



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LA FARMACODEPENDENCIA EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA:  
PROPUESTA DE UN TALLER PREVENTIVO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

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

**NANCY ALICIA HUERTA CALDERÓN**

**DIRECTORA DE LA TESINA: LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA**

México, D.F.

2008



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.

## *Agradecimientos*

### **A la UNAM**

Por permitirme lograr un sueño.

### **A la Universidad Salesiana**

Por haber sido el pilar de mi  
formación.

### **A mi madre y hermanos**

Por su inmensa enseñanza  
que día a día me alimento.

### **A Juan Tapia**

Por su incondicional compañía, el cual,  
me apoyo en todo momento.

### **A Francisco Rodríguez**

Quien me ha acompañado a lo largo  
de este proceso y ha sido mi gran apoyo.

## Índice

### Introducción

### Capítulo I Farmacodependencia

1. 1 Antecedentes de la farmacodependencia. . . . .	7
1. 2 Definiciones básicas. . . . .	11
1. 3 Clasificación y drogas más usadas. . . . .	13
1. 4 Causas y efectos. . . . .	15

### Capítulo II Adolescencia

2. 1 Desarrollo del concepto de adolescencia. . . . .	22
2. 2 Desarrollo físico. . . . .	30
2. 3 Desarrollo psicosexual. . . . .	33
2.4 Teorías de la adolescencia. . . . .	42
2.4.1 Los patrones del proceso del desarrollo según Gesell. . . . .	42
2.4.2 Teoría Psicoanalítica. . . . .	44
2.4.3 Tareas del desarrollo. . . . .	47
2.4.4. Tareas psicosociales planteadas por Erikson. . . . .	49

### Capítulo III Prevención y tratamiento

3. 1 Definición de Prevención. . . . .	52
3.2 Tipos de prevención. . . . .	53
3.3 Definición de tratamiento. . . . .	62

3.4 Tipos de tratamiento. . . . .	62
-----------------------------------	----

Capítulo IV Propuesta: Taller preventivo de farmacodependencia en adolescentes tempranos.

4.1 Planteamiento del problema. . . . .	74
4.2 Justificación. . . . .	74
4.3 Objetivo general. . . . .	75
4.3.1 Objetivos particulares. . . . .	75
4.4 Metodología general del taller. . . . .	75
4.5 Desarrollo de las actividades de las sesiones. . . . .	76
Conclusiones. . . . .	87
Anexo 1. . . . .	92
Anexo 2 . . . . .	93
Bibliografía. . . . .	94

## **Introducción.**

“El grado de salud psíquica no está determinado  
por la ausencia de conflictos,  
sino más bien por los métodos utilizados para resolverlos”

Helen Deutsch

Con el paso del tiempo el ser humano se ha tenido que enfrentar a una serie de problemas políticos, económicos y sociales, que aún y a pesar de los múltiples esfuerzos por erradicarlos éstos siguen siendo motivo de preocupación y de investigación. Tal es el caso de la farmacodependencia, la cual ha demostrado tener más influencia en el hombre con el paso de los años, convirtiéndose en un acontecimiento social alarmante y a pesar de que el número de consumidores en México, no es comparable con otras naciones, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), existe la necesidad de elaborar mayores estrategias que eviten el aumento de personas adictas.

De acuerdo con las cifras arrojadas en tal encuesta (ENA, 2002), llevada a cabo por la Secretaría de Previsión y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional Contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, en el país hay 215,634 adolescentes entre los 12 y 17 años, que han usado drogas alguna vez y el 55.3 % continúa usándola en el último año, en donde la edad promedio de inicio es cerca de los 14 años y aunque existen diversos factores que los lleven a consumir determinada sustancia, los sujetos de 18 años tienen preferencia por el consumo de inhalantes, marihuana y estimulantes tipo anfetamínicos, mientras que los de 22 años consumen cocaína y otros derivados, en tanto que a los de 25 años se inclinan por los alucinógenos, siendo los amigos el medio más fácil de obtención de drogas en cualquiera de los casos.

La farmacodependencia como un problema social, ha exigido que se analice desde distintos enfoques, considerando que el individuo es un ser

biopsicosocial, y desde la postura psicoanalítica, Françoise Dolto (Ocampo, 1988), mencionaba que existen dos tipos de consumidores, aquellos que aún y a pesar de tomar determinada sustancia no se entregaban a ella, no se podrían considerar dependientes, pero había otros que antes de tomarla o tener el primer contacto con ella ya estaban predispuestos a volverse adictos.

Tal problemática no puede ser vista desde un solo punto de vista, sino que debe trabajarse en forma interdisciplinaria, manifestando no sólo las características físicas o químicas de cada sustancia sino además otros factores como son el familiar, social, institucionales, el derivado de los medios de comunicación, etc.

Partiendo entonces del análisis del entorno, nos encontramos que los estilos de crianza, tradiciones, cultura, estado socioeconómico, etc. van creando individuos que al estar familiarizados con el consumo, consideran que ser parte de ello es una regla o forma de vida que no tiene porque romper, y hay otros casos en donde ni tan sólo se cuestionan, únicamente repiten patrones. Como indicamos los medios de comunicación son otro factor determinante ante tal problemática. Las constantes demandas bajo las cuales se encuentra el individuo, la necesidad de pertenecer a grupo de pares, van provocando mentalidades consumistas, que en la mayoría de los casos lo va alejando de la aceptación y adaptación a su medio. Por lo tanto dado que el autoconcepto es primordial en la salud o en la enfermedad, existe un llamado de alerta, que consiste en preparar de manera temprana y oportuna a los individuos.

