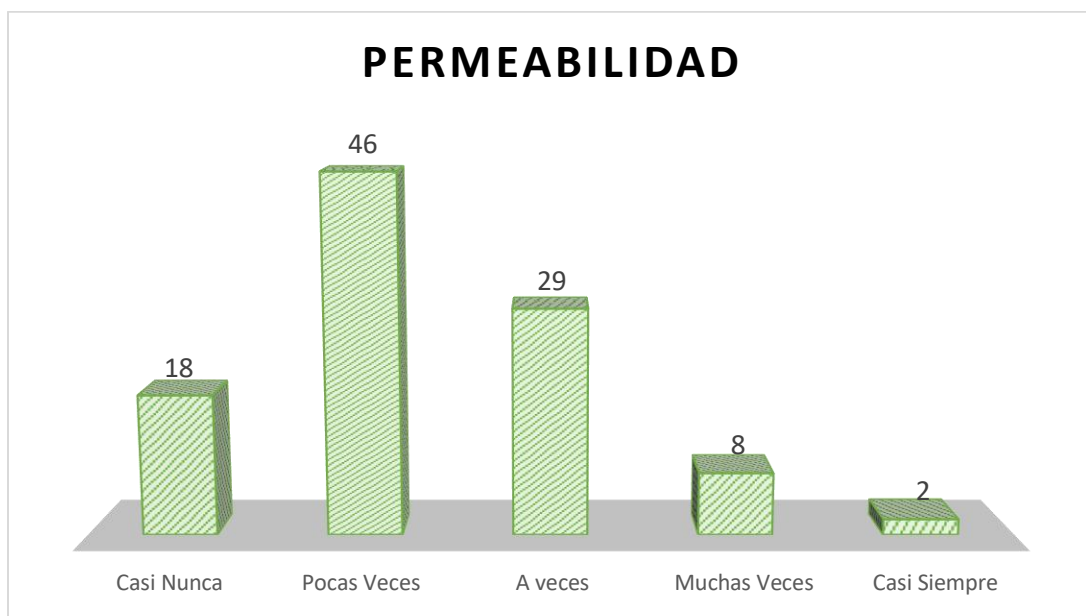
Evaluación de la comunicación familiar



En la capacidad de las familias para dar y recibir apoyo de otras familias, tenemos que 46 estudiantes pocas veces se tiene esa capacidad familiar (44.7%), 29 a veces (28.2%), siendo en estos casos el concentrado de la mayoría con 75 casos que representan el 72.9% de todos los participantes, después tenemos que 18 casi nunca hay permeabilidad (figura 9) en sus familias (17.5%) y dónde se encuentra la minoría es que 8 muchas veces (7.8%) y 2 casi siempre (1.9%). Esto se visualiza en la figura 10.

Figura 10

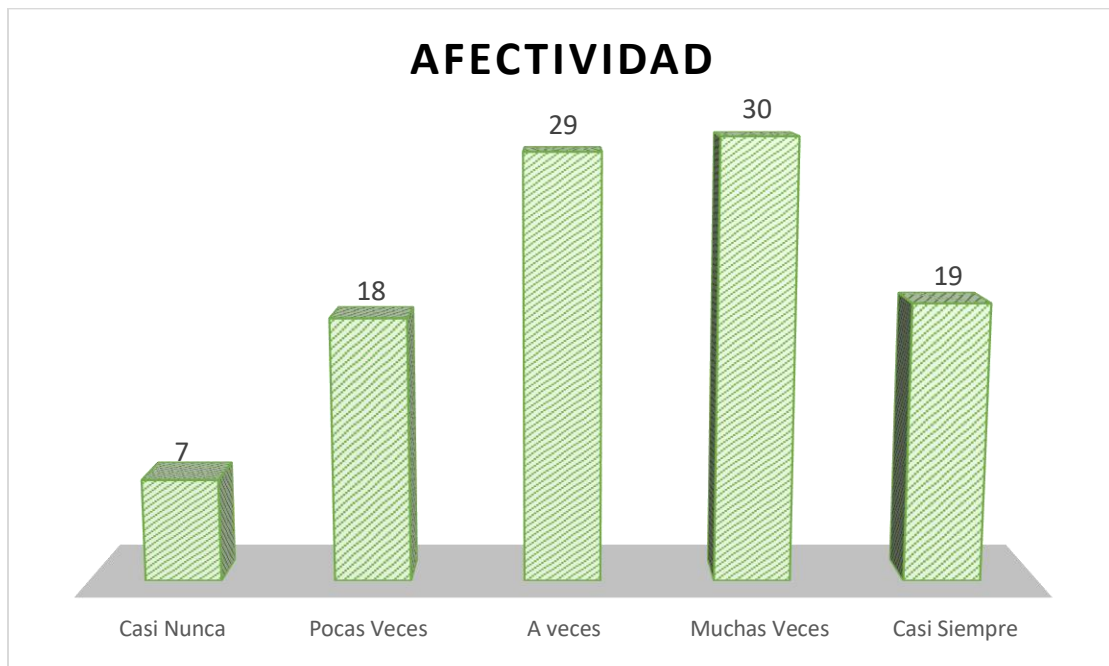
Evaluación de la permeabilidad familiar



La afectividad es la capacidad de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas, la mayoría se centra en que 30 adolescentes (29.1%) muchas veces y 29 a veces (28.2%) experimentan afecto, en cuanto a los demás casos, 19 casi siempre (18.4%), 18 pocas veces (17.5%) y 7 casi nunca (6.8%). Véase la figura 11.

Figura 11

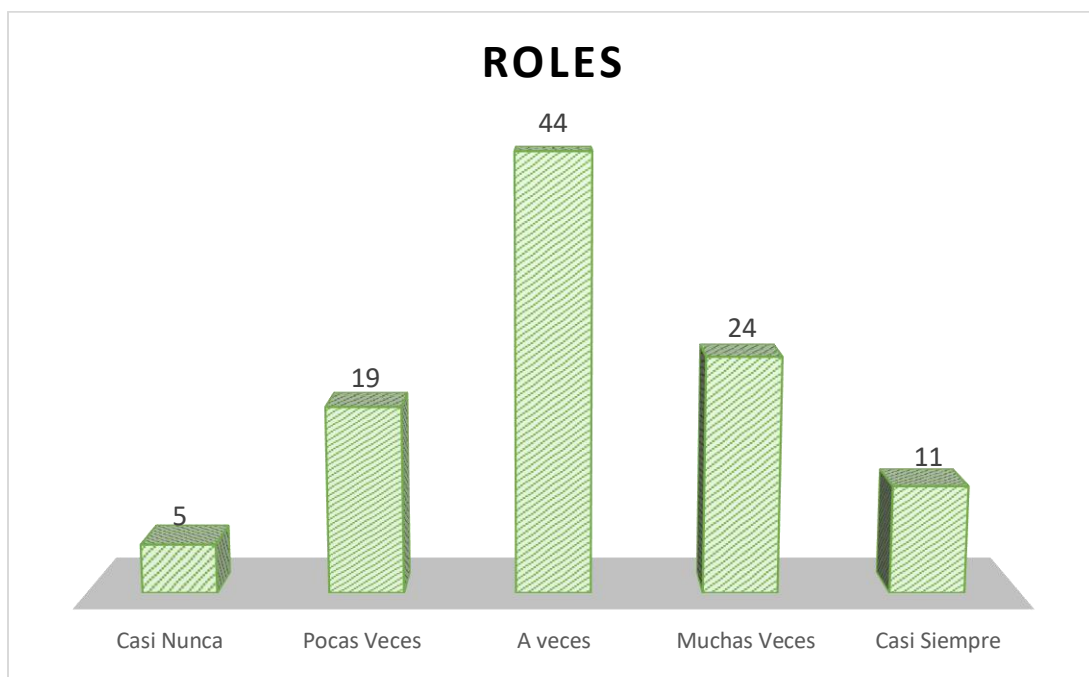
Evaluación de la afectividad familiar



Otra de las dimensiones de funcionamiento familiar es que cada miembro del sistema cumpla con responsabilidades y funciones negociadas, es decir los roles. A este respecto como se ve en la figura 12, se tienen 5 casos (4.9%) con que casi nunca hay roles definidos, al otro extremo tenemos que 11 (10.7%) casi siempre los practican, 19 pocas veces (18.4%), 24 muchas veces y 44 a veces, siendo en estos dos últimos donde se concentra la mayoría con el 66%.

