



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL  
APLICADA EN ADOLESCENTES  
CON CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS  
PROPUESTA DE TALLER**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**GABRIELA GUZMÁN VELAZQUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ**

**MIEMBROS DEL COMITÉ:  
MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS  
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ**

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2024.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

<b>CAPÍTULO I. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Antecedentes históricos de la TREC</b>	<b>3</b>
1.2 . Terapia Racional Emotiva Conductual y CBT	6
1.3. Terapia Racional Emotivo Conductual, fundamentos básicos y técnicas.	8
1.4. Evolución de la Terapia Racional Emotiva en el tiempo	9
1.5. Papel actual de la Terapia Racional Emotiva en el ámbito de las adicciones.	9
<b>CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA.</b>	<b>9</b>
2.1. Antecedentes y conceptos.	10
2.2. Etapas de la adolescencia	15
2.3. Desarrollo físico durante la adolescencia	16
2.3.1. El cerebro durante la adolescencia.	21
2.4. Desarrollo emocional y psicosocial en la adolescencia.	25
2.5.1. Antecedentes y fundamentos	29
2.6. Teorías sobre la adolescencia.	36
2.6.1. Teoría psicoanalítica.	36
2.6.2. Teoría conductual.	38
2.6.3. Teoría cognitiva.	40
2.6.4. Teoría del aprendizaje social.	40
2.7. Adolescencia y consumo de sustancias adictivas.	40
2.8. Factores de riesgo individuales: actitudes, creencias y valores.	40
2.9. La familia en el tratamiento de adolescente.	40
<b>CAPÍTULO III. CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS</b>	<b>40</b>
3.1. Antecedentes del consumo de sustancias adictivas.	40
3.2. Definición de conceptos.	43
3.3. Neurobiología de las adicciones.	49
3.4. Clasificación de sustancias y sus efectos.	52
3.5. Riesgos para la salud.	57
3.6. Enfoques teóricos del consumo de sustancias adictivas en psicología.	57
3.6.1. Psicoanálisis.	57
3.6.2. Cognitivismo y conductismo.	62
3.6.3. Neurociencias.	62
3.7. Panorama actual del consumo de sustancias adictivas en México y el mundo.	64
3.7.1. Estadísticas actuales.	64
3.7.2. Estadísticas por enfermedad	68
3.7.3. Programas para prevención de consumo en adolescentes.	68
3.7.4. Educación para la salud	70
<b>CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA:</b>	<b>73</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso con profundo amor y respeto mi más sincero agradecimiento a mi madre, María Julieta Velazquez. Ya que su indiscutible influencia y cariño han sido mi fuente constante de inspiración a lo largo de todo este recorrido académico. A través de su gran determinación y sabiduría, ha sido mi faro en momentos de duda y desafío, así como su apoyo ha sido el motor que me ha impulsado a perseverar y a superar muchos de los obstáculos de mi vida.

A mi padre Alfredo Guzmán, le reconozco profundamente por su continua guía y apoyo, así como sus consejos llenos de amor y comprensión, pues han sido una fuente inagotable de fortaleza y sabiduría para mí.

A mi querida hermana Lizeth Guzmán, le agradezco sinceramente por ser mi ejemplo de fortaleza y resiliencia, pues tu apoyo incondicional y tus palabras de aliento me han dado la fuerza para enfrentar los desafíos con valentía. Por tanto, te deseo lo mejor en la vida y espero seguir compartiendo juntas nuestros sueños y logros.

A mi tía consentida Guadalupe Guzmán, no puedo más que expresarle mi más profundo agradecimiento. Gracias por recordarme constantemente el compromiso que tenía conmigo misma y por alentarme con tu singular manera a llegar a este punto de mi vida profesional. Tu inquebrantable fé en mi capacidad y dedicación han sido un impulso invaluable en mi trayectoria académica.

A mi familia, le agradezco a aquellos que confiaron en mí, que tuvieron una palabra de aliento, que me hicieron creer en mis capacidades y en que sin importar nada creyeron en mí. Gracias a toda mi familia por que sin ustedes yo no sería la persona que soy el día de hoy, gracias por confiar en que podría llegar hasta este momento.

También quiero mencionar con especial gratitud y cariño a mi querida abuela Guadalupe Rojas, quien ha conseguido llevar a cabo ávidamente el papel de los tres abuelos que por azares de la vida me hicieron falta. Gracias querida abuelita, por todo tu apoyo en cada momento complicado que me tocó, gracias por ser mi sostén en muchas ocasiones, mi confidente y mi guía en varias etapas de mi vida, gracias por toda tu enseñanza, gracias por hacerme la vida un poco más sencilla. Siempre te estaré agradecida, por tus consejos, tus cuentos, tus anécdotas, pero sobre todo por el infinito amor que me has dado hasta el día de hoy, te quiero mucho Abu.

A mi hermosa casa de estudios, quien me acogió desde mi adolescencia, gracias por enseñarme lo bonito de tu esencia, por hacerme parte de esta gran comunidad de profesionales dignos poseedores del conocimiento que tus aulas nos regalaron. Sin duda alguna es un honor pertenecer a esta noble institución.

No puedo dejar de mencionar a León Román a quien le agradezco haber llegado a mi vida para ayudarme a construir algo aún más lindo, por estar presente y apoyarme en todas mis locuras, por ser además de mi pareja, un buen amigo, alguien a quien puedo acudir por un abrazo o por un consejo. Gracias por creer en mí a cada paso sin importar cuantas veces quise claudicar. Gracias por ser quien eres.

A mi amigo Juan Manuel Sánchez, muchas gracias por todo el apoyo que nos diste, por recibirnos en tu casa y hacernos parte de tu vida, muchas gracias querido Chema.

A mi directora de Tesis Yolanda Bernal, gracias por su gran vocación, por su guía en este proceso y por ser parte de este gran paso en mi vida profesional.

Por último pero no menos importantes, a todos mis profesores de carrera y anteriores que me brindaron todo su conocimiento, agradezco siempre haberme encontrado con cada uno de ustedes, ya que aportaron grandes cosas en mi persona, a tal punto que el día de hoy estoy escribiendo los agradecimientos de mi tesis, y eso no sería posible sin su valioso aporte.

## CAPÍTULO I. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

*“No son los acontecimientos los que nos perturban, sino las  
opiniones que tenemos sobre ellos”*

*Epicteto (55-135 d.C.)*

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), desarrollada por el psicólogo estadounidense Albert Ellis, es una terapia cognitivo-conductual ampliamente utilizada en la actualidad para tratar diversos trastornos, como ansiedad, depresión y adicciones. Ellis creó esta terapia como alternativa al psicoanálisis debido a su insatisfacción con esta última. La TREC ha demostrado ser efectiva y sigue siendo ampliamente reconocida y validada por su eficacia en la actualidad.

### **1.1. Antecedentes y fundamentos de la TREC**

Albert Ellis, el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), tuvo un papel fundamental en su desarrollo. Sus inicios se relacionan con su aprecio por la lectura de escritores antiguos y contemporáneos, así como con los desafíos personales que enfrentó. Estos desafíos le llevaron a experimentar notables cambios en su vida, y en 1955 fundó la primera terapia de corte cognitivo-conductual.

La Terapia Racional Emotiva Conductual, también conocida como TREC por sus siglas, surgió de la vida personal y los desafíos del propio Ellis. Durante su infancia y adolescencia, enfrentó problemas de salud y de personalidad, como timidez y miedo a hablar en público. Estos desafíos le llevaron a pasar mucho tiempo en ambientes hospitalarios, donde comenzó a desarrollar los conceptos fundamentales de la TREC. Fue en este período de soledad que descubrió una de sus pasiones más grandes, la que más tarde lo convertiría en uno de los principales exponentes de la psicología contemporánea (Legal, L. 2017).

Cultivó su pasión por la lectura, la escritura y la aplicación de las ideas de filósofos antiguos como Confucio, Buda, Epicuro, Epicteto, Marco Aurelio, así como pensadores modernos como Spinoza, Kant y Hume. A los 19 años, comenzó a utilizar un enfoque filosófico-cognitivo en combinación con la técnica de desensibilización *in vivo* y la asignación de tareas para abordar sus problemas emocionales, incluyendo su ansiedad social y dificultad para hablar en público. Este enfoque le permitió superar sus desafíos personales. Más tarde, obtuvo la licenciatura en Psicología clínica en la Universidad de Columbia y posteriormente completó un doctorado en filosofía. Comenzó a ejercer como psicoterapeuta en áreas como terapia sexual y de pareja (Ellis, A. 1990).

En sus primeros años, albergaba dudas sobre la aplicación y eficacia de las técnicas psicoanalíticas y a pesar de formarse como analista y ejercer dicha terapia, comenzó a desilusionarse aquella corriente en 1953, pues no consideraba que fuera una alternativa realmente beneficiosa para sus pacientes.

En cierto periodo intentó dar un revestimiento científico al psicoanálisis, pero finalmente abandonó al considerarlo más perjudicial que útil para sus pacientes.

Fue entonces cuando Ellis comenzó a implementar sus propias técnicas, influenciado por la filosofía y el conductismo clásico, les dio un enfoque directivo y activo propio de él para abordar temas como la resolución de problemas. Estas nuevas técnicas dieron origen a su propio modelo terapéutico, que se caracterizó por sesiones más cortas y menos frecuentes en comparación con el psicoanálisis, pasando de cuatro o cinco sesiones por semana a una o dos veces. Además, reemplazó el diván por entrevistas cara a cara, marcando una diferencia notoria entre su enfoque y el psicoanálisis (Legal, L. op. cit).

Ya en el año de 1955 surgió formalmente la que sería su obra maestra y lo colocaría como uno de los psicólogos más influyentes de la actualidad. Inicialmente la denominó como Terapia

Racional, sentando las bases de esta en el artículo ‘Nuevos enfoques de las técnicas psicoterapéuticas’.

Dicho nombre resaltaba los aspectos cognitivos y filosóficos mismos que pretendían marcar la diferencia con las terapias de la década de los años cincuenta (Contreras, A. 2008).

Ellis fue el pionero en la aplicación de su técnica terapéutica en sus primeros años. Posteriormente, compartió su enfoque con amigos psicoterapeutas y lo enseñó a otros a través de grabaciones de sus sesiones. A pesar de sus valiosas contribuciones a la psicología, Ellis enfrentó la oposición de muchas escuelas psicológicas, psiquiatras y psicoanalistas, que lo excluyeron e incluso le negaron la participación en congresos. Algunos críticos consideraron que la Terapia Racional era superficial y excesivamente racional, sin abordar aspectos emocionales, calificándola como ineficaz (Legal L, op. cit.).

En 1961, cambió el nombre de su enfoque a Terapia Racional Emotiva, para destacar la relación entre el pensamiento y las emociones y evitar confusiones con el racionalismo.

Un año después, presentó su primer libro sobre esta técnica para profesionales, y debido a su interés en la filosofía, su modelo terapéutico incluyó elementos filosóficos y estaba abierto al debate. Ellis creía que si las personas adoptaban una filosofía de vida más saludable, se reduciría la probabilidad de trastornos mentales.

La influencia filosófica en su técnica se basaba en sus autores favoritos de la juventud, pero también incorporaba ideas y perspectivas de terapeutas prominentes de la escuela cognitiva, como Adler, Cové, Herzberg, entre otros (Ellis, A. op. cit).

El primer modelo psicoterapéutico que se presentó bajo esta técnica contenía características únicas:

1. Enseñaba una filosofía clara y coherente que fomentaba un pensamiento y estilo de vida más racional, con el propósito de ayudar a las personas a mejorar en lugar de simplemente sentirse bien.
2. Promovía la autoaceptación incondicional en lugar de enfocarse en la autoestima.
3. Inicialmente se centraba en las perturbaciones secundarias, aquellas que surgían como consecuencia de la perturbación inicial.
4. Fomentaba el debate filosófico sobre los "*Deberías*" personales en lugar de debatir sobre conclusiones distorsionadas de manera empírica.
5. Distinguía entre tipos de emociones negativas, diferenciando entre emociones saludables y no saludables.

Es así que gracias a la influencia y el respaldo de Eysenck, así como a la inclusión de los escritos de Ellis en sus libros, se contribuyó al desarrollo de la psicoterapia cognitivo-conductual (Legal L, op. cit).

La Terapia Racional Emotiva (TRE) unió de manera sólida la terapia conductual y la terapia experimental al incorporar el debate filosófico y la reestructuración cognitiva. Esto se logró mediante la implementación conjunta de métodos como la asignación de tareas, la ya mencionada desensibilización in vivo, la utilización de refuerzos y el entrenamiento en habilidades. La TRE influyó en muchas técnicas conductuales de la época y se convirtió en la precursora de la terapia cognitivo-conductual, también conocida como CBT por sus siglas en inglés.

Autores posteriores, como Bandura, Beck y R. Lazarus, desarrollaron sus propias variantes de CBT, aparentemente de manera independiente de la TRE, pero esto ocurrió casi una década después. La TRE también pareció influir en varios pioneros de la modificación

cognitivo-conductual, incluyendo a Glasser, Goldfried, Davison y Greenwald, entre otros (Ellis, A. op. cit).

En los años posteriores, Albert Ellis realizó una amplia gama de contribuciones a su causa, participando en proyectos como la 'Escuela de la Vida' y escribiendo publicaciones relacionadas con el ámbito laboral, entre otros. A la edad de 64 años, editó el primer manual de la Terapia Racional Emotiva (TRE) titulado 'Manual en Terapia Racional Emotiva, vol. 1'.

A los 66 años, escribió el artículo 'Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct', en el cual introdujo una nueva categoría en la TRE y detalló el concepto de 'Baja tolerancia a la frustración'.

En 1986, publicó su segundo libro, 'Manual en Terapia Racional Emotiva, vol. 2', que incorporó nuevos elementos a la terapia, incluyendo una revisión del modelo ABC. En 1993, realizó una nueva modificación, cambiando el nombre de su modelo a 'Terapia Racional Emotiva Conductual' o TREC, destacando los cambios originados por comportamientos externos y su relación con los cambios a nivel cognitivo y emocional, que eran los objetivos de este enfoque terapéutico.

Hasta su fallecimiento en 2007, Albert Ellis trabajó incansablemente en la evolución de una nueva forma de psicoterapia, siendo uno de los fundadores teórico-prácticos de la terapia cognitivo-conductual (Legal L, op. cit).

## **1.2 . Terapia Racional Emotiva Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)**

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) es una terapia cognitivo-conductual que se basa en conceptos de la psicología conductista y cognitiva. Su objetivo principal es ayudar a las personas a vivir de manera más adaptativa, minimizando los problemas emocionales y conductuales para lograr la autorrealización y una vida más plena. Albert Ellis fue a su vez quien

introdujo el concepto de 'Ideas irracionales', que son creencias falsas sobre uno mismo y los demás.

La TREC parte del supuesto de que las emociones y conductas de las personas son el resultado de sus propias creencias y de cómo interpretan la realidad. Busca identificar pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más lógicos y racionales para alcanzar objetivos y metas. En este enfoque, se considera que las perturbaciones emocionales son el resultado de interpretaciones personales más que de las situaciones en sí mismas.

El modelo ABC y las ideas irracionales son elementos clave en la terapia. Además, se distinguen dos tipos de ansiedad: La ansiedad del ego, relacionada con la evaluación de la valía del ser humano y la depresión, y la ansiedad situacional, que se deriva de una baja tolerancia a la frustración. Estos conceptos convergen en ciertos aspectos con la Terapia Cognitiva (TC) de Beck, que también se enfoca en la ansiedad y depresión. Beck por su parte propuso un inventario cuantitativo para evaluar la intensidad de las manifestaciones conductuales relacionadas con la depresión.

Entonces, tanto en la TREC como en la TC, se abordan las 'Distorsiones cognitivas' que pueden desencadenar emociones, conductas y consecuencias negativas.

En la TC de Beck, se considera que en la depresión predominan las actitudes y los esquemas cognitivos relacionados con la pérdida, mientras que en la ansiedad, la amenaza es el factor principal en las creencias. Ambos enfoques reconocen que la pérdida y la amenaza son eventos potencialmente reales en el proceso emocional (Pizarro, H. 2006).

Este mismo autor señala, que se han realizado comparaciones teóricas entre la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y la Terapia Cognitiva (TC), y se han identificado relaciones entre las inferencias y procesos secundarios de la TREC y las distorsiones cognitivas de la TC. Sin

embargo, una diferencia distintiva de la TREC es su énfasis en el debate filosófico para desafiar la rigidez del pensamiento irracional.

A pesar de estas diferencias, ambas terapias comparten similitudes significativas. Ambas consideran que la causa principal de los malestares emocionales se encuentra en los pensamientos y creencias irracionales de las personas, es decir, en la interpretación que tienen de los acontecimientos. Por lo tanto, el objetivo común en ambas terapias es modificar estos pensamientos irracionales por otros más adaptativos y objetivos para mejorar el bienestar psicológico.

Sin embargo, la TREC es y será parte de todas y cada una de las TCC, pues éstas derivan de los planteamientos y adhesiones que llevó a cabo la TREC al incluir los métodos de modificación conductual y cognitivos (Vega, Leonor, Calvo, M, 2017).

En el siguiente punto detallaremos cada una de las técnicas ya descritas anteriormente y las que se encuentren anexas con el paso del tiempo.

### **1.3. Fundamentos básicos, modelo y técnicas de la TREC.**

Dentro de la Terapia Racional Emotivo Conductual, sabemos que existen fundamentos básicos sobre los que se establece la manera en la que se lleva a cabo cada sesión terapéutica, que si bien se mencionan algunos de ellos a grandes rasgos en el apartado anterior, es necesario ahondar más al respecto, por tanto a continuación explicaremos a detalle en qué consiste cada uno de ellos, así como también nos adentraremos en las técnicas implementadas en la TREC.

#### **Modelo ABC**

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) considera al ser humano como un organismo complejo, biopsicosocial, impulsado por objetivos, especialmente los de supervivencia y bienestar. Estos objetivos primarios dan origen a metas secundarias a lo largo de la vida, que

buscan proporcionar felicidad y sentido a nuestras vidas. Cuando perseguimos una meta en diversas áreas de nuestra vida, como trabajo, familia o social, nos enfrentamos a acontecimientos activadores (A) que pueden facilitar o dificultar la consecución de nuestras metas, dependiendo de cómo los evaluemos.

Albert Ellis propuso el modelo ABC para estudiar este proceso. En este modelo, A representa el acontecimiento activador, que por sí mismo no genera consecuencias emocionales, cognitivas o conductuales (C).

En cambio, las consecuencias (C) dependen de nuestra interpretación (B) de dicho acontecimiento. B se refiere a nuestras creencias sobre el evento activador y actúa como el mediador principal entre lo que sucede en nuestro entorno y cómo reaccionamos ante ello.

Es importante destacar que A, B y C interactúan entre sí y no siempre en la misma dirección. Un evento activador puede generar consecuencias emocionales, cognitivas o conductuales, al mismo tiempo que influye en nuestras creencias sobre el evento (Fernández, 2012).

En el enfoque cognitivo-conductual, se destaca la importancia de tratar las creencias personales, conocidas como "sistema de creencias" o "B". A menudo, las personas tienden a atribuir sus dificultades emocionales o trastornos de comportamiento a situaciones de vida, lo que puede no ser evidente. El monólogo interno refleja la importancia que otorgamos a los acontecimientos, lo que se relaciona con nuestras creencias personales.

Cuando estas creencias son absolutistas, catastrofistas y generalizadas, se llaman "Creencias irracionales". Estas creencias pueden predisponer a las personas a trastornos emocionales. Por lo tanto, el objetivo de la terapia es hacer que la persona sea consciente de estas creencias y proporcionar herramientas para modificarlas hacia creencias más objetivas (Caropreso, R. M, 2015).

El autor sostiene que el primer paso hacia el cambio en la filosofía de nuestros pensamientos, incluyendo la identificación y modificación de creencias, implica hacer consciente la dinámica ABC. Sin embargo, existe el riesgo de complicaciones en este esquema básico, donde las consecuencias pueden convertirse en eventos secundarios, desencadenando pensamientos secundarios y consecuencias adicionales en una cadena de pensamientos que reflejan la tendencia humana a reflexionar sobre sus propios pensamientos.

Las creencias no son simples conjeturas, sino que están entrelazadas con experiencias que se originaron en edades tempranas, algunas innatas y otras aprendidas.

A pesar de esto, el modelo se centra en el presente, en los pensamientos de la persona, es decir en el "Aquí y ahora", sin descuidar la comprensión de los orígenes de tales pensamientos. En ocasiones, es necesario que la persona comprenda cómo se formaron sus percepciones sobre el mundo, sí misma y las personas que la rodean. Por lo tanto, el diagnóstico se enfoca en definir los pensamientos que conforman la dinámica cognitiva de la persona.

Por otra parte y de acuerdo con Ellis, hay tres niveles de profundidad y de generalidad del cambio:

1. Cuándo la persona toma consciencia de que su trastorno proviene de B (Creencia irracional) y no directamente de A (Acontecimiento)
2. Cuándo la persona toma consciencia de cómo ha podido mantener esa creencia irracional mediante el auto-reforzamiento de la misma.
3. Cuándo la persona trabaja de manera activa el reemplazo de dichas creencias irracionales por creencias racionales por medio de la carga de intercesiones de corte cognitivo, conductual y emocional (Merlo Marroquín, L. J., 2015)

Los pensamientos y creencias de las personas pueden variar en profundidad, desde superficiales y fáciles de reconocer hasta profundos y difíciles de identificar. Los terapeutas necesitan entrenamiento práctico para ayudar a las personas a identificar estos pensamientos, ya que el diagnóstico se basa en definir los pensamientos que conforman su dinámica cognitiva. En el contexto del diagnóstico psicológico, se recurre automáticamente al Manual DSM, donde, en el marco de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), el diagnóstico se enfoca en las consecuencias (C), siendo las conductas y las emociones los elementos que definen el trastorno.