Mack, Franklin y Frances (2003) consideran que la prevalencia del consumo de sustancias en niños y adolescentes está aumentando, notándose que la edad de inicio ha disminuido, es decir, se tiene un primer contacto con las drogas en una edad más temprana, al mismo tiempo que la mortalidad está en aumento.

Recordando entonces los datos estadísticos, es en la edad adolescente cuando se registra el primer contacto con alguna droga, pero no sólo es el uso de sustancias lo que se presenta a esta edad, es en la adolescencia temprana en

donde el individuo revive el proceso de individuación, lo cual le provoca mucha angustia, pues se hará de conceptos, juicios y deseos propios, marcando un límite entre él y sus padres, sus intereses se definirán, existiendo una incansable búsqueda del yo, que continuamente lo llevan a conductas ambivalentes en relación a la dependencia-independencia de figuras paternas, y no sólo la independencia manifiesta actos contradictorios, éstos también se manifiestan, a lo largo su adolescencia.

No obstante, que la elaboración de duelos es constante, ya que él mismo se vive frente a pérdidas, en primer lugar de su cuerpo infante, y por obviedad a esa identidad infantil, a la cual estaba acostumbrado y finalmente el adiós a los padres, que hasta ese momento habían sido omnipotentes.

Todas estas vivencias lo prepararán para culminar en una elección de objeto de amor, aprenderá a convivir con las normas sociales establecidas y bajo las que se educó a lo largo de su crecimiento. En tal período la formación de su personalidad es crucial, y es necesario proveerle de información, de tal forma que le permita adaptarse, sin necesidad de llegar a la imitación o conductas antisociales.

La orientación y aprendizaje en relación al tema de las adicciones dentro del ámbito formativo, llámese familia o escuela, puede asegurar una actitud más responsable, de tal forma que su medio no se convierte en un lugar amenazante o favorecedor de conductas reprobatorias.

Por ello, el presente trabajo tiene como propósito realizar una revisión teórica sobre el origen de las adicciones, así como uso, abuso, causas y efectos de las mismas. Además de considerar las definiciones básicas utilizadas en el tema de las adicciones.

La prevención y tipos de tratamiento, son dos conceptos que también se han considerado, debido a que uno de los principales objetivos es desarrollar medidas anticipatorias como una de las tareas y aportaciones que tiene la psicología en el problema de las adicciones.



Con este propósito se ha diseñado un taller preventivo para brindar información necesaria al adolescente temprano, de tal manera que disminuya el número de motivos que lo pueda llevar al consumo de cualquier sustancia. Considerando que de acuerdo a la naturaleza de su edad, es difícil que pidan orientación en casa, llevándolos a investigar con los amigos o personas ajenas al entorno familiar, las cuales en la mayoría de los casos pueden llegar a manipular la información, de tal manera que éste desconozca en realidad la etiología de una problemática como ésta.

Es por ésto que la escuela puede desempeñar un papel sustituto, o facilitador de información indirecta, buscando llamar su atención, de tal manera que el adolescente no se sienta acorralado u obligado, sino que de manera voluntaria se atreva a hablar de temas que hasta el momento le resultan difíciles, pero que han tomado relevancia en su vida y que lo acompañarán en un periodo considerable de la misma.

No se trata de erradicar por completo las carencias existentes, se trata de crear una cultura de prevención desde el propio individuo en vías de ser parte de una familia y sociedad, fomentando la higiene física y mental, desde el estilo de crianza y la enseñanza en las instituciones involucradas. Siendo éste otro de los temas medulares, ya que es la escuela o institución educativa, una fuente de apoyo, orientación y formación del propio individuo. La escuela le proporciona información y aprendizaje de hábitos que le permiten adaptarse en cierta medida a la sociedad, es en donde el individuo comienza a tener contacto más íntimo con sujetos que son ajenos a su núcleo familiar y por lo tanto le brindan las experiencias necesarias para su subsistencia, la información proporcionada por la escuela le puede permitir conocer sobre la planificación, rehabilitación y el tratamiento.

# I. Farmacodependencia

Aunque el consumo de drogas ha formado parte de la vida por siglos, la adicción se ha concentrado en las últimas cinco décadas.

Kofi Annan

Secretario General de la ONU  
(1997)

## 1.1 Antecedentes de la farmacodependencia.

El uso de drogas se inició casi al comienzo del hombre mismo. En cuanto a las sustancias psicoactivas estas formaban parte de rituales religiosos, ceremoniales y más aún se utilizaron con fines médicos, las cuales muchos se mantienen a la fecha.

En China y Egipto se utilizaba el opio (Puente, Gómez, Souza y Espel, 1995). En la India la Marihuana desde el segundo milenio a.C. Mientras que los mayas, los aztecas y los Incas mencionan de su uso en rituales y en la medicina, esto se podía observar en las estatuas, dibujos, edificios y cerámica (Puente et al. op cit).

Mientras que el alcohol tuvo sus inicios en la época paleolítica y en civilizaciones mesopotámicas en donde se habla de la llamada resaca e intoxicación.

Pero empecemos de manera ordenada mencionando en primer lugar el uso del alcohol.

Como se mencionó anteriormente el alcohol se comenzó a usar en épocas prehistóricas (Puente et al. op cit.) por el año 3700 a.C. En documentos históricos de Egipto se habla de una cervecería, en donde mil años más tarde, los árabes utilizaron primeramente la destilación de éste, llevándolo a Europa.