Figura 12

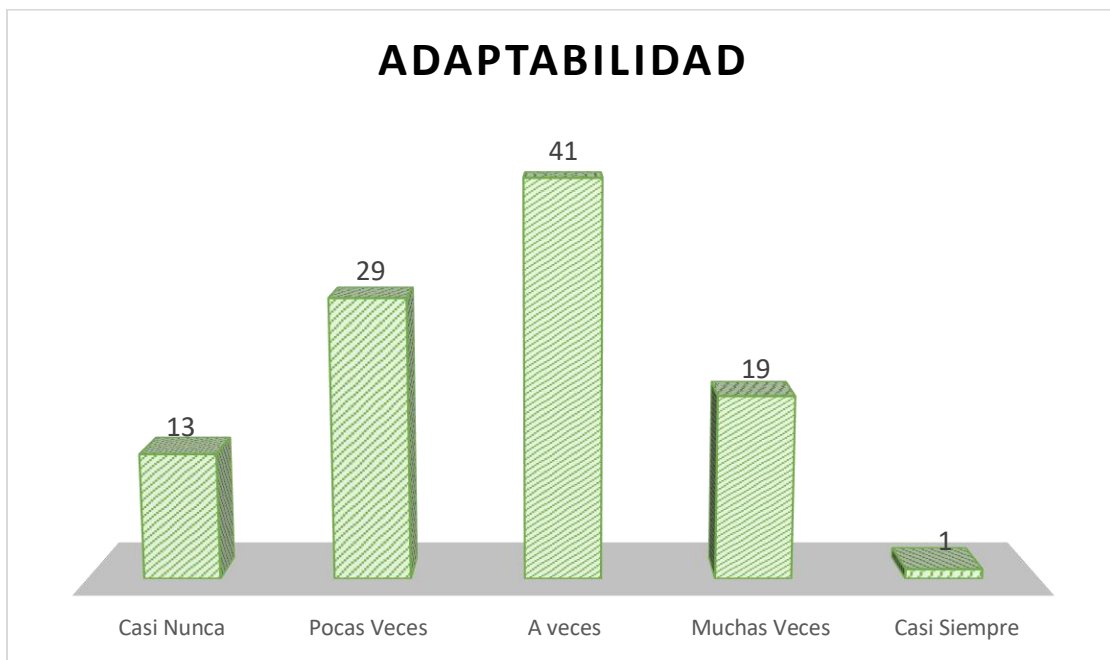
Evaluación de los roles familiares



En cuanto a la adaptabilidad, tenemos que 41 familias (39.8%) a veces tienen esta habilidad, 29 casos (28.2%) pocas veces tienen adaptabilidad, concentrándose aquí la mayoría de las familias de los participantes con el 68%, muchas veces lo practican 19 familias (18.4%), 13 casi nunca (12.6%) y sólo 1 caso casi siempre, como se demuestra gráficamente en la figura 13.

Figura 13

Evaluación de la adaptabilidad familiar



b) Resultados de la Escala Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes

La EEHSA de acuerdo a la puntuación natural tiene una media de 175 y una desviación estándar de 26, así mismo es importante mencionar que la puntuación más baja en el instrumento es de 50 puntos y el más alto es de 250 puntos, esto define el nivel de habilidades sociales de la siguiente manera:

- 123 a 149 puntos, bajo
- 149 a 201 puntos, normal

- 201 a 227 puntos, alto

Figura 14

Gráfica de Frecuencia de la Puntuación Natural de Habilidades Sociales de los Participantes

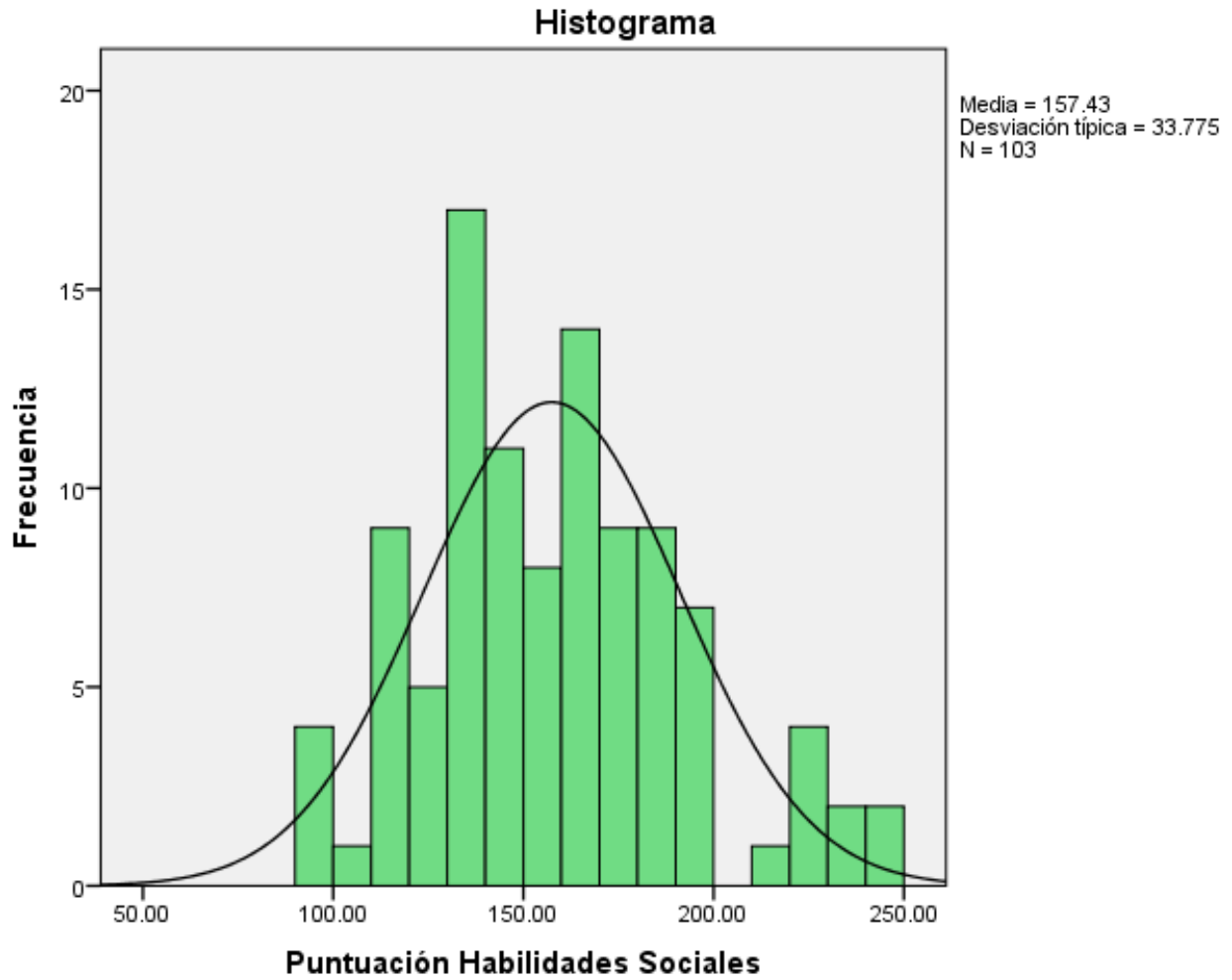


Tabla 7

Nivel de Habilidades Sociales de Acuerdo a la Puntuación de los participantes

BAJO	NORMAL	ALTO
<123	123 a 191	>191
<ul style="list-style-type: none">• 15 participantes se encuentran en el nivel bajo de habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none">• 76 participante se encuentran en este nivel• Por lo que la mayoría se encuentra en el nivel bajo y normal de habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none">• 12 participantes se encuentran en el nivel alto de habilidades sociales

Hay que recordar que esta escala evalúa las Habilidades en seis factores, así se presentan los resultados, dichos factores son:

1. Habilidades iniciales básicas
2. Habilidades sociales para la comunicación
3. Habilidades para el manejo de sentimientos
4. Habilidades alternativas a la agresión
5. Habilidades de afrontamiento del estrés
6. Habilidades para la planeación y toma de decisiones

En la tabla 8 se observa que en su mayoría los participantes no son hábiles o tienen niveles bajos, 49 y 17 respectivamente, y solo 16 participantes califican como habilidosos en las habilidades iniciales básicas, dichas habilidades son escuchar, agradecer, presentar a otras personas, seguir instrucciones, lograr un permiso, ayudar a otros cuando lo solicitan, pedir permiso y tener motivación intrínseca.

Tabla 8*Evaluación de habilidades iniciales básicas de los participantes por sexo***Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades Iniciales Básicas**

Recuento

		Puntuación Habilidades Iniciales Básicas					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	31	7	6	3	9	56
	Mujer	18	10	5	7	7	47
Total		49	17	11	10	16	103

En la tabla 9 se muestra como las habilidades de comunicación en la mayoría no están desarrolladas, es decir 56 de los participantes, más de la mitad, y 12 son habilidosos en la comunicación; estas habilidades comprenden presentarse, iniciar y mantener una conversación, participar en grupos o equipos, dar instrucciones, expresar su punto de vista en una conversación y ofrecer ayuda a otros de manera voluntaria.