En este sentido, y ya que se ha dado contexto a la base de la técnica principal de la TREC, es necesario profundizar con todo lo que esta conlleva y cómo es que Ellis conceptualizaba cada uno de los puntos de su teoría.

Según Cardona (2018), desde la perspectiva de Ellis no se propone fragmentar al ser humano, ya que este siempre es cognitivo, emotivo y conductual al mismo tiempo. Sin embargo, para una mejor comprensión de su teoría, es necesario dividir algunas de sus concepciones.

El primer pilar fundamental de esta teoría es el papel de las emociones, que se consideran como procesos vinculados al pensamiento humano. Estas emociones pueden surgir a través de tres procesos: 1. Procesos sensorio-motrices, 2. Estimulación biofísica regulada por el sistema nervioso autónomo, hipotálamo y centros subcorticales, 3. Procesos de pensamiento. En otras palabras, el pensamiento no es la única forma de controlar las emociones, aunque sigue siendo la opción más efectiva para modificarlas o controlarlas, a pesar de que otras alternativas pueden depender de circunstancias y contextos situacionales.

Entonces, las emociones se consideran una forma compleja de comportamiento relacionada con los procesos sensoriales y de respuesta. Según la Dra. Arnold, las emociones suelen originarse cuando un evento se percibe como agradable o desagradable, lo que puede inducir a acercarse o

alejarse. Inicialmente, las emociones son automáticas (emociones puras), pero pueden volverse más reflexivas cuando se comparan con experiencias previas (emociones mantenidas).

Las emociones puras son reacciones automáticas e impulsivas que carecen de un proceso previo de evaluación, lo que lleva a respuestas inmediatas. Sin embargo, eventos intensos pueden dar lugar a emociones contenidas. En contraste, las emociones mantenidas implican reflexión y control, donde cada emoción confirma un pensamiento que a su vez genera una respuesta emocional.

Según Ellis, el aprendizaje desempeña un papel crucial en la formación de pensamientos racionales e irracionales, y esta influencia se produce principalmente durante la infancia.

Durante este período, los infantes pueden establecer sistemas de creencias que continuarán en la vida adulta, aunque esta no es una situación irreversible.

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) sostiene que los infantes aprenden sus sistemas de creencias a partir de su entorno familiar, educativo y social. Estos sistemas de creencias pueden incluir tanto creencias racionales como irracionales. A medida que los niños crecen, tienen la opción de mantener esas creencias o modificar su esquema de pensamiento y creencias irracionales.

Si los niños internalizan ideas irracionales en la infancia, es probable que experimenten problemas emocionales en el futuro. Por otro lado, si reflexionan y evalúan sus creencias, serán menos susceptibles a pensamientos poco racionales y a la influencia de las opiniones de los demás sobre ellos.

El sistema de creencias, según Ellis, abarca aspectos cognitivos como recuerdos, pensamientos, imágenes, actitudes y creencias racionales o irracionales. Estos elementos no siempre son evaluados objetivamente y a menudo se perciben de manera radical, lo que depende de las experiencias pasadas y recientes.

## **Pensamientos o creencias irracionales.**

Los pensamientos desempeñan un papel fundamental en el modelo ABC de Ellis, ya que dependen de factores individuales, ambientales y culturales. Ellis identificó dos tipos de pensamientos o creencias: los racionales, que favorecen la felicidad al permitir elecciones enfocadas en metas y valores, utilizando métodos flexibles para evitar resultados desfavorables. Por otro lado, los pensamientos irracionales son contraproducentes y autodestructivos, generando repercusiones emocionales y conductuales. Estos pensamientos a menudo se basan en mandatos absolutistas e ilógicos, como "Debería de" o "Tengo que", y suelen interferir en la felicidad y la supervivencia de las personas.

Albert Ellis identificó once creencias irracionales que son comunes entre las personas con este tipo de pensamientos. Estas creencias son una lista preliminar y no necesariamente definitiva. Las creencias irracionales incluyen:

1. La necesidad de aprobación y amor incondicional de personas importantes, lo que puede generar inseguridad y frustración.
2. La creencia de que se debe ser competente en todos los aspectos de la vida para tener valía como persona.
3. La idea de que las personas malas deben recibir castigo por sus acciones.
4. La percepción de que cualquier imperfección o desviación de lo deseado es catastrófica.
5. La creencia de que todas las desgracias son causadas por factores externos y que no se puede hacer nada al respecto.
6. La constante anticipación de lo peor en cualquier situación.
7. La preferencia por evitar problemas en lugar de enfrentarlos y asumir responsabilidades.
8. La necesidad de depender de alguien más fuerte en quien confiar y apoyarse, en lugar de manejar la propia vida.

9. La creencia de que el pasado determina el presente y el futuro de una persona.
10. La preocupación constante por los problemas de los demás.
11. La expectativa de que todos los problemas deben tener una solución eficaz; de lo contrario, se considera catastrófico (Merlo Marroquín, L. J. op. cit) (Moreta Enríquez, M. D. C. op. cit).

Si bien Ellis elaboró esta lista, unos años más tarde anexó algunos otros puntos a ella:

- La motivación diaria es indispensable para conseguir nuestras metas.
- Es imprescindible no ser lastimado por lo tanto cada paso que se da, se debe tener la certeza de que no será lastimado.
- No es posible amar y tener felicidad si no es con la persona que yo elegí, de no ser de esta forma no se es digno y seguramente hay algo malo con la persona, lo que es imposible de soportar.
- Los hijos son el reflejo de los padres, por tanto si ellos fracasan es por causa de un mal progenitor y se asume toda la responsabilidad como suya.
- Las personas deben tratarme justamente así como proporcionar todo lo que necesite.
- Es necesario que todos cubran las expectativas de no ser así es algo insoportable.
- Los problemas que se presenten deben ser los menos.
- Es una necesidad recibir recompensas de forma inmediata, de lo contrario debo sentirme infeliz y desgraciado (Caropreso, R. M, op. cit).

Ellis considera que las creencias irracionales son pensamientos que surgen de interpretaciones equivocadas que las personas hacen sobre sí mismas, otras personas y su entorno, basadas en sus propias experiencias. Estas creencias irracionales son falsas y a menudo se expresan como demandas, necesidades o deberes, acompañadas de emociones inapropiadas que pueden obstaculizar el logro de objetivos personales.

Dichas creencias suelen ser dogmáticas y absolutistas, formuladas como exigencias. Cuando no se satisfacen estas exigencias, que a menudo se perciben como deseos, pueden desencadenar emociones negativas como culpa, depresión, ansiedad, ira y otras, generando inestabilidad emocional en las personas (Antunez A, B. R., 2020).

Estos sentimientos, según Ellis, se originan a partir de la falsa creencia de que uno nunca debe fracasar y de la completa aceptación por parte de personas significativas. Esto hace que los deseos se conviertan en exigencias absolutas. Este patrón de pensamiento se desarrolla en la infancia y se ve influenciado por estilos de crianza que satisfacen todos los deseos sin ninguna restricción.

A medida que las personas crecen, su pensamiento adulto tiende a considerar que los deseos son exigencias, tanto para uno mismo como para los demás. Esto conduce a momentos de frustración, ya que no siempre habrá alguien dispuesto a satisfacer esos deseos, generando dificultades emocionales y conflictos (Benavides, J. 2014).

Además de las creencias irracionales, las personas con perturbaciones emocionales a menudo se aferran a demandas rígidas y totalitarias que generan "necesidades completamente falsas y desconcertantes". Estas demandas suelen incluir palabras como "debo", "tengo" y "necesito" y se aplican no solo a la persona misma, sino también a los demás y al mundo en general.

Cuando estas demandas no se cumplen, pueden desencadenar reacciones como el tremendismo, baja tolerancia a la frustración y las emociones previamente mencionadas, como depresión, ira y cólera (Gonzales Araujo, R. E., 2017).

La adquisición y el mantenimiento de creencias irracionales, según Ellis, están influenciados por varios factores. Estos factores incluyen:

1. La tendencia innata de las personas a la irracionalidad.
2. La historia de aprendizaje del individuo.

Las personas pueden aprender o adquirir creencias irracionales o racionales a través de su experiencia personal o desde su entorno socio-familiar. Sin embargo, las creencias y conductas racionales que hacen que una persona tenga actitudes preferenciales hacia objetivos específicos pueden volverse irracionales debido a la tendencia innata hacia la irracionalidad.

Según Ellis, existen tres factores que pueden explicar la persistencia de estas creencias una vez que han sido adquiridas por un individuo:

1. Baja tolerancia a la frustración: La persona que posee estas creencias de bienestar inmediato tiende a buscar la satisfacción a corto plazo, lo que inhibe cualquier esfuerzo de cambio, ya que esperan que todo debería ser más fácil.
2. Mecanismos de defensa psicológicos: Estos mecanismos surgen de la baja tolerancia a la frustración y la intolerancia hacia el malestar que ello conlleva.
3. Síntomas secundarios: Estos síntomas también están relacionados con la falta de tolerancia a la frustración y se consideran problemas secundarios que surgen como resultado de las creencias irracionales.

Las creencias racionales permiten a las personas adaptarse y alcanzar sus metas. Estas creencias implican un proceso cognitivo que involucra reflexión, modificando pensamientos absolutistas y dogmáticos por preferencias, gustos y anhelos. Esto conduce a la autoaceptación. Además, la auto-verbalización, es decir, lo que una persona se dice a sí misma, influye en la generación de problemas emocionales o la autoaceptación.

Los problemas emocionales no existen por sí solos; son parte de un complejo proceso "sensorial-motriz-cognitivo-emocional". Cuando este proceso se altera, pueden surgir perturbaciones emocionales (Cardona, 2018).

El modelo ABC de Ellis, fundamental para la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), ha experimentado cambios y evoluciones a lo largo del tiempo. En 1994, se reformuló para incluir la

influencia de metas y valores en el modelo y para explicar las diversas formas en que los componentes del ABC interactúan entre sí.

Dentro de la TREC, existe el modelo ABCDEF, que incluye características adicionales. El objetivo central de la TREC es ayudar a las personas a desarrollar pensamientos más racionales y objetivos en relación con los acontecimientos que enfrentan. Esto se logra debatiendo ideas para reemplazar pensamientos dogmáticos y absolutistas por pensamientos más racionales, lo que conduce a sentimientos saludables y comportamientos funcionales para alcanzar metas a largo plazo (Legal, L, 2017) .

En este sentido, el proceso terapéutico en la TREC involucra la implementación del método científico y el debate lógico/empírico para modificar las creencias irracionales de las personas y evitar perturbaciones emocionales. Estos debates se dividen en estrategias y tácticas.

Las estrategias se dividen en tres:

1. Debate lógico-filosófico: Enseñar a las personas a razonar y discernir incoherencias en sus creencias para obtener ideas más razonables.
2. Aspecto empírico-realista: Aplicar el método científico para comprobar la veracidad de las creencias, lo que lleva a generar creencias más objetivas.
3. Aspecto pragmático-práctico: Aplicar un análisis de coste-beneficio para demostrar que mantener ciertas creencias es inconveniente a largo plazo.

Las tácticas terapéuticas incluyen:

1. Mayéutica Socrática: Hacer preguntas que lleven al individuo a cuestionar y reemplazar sus creencias irracionales por alternativas racionales.
2. Didáctica: Proporcionar explicaciones sobre por qué las creencias irracionales son poco objetivas y disfuncionales.
3. Humor: Desdramatizar problemas para separar la gravedad percibida de la realidad.

4. Metáforas: Ayudar a la persona a relacionar la metáfora con su situación problemática y encontrar similitudes.

El objetivo es que las personas desarrollen una filosofía de pensamientos más objetiva y saludable, aceptando la realidad y adoptando creencias racionales en forma de deseos y preferencias. Aceptar que las creencias poco sensatas existen, la tolerancia a la frustración y desdramatización de situaciones conduce a emociones y comportamientos más saludables.

### **Principales técnicas de la TREC**

La TREC de acuerdo con Turner (2007) incluye una variedad de técnicas cognitivas y emotivas para ayudar a las personas a cambiar sus creencias irracionales y mejorar su bienestar emocional y conductual.

Técnicas cognitivas:

1. Detección: Identificación de creencias irracionales.
2. Refutación: Cuestionar y contrastar ideas irracionales.
3. Discriminación: Diferenciar entre creencias irracionales y racionales.
4. Tareas para casa: Autoregistros de eventos activantes, pensamientos, emociones y conductas.
5. Definición: Enseñar a usar el lenguaje de manera más racional.
6. Técnica referencial: Motivar la creación de listas de aspectos positivos sin dicotomías.
7. Imaginación: Uso de la imaginación racional emotiva, proyección en el tiempo y la hipnosis.

Técnicas emotivas:

1. Aceptación incondicional: Aceptar a la persona a pesar de la negatividad de su conducta.
2. Método humorístico: Fomentar el desenfoco de la negatividad de las situaciones.

3. Uso del testimonio del terapeuta: Compartir experiencias personales similares para el acercamiento.
4. Modelamiento vicario: Utilizar historias y parábolas para mostrar creencias irracionales y modificaciones.
5. Inversión de rol racional: Simular situaciones para comprobar efectos de nuevas creencias.
6. Ejercicio de ataques a la vergüenza: Exponerse públicamente a situaciones vergonzosas.
7. Ejercicios de riesgo: Asumir riesgos calculados, como hablar con desconocidos.
8. Repetición de frases racionales: Sustituir ideas irracionales con frases repetidas.
9. Construcción de canciones, cuentos, ensayos o poesía: Crear textos racionales y humorísticos.

Estas técnicas buscan cambiar creencias irracionales y promover emociones y comportamientos más saludables.

Las técnicas conductuales en la TREC son cinco:

1. Tareas para la casa: Se exponen a situaciones evitadas para aprender a afrontarlas.
2. "Quedarse allí": Recuerdo de situaciones incómodas para mejorar la tolerancia.
3. Ejercicios sin demora: Evitar la procrastinación para afrontar la incomodidad.
4. Recompensas y castigos: Reforzamiento de afrontamiento racional y castigo de conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, como la asertividad. Estas técnicas buscan promover un afrontamiento racional y reducir conductas irracionales.

#### **1.4. Estructura de la Terapia Racional Emotivo Conductual**

El proceso de aplicación de la TREC es flexible y puede variar, pero algunos autores, como Lega (op. cit) proponen una estructura de 12 pasos:

1. Definir el problema y las metas terapéuticas.
2. Evaluar un ejemplo concreto del problema.
3. Identificar consecuencias emocionales y conductuales.
4. Identificar los acontecimientos activantes.
5. Identificar problemas emocionales secundarios.
6. Establecer conexiones entre creencias (B) y conductas disfuncionales (C).
7. Evaluar pensamientos y creencias racionales e irracionales
8. Preparar al paciente para el proceso de debate (D).
9. Confrontar creencias irracionales mediante el debate.
10. Aumentar la convicción en las creencias racionales (E) mediante la "imaginación Racional Emotiva".
11. Negociar tareas para realizar en casa.
12. Revisar tareas al inicio de cada sesión para motivar el cambio en el paciente.

No obstante, Dryden, David y Ellis (2010), proponen una estructura de cuatro pasos para aplicar la TREC, que también incluye la definición del problema como el primer paso:

1. Definir el problema: Se basa en la evaluación de un trastorno utilizando herramientas como entrevistas clínicas y pruebas psicológicas, proporcionando una medida precisa de los síntomas.
2. Evaluar los mecanismos causantes: Se centra en identificar los factores psicológicos subyacentes al trastorno mediante entrevistas, pruebas psicológicas y la evaluación de la vulnerabilidad cognitiva del paciente.

3. Elaborar una lista de problemáticas: Se reconoce que una misma problemática puede afectar a las personas de diferentes maneras, por lo que es importante crear una lista exhaustiva de los problemas específicos que el paciente enfrenta.
4. Conceptualización del problema según el modelo ABC: Se identifican los componentes del modelo ABC en relación con cada problema de la lista, lo que facilita la comprensión de la condición clínica del paciente y permite planificar una intervención adecuada.

Estos pasos se aplican para describir la condición clínica del paciente, comprender los mecanismos subyacentes y evaluar su capacidad para enfrentarlos. El proceso puede adaptarse a pacientes con diagnósticos del DSM o a casos no clínicos o de promoción de la salud, con modificaciones en el paso 1 y 2 para reflejar las necesidades específicas del paciente.

### **1.5. Aplicación de la TREC en adolescentes consumidores de sustancias.**

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) ha demostrado ser efectiva en una variedad de problemas, incluidas las adicciones. Al centrarse en la detección y modificación de patrones de pensamiento irracionales, puede ayudar a las personas a mejorar su toma de decisiones, controlar emociones y tener una visión más racional y adaptativa de sí mismas y su entorno. Aunque el tratamiento de las adicciones debe ser integral y personalizado, la TREC se puede combinar con otras técnicas, como la Terapia Cognitivo Conductual y la entrevista motivacional, además del uso de medicación cuando sea necesario.

No obstante, el artículo de Brice (2022) señala la falta de investigaciones sobre la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en el tratamiento del consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, se mencionan resultados prometedores de un grupo de personas en tratamiento para el consumo de alcohol que recibieron una variante de la TREC llamada Terapia

de Salud Racional Emotiva (REHT), que mostraron una disminución significativa en su consumo de alcohol, resultados similares a los obtenidos con la TREC en estudios previos.

La autora resalta la importancia de evaluar las creencias irracionales relacionadas con el comportamiento de consumo de sustancias, pero también enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor la eficacia de la TREC en el tratamiento de adicciones.

El artículo *The rational emotive behaviour therapy* de Philip (2010) señala que se ha investigado y debatido la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en adolescentes con abuso de sustancias en los últimos años. A pesar de los estudios que respaldan la eficacia de la TCC en adultos con problemas de abuso de sustancias, existe una variabilidad en las intervenciones y formatos utilizados en estos estudios.

Además, hay una escasez de investigaciones rigurosas que se centren específicamente en adolescentes en este contexto.

No obstante, las investigaciones sobre la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en el abuso de sustancias adictivas son limitadas y no ofrecen evidencia sólida de su eficacia hasta el momento. Sin embargo, un reciente metanálisis realizado por Gonzalez (2004), citado en la misma publicación, concluyó que la TREC tuvo un efecto positivo significativo en varios resultados, especialmente en comportamientos disruptivos. Esto sugiere que la TREC podría ser efectiva en la intervención con niños y adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas.

Según investigaciones de Ellis y sus colegas (1988) sobre la teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en relación a las adicciones al alcohol y otras sustancias, identificaron cuatro patrones. Estos son: El patrón de abstinencia, donde la persona siente que no puede prescindir de la sustancia; el patrón de intoxicación como mecanismo de afrontamiento, donde se utiliza la sustancia para aliviar la ansiedad; el patrón de intoxicación que lleva a la

sensación de inutilidad, donde el consumo excesivo se asocia con problemas y la sensación de inutilidad; y el patrón de demanda de excitación. Dichos patrones muestran cómo los pensamientos irracionales pueden contribuir a los problemas relacionados con el abuso de sustancias (Philip, J op, cit.).

Según el mismo artículo, menciona que Ellis y sus colegas, cuando una persona tiene pensamientos irracionales, como el mencionado anteriormente, puede experimentar sentimientos de culpa y depresión. En un intento por aliviar estos sentimientos, la persona podría recurrir al consumo de sustancias, lo que a su vez puede llevar a un ciclo continuo de más consumo, más culpa y depresión.

De acuerdo a lo citado por Philip (op, cit). Algunas personas buscan sensaciones intensas y recurren al uso de sustancias adictivas para lidiar con el aburrimiento y aliviar la ansiedad.

Esto puede ser un desafío en el tratamiento, ya que las sustancias ofrecen alivio rápido, mientras que los resultados de la psicoterapia suelen requerir más tiempo, además, las personas deben enfrentar los efectos secundarios negativos del consumo de sustancias, lo que puede llevar a un aumento en el consumo.

En el caso de niños y adolescentes, la TREC puede ser complicada debido a la complejidad de su pensamiento en esas edades. La intervención debe ser dinámica y participativa para ser efectiva. Además, se debe tener en cuenta la percepción que tienen de sí mismos, ya que son propensos a sentirse juzgados o incomprensidos, lo que requiere empatía y ejemplos claros en la terapia.

Un metanálisis realizado en 2004 evaluó 19 estudios sobre Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en niños y adolescentes. Se encontraron resultados significativamente satisfactorios en cinco categorías: Ansiedad, conductas disruptivas, irracionalidad, autoconcepto y calificaciones. La TREC fue más efectiva en el tratamiento de conductas disruptivas. Además, no hubo

diferencias estadísticas entre estudios de alta o baja validez interna, y tanto niños como adolescentes se beneficiaron, independientemente de si tenían problemas identificados. El personal no especializado en salud mental tuvo un impacto mayor que el personal especializado, sesiones más largas produjeron un impacto mayor y los niños se beneficiaron más que los adolescentes (Gonzalez, J. E. 2004).

La información en español sobre los resultados de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en niños y adolescentes con problemas de abuso de sustancias es limitada en la actualidad. Se destaca que no existe una solución única para el tratamiento del abuso de sustancias, ya que debe adaptarse a las características y necesidades individuales. La elección del tratamiento debe considerar factores como la accesibilidad, la disposición de la persona y su situación económica, laboral y educativa Palencia S. (2020).