En Irlanda, comenzaron a utilizar con el nombre de Whiskey, dándole como significado “agua de la vida”.

Para los años 2500 a.C, se comenzó a usar la cannabis (marihuana) en una farmacopea China (Puente et al. op cit). Por un lado era reconocida como una planta medicinal pues ésta era utilizada para padecimientos como la artritis, malaria o constipación, cambiando un poco su concepción y refiriéndose a ella como la proporcionadora del deleite y al mismo tiempo se creía que ésta permitía la liberación del placer, que en ese tiempo estaba prohibido, era considerado como un pecado.

En la India se conoce de su uso por los años 1500 y 800 a.C, ésta era usada con propósitos religiosos y medicinales.

Por otro lado los hindús le dieron el nombre de la “guía celestial” o “la aliviadora del dolor”. Los Vedas de igual forma le dieron un adjetivo religioso, siendo ésta descrita como “sagrada” y el “pasto del santo”.

Se extendió la marihuana, por todo el subcontinente Índico y Asia, pero de manera independiente en África Y América del sur.

Aunque se dice que Marco Polo la introdujo a Europa, Heródoto revela que los Escitas quemaban una semilla de cáñamo, inhalaban el humo y después se veía el efecto manifestado en gritos de alegría (Puente et al. Op cit.)

Por el siglo XIX en el Hemisferio Occidental los escritores franceses y americanos comenzaron a usar la marihuana. Mientras en el Medio Oriente se utilizó el hashish. Por el año de 1900 d.C fue utilizada por braceros mexicanos en los Estados Unidos.

El Opio así como sus derivados (morfina y heroína), a diferencia con otras drogas, no se sabe con mayor exactitud cuando se comenzó a usar, dándose el nombre *Papaver somniferum*. Hay escritos por los año 1600 a.C, en donde se dice que los egipcios utilizaban una pintura de opio para calmar el llanto de los niños. Los griegos y los romanos le daban el nombre de “destructor del dolor”.

Se introdujo a Persia y China por los comerciantes árabes, en el siglo IX, llegando a través de los portugueses a la India por el año 1500, en donde obtuvo gran popularidad, aumentando su producción. Concentrándose gran parte del opio en China, pues los americanos enviaban de igual manera esta droga a esta nación. A consecuencia de ello vino la llamada “Guerra del Opio” en los años 1834 y 1858, ganándola los ingleses, quienes luchaban en contra de los chinos.

En los siglos XVIII y XIX, en Europa y América no parecía ser utilizado de manera excesiva, sólo hasta que se comenzó a utilizar como medicamento, en forma de láudano.

La denominación que se da a la planta de tabaco de acuerdo a la botánica es *Nicotiana tabacum*, en honor a Jean Nicot Villemain, quien fue el primero en dar a conocer los efectos farmacológicos de esta planta. Traída por Cristóbal Colón a España y debido a sus viajes a América 1492 se extendió por todo el continente (Leza 1998), en donde los indígenas practicaban la inhalación de una hoja de tabaco enrollada, colocándola en uno de los orificios de la nariz, y después la encendían.

Con la superproducción del tabaco y la distribución mercadológica de éste, tanto hombres como mujeres consumían el tabaco, extendiéndose por el mundo occidental y en más regiones.

Por un lado el té, llegó a América por medio de la exportación holandesa en 1665. Su consumo se vio en su mayor apogeo en la época moderna, principalmente en Inglaterra.

El café se obtiene de la planta *coffea arábica*, la cual en la antigua Etiopía, fue una de las drogas más cultivadas (Puente et al. Op cit). En el siglo XI, se mencionan en textos médicos la utilización de un medicamento que permitía mantener despiertos aquellos que lo requerían. Mientras los monjes católicos y los musulmanes, lo utilizaban para aquellos momentos de veneración religiosa.

Por medio del alemán Reuwolf llegó al norte de Europa en 1580, y en el año de 1600 fue introducido por los persas a Inglaterra.

La cocaína se obtiene del *Erythroxylon coca*. Ésta tiene una historia extensa, para los Incas era una planta divina, utilizándola en mayor medida los gobernantes.

Los indígenas andinos de Perú, Bolivia, Colombia y Argentina consumen esta droga principalmente de la hoja pura (Puente et al. Op cit)

Anteriormente esta planta se cultivaba para la compañía *Coca Cola*, ahora se utiliza únicamente como saborizante de tal líquido.

Las anfetaminas fueron sintetizadas en 1933, y que hoy son utilizadas para la medicina.

Los sedantes - tranquilizantes se remontan al año 1857, siendo los productos químicos medicinales más antiguos. En 1965 se observa una producción de 971 libras. Una de las drogas más utilizadas en esta categoría sería la Miltown con una producción de 1, 179, 999 libras en ese mismo año.

Dentro de las drogas psicodélicas o alucinógenas más usadas es la mezcalina, la cual se deriva del peyote cactus. Los indígenas de México y América central, utilizaron esta droga por muchos años antes de la llegada de los españoles.

Estos mismos utilizaban la teonanacatl u hongos alucinógenos, puesto que son de la misma forma expansores de la mente.

Los indios norteamericanos utilizaron el peyote, quienes eran miembros de la Native American Church, hasta la aparición del LSD, el cual preocupó a toda la población norteamericana.

El químico suizo Hofman sintetizó por primera vez el LSD – 25 en 1938, quien en 1943 descubrió las propiedades alteradoras del estado mental.