Tabla 9*Evaluación de habilidades de comunicación de los participantes por sexo***Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades de Comunicación**

Recuento

		Puntuación Habilidades de Comunicación					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	37	6	0	6	7	56
	Mujer	19	5	6	12	5	47
Total		56	11	6	18	12	103

La tabla 10 demuestra que poco más del 50% (54) de los participantes no son hábiles para el manejo de sentimientos este factor comprende las habilidades de conocer los sentimientos propios, comprender los sentimientos de los demás (empatía), expresar sentimientos (positivos y negativos), expresar afecto, pedir ayuda, hacer cumplidos y disculparse. En el otro extremo solo 13 del total de participantes califican como habilidosos en este factor

Tabla 10

Evaluación de habilidades de para el manejo de sentimientos por sexo

Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades Para el Manejo de Sentimientos

Recuento

		Puntuación Habilidades Para el Manejo de Sentimientos					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	32	9	1	7	7	56
	Mujer	22	10	2	7	6	47
Total		54	19	3	14	13	103

La evaluación de habilidades alternativas a la agresión, tales como defender a un amigo, afrontar la vergüenza, autocompensarse, afrontar la frustración, reclamar de forma adecuada, defender los derechos propios, convencer a los demás, aclarar un mensaje confuso, negociar, expresar opiniones honestas en situaciones de juego, es una habilidad no desarrollada en la mayoría de los participantes el 60% del total. Una minoría de 12 participantes están en el nivel habilidoso.

Tabla 11*Evaluación de habilidades alternativas a la agresión por sexo***Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades Alternativas a la Agresión**
Recuento

		Puntuación Habilidades Alternativas a la Agresión					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	38	5	2	4	7	56
	Mujer	24	13	1	4	5	47
Total		62	18	3	8	12	103

El factor de habilidades para afrontar el estrés se refiere a poder emplear autocontrol, afrontar la burla, mantenerse fuera de peleas, evitar problemas con los demás, responder a una acusación, responder a una queja, enfrentar el miedo. En este factor 57 participantes no tienen desarrollada esta habilidad y solo 10 son habilidosos para afrontar el estrés.

Tabla 12*Evaluación de habilidades para afrontar el estrés por sexo***Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades para Afrontar el Estrés**
Recuento

		Puntuación Habilidades para Afrontar el Estrés					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	31	10	4	4	7	56
	Mujer	26	7	3	8	3	47
Total		57	17	7	12	10	103

En la tabla 13 la distribución es más amplia en cuanto a la evaluación de esta habilidad, en las anteriores se inclinaba más hacia la no habilidad, aunque en esta sigue estando la mayoría, solo son el 32% de los participantes, y los participantes que califican como habilidosos son el 20 %. Este factor comprende habilidades tales como reconocer las propias capacidades, decidir de forma real lo que se puede hacer antes de iniciar una tarea, tomar decisiones por orden de importancia, obtener información, planear

actividades antes de realizarlas, afrontar el fracaso, discernir sobre la causa de un problema, resolver los problemas según su importancia, resistir a la presión de grupo, responder a la persuasión, preguntar.

Tabla 13

Evaluación de habilidades de planeación y toma de decisiones por sexo

Tabla de contingencia Sexo * Puntuación Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones

Recuento

		Puntuación Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones					Total
		No Hábil	Normal Bajo	Normal	Normal Alto	Habilidoso	
Sexo	Hombre	20	16	2	9	9	56
	Mujer	13	7	3	12	12	47
Total		33	23	5	21	21	103

c) Resultado de la encuesta de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

El cuestionario aplicado para conocer el contexto de consumo de sustancias por los adolescentes, está dividido en tres partes, la primera indaga sobre la cantidad que ellas y ellos consumen, la segunda de dónde obtienen la sustancias y, por último, quienes de su círculo más próximo consumen dicha sustancia. Las sustancias a considerar son el tabaco, el alcohol y otras drogas

- **Consumo de Cigarros**

Las tablas 14, 15 y 16 demuestran en primer lugar si los adolescentes han fumado y en segundo lugar cuantas veces lo han hecho en el reciente año y mes. Lo que se deduce de estos datos es que 26 han fumado, en caso contrario 77 no lo han hecho, de los que sí han consumido cigarros, 19 han consumido y 7 lo dejaron de hacer en el último año, estos pueden haber consumido por curiosidad. Así mismo 9 no lo han hecho en el último mes y 10 si son consumidores actualmente.

Tabla 14*Número de veces desde el primer consumo***¿Cuántas veces has fumado cigarrillos en tu vida?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	77	74.8	74.8	74.8
1-2 veces	19	18.4	18.4	93.2
3-5 veces	2	1.9	1.9	95.1
10-19 veces	4	3.9	3.9	99.0
40 o más veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 15*Número de cigarrillos consumidos en el último año***¿Cuántas veces has fumado cigarrillos en los últimos 12 meses?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	84	81.6	81.6	81.6
1-2 veces	15	14.6	14.6	96.1
3-5 veces	1	1.0	1.0	97.1
6-9 veces	2	1.9	1.9	99.0
40 o más veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 16*Número de cigarros consumidos en los últimos treinta días***¿Cuántas veces has fumado cigarros en los últimos 30 días?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	93	90.3	90.3	90.3
Válidos 1-2 veces	7	6.8	6.8	97.1
3-5 veces	3	2.9	2.9	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Las tablas 17 a la 21 nos muestran de donde obtienen los cigarros que consumen, la mayoría de estas, es decir 14 personas los compran en la tienda, 4 se los da un familiar, ninguno lo toma de la tienda sin pagar, es decir que nadie roba para obtener cigarros, lo que si sucede es que 4 los toman de un familiar sin consentimiento de este, y por último 8 lo han consumido debido a que un compañero se los ha ofrecido.

Tabla 17*Veces de cigarros obtenidos en la tienda***Compro en la tienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	89	86.4	86.4	86.4
Pocas veces	5	4.9	4.9	91.3
Válidos Algunas veces	2	1.9	1.9	93.2
Siempre	7	6.8	6.8	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 18*Veces que obtiene cigarros a través de un familiar***Me los da un familiar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	99	96.1	96.1	96.1
Pocas veces	2	1.9	1.9	98.1
Algunas veces	1	1.0	1.0	99.0
Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 19*Número de veces que obtienen cigarros en la tienda sin pagar***Los tomo de una tienda sin pagar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nunca	103	100.0	100.0	100.0

Tabla 20*Número de veces que obtienen cigarros a través de un familiar sin su consentimiento***Los quito a un familiar sin que se entere**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	99	96.1	96.1	96.1
Pocas veces	3	2.9	2.9	99.0
Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 21

Número veces que obtienen cigarrillos a través de un compañero de escuela

Me los dan amigos o compañeros de la escuela

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	95	92.2	92.2	92.2
Pocas	7	6.8	6.8	99.0
Válidos veces	1	1.0	1.0	100.0
Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Las tablas 22 a la 26 revelan quienes del círculo más próximo al adolescente son consumidores de cigarrillos, en su mayoría son otros adultos con los que viven, estas son 63 personas que, por el contexto social de la comunidad de Gasca, se asume que pueden ser tíos, primos, abuelos, en seguida los padres con 52 personas son los que más consumen, después los hermanos con 22 personas y en su minoría los amigos y madres, con 10 y 9 personas respectivamente. La figura 15 nos ayuda visualmente a comprender esta información.

Tabla 22

Número de padres o tutores consumidores de cigarrillo

Padre o tutor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	52	50.5	50.5	50.5
No	51	49.5	49.5	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 23*Número de madres o tutoras consumidoras de cigarro***Madre o tutora**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	9	8.7	8.7	8.7
Válidos No	94	91.3	91.3	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 24*Número de hermanas o hermanos consumidores de cigarro***Hermana o hermano**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	22	21.4	21.4	21.4
Válidos No	81	78.6	78.6	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 25*Número de mejor amiga o amigo consumidores de cigarro***Mejor amiga o amigo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	9.7	9.7	9.7
Válidos No	93	90.3	90.3	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 26

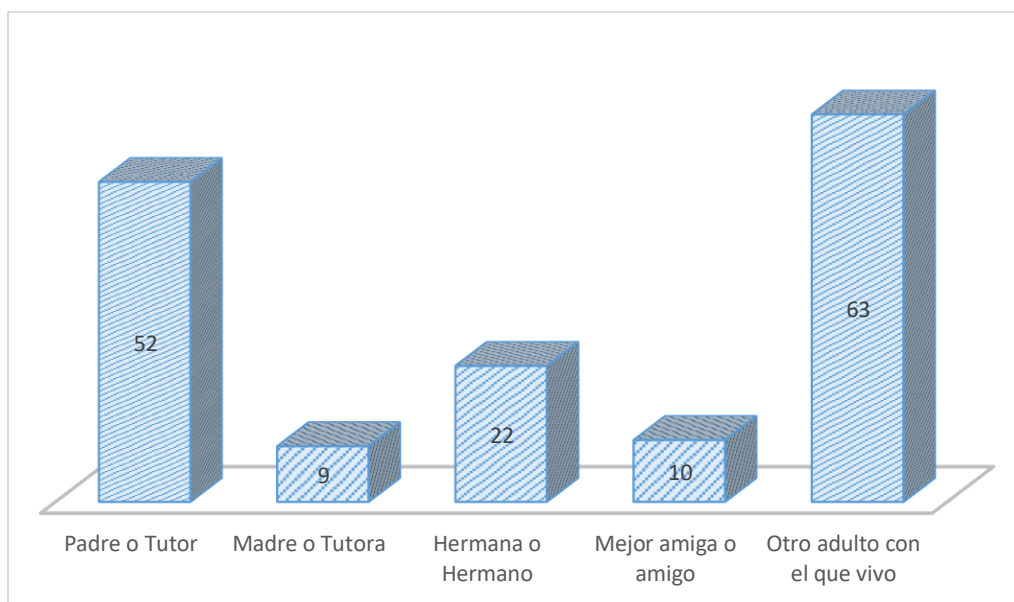
Número de otro adulto consumidores de cigarro

Otro adulto con el que vivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	63	61.2	61.2	61.2
Válidos No	40	38.8	38.8	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Figura 15

Número de personas consumidoras de cigarro



- **Consumo de Alcohol**

Las tablas 27 a la 29 exponen el consumo de alcohol en los adolescentes en determinado tiempo, 41 han probado alcohol en su vida, 23 en el último año, por lo que asumimos que 18 lo probaron por curiosidad y no lo han vuelto a hacer; 15 adolescentes lo han consumido en el último mes, puede que en estos ya se haya desarrollado un patrón de consumo de abuso, incluso de dependencia.