Se mencionan cuatro opciones de tratamiento: Terapia individual ambulatoria, asistencia en centros de día o de entrada y salida, internados en instituciones o clínicas y grupos de autoayuda. Se recomienda que el tipo de tratamiento se ajuste al grado de cronicidad del consumo de sustancias de la persona, y se aboga por la diversificación de servicios de tratamiento según las capacidades de las instituciones.

La TREC, derivada de la terapia cognitivo conductual, se considera un enfoque eficaz para abordar la conducta adictiva, ya que se centra en la modificación de conductas aprendidas. Se concluye que la divulgación de más información sobre este enfoque es necesaria para mantenerse actualizado en el tema del tratamiento de la conducta adictiva.

## **CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA.**

*“La adolescencia es una época de transición en la que los jóvenes están tratando de descubrir quiénes son y quienes quieren ser” Jean Piaget (2000)*

Esta etapa del desarrollo vital que marca la trascendencia entre la niñez y la edad adulta marca un cambio no solamente con relación a las funciones sexuales y reproductivas de los individuos sino que también lo hace con lo que respecta al estatus social, situación de la cual derivan una gran variedad de ritos y creencias, cuya tarea ha sido la de diferenciar ante la sociedad este periodo. Como tal el concepto de Adolescencia es relativamente nuevo ya que esta fase de la vida fue definida como una etapa dentro del ciclo de la vida del ser humano a partir de la segunda mitad del siglo pasado, como consecuencia de las transiciones tanto políticas como económicas, culturales y sociales en donde el desarrollo industrial y educacional han jugado un papel importante (Pérez, 2002).

En este mismo sentido, la OMS nos indica que la adolescencia abarca desde los 10 hasta los 19 años, dividida en la primera adolescencia (10-14 años) y la segunda adolescencia (15-19 años) (Borrás Santisteban, 2014). Esta etapa implica un proceso de crecimiento físico, social y cognitivo que influye en la autonomía, autoestima e intimidad de los individuos. Las redes de apoyo, como padres, escuela y sociedad, son cruciales para un desarrollo saludable (Papalia, 2012).

### **2.1. Antecedentes y conceptos.**

Ya desde la antigüedad, filósofos como Platón y Aristóteles señalaron la importancia de la adolescencia en el desarrollo del razonamiento y la libertad de elección. Jean-Jacques Rousseau

también resaltó la distinción entre ser un niño, un adolescente y un adulto, enfocándose en el desarrollo del razonamiento durante esta etapa de vida. Aunque estos filósofos proporcionaron ideas valiosas, no fue sino hasta el siglo XX que la adolescencia comenzó a estudiarse de manera científica (Santrock, 2006).

Acorde a este mismo autor, el concepto moderno de adolescencia comenzó a tomar forma a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, marcando un período de importantes avances en su comprensión.

La palabra "Adolescente" proviene del latín "Adolescentia," que significa "Joven" o "Adolescente," y deriva del verbo "adolesco," que significa "crecer" o "desarrollarse." Según Suárez (2018), la adolescencia se caracteriza por cambios significativos y adaptaciones constantes en los niveles físico, emocional, social y cultural. Además, esta etapa ha sido vista de diversas maneras por diferentes disciplinas, como un período de metamorfosis, una etapa de crisis, un proceso de cambio con connotaciones culturales específicas, entre otros (Suárez, 2018). Entre 1890 y 1920, especialistas de diversas áreas comenzaron a desarrollar el concepto de adolescencia, marcando un período denominado "Edad de la adolescencia." Durante este tiempo, hubo un cambio drástico en la percepción de los jóvenes, pasando de ser vistos como problemáticos a ser considerados seres más pasivos y vulnerables. En 1904, G. Stanley Hall, considerado el padre del estudio científico de la adolescencia, publicó un libro sobre el tema que influyó significativamente en la forma en que se entendía a los adolescentes, señalando que a pesar de su aparente indiferencia, estaban atravesando una etapa de confusión interna (Santrock, op cit).

En este sentido, G. Stanley Hall, influenciado por Charles Darwin, aplicó dimensiones biológicas y científicas a su estudio del desarrollo de la adolescencia. Afirmaba que factores biológicos y

genéticos eran los principales controladores del desarrollo, aunque consideraba que el ambiente adquiriría un papel más relevante durante la adolescencia que en etapas anteriores.

Para Hall, la adolescencia abarcaba de los 13 a los 23 años y se caracterizaba por la turbulencia, el conflicto y los cambios constantes de humor. Basó sus ideas en autores alemanes como Goethe y Schiller, argumentando que los temas que trataban se asemejaban al desarrollo psicológico de los adolescentes. Su trabajo sentó las bases para el estudio de la adolescencia en la psicología evolutiva, definiéndola como una etapa tempestuosa y tensionante en la que los jóvenes adquieren características humanas de alto nivel (Fandiño Parra, 2011).

Por lo tanto queda bastante claro que la adolescencia es mucho más que cambios físicos y sexuales, va más allá del paso de un año a otro de vida, esta fase del desarrollo es tan compleja que aún en nuestros días existen muchas imprecisiones y discrepancias al tratar de definir dicho concepto.

Definir la adolescencia resulta complicado debido a la multifactorialidad de las definiciones que surgen de diferentes enfoques disciplinarios, como la sociología, psicología, fisiología, legislación, economía, tradición, cognición, entre otros. Esta complejidad radica en las diferencias individuales en el desarrollo físico, emocional y cognitivo, lo que hace que la pubertad no sea una línea de transición universal de la niñez a la adolescencia. Las políticas públicas y leyes nacionales relacionadas con la mayoría de edad también influyen en la definición de la adolescencia, ya que pueden permitir o restringir ciertas decisiones, como contraer matrimonio o el inicio en el consumo de algunas sustancias legales (Borrás Santisteban, op cit).

La Real Academia de la lengua Española por otro lado, define a la adolescencia como la *“Persona que se encuentra en el período vital comprendido entre el inicio de la pubertad y el inicio de la edad adulta”*. Como se puede apreciar la definición es bastante ambigua y carece de profundidad ya que aún falta mucho por conocer respecto a esta parte del ciclo vital del ser

humano. En su texto Borrás Santisteban (2014), refiere que el periodo que va de los 10 a los 14 años cuenta con muy poca evidencia, y siendo este un periodo tan importante para la adolescencia sería necesario contar con más referencias acerca de los sucesos dentro de este lapso de tiempo.

La adolescencia es una etapa de cambios en la que se adquieren nuevas capacidades y surgen necesidades específicas relacionadas con la edad. En el pasado, algunos autores la veían como un período marcado por crisis, como la de originalidad y autoridad. Sin embargo, autores más recientes han otorgado a la adolescencia un lugar especial y un enfoque particular, reconociéndola como una fase única en el desarrollo humano. Según Baztán (1994), *“La adolescencia no es una repetición del pasado ni una simple estación entre la infancia y la edad adulta, sino un período lleno de historia y potencial”*.

Por su parte, la construcción social de la adolescencia se basa en factores biológicos y sociohistóricos. Fue principalmente a través de circunstancias sociohistóricas que el concepto de adolescencia surgió. A principios del siglo XX, se establecieron leyes que enfatizaban la dependencia de los jóvenes, lo que los ubicaba en una esfera económica más controlable (Santrock, op cit).

Los cambios sociales en la conceptualización de la adolescencia incluyeron la incorporación de los jóvenes en la educación pública y el trabajo, lo que se considera una consecuencia indirecta de la implementación del sistema educativo obligatorio. Esto otorgó el estatus de "Adolescentes" a los jóvenes bajo leyes de protección a menores, consolidando la autoridad de los adultos y su sumisión. En la década de 1920, la conformidad y la pasividad de los jóvenes con respecto a las demandas de los adultos dieron paso a una mayor autonomía y conformidad con los valores de su grupo. Sin embargo, la Segunda Guerra Mundial y las preocupaciones económicas y políticas

cambiaron esta dinámica, y la inscripción al servicio militar fomentó la independencia de los jóvenes.

En los años 60's, los adolescentes se manifestaron contra políticas estatales que iban en contra de sus ideales, pero en la década de los 70's, su enfoque cambió hacia la búsqueda de un futuro más estable, relegando las demandas sociales (Santrock, 2006).

Entonces sabemos que el concepto mismo de juventud proviene de una construcción tanto social, como histórica, cultural y relacional, misma que con el paso de los años se ha modificado adquiriendo distintos significados y restricciones ya que tanto la juventud como la vejez se han construido a partir de la lucha entre ambas (Fandiño Parra, op cit).

## **2.2. Etapas de la adolescencia**

La adolescencia no es un proceso uniforme y continuo, y la maduración en los aspectos biológicos, intelectuales, emocionales y sociales varía de un individuo a otro. Estos procesos pueden estancarse o retroceder, especialmente cuando el estrés está presente en la vida de la persona. Sin embargo, existen fases interconectadas que caracterizan esta etapa de la vida (Güemes-Hidalgo, 2017).

Dichas fases se presentan de manera mucho más precoz en las mujeres, dado que el inicio de la pubertad en ellas se da antes que en los hombres (Gaete, 2015).

La primera es conocida como “**Adolescencia inicial o puberal**”, que va desde los 10 hasta los 13 años aproximadamente. Está fase se puede caracterizar por los denominados, cambios puberales, (Güemes-Hidalgo, M. op cit).

Dichos cambios van del desarrollo somático acelerado así como el crecimiento físico del individuo mismos que se encuentran relacionados con el inicio de los cambios puberales y de los caracteres secundarios. Por ende, durante esta etapa los adolescentes se encuentran con una

marcada preocupación relacionada con los cambios físicos que se presentan, suelen presentar cierta torpeza motora y se despierta en ellos una marcada curiosidad sexual (Pérez, 2002). De acuerdo con Rahola (2002), es en este periodo en donde se da inicio a la lucha del adolescente por la libertad e independencia.

Durante esta fase de la adolescencia, se produce un aumento significativo en la síntesis y secreción de esteroides sexuales, que están regulados por hormonas como la FSH (Hormona foliculoestimulante) y la LH (Hormona luteoestimulante). Estas hormonas desencadenan el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, lo que habilita el inicio de las funciones sexuales y reproductivas (Rahola, 2002).

La "Adolescencia media," que abarca de los 14 a los 17 años de edad, se caracteriza por conflictos con la familia, pues es en esta etapa donde cobra gran importancia el sentido de pertenencia a un grupo, lo cual es esencial para la formación de la identidad del individuo. Además, es un período en el que las conductas de riesgo pueden empezar a manifestarse con facilidad.

Durante este tiempo, se destacan emociones intensas y la importancia de los valores del grupo de pertenencia. Se produce una remodelación morfológica y se alcanza el crecimiento y desarrollo físico final del adolescente, lo que resalta la importancia de la nutrición adecuada. Las tendencias, la separación del núcleo familiar y la influencia de los amigos pueden contribuir a desequilibrios alimenticios y problemas emocionales, así como a desórdenes alimenticios y la inhibición del desarrollo psico-sexual en los adolescentes (Rahola, op cit).

Por último se presenta la La "Adolescencia tardía," de 18 a 21 años, se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos, el énfasis en los deberes y responsabilidades propios de la madurez (Güemes-Hidalgo, M, op cit). El desarrollo físico y el crecimiento han finalizado en su

mayoría, y el adolescente debe tomar decisiones importantes para su educación y carrera. En esta etapa, hay un mayor control de los impulsos y una identidad más madura, incluyendo en el ámbito sexual, acercándose al inicio de la adultez (Pérez, op, cit).

Considerada como la última etapa de la adolescencia, caracterizada por una lucha por la identidad e independencia, esto crucial para preparar al joven hacia los deberes de la vida adulta, siempre y cuando las etapas anteriores se hayan desarrollado de manera armoniosa con el apoyo de la familia y los pares. En caso contrario, esto puede acarrear problemas de salud mental como la depresión y otros trastornos emocionales cuando se enfrentan a la independencia y las responsabilidades de la vida adulta (Rahola, op cit) (Gaete, op cit).

### **2.3. Desarrollo físico durante la adolescencia**

El desarrollo humano implica dos procesos interdependientes: La maduración y el cambio. La maduración precede al cambio, y la transición entre estos dos procesos se conoce como "Crisis" o "Fases". La adolescencia es una de estas fases, que se caracteriza por ser el período de transición entre la pubertad y la adultez, marcada por cambios significativos (Rahola, op cit).

La pubertad es diferente de la adolescencia, aunque a menudo marca el comienzo de esta última, sin embargo es una fase de rápido desarrollo físico y cambios hormonales que se asocian con la adolescencia temprana, pero la adolescencia es un período más amplio que abarca cambios cognitivos, emocionales y sociales, y continúa más allá de la pubertad (Santrock, 2004).

Dicho esto, la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, que involucra cambios significativos en aspectos físicos, cognitivos y psicosociales. En contraste, la pubertad se refiere al proceso de madurez sexual y la adquisición de la capacidad de reproducción (Papalia, 2012).

En general existen varios factores que se encuentran relacionados con la pubertad, como son, la herencia genética, las hormonas, el peso, la grasa corporal y la leptina. Por tanto, la pubertad está influenciada por factores genéticos, ya que cada persona tiene una programación genética para el momento en que esta comenzará. Por su parte las hormonas desempeñan un papel fundamental en los cambios físicos de la pubertad, como la aparición de vello en los hombres y el ensanchamiento de las caderas en las mujeres. Las hormonas, como los andrógenos (principalmente la testosterona en hombres) y los estrógenos (principalmente el estradiol en mujeres), son secretadas por las glándulas endocrinas y tienen predominancia según el sexo. Durante la niñez, los niveles de estas hormonas son bajos, pero aumentan considerablemente durante este periodo, lo que desencadena los cambios físicos característicos de esta etapa.

Durante la pubertad, el sistema endocrino desempeña un papel crucial en el cuerpo al mantener el equilibrio químico y regular el funcionamiento de los órganos. El sistema endocrino implica la interacción entre diversas áreas del cerebro y el cuerpo. El hipotálamo, ubicado en la parte superior del cerebro, regula la ingesta de alimentos, la bebida y el sexo, entre otras funciones. La hipófisis controla el crecimiento y regula el funcionamiento de otras glándulas, mientras que las gónadas son los órganos sexuales (testículos en hombres y ovarios en mujeres) y desempeñan un papel fundamental en la regulación hormonal durante la pubertad (Santrock, op cit).

En este sentido, los cambios hormonales resultan de la interacción entre el sistema nervioso central, el hipotálamo, la hipófisis, las gónadas y las glándulas suprarrenales. Estos cambios hormonales están influenciados tanto por factores genéticos como ambientales (Güemes-Hidalgo, 2017).

Sabemos que durante este proceso, se producen cambios físicos importantes, como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración de las gónadas y las glándulas suprarrenales, y el aumento en la masa ósea, grasa y muscular, con influencia tanto genética

como ambiental Güemes (2017). Estos cambios se manifiestan de manera individual y ocurren más tardíamente en los hombres que en las mujeres (Vicario, 2014).

En este sentido, el sistema endocrino regula la modulación de las hormonas a través de la interacción entre la hipófisis y las gonadotropinas, que estimulan los testículos y los ovarios para producir hormonas. El sistema utiliza una retroalimentación negativa para mantener equilibrados los niveles de hormonas sexuales. En niñas, la hormona foliculoestimulante (FSH) inicia la menstruación, mientras que en niños, la hormona luteinizante (LH) estimula la secreción de testosterona. El hipotálamo secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH), que regula este proceso (Santrock, op cit) (Papalia, 2012).

Otra hormona presente en este proceso es la hormona del crecimiento, que, estimulada por la hipófisis e hipotálamo, desencadena el crecimiento y la maduración ósea, tanto directa como indirectamente a través de la glándula tiroides. Esta hormona se secreta principalmente durante la noche en un principio y luego también durante el día, aunque a niveles más bajos. Otros factores endocrinos, como el cortisol de la corteza suprarrenal, así como hormonas sexuales como la testosterona y los estrógenos también pueden influir en el crecimiento durante esta etapa, en un proceso conocido como el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (Diz, 2013)(Santrock, op cit).

Santrock (2004), divide al periodo de la pubertad en dos fases, adrenaquia y gonadaquia. La adrenaquia comienza entre los 6 y 8 años, independiente del primer eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, y está asociada con la maduración de las glándulas suprarrenales. Durante esta fase, las glándulas suprarrenales secretan andrógenos suprarrenales, lo que conduce al crecimiento del vello axilar y púbico, el desarrollo del olor corporal y un aumento en la secreción de grasa. En las mujeres, estas hormonas también aceleran el crecimiento prepuberal y la edad ósea.

Por otro lado, la gonadarquía implica la maduración sexual y el desarrollo de la madurez reproductiva, comenzando alrededor de los 9-10 años en niñas blancas, 8-9 años en niñas afroamericanas y 10-11 años en niños. En niñas, su finalización se conoce como menarquia, marcada por el primer periodo menstrual, y en niños, espermarquia, que indica la primera eyaculación de semen (Vicario, 2014)(Diz, 2013).

Algunos autores consideran que el momento exacto en el que da inicio la pubertad y todo este aumento en los niveles hormonales depende de que se alcance la cantidad crítica de grasa corporal, misma que se necesita para poder llegar a una reproducción exitosa (Papalia, op cit).

Este mismo autor refiere la existencia de estudios en los que se ha observado que la leptina, una hormona relacionada con el apetito, podría estar relacionada con el inicio temprano de la pubertad, especialmente en niñas. Los niveles más altos de leptina pueden indicar a las glándulas hipófisis y sexuales que aumenten la secreción hormonal, aunque no son un determinante absoluto del inicio de la pubertad.

Otro cambio significativo es el "Estirón del crecimiento adolescente", que implica un rápido aumento en la estatura, peso, así como crecimiento muscular y óseo. Las niñas suelen comenzar este proceso entre los nueve años y medio y los catorce años y medio, mientras que los varones lo inician entre los diez años y medio y los dieciséis años. Este crecimiento suele durar alrededor de dos años y suele marcar la transición a la madurez sexual. La hormona del crecimiento, los andrógenos y los estrógenos desempeñan un papel importante en este proceso.

Estos cambios pueden influir en la autoimagen de los adolescentes y a menudo se centran en su apariencia. Las desproporciones en el cuerpo son temporales pero pueden dar lugar a problemas alimenticios en algunos jóvenes.

Otro punto que ha tomado relevancia sobre el tema de la pubertad es la "Tendencia secular", que se refiere a la disminución en la edad de inicio de la pubertad en los últimos cien años. Esta

disminución está relacionada con la mejora en la calidad de vida, ya que los niños y niñas modernos tienen una mejor alimentación y atención médica, lo que resulta en una salud general superior y una mayor esperanza de vida. Como resultado, la madurez sexual tiende a ocurrir a una edad promedio más temprana en los países desarrollados en comparación con los países menos desarrollados.

### **2.3.1. El cerebro durante la adolescencia.**

Hasta hace poco, se pensaba que el cerebro estaba completamente maduro en la pubertad, pero investigaciones recientes respaldadas por la imagenología han demostrado que el cerebro de los adolescentes todavía está en desarrollo. Durante la pubertad y la adultez temprana, se producen cambios significativos en las estructuras cerebrales relacionadas con emociones, toma de decisiones, comportamiento y autocontrol.

Estudios en humanos y animales han revelado modificaciones notables en el cerebro durante los primeros meses de vida, lo que demuestra su gran plasticidad en esta etapa. Se generan nuevas conexiones neuronales a través de un proceso de arborización o sinaptogénesis, en el que se produce un exceso de conexiones que superan las presentes en el cerebro adulto en cuestión de meses. Luego, se produce la eliminación de las conexiones en desuso, y solo un número limitado de sinapsis se mantiene, características del cerebro adulto. Este proceso de eliminación se combina con la mielinización de las sinapsis restantes, fortaleciendo las conexiones mediante el recubrimiento de los axones neuronales con mielina, lo que mejora la velocidad y la eficiencia en la transmisión de impulsos eléctricos de una neurona a otra.

Este proceso de desarrollo cerebral está influenciado por las experiencias del individuo y es altamente adaptable a las circunstancias externas. Por lo tanto, el cerebro exhibe una gran

plasticidad que le permite adaptarse a las situaciones que enfrenta (Papalia, op cit)(Delgado, 2012).

Acorde con Papalia (2012), la toma de riesgos en el comportamiento de los adolescentes se debe a la interacción de dos redes cerebrales: La red socioemocional y la red de control cognitivo. La primera es sensible a estímulos sociales y emocionales y se vuelve más activa durante la adolescencia, mientras que la segunda madura gradualmente hacia la adultez temprana.

El comportamiento arriesgado de los adolescentes por su parte, está relacionado con la red socioemocional, que incluye el circuito mesolímbico, vinculado a la motivación y la recompensa. Este circuito experimenta modificaciones durante la adolescencia temprana debido a los altos niveles hormonales asociados a la pubertad. La dopamina, es un neurotransmisor clave, y es liberada en diversas áreas, como el área tegmental ventral, el cuerpo estriado (núcleo accumbens y núcleo caudado), las estructuras límbicas como la amígdala y la corteza orbitofrontal. La activación de estas áreas por actividades gratificantes, como comer, consumir sustancias o tener relaciones sexuales, provoca la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, generando sensaciones placenteras y motivando a repetir esas conductas. Este circuito es esencial para el aprendizaje, ya que conecta comportamientos con sus consecuencias.

La amígdala y el núcleo accumbens desempeñan un papel importante en las conductas de riesgo. El núcleo accumbens está asociado con la búsqueda de recompensas, mientras que la amígdala se relaciona con el aprendizaje para evitar situaciones aversivas. Ambos circuitos funcionan juntos como un "freno conductual" para evitar daños por comportamientos arriesgados. Estos circuitos también se consideran parte del circuito cerebral afectivo, ya que los mecanismos de recompensa y la información emocional, social y afectiva están interconectados.