## 1.2 Definiciones básicas de farmacodependencia

Diferentes organizaciones encargadas al estudio de la farmacodependencia han elaborado diferentes patrones internos y externos que permiten un diagnóstico más exacto en cuanto a drogadicción se refiere.

Aunque comparando los parámetros establecidos por cada organización, éstas pueden ser utilizadas de manera conjunta o bien puede echarse mano de los diferentes conceptos básicos utilizados por éstas.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), le ha dado un sinónimo de fármaco, el cual proviene del griego pharmakon, que significa medicamento, poción mágica. Y la definiré de la siguiente forma: “Droga es toda sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida, que al introducirse al organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos”.

Asimismo tal organización define a la farmacodependencia de la siguiente manera:

“Es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por la modificación de comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (Comité de la Organización de Salud, 1969, pág. 8)

A pesar que el concepto de dependencia es usado en más de una situación en nuestro medio, el DMS-IV (pág. 182, 1998) la concibe como “un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas, significativos relacionados con ella”

Mientras que la CIE-10 (1996) expone una serie de características a considerar, en lugar de dar una definición como tal, considera que el sujeto debe manifestar síntomas fisiológicos, comportamentales y cognitivos, hay máxima prioridad al consumo que le impide controlar el deseo y las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

La Tolerancia (DSM-IV, 1998) es el crecimiento en la ingesta de sustancias para conseguir los efectos deseados, o bien, la disminución de efectos con la misma cantidad de sustancias.

Más adelante hablaremos de aquellas sustancias que provocan más tolerancia y también algunas que no la producen. Y de manera general también existen varios tipos de tolerancia que bien no es el caso de ahondar más en ellas.

Estas son la tolerancia innata, adquirida, farmacocinética, farmacodinámica, aprendida, cruzada o reciproca e inversa o sensibilización.

Dependencia es la necesidad física y psíquica de mantener el consumo de alguna droga por un tiempo prolongado.

Leza (1998) define la dependencia fisiológica se da de la siguiente manera: “También conocida como neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia aguda”.

La dependencia psíquica o psicológica es el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para obtener efectos agradables, placenteros o evasivos o bien para evitar el malestar psíquico que se siente en su ausencia.

### 1.3 Clasificación y drogas más usadas

Dentro de las sustancias o drogas mencionadas en el DSM-IV (1998), no se establece una clasificación formal, pero analizando las características de cada una permite darles un lugar dentro de las clasificaciones ya establecidas.

Se han dado cinco clasificaciones de drogas que provocan dependencia. Y aunque pareciera que al dar este nombre se dejan de lado a aquellas que no la producen, en realidad todas las drogas provocan dependencia, ya sea que se presente la dependencia fisiológica o la psíquica, sigue observándose la compulsión a seguir consumiendo.

La OMS en 1975 dio a conocer la siguiente clasificación que sigue utilizando a la fecha. Y solamente se le ha agregado la última clasificación:

Grupo 1(opiáceos): Opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona etc.

Grupo 2 (psicodepresores): Barbitúricos, benzodiacepinas y análogos.

Grupo 3: Alcohol etílico.



Grupo 4: (psicoestimulantes mayores): Cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katana o norpseudoefedrina, etc.

Grupo 5: Alucinógenos (LSD, mezcalina, psilocivina y otros)

Grupo 6: Cannabis y sus derivados (marihuana y hachis)

Grupo 7 (Sustancias volátiles): Solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas. éter, óxido nitroso, etc.

Grupo 8 (psicoestimulantes menores): tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.

Grupo 9: Drogas de diseño.

Velasco (1997), hace referencia a una clasificación un tanto parecida a la propuesta por la OMS:

1.- Depresores del sistema nervioso central:

- a) Alcohol Etílico (etanol).
- b) Inhalables.
- c) Barbitúricos e hipnóticos.
- d) Tranquilizantes menores.
- e) Opiáceos (analgésicos narcóticos).

2.- Estimulantes del sistema nervioso central:

- a) Cocaína.
- b) Anfetaminas.
- c) Cafeína.
- d) Metilfenidato.
- e) Anoréxicos.
- f) Nicotina.

3.- Alucinógenos:

- a) LSD (dietilamida del ácido lisérgico).
- b) Sustancias naturales psilocibina, mezcalina, etc.
- c) Otras sustancias sintéticas (DOM, DMT, fenciclidina o PCP. etc).

4.- Canabinoles:

- a) Marihuana.
- b) Hachis (o hashish).

5.- Drogas “de diseño”:

- a) Éxtasis.
- b) Ice.

## 1.4 Causas y efectos de la farmacodependencia

Las consecuencias del consumo de sustancia están determinadas por la cantidad, frecuencia y consistencia de cada sustancia, no obstante en cualquiera de los casos los alcances que éstas tienen van más allá de lo pensado, debido a que el individuo se ve afectado en su vida familiar, conyugal, laboral y social.

Existen varios tipos de mariguana; la índica y la americana. Pero a la mezcla de hojas y flores recibe el nombre de hashish y tiene efectos mayores a los de la mariguana. Canabinoles contienen canabinol, la cual es una sustancia adictiva que proviene de la planta *Cannabis sativa* o mariguana. Que al consumirse en altas dosis puede provocar alucinaciones.

Los efectos a corto plazo en la mayoría de los casos son los principales motivos para su primera ingesta. Moreno (2000) describe algunas de las características a corto y largo plazo de las drogas más utilizadas.