Tabla 27*Número de veces que han consumido alcohol en su vida***¿Cuántas veces has bebido alcohol en tu vida?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	62	60.2	60.2	60.2
1-2 veces	23	22.3	22.3	82.5
3-5 veces	10	9.7	9.7	92.2
6-9 veces	1	1.0	1.0	93.2
10-19 veces	1	1.0	1.0	94.2
20-39 veces	2	1.9	1.9	96.1
40 o más veces	4	3.9	3.9	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 28*Número de veces que han consumido alcohol en el último año***¿Cuántas veces has bebido alcohol en los últimos 12 meses?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	80	77.7	77.7	77.7
1-2 veces	13	12.6	12.6	90.3
3-5 veces	4	3.9	3.9	94.2
6-9 veces	2	1.9	1.9	96.1
10-19 veces	2	1.9	1.9	98.1
20-39 veces	2	1.9	1.9	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 29*Número de veces que han consumido alcohol en el último mes***¿Cuántas veces has bebido alcohol en los últimos 30 días?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	88	85.4	85.4	85.4
1-2 veces	7	6.8	6.8	92.2
3-5 veces	6	5.8	5.8	98.1
6-9 veces	1	1.0	1.0	99.0
20-39 veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Las tablas 30 a la 34 manifiestan de dónde obtienen el alcohol que consumen los adolescentes, 15 lo compran en la tienda, 15 lo obtienen porque un familiar se los dio, ninguno lo toma de la tienda sin pagar, es decir que no roban para consumir alcohol, 2 lo toman sin que un familiar se dé cuenta, y a 15 adolescentes se los ha ofrecido un amigo o compañero de la escuela.

Tabla 30*Número de veces que han obtenido alcohol comprando en la tienda***Compro en la tienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	88	85.4	85.4	85.4
Pocas veces	6	5.8	5.8	91.3
Algunas veces	4	3.9	3.9	95.1
Siempre	5	4.9	4.9	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 31*Número de veces que han obtenido alcohol a través de un familiar***Me lo da un familiar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	88	85.4	85.4	85.4
Pocas veces	10	9.7	9.7	95.1
Válidos Algunas veces	4	3.9	3.9	99.0
Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 32*Número de veces que han obtenido alcohol de la tienda sin pagar***Lo tomo de una tienda sin pagar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nunca	103	100.0	100.0	100.0

Tabla 33*Número de veces que han obtenido alcohol de una familiar sin que se entere***Lo quito a un familiar sin que se entere**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	101	98.1	98.1	98.1
Pocas veces	1	1.0	1.0	99.0
Válidos Algunas veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 34

Número de veces que han obtenido alcohol a través de compañeros de la escuela

Me lo dan amigos o compañeros de la escuela

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	88	85.4	85.4	85.4
Pocas veces	14	13.6	13.6	99.0
Algunas veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Las tablas 35 a 39 muestran quienes del círculo vital más cercano al adolescente está consumiendo alcohol. En su mayoría el consumo lo realizan los padres y otros adultos con los que viven siendo 70 personas en ambo casos, después tenemos que en 23 casos los hermanos están consumiendo, y en este caso aumentó el número de consumidores en madres y amigos, 23 en ambos casos. La figura 16 apoya visualmente para comprender esta información.

Tabla 35

Número de padres o tutores consumidores de alcohol

Padre o tutor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	70	68.0	68.0	68.0
No	33	32.0	32.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 36*Número de madres o tutoras consumidoras de alcohol***Madre o tutora**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	22.3	22.3	22.3
Válidos No	80	77.7	77.7	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 37*Número de hermanas o hermanos consumidores de alcohol***Hermana o hermano**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	27	26.2	26.2	26.2
Válidos No	76	73.8	73.8	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 38*Número de mejores amigas o amigos consumidores de alcohol***Mejor amiga o amigo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	22.3	22.3	22.3
Válidos No	80	77.7	77.7	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 39

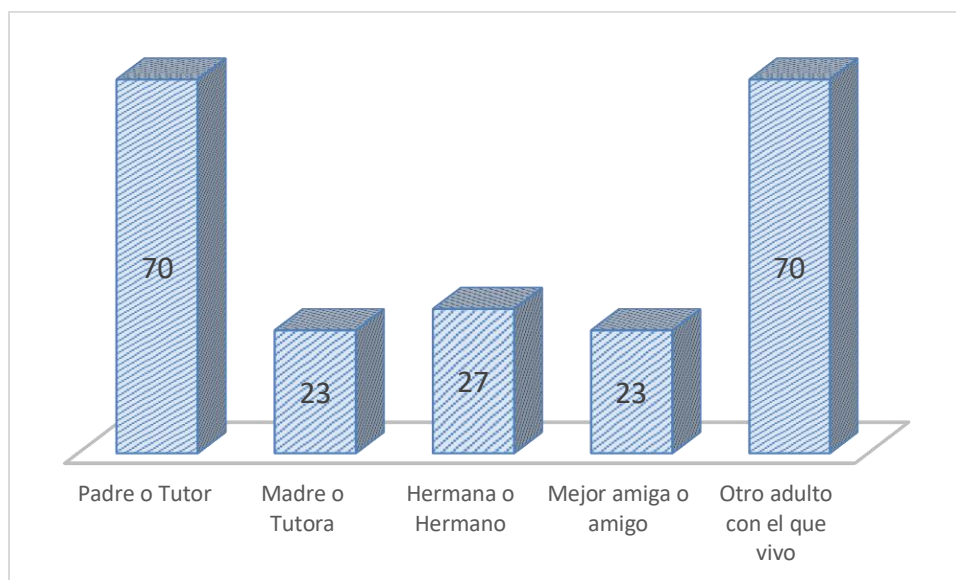
Número de otros adultos con los que viven consumidores de alcohol

Otro adulto con el que vivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	70	68.0	68.0	68.0
Válidos No	33	32.0	32.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Figura 16

Número de personas consumidoras de alcohol



- **Consumo de Drogas**

En las tablas 40 a la 42 se muestra el consumo de drogas en los adolescentes en su vida, que han sido 3 los que reportan consumo en su vida, 3 en el último año y 3 en el último mes.

Tabla 40*Número adolescentes que han consumido drogas en su vida***¿Cuántas veces has consumido drogas en tu vida?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	100	97.1	97.1	97.1
Válidos 1-2 veces	2	1.9	1.9	99.0
3-5 veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 41*Número de adolescentes que han consumido drogas en el último año***¿Cuántas veces has consumido drogas en los últimos 12 meses?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	100	97.1	97.1	97.1
Válidos 1-2 veces	1	1.0	1.0	98.1
3-5 veces	1	1.0	1.0	99.0
40 o más veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 42*Número de adolescentes que han consumido drogas en el último mes***¿Cuántas veces has consumido drogas en los últimos 30 días?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	100	97.1	97.1	97.1
Válidos 1-2 veces	2	1.9	1.9	99.0
40 o más veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

En las tablas 43 a la 47 se observa que los lugares donde obtienen drogas son de una tienda, a través de un familiar o de un amigo.