Las modificaciones en este circuito durante la pubertad se deben a la influencia de los receptores de esteroides gonadales, que experimentan un aumento en la pubertad debido a los cambios hormonales en esta etapa (Delgado, op cit).

Sobre esta línea, investigaciones citadas por Delgado (2012) han revelado que durante la pubertad se observa una disminución en la activación del circuito de recompensa, lo que se traduce en tasas más bajas de liberación de dopamina en el sistema mesolímbico en el inicio de la adolescencia. Esta reducción en la activación podría llevar a los adolescentes a buscar nuevas sensaciones que a menudo implican una mayor recompensa y comportamientos de alto riesgo para compensar la falta de este neurotransmisor. Aunque esta hipótesis ha sido cuestionada y se han realizado estudios con resonancias magnéticas, los resultados aún no son concluyentes. Sin embargo, este modelo es el que mejor se ajusta a la relación entre las conductas de riesgo y los circuitos cerebrales implicados.

En cuanto a las zonas del cerebro que entran en juego en el comportamiento durante la etapa de la adolescencia mostradas en una investigación (Papalía, 2012), se observó que durante la adolescencia temprana (11-13 años), los adolescentes tienden a utilizar la amígdala, una estructura cerebral relacionada con reacciones emocionales e instintivas. Sin embargo, en la adolescencia tardía (14-17 años), los patrones se asemejan más a los de los adultos, con un mayor uso de los lóbulos frontales del cerebro. Estas áreas están involucradas en la planificación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de los impulsos, lo que puede explicar las elecciones poco prudentes que los adolescentes a menudo hacen, como el abuso de sustancias y conductas de riesgo.

Por su parte, el lóbulo prefrontal del cerebro experimenta una maduración significativa, mejorando sus conexiones con otras áreas cerebrales, como la corteza orbito-frontal y las estructuras límbicas, incluyendo la amígdala, el hipocampo y el núcleo caudado. Esta mejora en

la conexión ayuda a controlar el comportamiento, la regulación de las emociones y la disminución de la impulsividad que es común en la adolescencia temprana. A medida que la adolescencia progresa, la autorregulación de la conducta se distribuye en varias áreas cerebrales, lo que resulta en una mayor eficiencia en el control de la conducta.

Este lóbulo desempeña funciones clave, como el control de impulsos, la toma de decisiones, la planificación a futuro, la atención, la multitarea y la organización de la conducta. Debido a la inmadurez del lóbulo prefrontal en los adolescentes, a menudo se comportan de manera impulsiva y se exponen a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias.

Años atrás, se creía que la estructura cerebral se completaba en la infancia y no continuaba desarrollándose después de la pubertad. Sin embargo, investigaciones más recientes, incluidos estudios de resonancia magnética, han demostrado que la maduración de la corteza prefrontal se extiende hasta la adultez temprana. Estos hallazgos ayudan a comprender mejor la inmadurez del cerebro adolescente y sus implicaciones en el comportamiento (Delgado, op cit).

Actualmente existen estudios que demuestran que la sustancia gris en el cerebro aumenta hasta los 11 años en las mujeres y hasta los 12 años en los hombres, después tiende a disminuir debido a la poda (explicada anteriormente) que ocurre en el cerebro previo a la pubertad. Este proceso de poda afecta principalmente a las conexiones de tipo excitatorio.

El aumento de la materia blanca en el cerebro durante la adolescencia se debe a la mielinización, que ocurre en la corteza frontal y en las vías que conectan esta área con otras partes del cerebro. Esto resulta en una activación más eficiente de la corteza prefrontal durante tareas cognitivas.

Las áreas cerebrales más antiguas en términos filogenéticos maduran por completo en los primeros años de la infancia, mientras que las áreas más recientes, como la corteza prefrontal, concluyen su desarrollo ontogenético hasta la tercera década de la vida.

En la adolescencia media y tardía, los jóvenes tienen menos conexiones neuronales, pero las que tienen son más fuertes y eficientes, lo que mejora la eficiencia en el pensamiento cognitivo.

El recorte de conexiones neuronales durante este período se interpreta como una adaptación que, junto con la plasticidad cerebral, desempeña un papel crucial en el desarrollo de comportamientos típicos de la adolescencia, como las conductas de riesgo y la búsqueda de sensaciones.

#### **2.4. Desarrollo emocional y psicosocial en la adolescencia.**

A partir de todo lo ya mencionado, podemos afirmar entonces que durante la adolescencia se experimentan cambios significativos en los aspectos cognitivos, emocionales y psicosociales del individuo. Los aspectos emocionales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo adolescente en la sociedad, lo que hace que esta sea una etapa crucial para el desarrollo psicosocial.

Existen cuatro hitos psicosociales importantes que los adolescentes suelen enfrentar. El primero es la transición hacia la independencia de los padres. El segundo se relaciona con la preocupación constante por la apariencia corporal, influida por los estereotipos de belleza en la sociedad y el deseo de diferenciarse de sus padres en este aspecto. El tercer hito se refiere a la integración con sus pares, siendo de mayor relevancia al inicio de la adolescencia, donde las relaciones con amigos tienen un papel central.

Finalmente, el cuarto hito se relaciona con la búsqueda y desarrollo de la propia identidad, que adquiere una gran importancia en este período de la vida (Ives, 2014).

Por su parte, las emociones desempeñan un papel fundamental en el desarrollo psicosocial y en la formación de la identidad durante la adolescencia. Según Colom Bauzá (2009), las emociones son de gran importancia para los procesos psicológicos humanos, como el pensamiento y la memoria, debido a su influencia significativa en estos procesos.

Sin embargo, hasta hace poco, se consideraba al ser humano desde una perspectiva dualista que dividía la afectividad y la racionalidad, con un mayor énfasis en la racionalidad debido a su importancia en la objetividad. Las emociones, por otro lado, se veían como subjetivas.

Sin embargo, teorías más recientes presentan las emociones como procesos adaptativos que pueden impulsar la transformación personal y mejorar la interacción social, lo que a su vez potencia la experiencia, ayuda a alcanzar metas y resolver problemas (Palomera, 2012).

Hoy en día, la perspectiva dualista que dividía la afectividad y la racionalidad ha evolucionado hacia una combinación e integración de ambas, reconociendo la influencia mutua entre ellas para comprender mejor el comportamiento humano y los desajustes emocionales. Factores socioculturales influyen en la expresión y percepción de las emociones, siendo notables diferencias entre sociedades orientales, donde el enfoque es hacia la armonía y convivencia colectiva, y sociedades occidentales, donde se enfatiza la individualidad y la competencia.

En este sentido, la socialización es un proceso, a lo largo de toda la vida, en el que las personas internalizan normas y expresiones emocionales adecuadas para distintos contextos sociales. Durante la adolescencia, las competencias emocionales se desarrollan significativamente debido a los cambios cognitivos, que les permiten reflexionar sobre sus emociones con mayor profundidad (Colom Bauzá, 2009).

A su vez, los jóvenes experimentan la necesidad de descubrir quiénes son y buscan ser respetados y amados por lo que son, en lugar de depender de la identidad de los adultos o figuras de autoridad. La identificación a través de los padres o adultos ya no es suficiente para ellos, y necesitan forjar su propia identidad y ser auténticos (Ives, op cit).

Todos los jóvenes están en proceso de construir una comprensión más abstracta y diferenciada de sí mismos. Aunque no todos tienen una visión idealista de sí mismos, muchos distinguen entre su yo real y su yo ideal. Además, entienden que las personas tienen identidades únicas que varían

según el contexto. El sentido de sí mismo en los adolescentes sigue siendo inestable y fluctuante, y a menudo no se consolida en una teoría unificada del yo hasta finales de la adolescencia o principios de la edad adulta (Santrock, 2004).

Uno de los principales exponentes de la psicología que trató el tema de la identidad fue Erik Erikson, un destacado psicólogo que abordó el desarrollo de la identidad desde la niñez hasta la vejez. Definió la identidad como una "Concepción coherente del yo" basada en metas, valores y creencias con las que una persona se compromete. Durante la adolescencia, el desarrollo cognitivo maduro permite a los jóvenes construir una "Teoría del yo". Según Erikson, la principal tarea de la adolescencia es enfrentar la llamada "Crisis de identidad" y superarla, aunque esta resolución completa es poco probable, ya que los problemas que surgen en la adolescencia siguen siendo parte de la vida adulta.

Erikson considera que la construcción de la identidad se basa en la resolución de tres problemas: La elección de una ocupación, la elección de valores para vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Además, enfatiza que el desarrollo humano debe entenderse en su contexto social y que cada etapa del desarrollo presenta desafíos que pueden resolverse de manera favorable o desfavorable. En su teoría, las primeras cinco etapas se relacionan con la infancia y la adolescencia.

Según Erikson, la adolescencia es el quinto estadio del ciclo vital. La resolución de la crisis psicosocial de la identidad se considera favorable cuando el adolescente logra una identidad coherente. Sin embargo, cierta confusión en los roles y la identidad es normal y puede explicar comportamientos caóticos y timidez en esta etapa.

El personalismo y la intolerancia a las diferencias son mecanismos de defensa que los adolescentes utilizan para lidiar con la confusión de identidad. Para llegar a una resolución satisfactoria, se deben haber superado favorablemente las etapas anteriores, como la confianza

sobre la desconfianza en la infancia, la autonomía sobre la vergüenza y la duda en la niñez temprana, la iniciativa sobre la culpa en la etapa de juego, y la laboriosidad sobre la inferioridad en la edad escolar (Santrok, op cit)(Ives, op cit).

Durante el desarrollo psicosocial en la adolescencia, varios factores influyen en la formación del yo. Los adolescentes deben encontrar su "Dimensión comunitaria", lo que implica establecer una conexión con sus características personales, tomar decisiones sobre educación, trabajo, valores éticos y amistades, y lidiar con encuentros sexuales, todo en el contexto de su entorno histórico y cultural.

Los adolescentes experimentan una dinámica de conflicto con sentimientos contradictorios, desde la vulnerabilidad hasta expectativas individuales. Los modelos parentales y pares desempeñan un papel fundamental en la formación del yo, y la historia familiar y el contexto influyen en esta construcción.

En el desarrollo psicosocial, padres, familia y amigos actúan como agentes facilitadores de la vinculación durante la adolescencia. Aunque los adolescentes pasan más tiempo con amigos que con la familia, siguen buscando seguridad en sus padres mientras exploran nuevas experiencias.

La rebeldía adolescente es un patrón de confusión mental, pero solo una minoría de adolescentes la experimenta. Puede implicar conflictos familiares, distanciamiento de adultos, conductas riesgosas y rechazo de valores adultos, lo que puede tener un impacto en los problemas emocionales de los adolescentes (Ives, op cit) (Papalia, 2014).

## **2.5. Teoría de la personalidad de Eysenck.**

En general una gran parte de las adicciones existentes han sido descritas por diversos modelos de personalidad. El autor de cuya obra daremos tratamiento en este documento en conjunto con su "Teoría biológica de la personalidad", pretendía proporcionar un sustento biológico a cada uno de

los tipos de personalidad, mismos que se relacionarían con marcadores muy específicos del sistema nervioso central (Lisanti, 2016).

Por otra parte podemos definir a la personalidad como un conjunto de actitudes, creencias y comportamientos, por tanto se trata de una variable que nos ayuda con la definición, características y descripción de cualquier individuo, de esta forma podemos conocer que los resultados de estos puntos nos proporcionan y explican la manera en que cada persona actúa, se comporta y se relaciona en su medio.

Así que no es de extrañar que sea una de las áreas que más se trata de evaluar y comprender para de este modo conocer los rasgos de personalidad de las personas, no obstante resulta crucial conocer la personalidad de niños y adolescentes, pues de esta manera se podrían atenuar las dificultades así como problemas de salud mental con prevención e intervenciones mucho más oportunas de las mismas, pues se sabe que de no atenderse oportunamente a largo plazo podrían generar problemas serios como son los denominados trastornos de la personalidad, lo que a su vez puede llegar a implicar la inadaptación del sujeto en otras esferas de su vida, tales como, laboral, escolar, familiar y social (Varela Guevara, 2014).

Eysenck por su parte define la personalidad de la siguiente forma: *“Una organización más o menos estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, lo cual determina su adaptación al ambiente”* (Gallegos, 2012).

No obstante, y a pesar de que el concepto es empleado en infinidad de acepciones, en su mayoría estas coinciden en que la definición de personalidad se refiere a aquellas propensiones más estables de cualquier individuo a comportarse de determinada manera en diversas situaciones (Lisanti, op cit).

### **2.5.1. Antecedentes y fundamentos**

Hans Jürgen Eysenck, nacido en Alemania y doctorado en la Universidad de Londres en 1940, fue influenciado por destacados psicólogos como F. Galton, pionero en la medición de diferencias individuales, y Pearson, Spearman, y L. Thurstone, quienes influyeron en su metodología de trabajo. Eysenck propuso la existencia de una conexión causal entre las funciones cerebrales y las dimensiones de personalidad y neuroticismo, lo que formó la base de su modelo de personalidad (Gallegos, op cit) (Schmidt, 2010).

De acuerdo con Schmidt (2010), después de que Eysenck revisó a detalle el trabajo de los ya citados autores, tuvo a bien llevar a la práctica el análisis factorial como uno de los más esenciales procedimientos de contrastación de sus postulados teóricos en cuanto a sus estudios en investigaciones sobre personalidad e inteligencia.

En Europa, Raymond B. Cattell se destacó por utilizar el análisis factorial en el estudio de la personalidad, identificando 16 factores. Joy Guilford, influenciado por las ideas de Thurstone, propuso tres dimensiones para describir la inteligencia: contenido, operaciones y producciones. A través del análisis factorial, ambos psicólogos buscaron los principales factores de la personalidad. Estos trabajos influyeron en el modelo de personalidad de Eysenck (Varela Guevara, op cit).

Eysenck también se vio influenciado por la tradición filosófica hipocrático-galénica, que incluía teorías como la de los cuatro elementos propuesta por Empédocles. Según esta teoría, todo en la naturaleza se compone de cuatro elementos: aire, tierra, fuego y agua, que son indestructibles y eternos. La esencia de los objetos en el universo depende de la proporción en la que se mezclan estos elementos (Escrivá, 2016).

No obstante, Hipócrates de Cos relacionó su teoría de los cuatro elementos con los temperamentos, proponiendo cuatro tipos de temperamentos: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico,

en función de la sustancia predominante en el individuo. Según Hipócrates, todas las personas nacen con los cuatro temperamentos, pero uno de ellos destaca por encima de los demás (Cañas, 2010)(Schmidt, op cit)(Bernal Rueda, 2012).

Por su parte, la teoría de los cuatro elementos y los temperamentos se basó en la idea de que el ser humano, al igual que todas las cosas, está compuesto por cuatro elementos (aire, tierra, fuego y agua). Estos elementos se relacionaron con cuatro humores o fluidos en el cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), cada uno de los cuales tenía características esenciales de ser cálido y húmedo, frío y seco, cálido y seco, o frío y húmedo. Esto dio lugar a cuatro tipos de temperamentos: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. Galeno es el autor que esquematizó esta propuesta basada en las posturas filosóficas sobre el "Microcosmos" humano (Schmidt, op cit).

Eysenck también incorporó la influencia de otros pensadores de su época, relacionando la tradición hipocrático-galénica con la obra de Wilhelm Wundt, a través de los planteamientos de Immanuel Kant, quien describiría los temperamentos de la siguiente manera:

1. El sanguíneo es despreocupado y sociable, pero tiende a no cumplir las metas que se propone.
2. El melancólico es ansioso y se preocupa por las dificultades, siendo reacio a hacer promesas.
3. El flemático carece de emoción, actúa por principios y es razonable en su trato con los demás.
4. El colérico es extrovertido pero neurótico.

También utilizó el análisis factorial para desarrollar su modelo de personalidad, identificando dos dimensiones principales: neuroticismo y extraversión-introversión.

Relacionó estas dimensiones con los temperamentos hipocráticos de la siguiente manera:

- Sanguíneo: Extrovertido y estable.
- Flemático: Introverso y estable
- Colérico: Extrovertido pero neurótico.
- Melancólico: Introverso y neurótico.

Esta comparación entre las dimensiones de Eysenck y los temperamentos hipocráticos permitió una reinterpretación de la teoría de los temperamentos en términos más modernos (Varela Guevara, op cit) (Gallegos, op cit).

Eysenck también incorporó influencias de la psiquiatría alemana positivista en sus estudios. Esta corriente sostenía que las causas de las enfermedades mentales se encontraban en la constitución morfológica del individuo. Para ello, Eysenck se basó en el trabajo de Kretschmer y Sheldon, quienes desarrollaron teorías tipológicas que vinculaban la estructura corporal con la personalidad. Ambos se inspiraron en las ideas de Hipócrates. Sin embargo, Kretschmer introdujo conceptos como "*Pícnico*" para describir el "*Habitus tísico*" y "*Asténico*" para hacer referencia al "*Habitus apoplético*" en su intento de relacionar los constructos propuestos por Hipócrates con la psicopatología.

Entonces, basándose en su trabajo de campo y observaciones sistemáticas, Eysenck desarrolló una clasificación tipológica que consta de dos categorías principales:

La primera se refiere a los tipos morfológicos o corporales, y en esta categoría identificó tres tipos distintos con características específicas: Asténico, pícnico y atlético.

La segunda tipología se centró en los tipos psíquicos, denominados como esquizotímico, ciclotímico, y gliscrotímico. Por su parte, las teorías de Kretschmer y Sheldon sobre los tipos morfológicos y temperamentales, respectivamente, son consideradas como antecedentes históricos en la búsqueda de las bases biológicas de la personalidad.

Ambos propusieron el estudio de la personalidad basado en la constitución física del individuo. No obstante Eysenck, por otro lado, defendió la existencia de fundamentos biológicos para sus dimensiones de la personalidad, centrándose en el sistema nervioso central como causa próxima y los genes como causa última.

Sin embargo, la propuesta de Kretschmer sobre el continuo entre la esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva respaldó a Eysenck en la introducción de una tercera dimensión de la personalidad llamada "Psicoticismo" que explicaba la disposición o grado de intensidad de trastornos psicóticos.

Así que, una vez integradas todas estas aportaciones y propuestas, Eysenck elaboró el modelo de personalidad de las tres dimensiones, dos de ellas (neuroticismo y psicoticismo), que hacían referencia a la disposición de padecer trastornos de tipo neuróticos o psicóticos, y una tercera dimensión (extraversión), la cual da explicación del tipo específico de trastorno, ya sea neurótico o psicótico, dicho modelo es conocido como modelo PEN, por las siglas de las iniciales de estas tres dimensiones (Schmidt, op cit).

### **2.5.2. Características de la teoría de Eysenck**

Como ya se ha mencionado anteriormente, Eysenck creía que las diferencias individuales en la personalidad se debían a factores genéticos y ambientales, por lo que su modelo tenía un enfoque biopsicosocial, que consideraba la influencia tanto de la genética como del entorno en la conducta de la persona (Schmidt, 2005) (Squillace, 2011).

Entonces dicha teoría estaba basada en la identificación de un conjunto de rasgos independientes y continuos en los que cada persona se ubica en función de sus puntuaciones en la escala de Eysenck. Estas dimensiones son estables en el tiempo y tienen una base genética y biológica.(Selva, 1997).

Esta teoría, se basaba en un modelo jerárquico de la personalidad con cuatro niveles. El primer nivel consistía en respuestas específicas o conductas individuales. El segundo nivel incluía respuestas habituales que caracterizaban a la persona. El tercer nivel se formaba a partir de la organización de hábitos en rasgos, también conocidos como factores de primer orden, obtenidos a través del análisis factorial. El nivel más alto, el cuarto, se construía a partir de tipos generales llamados 'Superfactores', 'factores de segundo orden' o 'Dimensiones de personalidad', derivados del análisis factorial de correlaciones entre varios rasgos de primer orden.

Por su parte Eysenck se enfocó en los factores de segundo orden, considerándolos como los elementos más poderosos en una teoría estructural de la personalidad. Así, creó las dimensiones de 'Neuroticismo-estabilidad' (N) y 'Extraversión-introversión' (E). La dimensión N agrupaba factores de primer orden como ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, baja autoestima, emotividad, tensión, tristeza, irracionalidad y timidez. La dimensión E reunía factores relacionados con sociabilidad, gusto por las aventuras, vitalidad, dominancia, actividad, despreocupación, dogmatismo y búsqueda de sensaciones. Estas dos dimensiones formaban un espacio bidimensional en el que cada individuo se ubicaba según su personalidad, dejando de lado los aspectos menos relevantes.

En este sentido las dos dimensiones propuestas por Eysenck eran coherentes con las tipologías de personalidad de la antigüedad clásica, incluyendo los cuatro temperamentos de Hipócrates. Estas dimensiones se alineaban con los ejes centrales de las cuatro tipologías planteadas por Wundt.

No obstante, algún tiempo después Eysenck añadió la dimensión 'psicoticismo-control de impulsos' (P) a su modelo PEN, consolidando este sistema como la estructura de la personalidad humana. La dimensión P agrupaba factores de primer orden como agresividad, creatividad, frialdad, falta de empatía, egocentrismo, entre otros (Pérez, 1998).

Así que, de acuerdo con Eysenck, las dimensiones básicas de la personalidad son 'Extraversión, neuroticismo y psicoticismo'. Cualquier persona puede ser descrita en función del grado de estas dimensiones y ubicada en un espacio tridimensional que generan los superfactores. Estas categorías no son excluyentes, lo que significa que no se es simplemente extravertido o neurótico, sino que se tiene cierto grado de cada dimensión (Schmidt, op cit).