Comenzaremos con la mariguana la cual produce una sensación de relajamiento, tranquilidad, de mayor libertad y confianza, aumento del apetito, en la percepción de los colores y sonidos. Asimismo existen otros síntomas inmediatos que lejos de ser placenteros, limitan algunas de las funciones que requiere el individuo para su desenvolvimiento como puede ser una disminución de coordinación motora, alteraciones en la memoria de hechos

próximos, lo que también limita trabajos que requieran concentración y coordinación, hay un aumento de frecuencia cardíaca, ulceraciones, alucinaciones y psicosis paranoide, retardo en el tiempo de reacción y alteraciones en el juicio.

Dentro de los efectos a largo plazo están enfermedades respiratorias y pulmonares, disminución de los niveles de testosterona, lo que dificulta la fecundación en varones, mientras que en las mujeres hay riesgo de esterilidad, disminución en el placer sexual y síndrome amotivacional.

Cuando el consumo lo realizan mujeres embarazadas se corre el peligro de que el recién nacido sea de menor talla y peso, también puede provocar trastornos semejantes al síndrome feto-alcohólico, que se caracteriza por dificultades en el aprendizaje en edades próximas.

La cocaína y el crack puede provocar hipertensión arterial, el aumento de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, euforia, ansiedad, disminución del apetito, estado de pánico, alteración en la concentración y de juicio para mantener la atención en un tema, indiferencia al dolor y la fatiga y alteraciones en el sueño, son parte de los síntomas producidos a corto plazo (Moreno, op. cit).

Mientras que las causas a largo plazo pueden ser inquietud constante, náuseas, insomnio, pérdida de peso, psicosis y alucinaciones paranoides, anhedonia, infartos cardíacos, accidentes vasculares cerebrales y enfermedades infecciosas, hepatitis, infección por VIH, convulsiones e impotencia sexual.

En el caso de mujeres embarazadas puede provocar abortos, niños prematuros y muerte fetal. La cocaína provoca una estrechez de los vasos sanguíneos, la cantidad de sangre y oxígeno que requiere el producto está disminuido, provocando niños con talla menor y crecimiento lento después del nacimiento.

Si su uso es durante el embarazo el niño puede nacer con síntomas de intoxicación como hiperactividad y presentar síntomas de abstinencia incluyendo el insomnio y disminución a la respuesta de los estímulos.

Los inhalantes son sustancias químicas tóxicas volátiles, utilizadas a través de inhalación por la nariz o aspiración por la boca, produciendo depresión del sistema nervioso central. Además de provocar efectos a corta plazo como sensación de mayor libertad y confianza, excitación y risas inmotivadas, euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad, mareos, náuseas, diarrea, desorientación e incoordinación motora, ojos vidriosos y rojizos, tos, flujo y sangrado nasal, conductas de riesgo, palpitaciones, dolor de cabeza, dificultades para respirar.

Del mismo modo estas sustancias adictivas también provocan efectos a distancia, como es debilidad muscular, dolores abdominales, disminución paulatina del olfato, náuseas y sangrados nasales, conductas violentas, dificultad para el control de esfínteres, hepatitis, daño pulmonar, renal y cerebral irreversible.

Las anfetaminas y metanfetaminas pertenecen al grupo de drogas que estimulan el sistema nervioso central y se utilizan indiscriminadamente para adelgazar, reducir cansancio y aumentar el rendimiento físico. Pueden ser utilizadas por vía oral, fumadas, inhaladas y también se disuelven en agua para inyectarse.

De manera próxima pueden provocar aumento de la frecuencia cardíaca, de la respiración y la presión arterial, sudoración y dilatación pupilar, sensación de energía y confianza, inquietud, excitación, insomnio, disminución del apetito, irritabilidad, ansiedad, desasosiego, hostilidad, agresión, mareos, visión borrosa, dolores abdominales y disminución de la coordinación motora.

Los problemas producidos a largo plazo son estados de desnutrición debidos a la pérdida de apetito, irritabilidad, temblores, confusión, estado mental de

desorientación, ansiedad y psicosis paranoide, conductas violentas, accidentes vasculares cerebrales, hepatitis e infección del VIH.

Asimismo el consumo de sustancias puede aumentar el riesgo de aborto, parto prematuro y complicaciones del producto al momento del nacimiento.

La mayor parte de los tranquilizantes pertenecen al grupo de las "benzodiazepinas", que se prescriben en nuestro país con relativa facilidad por médicos no especialistas para combatir el estrés, la ansiedad y como auxiliares para conciliar el sueño.

La reducción de reacciones emocionales, relajamiento muscular, tranquilidad, disminución de la tensión y la ansiedad, somnolencia, cansancio, pereza, aislamiento, lenguaje poco claro, errores de pronunciación, escasa coordinación motora, confusión alteración del juicio, visión doble, en ocasiones pérdida de la memoria, cambios en el estado de ánimo caracterizados por agresividad, en dosis elevadas puede llevarlos a la pérdida del estado de conciencia o coma, son algunos de los síntomas que pueden presentarse en un corto periodo, mientras que aquellos que se manifiestan de manera más retardada es la somnolencia constante, disminución de la motivación, alteraciones en la memoria, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño o pesadillas, náuseas, erupciones en la piel, dolores de cabeza, alteraciones en los periodos menstruales, problemas sexuales y aumento del apetito y de peso.

El riesgo que se corre en mujeres embarazadas, es que estas sustancias tienen la capacidad de cruzar la barrera placentaria y ocasionar efectos sobre el producto, afectando el desarrollo y crecimiento del feto, éste también puede tener dificultad para respirar y debilidad para succionar el pecho materno y en la etapa escolar puede manifestar trastornos de aprendizaje.