Tabla 43

Número veces que han obtenido drogas en la tienda

Compro en la tienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	102	99.0	99.0	99.0
Válidos Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 44

Número veces que han obtenido drogas a través de un familiar

Me la da un familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	102	99.0	99.0	99.0
Válidos Algunas veces	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 45

Número veces que han obtenido drogas en la tienda sin pagar

Las tomo de una tienda sin pagar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nunca	103	100.0	100.0	100.0

Tabla 46

Número veces que han obtenido drogas quitándolas a un familiar sin que se entere

Las quito a un familiar sin que se entere

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nunca	103	100.0	100.0	100.0

Tabla 47

Número veces que han obtenido drogas a través de un compañero de la escuela

Me la dan amigos o compañeros de la escuela

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	100	97.1	97.1	97.1
Pocas veces	1	1.0	1.0	98.1
Válidos Algunas veces	1	1.0	1.0	99.0
Siempre	1	1.0	1.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Las siguientes tablas de las 48 a la 52 se evidencia quienes son las personas más cercanas al adolescente que están consumiendo drogas, así mismo la gráfica 17 nos apoya visualmente con esta información. Quienes más consumen son los otros adultos con los que viven, 22 casos, seguido de los padres que son 9 los consumidores de drogas, en seguida están los amigos con 6 personas, por último, hermanos y madre con 2 y 1 respectivamente.

Tabla 48*Número padres o tutores consumidores de drogas***Padre o tutor**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	9	8.7	8.7	8.7
Válidos No	94	91.3	91.3	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 49*Número madres o tutoras consumidoras de drogas***Madre o tutora**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	1.0	1.0	1.0
Válidos No	102	99.0	99.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 50*Número hermanas o hermanos consumidores de drogas***Hermana o hermano**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	1.9	1.9	1.9
Válidos No	101	98.1	98.1	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 51

Número mejores amigas o amigos consumidores de drogas

Mejor amiga o amigo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	5.8	5.8	5.8
Válidos No	97	94.2	94.2	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Tabla 52

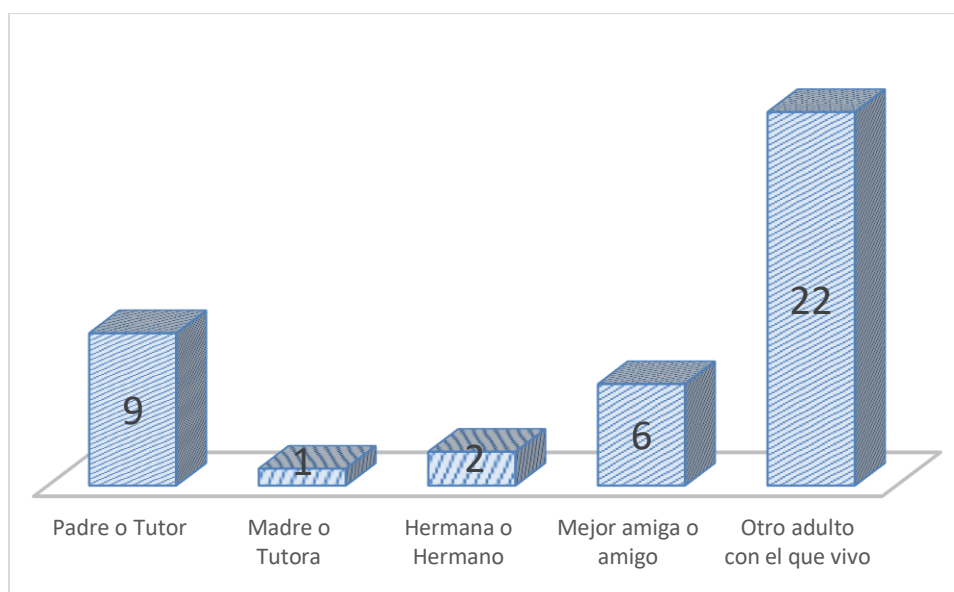
Número adultos con los que vive consumidores de drogas

Otro adulto con el que vivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	22	21.4	21.4	21.4
Válidos No	81	78.6	78.6	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Figura 17

Número de personas consumidoras de drogas



Análisis Estadístico Inferencial

Para realizar una prueba estadística que ayudará a analizar la correlación entre las variables, primero se realizó una prueba de normalidad de estas, para saber si se tienen que someter a un análisis de tipo paramétrico o no paramétrico. La variable que no está incluida es la del consumo de sustancias, debido a que es un cuestionario que no está estandarizado y por el número de participantes no alcanza a someterse a una prueba de validez y confiabilidad, por lo que su aporte es más de tipo cualitativo. Las variables que se toman en cuenta son las que obtenemos del test de Funcionamiento Familiar y de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes.

La tabla 53 nos muestra en análisis de prueba de normalidad, esta se realizó a través del análisis de Kolmogorov-Smirnov ya que tenemos una muestra $n > 50$. La significancia de todas las variables es $p = .000$, por lo que es $p < .05$, por lo tanto, los datos no siguen una distribución normal, es decir que tenemos que aplicar un análisis de tipo no paramétrico.

Tabla 53*Prueba de normalidad aplicada***Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Funcionamiento Familiar	.270	103	.000	.814	103	.000
Puntuación Habilidades Iniciales Básicas	.278	103	.000	.774	103	.000
Puntuación Habilidades de Comunicación	.331	103	.000	.740	103	.000
Puntuación Habilidades Para el Manejo de Sentimientos	.305	103	.000	.735	103	.000
Puntuación Habilidades Alternativas a la Agresión	.347	103	.000	.672	103	.000
Puntuación Habilidades para Afrontar el Estrés	.323	103	.000	.729	103	.000
Puntuación Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones	.226	103	.000	.826	103	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Como se demuestra en la tabla anterior, el análisis de correlación que corresponde realizarse es de la Rho de Spearman. En la tabla 54 tenemos los resultados, que en general nos demuestran una correlación positiva media (todos los valores de la significancia son $p < 0.05$ y con valores positivos de r_s entre $r_s = .273$ y $r_s = .398$) del Funcionamiento Familiar (FF) con las habilidades sociales, excepto en un factor de los seis analizados, no existe correlación del FF con las habilidades para afrontar el estrés ($p > 0.05$ y $r_s = .173$).

Tabla 54*Correlación entre variables*

Correlaciones			Funcionamiento Familiar
Rho de Spearman	Funcionamiento Familiar	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1.000 103
	Puntuación Habilidades Iniciales Básicas	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.273** .005 103
	Puntuación Habilidades de Comunicación	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.398** .000 103
	Puntuación Habilidades Para el Manejo de Sentimientos	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.333** .001 103
	Puntuación Habilidades Alternativas a la Agresión	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.326** .001 103
	Puntuación Habilidades para Afrontar el Estrés	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.173 .081 103
	Puntuación Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.341** .000 103

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tomando en cuenta la calificación en general, la tabla 55 nos muestra la correlación que hay entre el Funcionamiento Familiar y las Habilidades Sociales ya que hay un valor $p=.000$ es decir que $p<0.05$ y el valor de $r_s=.437$, por lo tanto, hay una correlación positiva media, entre mejor sea el Funcionamiento Familiar, mejores son las Habilidades Sociales en los adolescentes.

Tabla 55*Correlación del Funcionamiento Familiar con Habilidades Sociales***Correlaciones**

			Habilidades Sociales	Funcionamiento Familiar
Rho de Spearman	Habilidades Sociales	Coeficiente de correlación	1.000	.437**
		Sig. (bilateral)	.	.000
	Funcionamiento Familiar	N	103	103
		Coeficiente de correlación	.437**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.	
	N	103	103	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se analizó la influencia que tiene el funcionamiento familiar en el desarrollo de habilidades sociales. El análisis estadístico nos deja claro el hecho que, si hay un funcionamiento familiar disfuncional o funcional, este influye en el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes; si mejor es el funcionamiento familiar mejor será el desarrollo de Habilidades Sociales, si el funcionamiento familiar es disfuncional no serán habilidosos socialmente los adolescentes. Así también el funcionamiento familiar se correlaciona positivamente con cada uno de los factores de Habilidades Sociales, excepto con las habilidades para afrontar el estrés, en este factor no hay correlación, por lo tanto, no afecta el Funcionamiento Familiar a este tipo de habilidades sociales. El análisis de correlación de consumo de sustancias con habilidades sociales no se pudo aplicar debido a que se reportan muy pocos casos de consumo, además que no tiene un análisis de confianza y validez, esta información se analizó cualitativamente.

En cuanto al tipo de Funcionamiento Familiar el estudio describió que la mayoría se encuentra en un nivel moderadamente funcional y disfuncional. En tanto a los factores que evalúa el FF-SIL se demostró que la afectividad es muy practicada en las familias así también la cohesión, las que tuvieron una evaluación media son la armonía y los roles, y las que menos practican las familias son la comunicación, permeabilidad y adaptabilidad.

La percepción que tiene los participantes de su relación familiar es buena y muy buena. Haciendo una revisión de la sistematización de la información, se observa que quienes viven en un funcionamiento familiar severamente disfuncional, 2 personas perciben su relación familiar como regular y 1 como buena. Al contrario, quienes viven en un ambiente familiar funcional, 3 la perciben como buena y 5 como muy buena. Para el caso de los 44 que tienen un sistema familiar disfuncional, su percepción de la relación familiar es que, 1 es mala, 16 es regular, 16 es buena y 11 la califican como muy buena. 48 que viven en un entorno familiar moderadamente funcional, 14 la perciben como muy buena, 25 como buena, 8 regular y 1 como muy mala. Llama la atención que un caso que

percibe su relación familiar como buena, cuando su resultado en el FF-SIL es de un funcionamiento familiar severamente disfuncional, o que 11 la perciban como muy buena y existe una disfuncionalidad.