De acuerdo con este mismo autor, Eysenck añadió una cuarta dimensión de la personalidad llamada 'Inteligencia general o factor g', que se refiere a las habilidades cognitivas. Esta dimensión es distinta de las tres dimensiones principales del temperamento y el carácter.

Por otra parte se dice que este modelo de personalidad es jerárquico, y cuenta con cuatro niveles: En el nivel más bajo se encuentran las acciones, emociones y cogniciones específicas. El nivel siguiente comprende los actos, emociones o cogniciones habituales. Estas conductas interconectadas dan lugar al tercer nivel, que incluye los rasgos de personalidad. Finalmente, en el cuarto nivel se encuentran las dimensiones que conforman el modelo.

Eysenck consideraba que cada variable de la personalidad tiene una determinación genética y se basa en estructuras fisiológicas y hormonales concretas. Su modelo se conoce como modelo psicobiológico de la personalidad. Según su teoría, el sistema límbico está asociado con la dimensión de Neuroticismo, donde la actividad del sistema emocional influye en el nivel de emotividad de las personas. Para la dimensión de Extraversión, Eysenck propuso la "Teoría de arousal", que está relacionada con el sistema activador reticular ascendente. Los individuos

introvertidos tienden a tener niveles elevados de actividad en este circuito, en contraste con los niveles más bajos presentes en los extrvertidos.

Sin embargo, para la dimensión de Psicoticismo, no existe evidencia clara de las bases neurobiológicas. Zuckerman sugirió que la búsqueda de sensaciones impulsiva-no socializada, que está altamente correlacionada con el Psicoticismo, podría compartir bases neurobiológicas.

Se señala que la característica central de este rasgo es la desinhibición, especialmente en situaciones con recompensas significativas. Esta desinhibición se relaciona con la activación de circuitos noradrenérgicos y dopaminérgicos, bajos niveles de serotonina y altos niveles de testosterona, así como bajos niveles de la enzima monoaminoxidasa.

Si bien, Eysenck observó que altas puntuaciones en Psicoticismo podrían predisponer a los individuos a trastornos como la psicosis y el trastorno antisocial de la personalidad. También notó que bajos niveles de monoaminoxidasa se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas, búsqueda de sensaciones, trastorno bipolar y esquizofrenia con síntomas positivos Schmidt (2010).

## **2.6. Teorías sobre la adolescencia.**

La adolescencia es un tema ampliamente discutido en la sociedad y genera debates entre diversos grupos, incluyendo científicos sociales, educadores, padres y organizaciones civiles y políticas. Se aborda desde diversas disciplinas científicas, como la antropología, biología del desarrollo, sociología, historia y psicología. En este capítulo, nos enfocaremos en el enfoque psicológico de la adolescencia (Lozano Vicente, 2014).

### **2.6.1. Teoría psicoanalítica.**

Dentro del psicoanálisis, no existe un consenso claro sobre la adolescencia, y se han propuesto diversas teorías desde esta perspectiva. En realidad, el concepto de adolescencia se trataba principalmente como "Pubertad" en el psicoanálisis, y se remonta al escrito de Freud en 1905, "Tres ensayos de la teoría sexual". En este escrito, se enfatiza el crecimiento de los genitales externos como lo fundamental en este período de desarrollo, hasta que estuvieran lo suficientemente maduros para la reproducción.

Por otra parte, Anna Freud, hija de Sigmund Freud, consideraba la adolescencia como una etapa importante para la formación del carácter. En su perspectiva, la llegada de la pubertad generaba un enfrentamiento entre el yo y el ello, y esto llevaba a modificaciones tanto cualitativas como cuantitativas en los instintos y en las fuerzas dentro de cada individuo. Según ella, este desequilibrio podía provocar ansiedad en la persona y desencadenar diversos mecanismos de defensa, desde los neuróticos hasta los psicóticos, siendo un proceso inevitable para los adolescentes.

Por su parte el psicoanalista Erik Erikson, desde una perspectiva evolutiva, ubicaba a la adolescencia como la quinta fase en su teoría del desarrollo psicosocial, llamada 'Identidad versus confusión de identidad'. Durante esta etapa, los jóvenes experimentan un crecimiento físico y una madurez genital, lo que los lleva a cuestionar su rol en la sociedad y a descubrir su propósito en la vida. Según Erikson, la identidad se logra al resolver tres desafíos principales: Elegir una ocupación, adoptar valores para vivir y desarrollar una identidad sexual satisfactoria.(Hernandez Soto, 2010).

Como se mencionó en un inicio, el tema de la adolescencia es muy diverso, y es posible encontrar diversas ideas acerca de su significado.

En este sentido, Melanie Klein plantea la adolescencia como la "*Consolidación de una biografía*" y una transición de la niñez a la adultez, caracterizada por el movimiento de lo interno a lo externo, de entornos cerrados a abiertos, y de la niñez hacia la madurez. Se considera que la adolescencia abre lugares que antes estaban cerrados y facilita la alternancia entre lo interno y lo externo, así como la conexión entre lo familiar y la sociedad. Desde una perspectiva freudiana, se aborda la preocupación por el proceso que abarca desde la niñez hasta la adultez, con el objetivo de explicar cómo la adolescencia, a pesar de su desregulación energética inicial durante la pubertad, eventualmente restaura el equilibrio perdido.

Blos ofrece una perspectiva diferente sobre la adolescencia, la ve como un proceso posterior de individuación en el que puede ocurrir un colapso seguido de una reorganización de las funciones psíquicas. Este período brinda una oportunidad para resolver cuestiones no resueltas de la infancia que pueden resultar abrumadoras. La adolescencia no puede considerarse una etapa evolutiva inconclusa, ya que, al igual que en la niñez, se pierde el impulso evolutivo, independientemente de si se superaron los desafíos. La misión de la adolescencia es asegurar la continuidad temporal, estableciendo una secuencia entre el pasado, el presente y el futuro. El fracaso en esta etapa podría llevar a la persistencia de aspectos infantiles no resueltos más allá de su momento adecuado (Klein, A, 2012).

En este sentido Erik Erikson nos dice que la identidad yoica se desarrolla como respuesta a situaciones conflictivas a lo largo del ciclo vital y es propensa a cambios. La crisis de identidad típica de la adolescencia se inicia en la infancia y continúa durante la adolescencia, experimentando reorganizaciones a lo largo de la vida adulta. La identidad yoica se basa en procesos de identificación, comenzando con figuras parentales y extendiéndose a otras figuras de autoridad, así como a pares durante la adolescencia, la cual a su vez se ve como un ensayo de identidades temporales que pueden incorporarse al yo o abandonarse. Los adolescentes deben

crear una nueva identidad que se adapte a las necesidades de su contexto cultural, que puede ser diferente en cada transición hacia la adultez (Aramburo N, 2011).

### **2.6.2. Teoría conductista.**

Pasando del psicoanálisis a la conducta, el conductismo, promovido por Watson, se centra en el aprendizaje basado en la asociación de estímulos y respuestas. Aportaciones clave incluyen el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner y el condicionamiento vicario de Bandura. Se basa en el asociacionismo, donde el conocimiento se forma a través de la relación entre antecedentes y consecuencias (estímulo-respuesta).

Por su parte Hume influyó en el conductismo al afirmar que al principio, no tenemos conocimiento y lo adquirimos a través de mecanismos asociativos y sensoriales. El conductismo sostiene que la mente sería una copia de la realidad y no al revés, siguiendo el "*Principio de corresponsabilidad*". Considera que la conducta humana es controlada por el entorno, y todo aprendizaje se inicia y se controla mediante el ambiente. Un postulado clave es que "La única forma de aprender es a través de la asociación" (Leiva, 2005).

Es así que dentro de la corriente conductista, se considera que todo el desarrollo es aprendido y puede cambiar en respuesta a las experiencias del entorno. Las modificaciones conductuales, como la transformación de la introversión en extroversión o del comportamiento agresivo en apático, se deben a la interacción entre las características biológicas y el entorno en cada etapa del desarrollo. Medir el desarrollo a nivel conductual implica medir el efecto de las circunstancias sociales, incluyendo factores familiares, escolares y comunitarios, considerando la edad y las consecuencias específicas de las conductas. Cada individuo se ve influenciado por su historia tanto filogenética como ontogenética.

### **2.6.3. Teoría cognitiva.**

Por su parte la psicología cognitiva se centra en el estudio de los procesos mentales, como la atención, percepción, memoria, pensamiento y razonamiento. A través de este enfoque, se han desarrollado diversas teorías que abordan cómo los adolescentes experimentan y procesan la información durante esta etapa de desarrollo.

Durante la etapa de "Operaciones formales" según la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, los adolescentes desarrollan la capacidad de pensar de manera más abstracta y lógica, lo que les permite considerar múltiples perspectivas sobre problemas y situaciones.

Así que, sabemos que durante este periodo que comienza alrededor de los doce años y se extiende hasta la adultez, los adolescentes adquieren habilidades para pensar de manera más abstracta e independiente de lo concreto. Esto implica razonamiento abstracto, sistemático y reflexivo, considerando las consecuencias de sus acciones antes de llevarlas a cabo. En esta etapa, son capaces de realizar operaciones matemáticas, fomentando el pensamiento creativo al combinar lo abstracto con la imaginación para prever resultados de acciones. Además, se destaca por el razonamiento inferencial, que les permite llegar a conclusiones basadas en su propio pensamiento (Saul Mcleod, 2023).

Por otra parte, la "Teoría de la mente" también es relevante en el enfoque cognitivo y se refiere a la capacidad de comprender y atribuir estados mentales a otras personas. Refiere que durante la adolescencia, se inicia el desarrollo de una comprensión más compleja de las emociones y pensamientos de los demás. Esta teoría implica explicar el comportamiento a través de la atribución de estados mentales como creencias, deseos, intenciones y emociones.

Actualmente, la investigación en neuroimagen sugiere la existencia de diversas tipologías de teoría de la mente basadas en diferentes regiones neuroanatómicas. Se distingue entre la

comprensión de los estados mentales y emociones propios y de otros, y cómo atribuimos estos estados a personas (Portillo, M. 2016).

Por otra parte, investigaciones actuales acerca una nueva teoría referente a la propensión a conductas de riesgo en la adolescencia dice que se han visto relacionadas con asincronías en el desarrollo de estructuras cerebrales, según el "Modelo del sistema dual".

Este modelo implica dos sistemas: El socioemocional y el de control cognitivo. Problemas en el desarrollo de estructuras en el lóbulo prefrontal pueden desequilibrar el sistema de control cognitivo, favoreciendo conductas de alto riesgo y decisiones inadecuadas. La dificultad de los adolescentes para tomar decisiones no se debe solo a inmadurez cognitiva, sino a un desequilibrio entre procesamiento emocional y racional.

Este modelo sugiere que la inmadurez en la toma de decisiones se debe a la interacción de dos sistemas neurales; uno emocional, maduro y orientado a recompensas, y otro lógico y racional, que aún necesita madurar, lo que dificulta la toma de decisiones racionales (Broche, P. 2014).

#### **2.6.4. Teoría del aprendizaje social.**

La teoría del aprendizaje social de Bandura mantiene que en gran medida parte del aprendizaje que podemos llegar a desarrollar los humanos se da a través de la observación, así como de la imitación de ciertos modelos de comportamiento. De acuerdo con esta teoría, los adolescentes pueden aprender nuevas formas de comportamiento social a través de la observación de sus pares, familiares, figuras de autoridad para posteriormente imitar dichos comportamientos en situaciones similares.

Por otra parte esta teoría suele destacar la importancia de las consecuencias que acompañan al comportamiento, ya que dichas consecuencias pueden llegar a reforzar o bien a debilitar la

probabilidad de que un adolescente imite determinado comportamiento o no, dependiendo del refuerzo positivo que pueda llegar a recibir con dicha conducta y la ganancia que derive.

Dicha teoría también sugiere que los adolescentes pueden llegar a ser influenciados no sólo por pares y demás figuras mencionadas anteriormente, sino también por medios de comunicación y la cultura popular para desarrollar determinados comportamientos y/o actitudes ya que estos pueden llegar a influir en la manera en la que ellos ven el mundo y por ende la manera en la que actúan en el mismo.

Si bien reconoce que gran parte del aprendizaje se da por medio de refuerzos, también menciona que todo el aprendizaje puede ocurrir sin ellos por mera observación, a través de lo que él denominó como reforzamiento vicario, por medio del cual el sujeto observa la conducta y las consecuencias de la misma y está es la principal diferencia con el conductismo ya que se plantea que el aprendizaje no solo se por experiencia directa.

Por otra parte Bandura también analizó el autoreforzamiento al que define como: *“La manera de autoadministrarse recompensas o castigos por cumplir, superar o incumplir las expectativas o normas personales”*. Para él, el autoreforzamiento es tan importante como el reforzamiento ejercido por terceros.

En ese sentido, el logro de dichos comportamientos deseados puede repercutir en la denominada “Autoeficacia”, la cual de acuerdo con Bandura, está compuesta por sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia para poder afrontar las vicisitudes que la vida conlleva (Contini. E. N. 2015).

## **2.7. Adolescencia y consumo de sustancias adictivas.**

Actualmente el consumo de sustancias en adolescentes es un creciente problema de salud pública, vinculado a accidentes, discapacidades, trastornos psiquiátricos, ideación y comportamiento

suicida, así como comportamientos sexuales de riesgo. Además, conlleva problemáticas biopsicosociales, como lesiones, deserción y bajo rendimiento escolar o laboral, violencia familiar, conductas antisociales, eventos traumáticos y trastornos psiquiátricos. El consumo intravenoso aumenta el riesgo de VIH, hepatitis B y C, con complicaciones vasculares, daño hepático, cáncer y posibles malformaciones congénitas en embarazadas que consumen sustancias, incluyendo el síndrome alcohólico fetal.

Es así que, los adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años son más vulnerables al consumo de sustancias y a problemas biopsicosociales relacionados con este consumo. Esta vulnerabilidad se debe a la inmadurez neurobiológica, que los hace impulsivos y propensos a comportamientos temerarios y errores de juicio, comunes en la adolescencia.

Sin embargo, estas características los exponen a situaciones de riesgo, donde pueden manejar eficientemente sus emociones y toma de decisiones, especialmente bajo presión social de sus pares. Por tanto, el consumo de sustancias aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos, peleas y sobredosis con consecuencias graves o mortales. Aunque muchos adolescentes nunca consumen sustancias ni desarrollan dependencia, ya que los factores de riesgo son multifactoriales, incluyendo genéticos, neurobiológicos, familiares y ambientales (Tena-Suck, 2018).

En general, el consumo de sustancias más comunes entre los adolescentes a nivel mundial incluye alcohol, tabaco y marihuana. Sin embargo, el consumo antes de los 21 años puede afectar negativamente el desarrollo cerebral, lo que puede dar lugar a consecuencias como dependencia, alteraciones en el comportamiento, percepción, juicio y emociones.

Hoy en día, se han identificado varios factores de riesgo asociados con el consumo de sustancias en adolescentes, que incluyen factores familiares, influencia de grupos de pares, factores individuales y características del entorno social. La presión social y las crisis psicológicas en la

adolescencia pueden aumentar la susceptibilidad al consumo, y aquellos que consumen antes de los 14 años enfrentan un mayor riesgo de problemas en la vida adulta relacionados con el alcohol y otras sustancias (Cruz-Ramirez, V. 2018).

Como podemos observar, el período de adolescencia está asociado con varios factores de riesgo para el consumo de sustancias, incluyendo la edad de inicio del consumo, género masculino, etapa académica, curiosidad por los efectos de las sustancias y enfrentamiento con situaciones desagradables. Otros factores de riesgo incluyen la disponibilidad que hay de sustancias, influencia de pares, historias de conducta antisocial, percepción de riesgo y conductas favorables asociadas con el consumo, eventos estresantes, esquemas de grandiosidad y falta de autocontrol. Además, las relaciones familiares problemáticas y la falta de comunicación y resolución de problemas pueden aumentar el consumo de sustancias en la adolescencia.

Por otro lado, la asistencia regular a clases y la adquisición de habilidades sociales son factores protectores contra el consumo de sustancias en los adolescentes. La participación familiar es esencial, ya que los adolescentes buscan y reciben más apoyo familiar para el tratamiento del abuso de sustancias que los adultos, lo que sugiere la importancia de la participación de la familia en el bienestar mental y el desarrollo personal y social saludable de los adolescentes (Moreta-Herrera, 2018).

Cuando la familia no cumple su función de proteger y facilitar la socialización de sus miembros, pueden surgir problemas que se manifiestan en comportamientos violentos y el uso de sustancias adictivas en algunos de sus miembros (González, 2014).

No obstante como se ha mencionado anteriormente, el consumo de sustancias es multifactorial, llegando a desarrollar todo tipo de investigaciones y estudios que proporcionen mayor información que ayude a mejorar en la detección y/o tratamientos adecuados para las personas consumidoras de sustancias.

De este modo se ha observado una posible conexión entre la dependencia emocional y el consumo de sustancias, ya que comparten características similares, como baja autoestima, autoconcepto negativo, emociones intensas y deseos incontrolables. Estudios anteriores sugieren que ciertas áreas cerebrales implicadas en la dependencia de sustancias también desempeñan un papel en el amor apasionado debido a la dopamina, la cual modula la sensación de placer en ambas situaciones. Sin embargo, según Momeñe, J. (2021), se necesita una investigación más profunda sobre esta relación.

Sin embargo algo de lo que ya se ha investigado, es que las personas con dependencia emocional muestran una fuerte necesidad de afecto y contacto constante con sus parejas, a menudo priorizándolas por encima de todo. Suelen exhibir comportamientos pasivos o sumisos que pueden perpetuar relaciones violentas y experimentan un intenso miedo al abandono o rechazo. Tienden a idealizar a las personas en su entorno, especialmente a sus parejas, y sienten una compulsión por complacer a los demás. Son personas posesivas y les resulta difícil terminar relaciones, incluso si no están satisfechas, ya que pueden experimentar síntomas de abstinencia similares a los del abuso de sustancias.

En cuanto a los patrones de apego, que son las formas en que las personas establecen vínculos emocionales, pueden predecir el consumo de sustancias y los problemas emocionales o trastornos de personalidad. Estos patrones se forman tempranamente con los padres y luego con otros compañeros y redes de apoyo. Un apego inseguro en la infancia puede explicar las dificultades para dejar de consumir sustancias en personas con dependencia. Además, el patrón de apego influye en la capacidad de regular emociones negativas en la adultez, que se refiere a la habilidad de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales para alcanzar metas personales.

En este sentido, en anteriores estudios se ha encontrado que dichas dificultades se relacionan con el riesgo de recaídas en el consumo de sustancias y que la regulación emocional puede llegar a ser un factor de importancia en el uso y abuso de las mismas en adolescentes.

Así, considerando toda la información con la que se cuenta al día de hoy, es esencial reconocer la importancia de la prevención del consumo de sustancias legales en adolescentes, sin estigmatizarlos.

Esto se debe a que para muchos autores, el consumo de sustancias legales a menudo conduce a la experimentación con sustancias más complejas e ilegales, lo que puede tener graves consecuencias para la salud y el bienestar emocional y conductual. Por lo tanto, la detección temprana de los factores de riesgo en esta población es crucial para desarrollar métodos efectivos de prevención del consumo de sustancias en adolescentes. (Hernández, M. 2013).

De acuerdo con este mismo autor, la prevención del consumo de sustancias es fundamental y debe centrarse en la persona, promoviendo su participación activa y creando conciencia de la responsabilidad social. Los programas de prevención deben fortalecer los elementos de protección y reducir los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias.

## **2.8. La familia en el tratamiento de adolescentes consumidores de sustancias.**

A pesar de los cambios en la sociedad, la familia sigue siendo fundamental en la socialización de los adolescentes. Es esencial implementar medidas para mejorar las habilidades y la gestión familiar, promover la cohesión familiar y fortalecer la resistencia al consumo de sustancias, especialmente entre los miembros vulnerables. La familia puede influir en el consumo de sustancias, ya que los modelos de consumo y las actitudes de los padres pueden impactar en el comportamiento de los adolescentes.

La comunicación, convivencia respetuosa, supervisión de los padres y establecimiento de límites claros también son factores fundamentales para proteger a los adolescentes del consumo de sustancias.

Por lo general se ha observado que en el caso de familias consumidoras de algún tipo de sustancia, dicho consumo a menudo está relacionado con violencia encubierta, problemas maritales sin resolver y patrones de interacción caóticos.

Estas familias suelen carecer de organización, límites claros y reglas, lo que lleva a la pérdida de rituales familiares y a menudo resulta en el abandono de responsabilidades, que a veces recae en los hijos, creando una carga emocional inapropiada para su etapa de desarrollo.

De acuerdo con algunos autores, una familia con un ambiente armonioso se considera crucial para la prevención del consumo de sustancias y conductas problemáticas, ya que las interacciones emocionales en la familia son más significativas que las cuestiones materiales y actúan como un elemento protector, (González, op cit).

Diversos factores familiares han sido investigados en relación con el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias en adolescentes, incluyendo:

1. Estructura familiar: La pérdida de uno de los padres, divorcios o segundas nupcias se asocian con un mayor consumo de sustancias en algunos casos, pero la influencia de la estructura familiar no es directa.
2. Estatus socioeconómico: Hay discrepancias en cómo el nivel de estudio de los padres y el estatus socioeconómico se relacionan con el consumo de sustancias en adolescentes. Algunos estudios sugieren que el alto estatus socioeconómico se relaciona con el consumo de alcohol y marihuana, mientras que el desempleo y trabajos eventuales de los padres pueden aumentar el riesgo.