La heroína se obtiene al hacer incisiones en la capsula de la planta del opio, dando como resultado un exudado resinoso de color café oscuro y olor semejante al amoniaco, que al secarse forma lo que se conoce como polvo de opio. Puede ser utilizado por vía intravenosa, aspiración nasal y fumada; la

inyección de esta sustancia produce sensación de calor y placer profundo e intenso.

De acuerdo a sus efectos próximos encontramos placer intenso, sensación de bienestar, disminución de sensaciones dolorosas y del apetito sexual, retardo en funciones corporales como respirar, presión arterial y pulso, náuseas, vómito, imaginación exaltada, somnolencia, torpeza motora, disminución de la temperatura corporal, estrechamiento de las pupilas, sensación de calor.

En relación a las consecuencias a largo plazo está el estreñimiento, alteración en los periodos menstruales, pérdida del deseo sexual, alto riesgo de contraer hepatitis, VIH, depresión respiratoria, cianosis labial, edema pulmonar, arritmias cardíacas, abscesos e infecciones en la piel, venas y músculos, endocarditis, que es una infección en el corazón, válvulas cardíacas, pueden haber rupturas de éstas, infarto y muerte, infecciones articulares y óseas, neumonía, falla renal por infecciones, manifestaciones asmáticas, muerte por sobredosis o impureza de la droga.

Los alucinógenos funcionan también como depresor y además como estimulador. Provoca una percepción distorsionada de la realidad. El estado de conciencia se altera de tal modo que puede producirse alucinaciones, de ahí su nombre genérico de alucinógenos. Las alucinaciones es una percepción sin objeto, es decir, se ve, se oye, etc., algo que no existe.

También son llamadas estas sustancias psicomiméticas, ya que recuerdan o imitan los estados psicóticos.

Estas sustancias producen cambios significativos en el estado de conciencia y son comúnmente tomadas por vía oral, inyectada o fumada.

Los efectos inmediatos se ven caracterizados por alteraciones en la percepción auditiva, tacto, olfato, gusto, así como en la percepción del tiempo, cardíacas, vasculares, inestabilidad emocional, delirios y alucinaciones visuales, auditivas de tipo paranoide, gastritis, náuseas, vómitos, mareos, temperatura corporal

elevada, pérdida del apetito, insomnio, temblores, escalofríos, problemas en la coordinación motora, rigidez, calambres musculares, visión borrosa, estado de pánico agudo.

Los efectos a largo plazo que los alucinógenos pueden provocar en el organismo pueden manifestarse en días, semanas o años posteriores al consumo y dentro de éstos está la dependencia física y psicológica.

Las drogas de diseño son sustancias sintéticas. El concepto de esta droga fue introducido por los años setenta por un farmacéutico californiano Gary Henderson (Leza, 1998). Las drogas de diseño son elaboradas clandestinamente para escapar de las restricciones legales.

Es necesario especificar cual es la problemática de este tipo de drogas. Como se habló, las primeras drogas consumidas fueron aquellas denominadas naturales o de origen vegetal. Posteriormente se dieron a conocer las drogas sintéticas, ambas son de uso médico y en tratamientos psicológicos. Teniendo un control internacional establecido por la ONU.

El consumo de cualquier sustancia requiere del control adecuado que permita conocer más sobre su origen, efectos, características, modos de consumo etc., de tal manera que se puedan establecer lineamientos para el tratamiento y al mismo tiempo saber cual es el curso que toma en el organismo de cualquier individuo.

Una de las preocupaciones que se tiene por el control de estas sustancias, es por el hecho de no saber el valor o potencial añadido a éstas, que en ocasiones es mayor al de las mismas drogas de las que se derivan, creando prestigio en el mercado ilegal, por lo que su adquisición se da de una manera asombrosa.

No obstante, existen otros factores que determinan la aceptación de ciertas sustancias de acuerdo al tipo de población. No es lo mismo hablar del consumo de marihuana en el sur que en el centro del país, así como la preferencia que

puede tener un adolescente en relaciona un adulto, además del poder adquisitivo que tiene cada droga.

El inicio y desarrollo de una adicción a cualquier sustancia està determinado por un sinfín de factores, que al mismo tiempo permitirá o entorpecerá su tratamiento. Uno de esos factores puede ser la edad de inicio o etapa en la que se encuentre el sujeto.

Siendo así, es importante considerar a la etapa adolescente como un periodo de riesgo y vulnerabilidad en la adquisición de conductas adictivas. Las cuales pueden perdurar a lo largo de su vida.

Es en esta etapa en donde el sujeto adquiere roles, que le permitirán insertase de manera definitiva en la sociedad, pero por otro lado existe la posibilidad de adquirir conductas antisociales que limiten su vida en todos los ámbitos.

Al reconocer tal importancia, se elaborará la revisión de la etapa adolescente en el siguiente capitulo, ya que se considera como una variable determinante en el consumo de sustancias.



## II. Adolescencia

La adolescencia es ese periodo crucial en cuyo transcurso el joven lleva todas las experiencias que le conducen a la madurez o, mejor dicho, a las madureces del cuerpo, del sentimiento y de la inteligencia.

J. Cohen

### 2.1 Desarrollo del concepto de adolescencia.

Jean-Jacques Rousseau, a quien se le atribuye la invención del concepto de adolescencia a finales del siglo XVII (Kaplan, 1991), decía que en el desarrollo normal del ser humano era diferente a todas las demás. Era una construcción imaginativa que entró en culturas occidentales, que terminó convirtiéndose en una mitología que los adultos imponían a los niños.