Es necesario responder al contraste encontrado entre la percepción y la evaluación del funcionamiento familiar, 75 perciben como buena y muy buena su relación familiar y 92 se encuentran en el funcionamiento familiar disfuncional y moderadamente funcional. A partir de esto, la sugerencia de tema a investigar es el sistema de creencias que sostiene esta visión de la familia, que se traduce en prácticas y actitudes que normalizan un comportamiento familiar no funcional.

En cuanto a las Habilidades Sociales se demostró que en general los adolescentes tienen un nivel bajo o normal de Habilidades Sociales, aquí es donde se concentra la mayoría. Se demostró que, en los factores de Habilidades, Iniciales Básicas, para la Comunicación, para el Manejo de Sentimientos, Alternativas a la Agresión, la mayoría de los participantes no son hábiles, en tanto que en las Habilidades de Afrontamiento al Estrés y Planeación y Toma de Decisiones, están entre lo normal y normal bajo y hay una distribución de proporcional de los participantes en los niveles de habilidades.

El consumo de tabaco es realizado por una cuarta parte de los participantes en la investigación, es decir 26 personas que han fumado un cigarro en su vida, de estos 19 lo han hecho en el último año, en el último mes 10 han consumido de los cuales 7 han sido de primera vez y 3 adolescentes entre 3 y 5 veces, eso no representa un consumo desordenado que puede considerarse como abuso. Respecto al lugar de donde obtienen los cigarros es en la tienda en su mayoría, hace falta una concientización hacia las personas comerciantes que cumplan la normativa de prohibición de venta de cigarros a menores, porque el fácil acceso a estos hace que entre compañeros o amigos compartan los cigarros, así mismo las familias donde hay consumidores cuiden que los adolescentes no tomen sin consentimiento o, dicho de otra manera, roben cigarros, ya que es otro modo por el cual los obtienen. El contexto familiar refuerza en gran medida en consumo, pues los padres y otros adultos están consumiendo esta sustancia.

El consumo de alcohol tiene un consumo significativo entre la población, se demostró que hay 41 adolescentes que ya han tenido contacto con el alcohol, 23 lo han hecho en el último año y 15 en el último mes, en un caso se puede inferir un abuso del alcohol, ya que su consumo ha sido recurrente en más de 20 veces en el mes. El lugar donde obtienen alcohol para consumir es de las tiendas, como en el caso del tabaco es necesaria una concientización sobre la no venta de alcohol a menores, y que los adultos eviten mandar a los adolescentes a comprar. De igual manera el consumo está siendo consentido por la familia ya que de ella obtienen el alcohol y lo comparten entre sus amigos. Los padres y otros adultos son quienes más consumen alcohol y son el referente para dicha práctica, en similar proporción se encuentran las madres, los hermanos y los amigos.

En cuanto al consumo de otras drogas se demostró un decremento en el consumo de dichas sustancias, solo tres casos reportados como consumos recientes y otros dos más en el año, un caso se muestra como abuso ya que reporta una periodicidad de consumo diario. De estos casos obtienen la droga de un lugar donde la venden, de familiares o de amigos. Los que más consumen son adultos con los que viven, los padres son menos consumidores, seguidos de los amigos, hermanos y madre.

REFERENCIAS

Aliño, M., López, J., Navarro, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1) Recuperado en 10 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009&lng=es&tlng=es.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. *Asociación Americana de Psiquiatría*.

Beck, A., Wrigth, F., Newman, C., Liese, B. (2019) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Paidós

Becoña, E., (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Papeles del Psicólogo, 28(1),11-20. [fecha de Consulta 26 de septiembre de 2022]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828103>.

Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., y Villanueva, V. (2010). Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías*.

Dangerfield, M. (2021) *El proyecto ECID. Un modelo de intervención comunitario para adolescentes de alto riesgo desvinculados a la red asistencial*. *Aperturas Psicoanalíticas* (68) (2021), e4, 1-28.

Delgado, B. (2009). *Psicología del Desarrollo, Desde la Infancia hasta la Vejez*. Mc. Graw-Hill.

Barreras, M., Muñoz, G., Pérez, L., Gómez, C., Fulgencio, M., Estrada, M. (2022). *Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar*. *Aten Fam.* 2022;29(2):72-78. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. McGraw-Hill.

Berger, K. (2016). *Psicología del Desarrollo de la Infancia y Adolescencia*. Editorial Médica Panamericana.

Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado en 05 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000100002&lng=es&tlng=es.

Bustos, M, Reséndiz, E., Villatoro, JA., Soto, I., Cañas, V., Fleiz, C., Medina. (2019) M.E. *Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Ciudad de México, México: INPRFM.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.

Carrascoso, F. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Características, Técnicas clínicas básicas y Hallazgos empíricos*. *Psicología Conductual*, Vol. 14, No 3, pp. 361-385. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Carrascoso_14-3oa.pdf

Centro Clínico Adicciones (S.f.) *Cómo dejar las drogas: tratamiento con el modelo transteórico del cambio*. [https://www.ccadicciones.es/como-dejar-las-drogas-tratamiento-con-el-modelo-transteorico-](https://www.ccadicciones.es/como-dejar-las-drogas-tratamiento-con-el-modelo-transteorico-delcambio/#:~:text=El%20modelo%20transte%C3%B3rico%20del%20cambio%20de%20Prochaska%20y%20Diclemente&text=B%C3%A1sicamente%20explica%20las%20fases%20que, en%20el%20cambio%20de%20comportamiento)

[delcambio/#:~:text=El%20modelo%20transte%C3%B3rico%20del%20cambio%20de%20Prochaska%20y%20Diclemente&text=B%C3%A1sicamente%20explica%20las%20fases%20que, en%20el%20cambio%20de%20comportamiento](https://www.ccadicciones.es/como-dejar-las-drogas-tratamiento-con-el-modelo-transteorico-delcambio/#:~:text=El%20modelo%20transte%C3%B3rico%20del%20cambio%20de%20Prochaska%20y%20Diclemente&text=B%C3%A1sicamente%20explica%20las%20fases%20que, en%20el%20cambio%20de%20comportamiento).

Centro de Integración Juvenil. (s.f.). Taller de Formación Socioemocional, recuperado de: <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Bm0zZRGsph5WQPs6e4M0mQRNe3VRH4Yj>

Centro Nacional para la Prevención y control de las Adicciones. (2014). Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de consejeros en adicciones Tomo I., recuperado de: <http://riide.org.mx/wp-content/uploads/2019/01/Manual-del-Consejero-Tomo-I-01-110.pdf>, consultado el 26 julio de 2022.

Clavijo, A. (2011) Crisis, Familia y Psicoterapia. *Editorial Ciencias Médicas*.

Coleman, J., Hendry, L., y Kloep, M. (2008) Adolescencia y salud. *El Manual Moderno*.

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (s/f). Hablemos sobre el alcohol, tabaco y otras drogas, Guía preventiva para padres y maestros. *Secretaría de Salud*.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. (2003). Programa de Trabajo Social y Apoyo a la Dinámica y Estructura Familiar. Dirección de Servicios Sociales, Gobierno de la Rioja.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). Las Familias y su Protección Jurídica. Recuperado de: http://chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-familiasjuridicas.pdf , el día 16 de octubre 2022.

De Alda, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Herder.

Diéguez, A. (2002). Tres modelos de Intervención Comunitaria: K. Lewin, S. Alinsky, O. Fals Borda. Recuperado de : <https://www.margen.org/suscri/margen27/paper.html>, el día 26 de octubre de 2023.

Dunker, L. (2002). *Los vínculos familiares, una psicopatología de las relaciones familiares*. E-libro. www.e-libro.net

Elba, A. (2021). *Terapia Cognitiva con Parejas. Teoría y tratamiento*. DUNKEN.

Feixas, G., Miró, M. (1993) *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós

Friedberg, R., McClure, J. (2002). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Paidós.

Garibay, S. (2013). *Enfoque Sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. El Manual Moderno.

Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. doi:10.1037/0033-2909.112.1.64

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill

Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII (2): 88-93. Recuperado de: https://www.academia.edu/49063067/_19_Desarrollo_del_adolescente_aspectos_f%C3%ADsicos_psicol%C3%B3gicos_y_sociales?from=cover_page?, el día 22 de septiembre 2022

Instituto Mexicano de la Juventud (20 de marzo de 2018). *¿Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas!*
<https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>

Kelly, J. A. (2002). Entrenamiento de las habilidades sociales. Desclée De Brouwer.

Kristjansseon, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante J. P., Sigfusdottir, I. D. (2020), Principios, directrices y desarrollo del modelo islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes. *Health Promotion Practice*. Vol. XX No. (X) 1-8. DOI: 10.1177/1524839919899078

Marcos, A. & Topa, G. (2012) *Salud Mental Comunitaria*. UNED

McKay, M., Wood, J. & Brantley, J. (2017) *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Desclée De Brouwer.