3. Relaciones familiares y clima familiar: Problemas como falta de conexión afectiva, sobreimplicación materna, baja cohesión, aislamiento emocional y conflictos pueden aumentar el riesgo de consumo de sustancias. La percepción negativa de las relaciones familiares y la falta de comunicación también son factores de riesgo.
4. Prácticas de crianza de los padres: La falta de control y supervisión, actitud autoritaria, falta de límites claros y bajas expectativas de los padres sobre la educación de sus hijos pueden aumentar el riesgo de consumo. La falta de reconocimiento y aceptación hacia los hijos también se considera un factor de riesgo.
5. Negligencia y abuso: Tanto el maltrato como la negligencia por parte de los padres pueden desencadenar el consumo de sustancias, ya que no se prestan la atención necesaria para el bienestar psicosocial de los hijos.

Estos factores familiares pueden influir en el riesgo de consumo de sustancias y deben ser considerados en los esfuerzos de prevención y tratamiento (Feito, C. 2016).

Estos puntos son algunos de los que se han encontrado con mayor relación entre el consumo de sustancias en adolescentes y su entorno primario, por eso es que se considera a la familia como el principal medio por el cual se puede llevar a cabo la prevención del consumo durante la adolescencia.

## CAPÍTULO III. CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

*"La adicción no es una debilidad ni un defecto moral. Es una enfermedad del cerebro que puede afectar a cualquier persona en cualquier momento"*

*Nora D. Volkow 2016.*

### **3.1. Antecedentes del consumo de sustancias adictivas.**

A lo largo de la historia, el consumo de drogas ha sido una presencia constante en diferentes culturas y sociedades, desde tiempos antiguos hasta la actualidad. La creciente demanda de sustancias psicoactivas a nivel mundial sugiere que este problema persistirá en el futuro (Arriazu, 2002).

De acuerdo con este mismo autor, a lo largo de la historia, el ser humano ha experimentado con diversas sustancias psicoactivas. Se cree que el proceso comenzó alrededor del año 8000 A.C., con la fermentación de frutos en vasijas, lo que posiblemente llevó al descubrimiento del alcohol. Inicialmente, el alcohol se utilizó en rituales religiosos y su uso se registró por escrito en el antiguo Egipto. Las guerras también jugaron un papel en la historia del consumo de sustancias, como el vino en la antigua Roma y las anfetaminas en la Segunda Guerra Mundial.

El consumo de sustancias que alteran el sistema nervioso central, como el alcohol y los opiáceos, se remonta a alrededor del año 5000 a.C., y el cultivo de cáñamo en China data de hace aproximadamente 4.000 años. Los incas también utilizaban hojas de coca con fines analgésicos y energéticos en el continente americano.

A lo largo de la historia, diversas culturas han utilizado sustancias psicoactivas con diferentes propósitos, como los aztecas, que consumían hongos y peyote con fines religiosos. Se cree que Cristóbal Colón proporcionó el primer testimonio escrito del uso de sustancias psicoactivas en

1493, mencionando que los curanderos de la Isla Española usaban un polvo llamado "Cohoba" para experimentar visiones con fines diagnósticos de enfermedades y de adivinación de sucesos futuros. A lo largo del tiempo, estas sustancias se han utilizado para diversos propósitos, incluyendo fines religiosos, culturales y militares. Hoy en día, se utilizan tanto con fines recreativos como médicos. En la actualidad, hay una amplia variedad de sustancias psicoactivas disponibles, tanto legales como ilegales, y su consumo ha crecido significativamente en las últimas décadas, lo que se relaciona con la ley de la oferta y la demanda (Merlo Marroquín, 20015)(Arriazu, op cit).

Como se ha descrito anteriormente a lo largo de los siglos la humanidad ha avanzado desde la recolección de plantas hasta la investigación de sus componentes activos, su purificación y la modificación de sus estructuras químicas para potenciar sus efectos. Se ha desarrollado el cultivo de estas plantas para aumentar la producción y se han sintetizado moléculas similares para crear componentes más potentes y reducir los costos de fabricación.

De tal forma que la manipulación avanzada de sustancias ha llevado a su consumo masivo, alejándose de los propósitos iniciales de culturas antiguas y las restricciones sociales y temporales. Esto ha dado lugar a la transformación del uso de sustancias psicoactivas en un problema de salud pública en la actualidad. Así que, para comprender la problemática actual relacionada con el consumo de sustancias, es fundamental tener claridad sobre conceptos como qué es una droga y cómo se desarrolla el proceso adictivo en un individuo. Esto nos permite abordar de manera efectiva la situación actual.

### 3.2. Definición de conceptos.

Cuando se habla de consumo de sustancias o adicciones podemos encontrar varios conceptos cuyo significado es de suma importancia para el entendimiento adecuado del tema que nos compete, por tanto comenzaremos por explicar a que se refieren.

Uno de los términos de mayor uso es el de **adicción** mismo que la Real Academia Española define como: *“Dependencia del consumo de alguna sustancia o de la práctica de una actividad”* que puede llevar como complemento la letra “a” que denota lo que causa la adicción.

La adicción, según la definición de García, es una enfermedad cerebral crónica que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias adversas que conlleva. Esto se debe a que las drogas pueden alterar la estructura y el funcionamiento del cerebro a largo plazo, lo que desencadena conductas de riesgo comunes en personas que abusan de las drogas (García, 2010).

Por otro lado, el término "Droga" tiene sus raíces en el árabe andalusí *ḥaṭrúka*, que significa "charlatanería". En el siglo XIV, en los Países Bajos, se utilizaba el término "droog" (seco) para referirse a plantas y especias con fines medicinales.

Los ingleses utilizaron "drug," y los franceses, "drogue," para referirse específicamente a medicamentos. En Holanda, el término continuó usándose para productos derivados de plantas medicinales. En inglés, "drug" se refiere a principios activos y fármacos, mientras que en español, se usa en la jerga común para hacer referencia a sustancias con potencial de abuso (Valdés Iglesia, 2018).

Y de acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una droga como cualquier sustancia que, al ingresar al organismo, puede modificar una o varias de sus funciones. Este término sigue siendo sinónimo de fármaco.

Según el diccionario de la Real Academia Española, una droga es *“cualquier sustancia o preparado medicamentoso con efectos estimulantes, deprimentes, narcóticos o alucinógenos”* (Fernández, 2009).

Sin embargo la misma OMS ajustó su definición de sustancias que producen dependencia en 1982, limitándola a sustancias químicas, tanto de origen natural como sintético, de uso no médico, con efectos psicoactivos capaces de modificar la percepción, el estado de ánimo, la cognición, la conducta o las funciones motoras en un organismo viviente. También define las drogas de abuso como sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos que pueden alterar la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, y que son susceptibles de ser autoadministradas (Fernández, 2009).

Por otra parte, una sustancia, según la Real Academia Española, es *“El componente principal de los cuerpos que tiene la capacidad de tomar diversas formas y experimentar cambios. Estas sustancias se caracterizan por un conjunto de propiedades físicas o químicas que pueden ser percibidas a través de los sentidos”*.

En la última década, se ha preferido el término "sustancia psicoactiva" en lugar de "droga". Esto se debe a la amplia gama de productos, algunos de origen natural o no diseñados para el consumo humano, que pueden causar trastornos por abuso o dependencia. Una sustancia psicoactiva se define como una *"sustancia tóxica de origen natural o sintético que, cuando se introduce en el organismo, actúa sobre el Sistema Nervioso Central, provocando cambios en las emociones y el comportamiento, al mismo tiempo que altera la neuroquímica cerebral y puede dar lugar a la dependencia"* (Rodríguez, 2010).

Los conceptos de uso, hábito y abuso han sido objeto de revisión continua debido a las diferencias culturales en su aplicación en varias regiones del mundo. Sin embargo, se han definido de la siguiente manera (Fernández, op cit).

De acuerdo a este mismo autor, "Uso" se refiere simplemente al consumo de una sustancia sin implicaciones clínicas o sociales, caracterizado por un consumo aislado, ocasional o episódico sin desarrollo de tolerancia o dependencia. "Hábito" implica una costumbre de consumo sin una necesidad ineludible, sin aumento en la dosis y sin trastornos físicos o psicológicos significativos cuando la sustancia no está disponible y "Abuso" se relaciona con cualquier consumo de droga que cause o amenace con dañar la salud física o mental, el bienestar social de un individuo, varios individuos o la sociedad en general.

El DSM-IV TR clasifica el **“Abuso de sustancias”** de la siguiente manera y enmarca las los siguientes criterios para poder llevar a cabo un diagnóstico del mismo como:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
  - 1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
  - 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
  - 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
  - 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia (García, op cit).

En otro sentido, el término "drogodependencia" solía utilizarse para referirse al consumo abusivo de sustancias. Sin embargo la OMS la definió como un estado de intoxicación periódica o crónica causado por el consumo repetido de una droga, caracterizado por el deseo dominante de continuar tomando la droga, aumento de la dosis, dependencia física y psicológica, síndrome de abstinencia por retirada de la droga y efectos nocivos para el individuo y la sociedad. La "*Intoxicación*" por otra parte, se refiere a alteraciones agudas en el nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o funciones psicofisiológicas causadas por los efectos agudos de una sustancia, que generalmente se resuelven con el tiempo, excepto cuando causan daño a los tejidos u otras complicaciones irreversibles (Payá, 2008).

Por su parte, la clasificación para "*Dependencia*" se refiere a un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, y se expresa a través de tres o más de los siguientes ítems durante un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida como la necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para lograr el efecto deseado, o la disminución del efecto con el consumo continuado de las mismas cantidades.
2. Abstinencia, caracterizada por la presencia del síndrome de abstinencia relacionado con la sustancia o la utilización de la misma sustancia (o similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto inicialmente.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar o interrumpir el consumo de la

sustancia.

5. Empleo significativo de tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.
7. Continuar tomando la sustancia a pesar de ser consciente de problemas psicológicos o físicos recurrentes o persistentes causados o exacerbados por su consumo (García, op cit).

En este sentido, la "*Dependencia*", de acuerdo con la OMS, es un síndrome que se caracteriza por un patrón de comportamiento en el cual se da prioridad al uso de una o varias sustancias psicoactivas por encima de otros comportamientos considerados generalmente más importantes. El uso repetitivo de sustancias psicoactivas activa de manera intensa los sistemas biológicos que guían el comportamiento hacia los estímulos cruciales para la supervivencia, lo que da lugar al ciclo de conductas típico de las dependencias (EL, I. P, 2002).

La "*Tolerancia*" por su parte, desempeña un papel crucial en el desarrollo de la dependencia, ya que implica que el usuario necesita una cantidad creciente de una sustancia para lograr el mismo efecto que inicialmente tenía. Según García, se refiere a "*Una respuesta reducida al fármaco, lo que requiere dosis más altas para alcanzar el mismo efecto*". Esta tolerancia se desarrolla debido a mecanismos compensatorios que contrarrestan los efectos de la sustancia, y el Sistema Nervioso Central ajusta su función a largo plazo para equilibrarla (García, op cit).

De modo que existe una "Dependencia Física o fisiológica", a menudo denominada "Neuroadaptación", se refiere a un estado en el que se desarrolla una necesidad de mantener niveles específicos de una droga o sustancia en el organismo.

En este estado, se establece una conexión entre la droga o sustancia y el organismo. Para que ocurra este tipo de dependencia, es fundamental que haya tolerancia a la sustancia y la experiencia de un síndrome de abstinencia agudo cuando no se consume la sustancia (Fernández, op cit).

El síndrome de abstinencia es una serie de signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, que surgen de manera aguda y pueden variar en gravedad dependiendo de la droga consumida. Estos síntomas tienden a aliviarse con la administración de la droga o mediante el uso de reemplazos farmacológicos que actúan en el cerebro a nivel de los neuroreceptores. Para García, el síndrome de abstinencia se manifiesta como un conjunto de signos y síntomas que aparecen tras la reducción brusca o la interrupción del consumo de la sustancia, o debido a la acción de un antagonista. Los síntomas son generalmente opuestos a los causados por la sustancia, y la abstinencia puede ser una de las razones subyacentes del uso compulsivo de sustancias psicoactivas y de recaídas a corto plazo (García, op cit).

En el caso de la "Dependencia psicológica", esta se refiere al deseo incontrolable de consumir una droga, incluso cuando se ha tomado la decisión de no hacerlo. Esto se debe al anhelo de repetir los efectos placenteros, satisfactorios o de evasión que la sustancia proporciona, así como a la necesidad de evitar el malestar que se experimenta cuando no se consume la droga. El craving, o deseo insaciable, es un componente crucial de la dependencia y a menudo desencadena recaídas después de períodos de abstinencia.

Una "recaída" ocurre cuando se reanuda la búsqueda y el uso compulsivo de la droga después de un período de abstinencia. Las memorias, el estrés y las sustancias pueden desencadenar recaídas. La "Sensibilización" es uno de los mecanismos neurobiológicos involucrados en el craving y la recaída. Se refiere a la hipersensibilidad a los efectos de una droga en individuos que han estado

expuestos previamente a ella.

Así que, la dependencia es un resultado complejo que involucra la interacción de efectos fisiológicos de las sustancias psicoactivas en áreas específicas del cerebro relacionadas con la motivación y la emoción, junto con el proceso de aprendizaje. Cada sustancia actúa de manera diferente en el cerebro y produce efectos distintos. El circuito de recompensa en el cerebro desempeña un papel fundamental en la motivación y la emoción de un individuo. Las recompensas son estímulos que el cerebro percibe como positivos o placenteros, y esto puede variar según la sustancia y sus efectos específicos. Es importante comprender los diferentes tipos de consumo, la clasificación de sustancias y cómo actúan en el cerebro, así como las áreas cerebrales involucradas en este proceso (Fernández, op cit) (García, op cit)(EL, I. P, op cit).

### **3.3. Neurobiología de las adicciones.**

El consumo de sustancias involucra áreas específicas del cerebro relacionadas con el circuito de motivación-recompensa, que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la dependencia. Este sistema cerebral nos permite experimentar placer y se activa al llevar a cabo acciones esenciales para nuestra supervivencia, como comer, tener relaciones sexuales o beber. Investigaciones con roedores realizadas en 1954 por James Olds y Peter Milner descubrieron este sistema y concluyeron que el comportamiento se ve estimulado por el placer.

El sistema de motivación-recompensa se compone de dos zonas en el cerebro: El área tegmental ventral y el núcleo accumbens. El área tegmental ventral, ubicada en el cerebro medio, se considera la parte más importante de este sistema de recompensa. El núcleo accumbens, que se encuentra en el encéfalo anterior, recibe aferencias de la zona del área tegmental ventral y está modulado por neurotransmisores como el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). El área tegmental ventral y el núcleo accumbens también interactúan con otras áreas cerebrales,

como la amígdala, la corteza cerebral y el hipotálamo lateral.

En resumen, el circuito de motivación-recompensa, compuesto por el área tegmental ventral y el núcleo accumbens, es esencial en la regulación de las conductas placenteras y desempeña un papel crucial en el desarrollo de la dependencia a sustancias. Estas áreas cerebrales interactúan con varios neurotransmisores y estructuras relacionadas con el aprendizaje, la memoria y la regulación de las emociones (Razón Hernández, 2018) .

El complejo sistema de recompensa en el cerebro incluye neuronas dopaminérgicas que se agrupan en el área tegmental ventral y proyectan directamente al núcleo accumbens y la amígdala. Esto forma la vía mesolímbica y, a través de la corteza prefrontal, la vía mesocortical (Méndez-Díaz, 2017). La dopamina, un neurotransmisor, desempeña un papel crucial en este sistema, ya que su liberación está relacionada con la percepción de placer. El núcleo accumbens se activa durante actividades gratificantes, tanto naturales (comer, beber) como cuando se consumen sustancias de abuso.

Cuando se consume una sustancia de abuso, se produce una liberación masiva de dopamina, lo que crea una sensación intensa de placer. Sin embargo, tras el consumo y durante la abstinencia, la liberación de dopamina disminuye significativamente, lo que da lugar al ya mencionado síndrome de abstinencia, es decir, un estado de ánimo disfórico que a menudo desencadena el deseo de consumir nuevamente.

El circuito de placer del cerebro se relaciona con la formación de hábitos y la memoria, ya que el cerebro almacena estímulos relacionados con el consumo de sustancias, que luego sirven como desencadenantes para la repetición del comportamiento. Estudios de imagen en humanos han demostrado que las alteraciones en la corteza prefrontal, que regula los sistemas subcorticales de motivación-recompensa, pueden estar relacionadas con comportamientos adictivos. Estas alteraciones pueden ser causadas por factores genéticos o epigenéticos.

En resumen, la dopamina y el circuito de recompensa desempeñan un papel fundamental en la adicción, y las alteraciones en la corteza prefrontal pueden contribuir a comportamientos adictivos. El sistema de motivación-recompensa busca incrementar la probabilidad de que se repitan conductas placenteras, lo que puede llevar a la formación de hábitos y adicciones (Méndez-Díaz, 2017)(Razón Hernández, op cit).

### **3.4. Clasificación de sustancias y sus efectos.**

Las drogas se han clasificado de diversas maneras a lo largo de los años, pero actualmente, la clasificación predominante se basa en los efectos farmacológicos de las drogas. Sin embargo, también se pueden clasificar según su estado legal. Esto significa que en la mayoría de los países occidentales, las drogas se dividen en tres categorías en función de las restricciones legales:

1. Drogas ilícitas: Estas sustancias se utilizan libremente y según los deseos de cada usuario o consumidor. Ejemplos incluyen el tabaco y las bebidas alcohólicas.
2. Drogas recetadas o implementadas como medicamentos: Estas sustancias generalmente se obtienen mediante prescripción médica y se utilizan en tratamientos de trastornos como problemas del sueño, trastornos del ánimo o para mejorar la concentración. Ejemplos incluyen los psicofármacos, estimulantes menores y la metadona.
3. Drogas ilegales: Estas son sustancias en las que la comercialización se considera ilegal según la legislación vigente de cada país. Ejemplos comunes de drogas ilegales a nivel internacional incluyen derivados del cannabis, heroína y cocaína.

A nivel internacional, existen convenios que prohíben ciertas sustancias, como opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y otros estimulantes, así como aquellas con efectos hipnóticos y sedantes en el organismo. Estos convenios establecen la prohibición del uso no médico de estas

sustancias (Valdés Iglesia, 2018).

### **Clasificación farmacológica:**

Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar farmacológicamente según sus efectos en el sistema nervioso central y el cerebro en tres categorías:

1. Depresores: Estas sustancias ralentizan o inhiben las funciones cerebrales y pueden generar desde desinhibición hasta coma. Ejemplos incluyen antihistamínicos, antipsicóticos, disociativos, GABAérgicos, glicinérgicos, narcóticos y simpatomiméticos.
2. Estimulantes: Estas sustancias activan y aceleran el funcionamiento cerebral, generando un aumento en la alerta, la productividad y la presión sanguínea. Ejemplos incluyen amfetaminas, cocaína, nicotina, y xantinas (café, té o chocolate). Pueden producir síntomas como euforia, manía y convulsiones.
3. Perturbadores o alucinógenos: Estas sustancias alteran el funcionamiento del sistema nervioso central y pueden dar lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones y cambios emocionales. Se dividen en tres grupos: psicodélicos (como el LSD), disociativos (que generan disociación y sedación), y delirantes (que causan delirios). Ejemplos incluyen derivados cannábicos, inhalantes y drogas de diseño.

Además, existe una categoría de drogas opioides que se unen a receptores opioides en el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal. Se dividen en tres clases: alcaloides del opio (como la morfina y la codeína), opioides semi-sintéticos (como la heroína y la oxycodona), y opioides completamente sintéticos (como la petidina y la metadona) (Payá, 2008)(Valdés Iglesia, op cit).

## **Clasificación de acuerdo a su peligrosidad:**

De acuerdo con la OMS éste se define bajo los siguientes criterios:

→ Más peligrosas:

- Generan dependencia física.
- Generan dependencia con mayor rapidez.
- Generan mayor toxicidad.

→ Menos peligrosas:

- Generan sólo dependencia psíquica.
- Generan dependencia con menor rapidez.
- Poseen menor toxicidad.

Este enfoque ayuda a categorizar sustancias adictivas en función de su potencial de daño y riesgo para la salud.

Las drogas se pueden clasificar socioculturalmente en dos categorías:

1. Drogas institucionalizadas: Son sustancias legalmente reconocidas y su uso está regulado. Ejemplos incluyen el tabaco, el alcohol y los psicofármacos. A pesar de su legitimidad, estas drogas a menudo causan daños significativos a la sociedad.
2. Drogas no institucionalizadas: Son sustancias prohibidas por la ley y tienen un uso menos extendido. Aunque su consumo es restringido, a menudo generan una mayor alarma social debido a sus implicaciones ilegales (Payá, op cit).

La última clasificación que se tiene actualmente es con base en el tipo de adicción o dependencia que genera la misma, llamándola:

### **Clasificación entre duras y blandas:**

Las sustancias adictivas se pueden clasificar también en duras y blandas, lo que es relevante debido a la diferencia en el nivel de dependencia que generan en los usuarios.

- Drogas duras: Estas sustancias causan dependencia tanto física como psicológica. Ejemplos incluyen la cocaína, los opioides, el alcohol y las anfetaminas.
- Drogas blandas: En este caso, la dependencia puede ser física o psicológica, pero no ambas. Ejemplos de drogas blandas incluyen derivados del cannabis como la marihuana o el hachís, así como la cafeína. Este término se usa principalmente para referirse a sustancias que generalmente no causan problemas significativos ni patrones de comportamiento social desadaptativo.

Comprender estas clasificaciones es importante para comprender cómo afectan al cerebro y las áreas involucradas en el proceso de adicción, lo que ayuda a entender por qué es tan complicado para los usuarios mantener la abstinencia (Valdés Iglesia, op cit).