Posiblemente a consecuencia de la imagen que se tenía de él en ese momento como un filósofo moral, se deja por un lado este nuevo concepto.

A principios del siglo XX G. Stanley Hall, retomó este concepto de adolescencia, encontrando en ella las mismas connotaciones sexuales y morales que había descubierto Rousseau hace más de cincuenta años atrás (Kaplan, op. cit).

Él observaba que en las culturas occidentales esta etapa era una suma de pasiones de nobleza, naturaleza, salvajismo, es una "Juventud fogosa", mucho después y analizando el por qué Rousseau, se había detenido a estudiar esto, Freud decía que es a consecuencia de las constantes en la propia vida de Rousseau, el cual se percibió como un hombre convencional, impetuoso, vagabundo y bohemio, que intentaba explicar su propio desequilibrio. Por esto

muchos críticos de éste lo trataron como un adolescente difícil de manejar y de entender.

Sostenía que había dos facultades que nos distinguían de las bestias, la imaginación y el anhelo de la superación propia o de perfección, en donde gracias a la adolescencia se da el paso a la civilización reconciliando nuestras pasiones dando entrada al establecimiento de metas, como una forma de imaginación, cumpliendo nuestro objetivo por ese sentido de perfeccionismo.

Su actitud rebelde, no se encontraba de acuerdo con el orden social de ese entonces, pues creía que el reino del hombre se encontraba dividido en contra de sí mismo, que es falso a sí e infiel, por tanto el hombre no era un buen ciudadano de la tierra.

Fue en Emilio o Sobre la Educación, donde Rousseau invento la fase de adolescencia de la vida, escrito que también provocó su exilio, pues esta hablaba de pulsiones bajas y demás, provocando que muchos más actores como Voltaire lo satanizaran como hereje, anticristiano, sedicioso y violento.

Emilio se encontraba dividido en cinco libros, estructurados en varias facetas. **La República** es el primero de ellos, el cual hablaba sobre la naturaleza y la crianza, y al mismo tiempo que rendía tributo de las injusticias sociales y morales de las doctrinas de Platón. Invitaba a las madres principalmente a amamantar a sus críos, lo cual permitiría las conductas morales que reformarían, aconsejaba no dejar la educación a las madres sustitutas o nanas, dando la oportunidad a los infantes a crecer de manera normal y sin forzarlos.

Mientras que el tutor el cual no sería ni el padre ni la madre, debería ser de gustos “aniñados” y se encargaría del cuidado del infante hasta la edad de veinticinco años. Éste se encontraría elegido de manera meticulosa, pues debería de provenir de una familia acomodada, capaz, rico, francés y de preferencia huérfano, amable, paciente y limpio. Y su principal característica, sería dedicarse siempre al buen desarrollo del niño.

El segundo Discurso es una historia de la especie humana y del desarrollo de la sociedad, éste avanza de las primeras etapas del desarrollo del hombre hasta unos últimos momentos de la adolescencia, indicando métodos propios para la educación de este momento y por lo tanto se dirigía y se encontraba dedicado a padres y madres que desearan mejorar la educación de los niños.

El tercer Libro trata de la edad de los doce años a la pubertad, y éste se destaca por que es aquí donde se le enseña a Emilio a escribir, en donde el tutor enseñó el amor a el aprendizaje mismo, aprendiendo a apreciar el carácter diverso de las artes, adiestrarse en algún oficio, que le permitiera trabajar, y formar una familia.

En cuanto al Cuarto Libro se dedica al periodo de la adolescencia, entre los quince y los veinte años, lo que se le debería enseñar a éste son las teorías morales y educativas.

El Quinto Libro el cual habla de la etapa final de la educación de Emilio, entre los veinte y los veinticuatro años, aquí la madurez es una base principal, llegando el noviazgo, los estudios políticos, que prepara la vida como un hombre y su casamiento. Pero lo principal es esta última obra es la educación ideal de las mujeres.

La mujer no es libre, no se le permite ejercer su criterio, debe aceptar restricciones y acata la opinión pública, y aún más restringe las excitaciones sexuales del hombre.

Sofía, quien es la protagonista de esta obra, está destinada a la moralidad familiar y como mujer-madre debe aflorar los sentimientos naturales del niño que permitirán en un futuro el orden social. Dándoles la tarea de ser las educadoras de la moral de la raza.

En la adolescencia de Emilio sólo existe conocimiento natural y puramente físico, sólo conoce las relaciones esenciales de hombre a hombre. En este periodo es cuando se adquiere la vida social y la capacidad de razonar sobre la

naturaleza, se le permite experimentar sobre las pasiones sexuales y las morales.

Se le daba la libertad de escoger en la creencia de un Dios, se le facilitaría utilizar su Eros en la enseñanza de la naturaleza, en especial la piedad hacia el mismo hombre. La adolescencia para Rousseau, permitiría hacer al hombre verdaderamente libre, pues en este paso que se le enseñaría a controlar sus pasiones descargándolas en el bien social, alejándose del salvajismo, pues considera que el aprender daría como resultado el amor propio, el primero impulsa a la conservación de uno mismo, guiándose por la razón y modificado por la piedad, dará como resultado a la humanidad y la virtud.