Montero, M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.

National Institute on Drug Abuse. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento, la ciencia de la adicción. *National Institutes of Health*.

Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J, Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. (2019). Informe sobre la detección orientada a problemas en adolescentes, recuperado de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDFmMjA5YjQtYzNjNC00MTI5LWE0ZTUtMjZiMTE1NDkwMTNmIiwidCI6IjlmODAzYzcyLTMyMzMtNDRlNi04ZTg0LTc2NGU0Y2JiMThmNCJ9&pageName=ReportSection>, el día 31 de agosto 2022.

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. (2020). Demanda de tratamiento por droga de impacto en menores de edad, recuperado de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNzRkYjhiNmUtYmRkYi00MzY5LTkM2UtOTc3ODRiZjhhMmlyliwidCI6IjlmODAzYzcyLTMyMzMtNDRiNi04ZTg0LTc2NGU0Y2JiMThmNCJ9&pageName=ReportSection5c35cefe07599f97da6e>, el día 31 de agosto de 2022.

Organización Mundial de la Salud. (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático, recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.

Papalia, D., Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill.

Pedrero, E., Ruíz, J., Verdejo, A., Llanero, M., Ambrosio, E. (2011). *Neurociencia y Adicción*. *Sociedad Española de Toxicomanías*.

Pérez, N., Navarro, I. (s.f.) *Desarrollo Humano Del Nacimiento a la Vejez*. ECU.

Ríos, M. (2014) Aspectos teóricos de las habilidades sociales. En Moreno, G. (Ed.), *Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes* (pp. 13-17). El manual moderno.

Ríos, M. (2014). *EEHSA, Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes*. El Manual Moderno.

Ruíz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.

Sánchez, A. (2007) *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Pirámide

Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., Morales, E. (2002). Modelos Teóricos y Aplicados en la Adicción a las Drogas. *Información Psicológica*, Núm. 80, 51-59. Recuperado de: https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/ModeloTeorico.pdf, el día 2 octubre de 2022.

Santrock, J. (2004). *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia*. McGraw-Hill
Secretaría de Salud. (20 de agosto de 2015). *¿Qué es la adolescencia? La adolescencia es una etapa muy importante de la vida, que merece ser tratada aparte*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

Torralva, T. (2019). *Cerebro Adolescente, Riesgos y oportunidades*. Paidós.

Vera Pérez, M. C., López Cisneros, M. A., Telumbre Terrero, J. Y., Noh Moo, P. M. (2021) *Habilidades Sociales y Consumo de Alcohol en Adolescentes Estudiantes de Secundaria*, *Revista Jóvenes en la Ciencia*, <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/5552>

Vergara, C. (10 marzo 2023). *Bandura y la Teoría del Aprendizaje Social*. Actualidad en Psicología. <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/>

Vielma, E., & Salas, M. L. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3(9), 30-37

Yankura, J., Dryden, W., (2000) Terapia Conductual Racional Emotiva, Casos Ilustrativos. Desclée De Brouwer.

ANEXOS

Gasca, Celaya, Guanajuato, a 27 de octubre de 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE ALUMNOS DE LA TELESECUNDARIA 393 EN UNA INVESTIGACIÓN

Por medio del presente se le solicita el permiso para que su hija, hijo, tutorada o tutorado, participe en una investigación que tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo para el consumo de sustancias en alumnas y alumnos de la telesecundaria 393.

Si usted acepta y otorga permiso para que el alumno participe, solicitamos de su consentimiento para:

1. Aplicar un cuestionario
2. Dicho cuestionario será aplicado dentro de las instalaciones de la telesecundaria 393 y en horario escolar.
3. Únicamente el responsable de la investigación, el C. Jesús Demetrio García González, tendrá acceso a los datos personales y la información del cuestionario.
4. Al finalizar la investigación se elaborará un informe sobre la evaluación de las habilidades sociales de los estudiantes, este informe será entregado por escrito a la dirección.

Los beneficios de la investigación serán, dar orientaciones sobre un plan de intervención para retardar o prevenir el consumo de sustancias y será de apoyo para la intervención del programa TANGRAM que se está desarrollando dentro de la escuela.

Independientemente de la firma de autorización el/la participante tiene derecho a retirarse en el momento que lo crea necesario.

Si ha comprendido la información que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener, y otorga su consentimiento para su participación y la de su hija (o) o tutorada (o) en los términos antes explicados por favor firme a continuación:

Fecha: _____ Grado: _____ Grupo: _____

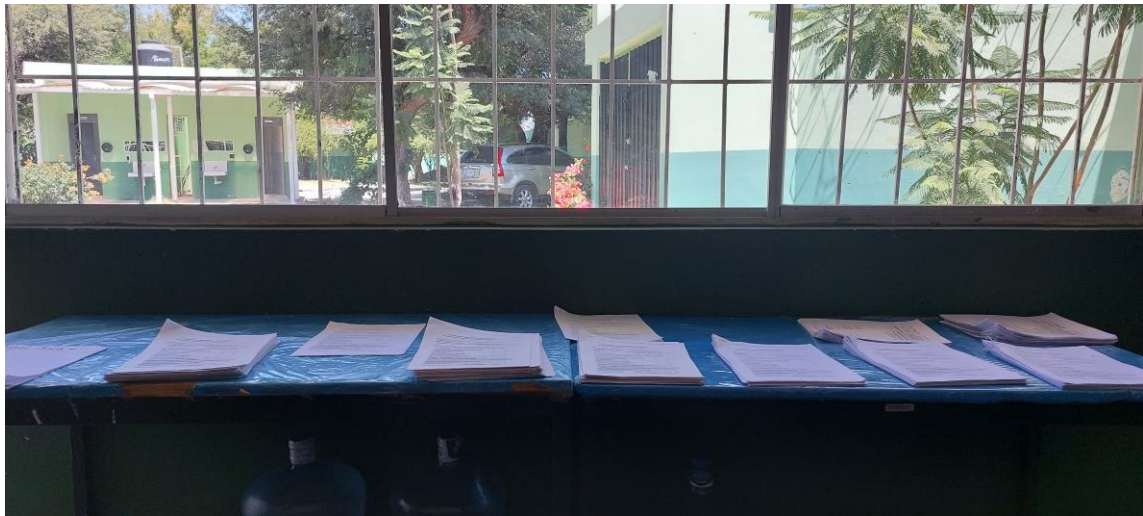
Nombre del Padre, madres o tutor: _____

Nombre del menor _____

participante: _____

Relación con el menor participante: _____

Firma de autorización



Estimada(o) Estudiante

El presente cuestionario tiene preguntas sobre diversos temas que puedes estar viviendo y nos gustaría conocer.

Es importante que sepas que esta información es totalmente anónima y confidencial. Esto significa que nadie, ni padre, madre, tutores, profesores o amigos pueden saber de tus respuestas.

También debes saber que esto no es un examen, no hay respuestas buenas o malas, lo que hay que responder es lo más sincero y honesto posible lo que vives diariamente.

Manifiesto que deseo participar y se me practique este cuestionario, además que previamente mi madre, padre o tutor, firmó el consentimiento informado para que se me aplique este cuestionario.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Acepto

No Acepto

Sexo: Hombre Mujer Otro

Fecha de nacimiento: _____

Grado Escolar

1ero.	2do.	3ero.
-------	------	-------

Edad: _____

Vivo con:

() Mamá y papá

() Sólo abuelos

() Papá y mamá están separados pero vivo con los dos

() Tíos

() Uno de los dos

() Solo

() Madre y su pareja/Padres y su pareja

() Una familia con la que me encargaron

() Abuelos y madre/Abuelos y padre

A continuación, se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Se necesita que anotes tu respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

1 Casi nunca 2 Pocas Veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

	Situación	1	2	3	4	5
1.	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2.	En mi casa predomina la armonía.					
3.	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8.	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9.	Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10.	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.	Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar.					
14.	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

¿Cómo calificarías tu relación familiar?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
----------	------	---------	-------	-----------

Nos gustaría conocer cuáles son las habilidades en las que sientes que eres exitosa(o) y en cuales sientes que no lo eres. Intenta valorar cada una de tus habilidades lo más objetivamente posible, procurando contestar a todas las situaciones que aquí se describen, si no entiendes alguna palabra o expresión, por favor pregunta al aplicador. **No hay respuestas correctas ni incorrectas, solo nos interesa conocer tu punto de vista acerca de tus habilidades.**

Lee cuidadosamente la frase y marca con una palomita la opción que más se acerque a tu manera de actuar en cada situación. Los rubros son 3 y en cada uno existen las siguientes opciones:

1. Frecuencia: Nunca, Raras veces, Algunas veces, Frecuentemente, Siempre
2. ¿Ante quién?: Ante familiares, Ante amigos y compañeros, Ante conocido no amigos, Figuras de autoridad, Cualquier persona, Ante nadie, Ante un extraño, La chava o chavo que me gusta.
3. ¿Dónde?: En la casa, En la escuela, En lugares recreativos, En el trabajo, Cualquier lugar, Ningún lugar, En la calle.