### **3.5. Riesgos para la salud.**

En la actualidad, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, así como los trastornos mentales derivados de ellos, son cada vez más comunes y comienzan en edades tempranas. A menudo, se presta más atención a estos problemas en adultos que en niños y adolescentes, a pesar de que son una causa principal de discapacidad en adolescentes. Es esencial enfocarse en la investigación y la prevención en este grupo de población.

Las investigaciones científicas han revelado las asociaciones entre el consumo de sustancias y diversos problemas biopsicosociales en los adolescentes y jóvenes menores de veinticuatro años.

El inicio del consumo de sustancias se ha vuelto más temprano y se relaciona con factores de riesgo específicos.

El consumo puede dañar la salud física y mental de los adolescentes y afectar su entorno y relaciones. Además, durante la adolescencia, se producen cambios cerebrales que pueden ser interferidos por las sustancias consumidas.

El consumo de sustancias durante este período aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y trastorno bipolar, trastornos de la alimentación como anorexia y bulimia, trastornos del sueño como insomnio y somnolencia diurna. A nivel orgánico, puede provocar trastornos cardiovasculares, hepáticos, pulmonares y neurológicos, incluyendo convulsiones y daño cerebral. También puede causar problemas gastrointestinales, trastornos reproductivos, enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA y hepatitis B y C (Tena-Suck, 2018).

Cabe mencionar que la relación de enfermedades asociadas al consumo de sustancias varía según la sustancia, su forma de consumo y sus componentes. El nivel de riesgo se basa en patrones de consumo que indican la probabilidad de sufrir consecuencias negativas.

De acuerdo con Jiménez (2018), en el caso del alcohol, el 59.26% de los consumidores se encuentra en un nivel de riesgo alto, lo que implica un alto riesgo de problemas graves de salud, sociales, económicos y legales. El 35.19% tiene un nivel de riesgo moderado, lo que ya afecta su salud y otras áreas de sus vidas. Los problemas comunes relacionados con el consumo de alcohol van desde la resaca y conductas agresivas hasta enfermedades como pancreatitis, hipertensión arterial, ansiedad, depresión, dificultades cognitivas, lesiones cerebrales, cáncer y suicidio.

La cocaína tiene un nivel de riesgo alto del 38.89% y un nivel moderado del 37.04%. Los consumidores de cocaína son vulnerables a problemas de sueño, insomnio, dolores de cabeza, pérdida de peso, adormecimiento, problemas económicos, pensamientos irracionales, ansiedad, depresión, conductas agresivas, paranoia, ansias de consumir, estrés y episodios psicóticos.

También pueden enfrentar la muerte súbita por problemas cardíacos después de un largo historial de consumo con altas dosis.

Por su parte, con el tabaco, el 66.6% de los consumidores se encuentra en un nivel de riesgo moderado debido a problemas de salud y dependencia. Esto puede llevar a enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer, como cáncer de boca, garganta y estómago.

Con el cannabis, el 35.1% se encuentra en un nivel de riesgo moderado y el 25.93% en un nivel alto. Esto puede resultar en graves problemas de salud, así como afectaciones en áreas sociales, económicas, legales y de pareja. Los problemas comunes relacionados con el consumo de cannabis incluyen dificultades de atención y motivación, ansiedad, paranoia, pánico, depresión, pérdida de memoria, disminución de la capacidad para la toma de decisiones y resolución de problemas, enfermedades cardíacas, EPOC y varios tipos de cáncer.

### **3.6. Enfoques teóricos del consumo de sustancias adictivas en psicología.**

#### **3.6.1. Psicoanálisis.**

El campo de las adicciones ha sido estudiado desde una perspectiva psicoanalítica durante aproximadamente cien años. Inicialmente, hubo controversias entre dos destacados eruditos, Bleuler y Ferenczi, con respecto a la comprensión del alcoholismo. Ferenczi argumentaba que el alcoholismo era una grave consecuencia de la neurosis y no su causa, mientras que Bleuler abogaba por la necesidad de más investigación y precaución en las afirmaciones sobre el tema.

En la década de los años 20 y 30, el psicoanálisis mostró un gran interés en las adicciones. Rado y Glover realizaron contribuciones significativas en este campo. Rado sugirió que la adicción implicaba una independencia de las formas habituales de recompensa y una limitación de la

libertad de acción del "Yo". Recomendó el retiro total de la droga bajo supervisión médica y apoyo psicoterapéutico como medida terapéutica.

Glover, por su parte, sugirió que el alcohol, en particular, actuaba como un sustituto de la sexualidad en la adicción. Luego, en 1932, propuso la teoría de las relaciones de objeto para explicar las toxicomanías, refiriéndose a ellas como variaciones de "estados transicionales" del yo temprano. Según Glover, las adicciones podrían ser más o menos nocivas según la predominancia de aspectos sádicos o reparadores, reduciendo la droga a un objeto parcial.

En la década de los 60, se comenzó a considerar la adicción como una deficiencia estructural o como resultado de mecanismos inconscientes. Winnicott relacionó las adicciones con una regresión de etapas en las que los fenómenos transicionales se volvían irrepitibles, dañando el desarrollo hacia relaciones de objeto maduras. Meltzer ubicó las adicciones en una estructura narcisista que podía evolucionar hacia la psicosis.

La falta de objeto fantasmático o su daño en el mundo interno se consideró como una causa de adicción, con la droga actuando como un objeto maternizante-tranquilizante buscado en el mundo exterior. Otras perspectivas psicoanalíticas hablan de la no internalización de la permanencia de objeto en la etapa preedípica, el miedo a la separación y el intento de mantener la conexión con los objetos.

El planteamiento freudiano en "El malestar en la cultura" considera el consumo de sustancias como un método burdo pero eficaz para evadir el "displacer" y procurar sensaciones de placer. Se destaca la compulsión que caracteriza la conducta adictiva (Acosta, 2011).

En resumen, la perspectiva psicoanalítica ha evolucionado con el tiempo y ha ofrecido diversas teorías para comprender las adicciones, desde enfoques estructurales hasta explicaciones basadas en mecanismos inconscientes y relaciones de objeto.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el abordaje de las adicciones implica que la persona se enfrente a la verdad de su deseo. Esto no necesariamente significa la liberación del deseo, sino que el sujeto tome conciencia y asuma la responsabilidad de su posición en el deseo del Otro. Freud dividió el psiquismo en los principios del placer y de la realidad, donde el placer busca la inmediata satisfacción y la realidad busca un equilibrio entre el goce y las normas.

El psicoanálisis no considera la adicción como una estructura clínica en sí misma. En lugar de centrarse en una sustancia en particular, se centra en las estructuras clínicas de neurosis, psicosis y perversión. El enfoque psicoanalítico se enfoca en cómo los tóxicos pueden desempeñar un papel en diferentes estructuras y tener funciones variadas para cada individuo.

No existe una definición universal de toxicomanía en la jerga psicoanalítica, ya que el enfoque se centra en el sujeto del inconsciente y su relación con el Otro. Cada persona tiene su propio goce particular, y el psicoanalista trabaja con esto.

Tanto Lacan como Freud coinciden en que las drogas pueden ayudar a romper la unión del sujeto con el falo, y la toxicomanía está relacionada con el modo de gozar de cada individuo en su posición subjetiva con respecto al deseo y el goce. Las sustancias a menudo se utilizan en momentos de desestabilización fantasmática o cuando el sujeto se siente abrumado por la angustia.

La toxicomanía implica la sustitución del goce fálico por un goce autoerótico y cínico, independiente del Otro, que se obtiene a través de la droga. Esto calla al sujeto del inconsciente y el objeto droga ocupa el lugar de causa de deseo (Lora, 2015).

### **3.6.2. Cognitivo-conductual**

El modelo cognitivo del abuso de sustancias adictivas, basado en el enfoque de Beck y la terapia cognitiva, sugiere que el consumo de sustancias psicoactivas se relaciona con la generalización y

el fortalecimiento de creencias adictivas e instrumentales. Estas creencias se basan en los esquemas cognitivos, que son las unidades básicas del pensamiento, y contienen creencias personales sobre uno mismo, los demás, el mundo y el futuro.

Estas creencias pueden ser superficiales o profundas, y se manifiestan como pensamientos automáticos, o pueden ser intermedias o nucleares, relacionadas principalmente con el autoconcepto y la satisfacción personal en términos de interacción social o logro de metas e independencia.

El modelo cognitivo clasifica las creencias y patrones de comportamiento relacionados con el uso y beneficios de las sustancias según el significado individual que se les atribuye. Se identifican creencias adictivas, como creer que el consumo aliviará o solucionará problemas, y creencias anticipatorias al consumo, que son estrategias para afrontar situaciones externas e internas, como la ansiedad, eventos sociales o conflictos interpersonales.

En estas situaciones, las personas que abusan de sustancias pueden experimentar pensamientos automáticos que aumentan el deseo de consumo y generan creencias que facilitan o permiten el consumo (como "Solo será esta vez" o "Ya tengo tiempo sin hacerlo"). Estas creencias pueden impulsar el inicio de estrategias para obtener la sustancia.

El ciclo de la conducta adictiva termina con una recaída, que se caracteriza por el consumo continuo, la frustración por recaer y la retroalimentación de creencias nucleares negativas, como la sensación de no poder superar el problema (Toro, T. 2017).

La teoría conductual explica el consumo de sustancias adictivas como una conducta aprendida a través del condicionamiento clásico y operante. Inicialmente, el consumo puede ser reforzado por las consecuencias positivas inmediatas, como el alivio del estrés o el placer. Con el tiempo, esta conducta puede volverse compulsiva debido a la necesidad de evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia.

El entorno juega un papel importante, ya que la exposición a estímulos relacionados con el consumo, como lugares o personas asociadas al mismo, puede aumentar el deseo de consumir. Desde la perspectiva conductual, el comportamiento adictivo se ve como una conducta aprendida, y varios factores pueden influir en la transición del uso experimental y recreativo al uso problemático.

Estos factores incluyen el modelamiento, la historia previa de consumo, la interacción con compañeros consumidores, el grado de control percibido, las habilidades de afrontamiento alternativas, las expectativas sobre los efectos del consumo y la historia de reforzamiento. Además, la disponibilidad y la aceptación social del consumo, el precio y el costo de oportunidad también pueden influir en la conducta adictiva.

Sin embargo, asumiendo la responsabilidad y el compromiso hacia el cambio, las personas pueden modificar su comportamiento adictivo al aprender conductas que les ayuden a adaptarse a su entorno y obtener consecuencias positivas en su vida diaria (CIJ, 2016).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la conducta adictiva se debe a dos aspectos principales. En primer lugar, se relaciona con el aprendizaje, ya que se considera que la adicción es el resultado de un aprendizaje previo. El pionero en desarrollar las bases de una teoría que aborda el condicionamiento en el consumo de drogas fue Wikler. Observó que las personas que habían sido adictas a los opiáceos a menudo experimentaban síntomas del síndrome de abstinencia mucho tiempo después de su último consumo (Sánchez, 2002).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el consumo de sustancias adictivas es aprendido, y generalmente implica una exposición previa a estas sustancias, a menudo desde edades tempranas, como la infancia y la adolescencia. La exposición temprana puede naturalizar la conducta de consumo, lo que contribuye a la presión social para consumir más tarde.

El consumo de sustancias también se considera una conducta recompensada, ya que puede proporcionar sensaciones agradables o aliviar sensaciones desagradables. Esta búsqueda de recompensa es una causa principal para mantener la conducta adictiva, ya que las consecuencias positivas son inmediatas, mientras que las negativas a menudo se presentan a largo plazo. Además, las propiedades químicas de las sustancias pueden influir en su adicción potencial.

Según la perspectiva cognitivo-conductual, las personas que tienen dificultades para regular sus emociones son más vulnerables al consumo de sustancias. En este enfoque, el consumo se considera un intento disfuncional de lidiar con problemas en la regulación emocional (Keegan, 2012).

### **3.6.3. Neurociencias**

Todas las drogas, como se ha mencionado con anterioridad, son sustancias químicas cuyos mecanismos de acción generan diversas modificaciones en el funcionamiento de sistemas bastante definidos de neurotransmisores y circuitos a nivel cerebral, por lo que también se pueden generar alteraciones cognitivas motivacionales así como conductuales. Por medio de investigaciones llevadas a cabo a lo largo de varios años, se sabe que los usuarios con consumo agudo de sustancias pueden sufrir de cambios temporales, los cuales se ven revertidos una vez que los efectos de la sustancia llegan a su fin.

Por otra parte, cuando una persona tiene un consumo crónico, es posible que éste deje marcas en la memoria emocional, provocando la posible reestructuración de las conexiones y vías neuronales, por lo tanto está propenso a una variación prolongada en la actividad cerebral y la persona podría ser susceptible a presentar recaídas en el consumo, dada la vulnerabilidad en la que se encuentra (Bobes 2011).

Pero, por qué las personas consumen sustancias, ya sea de forma recreativa, aguda o crónica. En este sentido, una de las evidencias con la que se cuenta hoy en día y que trata de explicar dicha conducta es que los seres humanos sentimos placer cada vez que realizamos actividades que son indispensables para nuestra supervivencia y al sentir el efecto placentero éste nos motiva a repetir la experiencia, llámese comer, beber agua, tener sexo etc. Esto no sería posible si no contáramos con un sistema cerebral tan complejo, ya que es gracias a éste que podemos experimentarlo.

Dicho sistema es conocido hoy en día como “El sistema de motivación y recompensa”, Entonces, cuando hablamos de consumo de sustancias también interviene de forma directa este sistema de recompensa cerebral, en el que intervienen estructuras específicas del sistema límbico. El alcohol por ejemplo así como otras drogas tienen la capacidad de activar el sistema de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales (agua, comida, conducta sexual). Cuanto más intensos hayan sido los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más persistentes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más imperiosa la necesidad o el deseo (craving) de experimentarlos de nuevo. Un deseo imperioso que puede dispararse en determinadas situaciones y que también puede poner en marcha comportamientos automáticos de búsqueda y consumo de dicha sustancia (Razón Hernández, 2018).

### **3.7. Panorama actual del consumo de sustancias adictivas en México y el mundo.**

Conocer el panorama actual del consumo de sustancias adictivas es esencial para comprender la gravedad del problema y su impacto en diferentes poblaciones. Los profesionales pueden utilizar esta información para identificar grupos más vulnerables y abordar conflictos específicos. En los siguientes puntos, se presentará la información más actualizada sobre las tendencias de consumo

y los problemas asociados, utilizando estadísticas tanto a nivel internacional como nacional, con un enfoque particular en la situación dentro del país.

### **3.7.1. Estadísticas actuales.**

De acuerdo con el informe Mundial sobre las Drogas 2022 de UNODC, alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años han consumido algún tipo de droga a nivel mundial durante el año 2020, lo que supone un aumento considerable del 26% con respecto a los últimos diez años UNODC (2022).

En el caso de México y de acuerdo con datos del INEGI (2022) el porcentaje de delitos relacionados con drogas de quienes ingresaron a algún centro penitenciario aumentó de 12.3% a 19.6% entre el año 2010 y 2020.

Por otra parte y de acuerdo con información citada por Infobae (2021), acerca del informe sobre la situación de la Salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México 2021 (Secretaría de Salud-Consejo nacional contra las adicciones) que la edad promedio para la detección del consumo ha sido en su mayoría a los 25.4 años de edad, seguida del 8.26% que eran menores de edad entre los 11 y los 17 años.

Acorde a este reporte, en el año 2020, aproximadamente 101,142 personas buscaron tratamiento en centros de atención primaria en adicciones, integración juvenil y privados en México. De este grupo, el 84.6% eran hombres y el 15.4% mujeres. Las sustancias más demandadas en estos tratamientos fueron los estimulantes tipo anfetamínico, como anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, o estimulantes médicos (30.2%), seguidos por el alcohol (24.5%) y la marihuana (15.1%). Esto representa un aumento del 218% en la demanda de tratamiento desde 2013 al 2020. La edad promedio de inicio del consumo de sustancias, incluyendo alcohol y tabaco, fue a los 13.6 años.

En 2018, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) publicó su Informe Mundial sobre Drogas, que comparaba datos desde 2012. En 2012, se registraron 269 nuevas drogas, pero este número aumentó significativamente en 2016 a 479, con 72 de ellas ingresando al mercado. En 2012, los opioides fueron responsables del 76% de las muertes relacionadas con trastornos por consumo de sustancias a nivel internacional.

En 2015, un alarmante total de 450,000 personas en todo el mundo murieron a causa del consumo de drogas, y 168,000 de estas muertes estuvieron relacionadas con sobredosis. En ese momento, había 192.2 millones de consumidores de cannabis en todo el mundo, y se incautaron alrededor de 4,500 toneladas de esta hierba en 2016.

De 2015 a 2016, hubo un aumento del 36% en el cultivo mundial de coca, y 18.2 millones de personas consumieron esta droga. En 2016, 9.6 millones de hombres estaban privados de libertad, y el 19% de estos casos estaban relacionados con delitos relacionados con las drogas.

En 2016, se estimó que 275 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron drogas al menos una vez. Los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas son más comunes en la adolescencia temprana (12-14 años) y adolescencia tardía (15-17 años), con un alto riesgo, pero el mayor riesgo se encontró en personas de 18 a 25 años.

En 2016 y 2017, la producción de opio aumentó en un 65%, alcanzando 10,500 toneladas en todo el mundo. Hubo 34.3 millones de consumidores de opioides y 19.4 millones de consumidores de opiáceos para esos años. En cuanto a las mujeres privadas de su libertad en 2016, se registraron 714,000 casos, y el 35% de estos casos estaban relacionados con las drogas.

A nivel mundial, los hombres son los mayores consumidores de sustancias en general, pero las mujeres están mostrando patrones específicos en el abuso de drogas. En cuanto al consumo no médico de opioides y tranquilizantes, las tasas en las mujeres son comparables con las de los

hombres. Sin embargo, los hombres son más propensos al consumo de cannabis, cocaína y opiáceos.

Cuando se trata de tratamientos por consumo de sustancias, las mujeres reciben más tratamiento por el consumo de sedantes y tranquilizantes en comparación con otras sustancias. Las mujeres suelen comenzar a consumir drogas más tarde que los hombres, pero una vez que comienzan a consumir cannabis, cocaína, alcohol y opioides, la progresión hacia trastornos relacionados con el consumo es más rápida en las mujeres (UNODC, 2018).

En México, se ha realizado un análisis estadístico sobre adicciones desde 1988 a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Sin embargo, esta encuesta fue sustituida por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), coordinada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones y con la participación del Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Salud Pública. Según los datos más recientes de ENCODAT (2016-2017):

- El 10% de la población encuestada ha consumido sustancias al menos una vez en la vida.
- El 6% de la población presenta una posible dependencia al consumo de sustancias durante el último año.
- El consumo de marihuana ha aumentado tanto en hombres como en mujeres.
- El consumo de cocaína se ha mantenido estable en cuanto a prevalencia en algún momento de la vida y en el último año.
- Se observa un aumento en el consumo de sustancias en adolescentes, especialmente de marihuana, en comparación con la encuesta anterior de 2011.
- En los estados con mayores porcentajes de consumo de sustancias ilegales se encuentran Jalisco, Quintana Roo y Baja California.

En la Ciudad de México:

- El consumo de cualquier tipo de droga en el último año se mantuvo en un 2.9%, similar a nivel nacional, pero el aumento no fue significativo en la ciudad.
- La prevalencia del consumo de drogas ilegales en alguna etapa de la vida es del 9.9% a nivel nacional y del 10.3% en la Ciudad de México.
- En la ciudad, se observó un mayor aumento en el consumo de drogas entre hombres y el grupo de edad de 18 a 34 años, mientras que disminuyó en mujeres.
- La percepción de riesgo para el consumo de marihuana disminuyó entre la población, con solo el 26% considerando que es muy peligroso. Aunque hubo un aumento en su consumo, no fue significativo.
- El consumo de alcohol aumentó en hombres y adultos, pero disminuyó en adolescentes y mujeres. Este aumento fue más significativo en la Ciudad de México.
- El consumo de tabaco aumentó de manera general en la Ciudad de México, pasando del 23% en 2011 al 27.8% en 2016. Los hombres y adultos presentan un mayor riesgo, mientras que las mujeres y los adolescentes tienen un riesgo moderado.

Estos datos revelan patrones de consumo y riesgo en diferentes grupos de la población y destacan la importancia de abordar la prevención y tratamiento de las adicciones en México (Villatoro Velazquez, 2017).

A pesar de contar con información relevante sobre el tema de las adicciones, aún queda mucho por investigar. Las nuevas drogas en el mercado requieren atención, y es esencial investigar los daños a la salud causados por cada sustancia. Actualmente, existe una falta de investigaciones suficientes para determinar el porcentaje de personas con enfermedades o daños ocasionados por el consumo de sustancias como la cocaína, marihuana y muchas otras. El consumo del tabaco y las bebidas alcohólicas son las áreas más estudiadas hasta la fecha.

### **3.7.3. Programas para prevención de consumo en adolescentes.**

El conocimiento sobre las adicciones revela un problema significativo en la sociedad, especialmente durante la adolescencia, donde el riesgo de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales es mayor. La iniciación temprana en el consumo se asocia con la vulnerabilidad biológica, psicológica y social de esta etapa.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 establece que los programas de prevención deben tener bases teóricas y metodológicas, evidencia científica, seguimiento y evaluación, y personal calificado para dirigir intervenciones preventivas, enfocándose principalmente en los jóvenes y otras poblaciones de alto riesgo.

Los programas de prevención buscan cambiar los valores y actitudes de las personas para evitar conductas de alto riesgo, como el consumo de sustancias adictivas. Existen modelos explicativos que describen la interacción entre la sustancia, el individuo y el entorno, y después del año 2000, se implementaron modelos integrativos que brindaban protección y atención a adictos, así como estrategias para el desarrollo de habilidades y la creación de redes preventivas.