Frase	Frecuencia					¿Ante quién?							¿Dónde?							
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Ante familiares	Ante amigos y compañeros	Ante conocidos no amigos	Figuras de autoridad	Cualquier persona	Ante nadie	Ante un extraño	La chava o chavo que me gusta	En la casa	En la escuela	En lugares recreativos	En el trabajo	Cualquier lugar	Ningún lugar	En la calle
1. Pongo atención cuando alguien me está hablando para atender lo que me dice.																				
2. Puedo iniciar una conversación con personas desconocidas o conocidas, sin sentirme incómoda (o) o ansiosa (o)																				
3. Puedo mantener una conversación con otras (os), hablándoles de temas variados, de tal manera que los mantengo interesados.																				
4. Cuando necesito obtener información sobre algún aspecto particular sé qué preguntar y me dirijo a la persona indicada.																				
5. Agradezco a la o las personas cuando éstas me ayudan o hacen algún favor.																				

Frase	Frecuencia					¿Ante quién?							¿Dónde?							
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Ante familiares	Ante amigos y compañeros	Ante conocidos no amigos	Figuras de autoridad	Cualquier persona	Ante nadie	Ante un extraño	La chava o chavo que me gusta	En la casa	En la escuela	En lugares recreativos	En el trabajo	Cualquier lugar	Ningún lugar	En la calle
6. Cuando llego a una reunión donde se encuentran personas que desconozco me presento ante ellas por iniciativa propia.																				
7. Cuando llego acompañada (o) de amigas (os) a un lugar donde sólo a mí me conocen, las (os) presento.																				
8. Soy capaz de reconocer las cualidades de otra u otras personas y de decirles lo que me gusta de ellas.																				
9. Pido ayuda cuando me doy cuenta de que estoy en dificultades y problemas.																				
10. En trabajos en equipo decido la mejor forma de tomar parte de las actividades del grupo																				
11. Puedo explicar con claridad a otra u otras personas cómo hacer una tarea específica, de tal forma que me entiendan.																				
12. Puedo seguir las instrucciones que da otra u otras personas llevándolas a cabo adecuadamente.																				
13. Pido disculpas a otra u otras personas cuando me doy cuenta de que las he ofendido.																				
14. Cuando considero que tengo la razón trato de convencer a las (os) otras (os) de que mis ideas son las mejores.																				
15. Me siento capaz de identificar mis sentimientos y emociones en un determinado momento.																				
16. Soy capaz de compartir mis sentimientos y emociones con otra u otras personas haciéndoselo saber.																				
17. Trato de entender los sentimientos y emociones de otras personas respetando lo que están sintiendo.																				
18. Expreso a otra u otras personas mis sentimientos hacia ellas.																				
19. Cuando estás atemorizada (o) tratas de controlar el miedo.																				
20. Me digo cosas agradables cuando considero que merezco ser halagada (o).																				

Frase	Frecuencia					¿Ante quién?							¿Dónde?								
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Ante familiares	Ante amigos y compañeros	Ante conocidos no amigos	Figuras de autoridad	Cualquier persona	Ante nadie	Ante un extraño	La chava o chavo que me gusta	En la casa	En la escuela	En lugares recreativos	En el trabajo	Cualquier lugar	Ningún lugar	En la calle	
21. Cuando necesito un permiso lo pido en el momento adecuado y con la persona adecuada.																					
22. Cuando necesito pedir algún permiso logro obtenerlo.																					
23. Ofrezco participar con otra u otras personas cuando me doy cuenta de que puede (n) apreciarlo.																					
24. Ayudo a otras (os) cuando me lo solicitan																					
25. Cuando otra (s) personas tienen una posición contraria a la mía, negocio con ella (s) para intentar llegar a un acuerdo que convenga a ambas partes.																					
26. Me siento capaz de controlar mi carácter si considero que las cosas no pueden ser de otra manera.																					
27. Me defiendo haciendo conocer a otra u otras personas cuáles son mis derechos.																					
28. Cuando otra u otras personas se burlan de mí, puedo mantener el control de mis emociones.																					
29. Evito involucrarme en situaciones conflictivas que puedan ocasionarme algún problema.																					
30. Me mantengo fuera de peleas.																					
31. Digo a otra u otras personas cuando son responsables de causarme un problema particular.																					
32. Trato de llegar a una solución favorable cuando alguien se queja de mí injustificadamente.																					
33. En situaciones competitivas entre compañeras (os), expreso opiniones honestas a quienes compiten.																					
34. En situaciones donde me siento avergonzada (o) pienso o hago cosas que me ayuden a reducir mi vergüenza.																					

Frase	Frecuencia					¿Ante quién?							¿Dónde?								
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Ante familiares	Ante amigos y compañeros	Ante conocidos no amigos	Figuras de autoridad	Cualquier persona	Ante nadie	Ante un extraño	La chava o chavo que me gusta	En la casa	En la escuela	En lugares recreativos	En el trabajo	Cualquier lugar	Ningún lugar	En la calle	
35. Si en una actividad particular donde deseaba participar no me toca ser elegida (o), hago o pienso cosas para sentirme bien ante dicha situación.																					
36. Cuando una (o) de mis amigas (os) no ha sido tratada (o) justamente, lo hago saber a otro (os) para defenderla (o).																					
37. Cuando tratan de convencerme de algo, analizo cuidadosamente la situación explorando lo que yo verdaderamente deseo antes de decidir que hacer.																					
38. Cuando me encuentro en una situación particular de fracaso, razono acerca de lo que puedo hacer para ser más exitosa (o) en el futuro.																					
39. Cuando alguien me dice algo que no es muy claro, digo o hago cosas que indican lo que me quieren decir para comprobar que les he entendido.																					
40. Cuando me doy cuenta de que he sido acusada (o) por alguien decido la mejor manera de actuar ante la persona que hizo la acusación.																					
41. Expreso mi punto de vista ante una conversación que considero interesante.																					
42. Cuando siento la presión de otras (os) para hacer alguna cosa, decido en función de lo que verdaderamente deseo hacer.																					
43. Actúo con entusiasmo cuando inicio una tarea que considero interesante.																					
44. Me doy cuenta cuando la situación está fuera de mi alcance y que yo no provoqué.																					
45. Decido de manera realista lo que puedo hacer antes de iniciar una tarea.																					
46. Conozco realmente mis capacidades para llevar a cabo una tarea particular.																					

Frase	Frecuencia					¿Ante quién?							¿Dónde?								
	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	Ante familiares	Ante amigos y compañeros	Ante conocidos no amigos	Figuras de autoridad	Cualquier persona	Ante nadie	Ante un extraño	La chava o chavo que me gusta	En la casa	En la escuela	En lugares recreativos	En el trabajo	Cualquier lugar	Ningún lugar	En la calle	
47. Cuando necesito saber algo, sé cómo y dónde buscar la información.																					
48. Ante una serie de tareas decido razonablemente cuál de ellas es más importante para resolverla en primer lugar.																					
49. Antes de tomar una decisión evalúo las diferentes posibilidades en términos de ventajas y desventajas, para elegir la que considero que será la mejor.																					
50. Al desempeñar alguna actividad, previamente hago una planeación que me ayude a lograr la misma.																					

¿Cuántas veces has fumado cigarros?

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 veces o más
En tu vida							
En los últimos 12 meses							
En los últimos 30 días							

¿Cómo consigues tus cigarros?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
Compro en la tienda				
Me los da un familiar				
Los saco de una tienda sin pagarlos				
Los quito a un familiar sin que se entere				
Me los dan amigos o compañero de la escuela				

¿Alguien de las siguientes personas consume cigarros?

	No	Si
Padre o tutor		
Madre o tutora		
Hermana/s (o/os)		
Mejor amiga (o)		
Algún otro adulto con el que vives		

¿Cuántas veces has bebido alcohol?

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 veces o más
En tu vida							
En los últimos 12 meses							
En los últimos 30 días							

¿Cómo consigues el alcohol que consumes?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
Compro en la tienda				
Me los da un familiar				
Lo saco de una tienda sin pagarlos				
Lo quito a un familiar sin que se entere				
Me lo dan amigos o compañeros de la escuela				

¿Alguien de las siguientes personas consume alcohol?

	No	Si
Padre o tutor		
Madre o tutora		
Hermana/s (o/os)		
Mejor amiga (o)		
Algún otro adulto con el que vives		

¿Cuántas veces has consumido drogas?

	Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 veces o más
En tu vida							
En los últimos 12 meses							
En los últimos 30 días							

¿Cómo consigues la droga que consumes?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
Compro en algún lugar				
Me la da un familiar				
La saco de un lugar sin pagarla				
La quito a un familiar sin que se entere				
Me la dan amigos o compañeros de la escuela				

¿Alguien de las siguientes personas consume drogas?

	No	Si
Padre o tutor		
Madre o tutora		
Hermana/s (o/os)		
Mejor amiga (o)		
Algún otro adulto con el que vives		