En la actualidad, existen programas de prevención con énfasis en jóvenes que han consumido sustancias psicoactivas, y se han desarrollado tratamientos breves sistematizados con sólido respaldo teórico. Algunos programas implementados incluyen "Habilidades para la Vida," "Mitos y Realidades sobre las Drogas" y "Sesiones Informativas." Sin embargo, los programas dirigidos a padres son menos comunes.

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha presentado estándares nacionales de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, que abordan todas las etapas del desarrollo de las personas y pueden aplicarse en diversos contextos y niveles de riesgo. Estos estándares se adhieren a las normativas vigentes en México y promueven la interculturalidad, la

perspectiva de género y el respeto a los derechos de las personas (Valadez García, 2018)(Campollo, 2015) (CONADIC. 2020) .

El Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2022) tiene como objetivo proporcionar información fiable y comprobable sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas para respaldar la formulación de políticas públicas y la toma de decisiones en México. Desde su inicio en 2018, ha publicado informes periódicos sobre consumo de sustancias psicoactivas, morbilidad y mortalidad asociada a dicho consumo.

En la actualidad, México cuenta con una estrategia nacional para la prevención de adicciones, cuyo objetivo principal es influir en los determinantes biopsicosociales para prevenir y reducir el consumo de sustancias psicoactivas en niños y jóvenes, en línea con la construcción de paz y los derechos humanos, con un enfoque de género. La estrategia busca fomentar la aprobación sociocultural de los factores protectores, que no solo previenen el consumo de sustancias, sino que también fortalecen la salud mental, el bienestar individual y colectivo, y la paz.

Esta estrategia se basa en elementos clave, como la participación comunitaria, la eficacia, la rentabilidad y la sostenibilidad, y se implementa en colaboración entre los distintos niveles de gobierno, la sociedad civil y el sector privado (CONADIC, 2019) (Diario Jurídico, 2022).

#### **3.7.4. Educación para la salud**

La educación para la salud es un proceso que involucra adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y actitudes para mejorar la salud. No se limita a la adquisición de información, sino que empodera a las personas para tomar decisiones informadas sobre sus hábitos de vida y salud. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, la educación para la salud tiene dos dimensiones: proporcionar conocimientos y habilidades para cuidar la salud y empoderar a las personas para participar activamente en la toma de decisiones sobre su bienestar.

La educación para la salud no busca que las personas sigan ciegamente las recomendaciones de expertos, sino que las ayuda a movilizar sus propios recursos y desarrollar capacidades para tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su salud. El proceso de enseñanza-aprendizaje implica que las personas sean más conscientes de su situación, profundicen en su conocimiento, reflexionen sobre las causas, desarrollen habilidades y experimenten con la realidad. En lugar de imponer comportamientos, se promueve su adopción de manera efectiva.

El modelo en espiral del proceso de cambio de Prochaska y DiClemente describe cinco etapas: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, cada una con un nivel diferente de conciencia y disposición para el cambio. Los enfoques pedagógicos activos e interactivos se consideran más efectivos en la educación para la salud, ya que involucran activamente a las personas en su aprendizaje (Riquelme, 2012).

La teoría del aprendizaje cognitivo social de Albert Bandura destaca la influencia de modelos como padres y maestros en la formación de actitudes y comportamientos de los jóvenes a través de la observación y las consecuencias de sus acciones. La enseñanza de habilidades para resolver problemas socio-cognitivos es esencial para ayudar a los jóvenes a comprender las implicaciones de sus acciones y tomar decisiones informadas.

En el ámbito socio-afectivo, el modelo de habilidades para la vida se basa en la teoría de la resiliencia, que considera la interacción entre factores internos y externos que ayudan a las personas a superar adversidades. En educación para la salud, las teorías de la acción razonada de Fishbein y Ajzen y el modelo de creencias en salud de Rosenstock resaltan la importancia de las intenciones, percepciones y creencias en el comportamiento relacionado con la salud. Además, la teoría del cambio enfatiza la identificación de las etapas en las que se encuentran los estudiantes (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación) para desarrollar intervenciones apropiadas (Carrillo, S. 2018).

## **CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **4.1. Justificación:**

El consumo de sustancias en adolescentes es un creciente problema con consecuencias a corto y largo plazo en su salud, tanto física como mental. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) ha demostrado ser efectiva en la prevención del consumo de sustancias, ayudando a los adolescentes a desarrollar habilidades para gestionar emociones y pensamientos de manera saludable. Sin embargo, es esencial considerar las sugerencias y recomendaciones de la literatura para obtener mejores resultados, dada la etapa de desarrollo cognitivo de los adolescentes.

La adolescencia es un momento crítico en el desarrollo cognitivo, y enseñarles a manejar sus pensamientos, emociones y comportamientos les proporciona herramientas para tomar decisiones conscientes e informadas. El sentimiento de pertenencia y cómo funcionan sus pensamientos y emociones desempeñan un papel importante en su comportamiento. A largo plazo, el consumo de sustancias puede tener graves riesgos para la salud de los adolescentes, como problemas cognitivos, enfermedades pulmonares, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La implementación de la TREC tiene como objetivo que los adolescentes reconozcan y modifiquen patrones de pensamiento irracionales que podrían llevar al consumo de sustancias si no se abordan adecuadamente.

### **4.2. Objetivo principal:**

Proporcionar a los adolescentes herramientas y estrategias basadas en la TREC como apoyo para la prevención del consumo de sustancias adictivas.

### **4.3. Objetivo general:**

Sensibilizar mediante un taller no terapéutico a los adolescentes para desarrollar habilidades en función del manejo de sus pensamientos y emociones de manera más saludable y de esta forma prevenir la conducta del consumo de sustancias adictivas.

### **4.4. Objetivos específicos:**

- Enseñar a los adolescentes acerca de los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
- Proporcionar a los adolescentes herramientas para identificar y manejar sus emociones y pensamientos de formas más saludables.
- Ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades para tomar decisiones informadas acerca del consumo de sustancias.

### **4.5. Población objetivo:**

Estudiantes de nivel secundaria de entre 13 y 14 años de edad

### **4.6. Número de participantes:**

El número mínimo de participantes será de 10 alumnos y un máximo de 15, con la finalidad de prestarles una mejor atención por parte del facilitador.

#### **4.7. Duración del taller**

El taller se llevará a cabo en sesiones semanales durante un periodo de 8 semanas. Cada sesión durará aproximadamente 90 minutos acorde a la disponibilidad que se tenga por parte de las autoridades escolares.

#### **4.8. Escenario:**

Un salón amplio, ventilado y con iluminación adecuada para llevar a cabo las actividades programadas; deberá contar con: la cantidad de sillas necesarias para cada alumno, un pizarrón, y enchufes con corriente eléctrica para conectar tanto la computadora, como el proyector.

#### **4.9. Descripción del taller:**

- El esquema que se implementará en este taller para cada sesión será bajo la siguiente estructura: 30 minutos de teoría referente al tema a abordar en cada sesión, 30 minutos para dinámica establecida, 15 minutos para participación y debate de los alumnos y 15 minutos de retroalimentación.
- Al inicio del taller se solicitará a los alumnos responder un breve formulario respecto a su conocimiento de los temas que se tratarán y uno de autoestima; al finalizar, responderán otro cuestionario evaluando la información recibida y su percepción acerca de cada sesión.
- Después de la primera sesión se entregarán de manera impresa autorregistros que se llevarán de tarea los alumnos para la siguiente sesión.

Los procedimientos a emplear se describen a continuación:

- Se entregarán trípticos con la información que se verá en cada sesión antes de su ingreso al aula.

- Se utilizará una presentación interactiva con información concreta la cual será proyectada, a su vez dicha presentación incluirá videos de corta duración que contengan imágenes relevantes para captar una mayor atención de los alumnos.
- Se emplearán dinámicas grupales para comprender los temas y las herramientas que deriven de cada sesión, para fomentar la participación, comprensión y colaboración de todos los alumnos.

#### **4.10. Contenido temático:**

**Módulo 01. Introducción a la TREC**

**Módulo 02. Consumo de sustancias y los riesgos asociados.**

**Módulo 03. Identificación y manejo de emociones.**

**Módulo 04. Identificación y manejo de pensamientos irracionales.**

**Módulo 05. Toma de decisiones informadas sobre el consumo de sustancias.**

**Módulo 06. Desarrollo de habilidades para resistir la presión social para el consumo de sustancias.**

**Módulo 07. Estrategias para mantener un estilo de vida saludable sin consumo de sustancias.**

**Módulo 08. Resumen y evaluación del taller.**

<b>MÓDULO</b>	<b>N° SESIÓN</b>	<b>TEMAS</b>	<b>SUBTEMAS</b>
Módulo 1	Sesión 01	Introducción a la TREC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Definir qué es la TREC</li> <li>b) Explicación de cómo ayuda en la prevención del consumo de sustancias.</li> </ul>
Módulo 2	Sesión 02	Riesgos asociados con el consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Efectos negativos a corto y largo plazo del consumo de sustancias.</li> <li>b) Factores de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes.</li> </ul>
Módulo 3	Sesión 03	Identificación y manejo de emociones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué son las emociones?}</li> <li>b) ¿Cómo identificar nuestras emociones?</li> <li>c) Estrategias para manejar nuestras emociones.</li> </ul>
Módulo 4	Sesión 04	Identificación y manejo de pensamientos irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué son los pensamientos irracionales?</li> <li>b) ¿Cómo identificar nuestros pensamientos irracionales?</li> <li>c) Estrategias para el manejo de nuestros pensamientos irracionales.</li> </ul>
Módulo 5	Sesión 05	Toma de decisiones informadas acerca del consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué es una decisión informada?</li> <li>b) ¿Cómo tomar decisiones informadas acerca del consumo de sustancias?</li> </ul>

Módulo 6	Sesión 06	Resistencia a la presión social para prevenir el consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué es la presión social?</li> <li>b) Estrategias para resistir a la presión social asociada al consumo de sustancias.</li> </ul>
Módulo 7	Sesión 07	Mantenimiento de un estilo de vida saludable sin consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué es un estilo de vida saludable?</li> <li>b) Estrategias para mantener un estilo de vida saludable sin consumo de sustancias.</li> </ul>
Módulo 8	Sesión 08	Resumen y evaluación del taller	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Repaso de temas cubiertos en el taller.</li> <li>b) Evaluación de los participantes acerca de los conocimientos adquiridos acerca de los temas vistos.</li> </ul>

### **BIBLIOGRAFÍA:**

Acosta, C. L. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿ enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico?. *Praxis: revista de psicología*, (20), 41-60.

Antunez A, B. R. (2020). Adicciones Y Pensamientos Irracionales En Adictos A Las Drogas Del Centro Sin Adicciones Perú, Huaral-Lima, 2019.

Aramburo, N. U. (2011). Adolescencia y ritos de transición. Una articulación del psicoanálisis postfreudiano y lacaniano. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2(2), 192-209.

Arriazu, J. P., & Valladolid, G. R. (2002). Historia General de las drogas. *Manual de drogodependencias para enfermería*, 7.

Baztán, Á. A. (Ed.). (1994). *Psicología de la adolescencia* (Vol. 14). Marcombo.

Benavides, J. (2014). Pensamiento y felicidad: la mirada de Albert Ellis. *Poiésis*, (28).

Bernal Rueda, J. C., & Cotrino Villarraga, J. (2012). *El constructo de temperamento: Un recorrido desde Hipócrates hasta la psicología moderna* (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana).

Brice, M. (2022, Octubre). *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) for Substance Abuse*. *Near Me. American Addiction Centers*.

<https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/rational-emotive-behavior-therapy>

*Fecha de acceso: 24 de enero de 2023*

Bobes, J., M. Casas, and M. Gutiérrez. "Manual de trastornos adictivos. 2a." Edición. Madrid: Enfoque Editorial SC (2011).

Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.

Broche-Pérez, Y., & Cruz-López, D. (2014). Toma de decisiones en la adolescencia: Entre la razón y la emoción. *Ciencia cognitiva*, 8(3), 70-72.

Campollo, O., & López, M. (2015). Análisis comparativo de programas de prevención de adicciones en México. *Anuario de investigación en adicciones*, 4(1).

Cañas-Quirós, R. (2010). El pluralismo científico-religioso en Empédocles. *Acta Académica*, (46), 135-155.

Caropreso, R. M., & Clínico-Panamá, P. (2015). El modelo de terapia cognitiva conductual. *r. M. Caropreso, el modelo de terapia cognitiva conductual*, 50-57.

Carrillo-Sierra, S. M., Rivera-Porras, D., Forgiony-Santos, J., Nuván-Hurtado, I. L., Bonilla-Cruz, N. J., & Arenas-Villamizar, V. V. (2018). Habilidades para la vida como elementos en la promoción y educación para la salud en los adolescentes y jóvenes.

Centros de Integración Juvenil. (2016). Terapia individual para el consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualDeTerapiaIndividual.pdf>

Centros de Integración Juvenil. (2019). Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la paz”. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/campana-nacional-contras-las-adicciones-en-tiempos-de-covid-19-y-salud-mental>

Colom Bauzá, Joana, & Fernández Bennassar, Maria Del Carmen (2009). Adolescencia Y Desarrollo Emocional En La Sociedad Actual. *International Journal Of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),235-242.[fecha de Consulta 13 de Mayo de 2020]. ISSN: 0214-9877. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832320025>

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). Estandares Nacionales para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/documentos/estandares-nacionales-para-la-prevencion-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas>

Contini, E. N. (2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31-54.

Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2018). Salud Mental Y Consumo De Sustancias Psicoactivas En Adolescentes Colombianos. *Health & Addictions/Salud Y Drogas*, 18(1).

Delgado, A. O. (2012). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 477-486.

Diario Jurídico. (2022). México- Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones.

Recuperado

de:

<https://www.diariojuridico.com/mexico-estrategia-nacional-para-la-prevencion-de-adicciones/>

Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 17(2), 88-93.

Dryden, W., David, D., & Ellis, A. (2010). Rational emotive behavior therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 226-276). New York, NY: Guilford Press.

EL, I. P. (2002). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.

ENCODAT, 2016-2017, Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO\\_DE\\_DROGAS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf)

Escrivá, V. G. (2016). Los nombres divinos de los cuatro elementos. *Trama y fondo: revista de cultura*, (41), 79-86.

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.

Fernández, P. L. (2009). *Drogodependencias*. Ed. Médica Panamericana.

Fandiño Parra, Y. J. (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista iberoamericana de educación superior*, 2(4), 150-163.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.

García, P. B. (2010). Neurobiología de la Adicción.

Gallegos, W. L. A. (2012). Hans Jürgen Eysenck (1916-1997): El Infatigable Investigador De La

Personalidad. *Revista De Psicología/Journal Of Psychology*, 14(1), 118-126.

González, A. B., López, C. A. S., Muñoz, D. G., & Bustos, C. P. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 53-69.

Gonzales Araujo, R. E. (2017). *Terapia Racional Emotiva (Tre) Y Su Incidencia En La Resistencia Al Cambio De Los Jóvenes Del Sector Santa Rosa* (Bachelor's Thesis, Babahoyo: Utb, 2017).

Gonzalez, J. E., Nelson, J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A., & Shwery, C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 222-235.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatrica Integral*, 21(4), 233-244.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad Y Adolescencia. *Adolescere*• *Revista De Formación Continuada De La Sociedad Española De Medicina De La Adolescencia*, 5(1), 07-22.

Hernández, M., Sánchez, D., Cañón, Y., Rojas, J., León, A., & Santos, M. (2013). Factores de riesgo psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. *Línea de Vida*, 1, 24-32.

Infobae. (2021 Septiembre) La mayoría de los adultos en México comenzaron a consumir sustancias a los 13 años.

<https://www.infobae.com/america/mexico/2021/09/24/la-mayoria-de-adictos-en-mexico-comenzaron-a-consumir-sustancias-a-los-13-anos/>

Informe Mundial sobre drogas, 2018. UNODC

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2022. Estadística a propósito del día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico de drogas. Comunicado de prensa número 333/22.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016). Disponible en: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/df\\_hallucinogens\\_spanish\\_03252016.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/df_hallucinogens_spanish_03252016.pdf)

Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. Cómo se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la adolescencia*, 2(2), 14-18.

Jiménez, D. E. A., Pérez, X. M. S., & López, C. J. P. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida en usuarios de centros de rehabilitación de adicciones. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 38-51.

Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.

Klein, A. (2012). Imágenes psicoanalíticas y sociales de la adolescencia. Un complejo entrecruce de ambigüedades. *Interdisciplinaria*, 29(2), 235-251.

Leiva, C. (2005). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Revista tecnología en marcha*, 18(1).

Lisanti, R., Hernández, D. G., Abal, J., Lisanti, G., Di Giorgi, L., González, L., ... & Zarate, G. (2016). Tabaquismo: su relación con personalidad y variables sociales. *Revista americana de medicina respiratoria*, 16(4), 332-340.

Lora, M. E. (2015). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 8(1).

Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 22(40), 11-36.

Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., & Prospéro-García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(1), 6-16.

Merlo Marroquín, L. J. (2015). *Eficacia de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el tratamiento de la ansiedad en personas drogodependientes* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(1), 121-132.

Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., & Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo De Sustancias Legales, Ilegales Y Fármacos En Adolescentes Y Factores De Riesgo Asociados A La Exposición Reciente. *Health & Addictions/Salud Y Drogas*, 18(1).

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. (2022). Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>  
Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito, 2022 El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes.

<https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

Palencia Salinas, D. C. (2020). Intervención psicológica desde la terapia racional emotiva conductual en un caso de consumo de sustancias psicoactivas.

- Palomera, R., Salguero, J. M., & Ruiz-Aranda, D. (2012). La Percepción Emocional Como Predictor Estable Del Ajuste Psicosocial En La Adolescencia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1).
- Papalia, D., Wendkos, O. S., & Dustin, F. R. (2012). Desarrollo Humano. México: McGrawHill.
- Payá, B., & Castellano, G. (2008). Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. *Revista de formación continuada de la SEPEAP, Modulo*, 8.
- Pérez, J. E. (1998). Usos y abusos de la psicología de Eysenck. *Psicothema*, 10(3), 517-533.
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.
- Philip, J (2010) Rational Emotive Behaviour Therapy With Substance Abusing Adolescents. *The Rational Emotive Behaviour Therapist*, Vol. 13 (1), Nss 1354-9960. Pp 5-11.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2000). The psychology of the child. Basic Books.
- Pizarro, H. C., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109.
- Portillo, M., & Barajas, C. (2016). Teoría de la mente, aceptación entre iguales y auto-percepción social. *Apuntes de psicología*, 34(1), 47-58.
- Rahola, R., Garde, T. M., Cozzetti, E., Blaustein, C. L., Cornellà, J., & Granell, C. J. C. S. (2002). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia Cap. I. Madrid: Sociedad Española de Contracepción*.
- Razón Hernández, K. C., Rodríguez Serrano, L. M., & León Jacinto, U. (2018). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4).

Riquelme Pérez, M. (2012). Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria*, 14, 77-82

Rodríguez, A. (2010). Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos. *CEDRO. Estados Unidos*.

Sánchez Hervás, E., & Gradolí, V. T. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, (83).

[http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/02\\_Manual\\_Adicciones.pdf](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/02_Manual_Adicciones.pdf)

Santrock, J. W., Navarro, B., Quintana, S., & Navarro, J. I. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. McGraw-Hill.

Santrock, J. W. (2004). Mc Grau-Hill. Adolescencia. *Psicología del desarrollo*.

Schmidt, V., Casella, L., Firpo, L., Vion, D., & De Costa Oliván, M. E. (2005). Dimensiones básicas de Personalidad y su Medición. Adaptación lingüística y conceptual del Eysenck Personality Questionnaire-revised (EPQ-R) de H. Eysenck y S. Eysenck (1985). In *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Saul Mcleod, PHD (Febrero 2023) Piaget's formal operational stages: Overview and examples.

Simply Psychology.

<https://simplypsychology.org/formal-operational.html#:~:text=The%20formal%20operational%20stage%20begins,Inhelder%20%26%20Piaget%2C%201958>.

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. D. C., Casella, L., Cuenya, L., ... & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11(02), 1-21.

Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18.

Suárez, C. I. G., & Rico, D. A. P. (2018). “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *universitas humanística*, 85(85).

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277.

Toro Tobar, R. A. (2017). Abuso de sustancias psicoactivas. Modelo y terapia cognitiva. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 10(1), 65–72. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10108>

Turner, R. (2007). *Programa de Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada al manejo de la ira en adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.)

Valadez García, J. A., Oropeza Tena, R., Salazar Garza, M. L., & Martínez Martínez, K. I. (2018). La voz de los profesionales: componentes y sugerencias para los programas de prevención en adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3).

Valdés Iglesia, A. J., Vento Lezcano, C. A., Hernández Martínez, D., Álvarez Gómez, A. E., & Díaz

Varela Guevara, S. G. (2014). Estandarización del inventario de personalidad Eysenck para niños y adolescentes de 6 a 16 años de Lima Sur.

Vega, Leonor, Calvo, M., & Sorribes, F. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Ediciones Paidós.

Vicario, M. I., & Fierro, M. G. (2014). *Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*.

*Anales de Pediatría Continuada*, 12(01), 42-46.

Villatoro Velazquez, Jorge & Medina-Mora, Maria & Ito, Diana & Escobar, Esbehidy & Gutierrez, Juan-Pablo & Franco, Aurora & Romero, Martín. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de

Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Consumo de Drogas: Prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales. 10.13140/RG.2.2.19450.08649.