Stanley Hill (Kaplan, op. cit.) concebía a la adolescencia como “La última gran ola” en el crecimiento humano, enviando a aquel niño a la frontera de la edad adulta, con muy pocas defensas para lo que está por venir. Aquí coincide con Rousseau, pues dice que ésta le permite el paso a una etapa más elevada de humanidad.

Hall (Kaplan, op. cit.) le dio matiz ético puritano a la visión de la adolescencia, diciendo que era el renacer más humano estableciendo sociedades futuras.

Las aportaciones a la adolescencia por parte de estos dos filósofos se relacionaban con las tensiones dinámicas inherentes a los rituales asociados a la pubertad, o sea las crisis desde el comienzo de la pubertad de pasar del salvajismo a una vida en sociedad. Al igual que Rousseau, Hall describió y estableció grandes características de la adolescencia las cuales describían parte de sí, muy particularmente. Vivió obsesionado por la idea del sexo, o sea la idea de Hall sobre la adolescencia era una expresión biológica evolucionista mezclada con puritanismo. Pensaba que los adolescentes eran los herederos de todo lo que se poseía, y que serían los que en un futuro gobernarían el mundo, influidos por lo que en un momento se les enseñó.

Aberastury y Knobel (1998), citan a Anna Freud, quien argumentaba que la adolescencia era una etapa muy difícil pues se complicaba establecer la

normalidad y la anormalidad de la adolescencia, pues además la existencia de equilibrio en esta etapa, podría catalogarse como algo anormal.

Mauricio Knobel se refirió a ella como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose de sus primeras relaciones objétales y de su medio social, pasando por procesos como el duelo y por cierto grado de patología inherente a la evolución de si mismo.

Aberastury (1998) dio nombre a este periodo como el síndrome de la adolescencia normal, en este atravesar de la infancia a la adultez, es necesario que el individuo renuncie y a la vez acepte roles diferentes, al mismo tiempo se adapte a un cuerpo nuevo.

Mostrará desprecio a lo que antes amó, y a la vez desistirá de ese amor incondicional que sólo se dedicaba a vanagloriar, sufrirá duelos por pérdidas significativas, pasando a la apropiación de sí y de sus actos, asumiendo valores éticos, intelectuales y afectivos. Se incrementará la fantasía, la omnipotencia, pues la lucha entre la independencia y su regresión a la dependencia, pasará de un mundo primitivo a una sociedad instalada en roles y normas.

Se verá gratificado y frustrado a la vez, por las exigencias de su medio, y si bien ésta es otra parte importante, mientras más agredido se sienta el adolescente más agresivo será este proceso, pues sólo es una respuesta a lo que vive.

Al respecto decía Marcouse (Aberastury y Knobel, opt cit) que si un adolescente se mostraba violento era por que estaba desesperado, pues a más represión más reacciones desesperadas. Asimismo Aberastury incluye a los padres como parte del proceso, pues ellos son pieza decisiva de la conformación de la personalidad en el adolescente.

Independiente del duelo de los padres, éstos se encargan de establecer obstáculos como medios de coacción: el dinero y la libertad, los adolescentes

por su parte exigen a los padres 1) libertad en salidas y horarios, 2) la libertad de defender una ideología y 3) la libertad de vivir un amor y un trabajo. Ésto será una lucha de poder, en donde si se llega a entender el proceso obtendrán los padres unos hijos formados, capaces de afrontar el medio, y los adolescentes accederán al reconocimiento de padres adultos que les permiten también ser adultos.

Aberastury (1998) resalta algunos tipos de defensas en este período, que son repuestas a las exigencias tan amenazantes:

- Defensas psicóticas
- Defensas contrafóbicas
- Defensas maníacas
- Defensas esquizoparanoides

Y algunas de las características, también mencionadas por Aberastury, son las siguientes:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2) Tendencia Grupal.
- 3) Necesidad de Intelectualizar y fantasear.
- 4) Crisis religiosas.
- 5) Desorientación temporal.
- 6) Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- 7) Actitud social reivindicatoria.
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
- 9) Separación progresiva de los padres.
- 10) Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo.

A este proceso se le adjudican tres duelos importantes como son:

- \*Duelo por el cuerpo infantil.
- \*Duelo por la identidad y rol.
- \*Duelo por los padres de la infancia.

Kaplan L. (1991) entiende a la adolescencia como un punto crítico de la vida humana en que las pasiones sexuales y morales fructifican y alcanzan su madurez, en donde la lucha personal del adolescente por conciliar la sexualidad genital con la autoridad moral del orden social significa un renacimiento de las aspiraciones culturales y morales de nuestra especie.

El adolescente reaviva etapas de su primera infancia y la niñez, hace una revisión de ellas para dejar concluido lo que quedó en el camino, o bien para dar espacio su historia y potencializar aptitudes y actitudes. Es llegar a ser un Yo verdadero, y no una simple extensión de los padres o de la sociedad.

Al respecto Jones (1880) (citado en Kaplan, 1991) dice que a consecuencia de la vida civilizada la adolescencia se alargaba, las condiciones de desarrollo orgánico apresuraban la pubertad, pero la época de matrimonio se aplazaba al igual que las esperanzas sexuales.

Peter Blos (2003) concebía a la adolescencia como el paso del infante en términos de desarrollo del yo que lo preparan para enfrentarse a los impulsos en la pubertad. Pues poco a poco va desviando la energía instintiva a estructuras físicas diferenciadas y distintas actividades psicológicas.

Las manifestaciones sexuales se ven expresadas en masturbación, voyerismo y en exhibicionismo.

También plantea distintas fases por las que atraviesa el adolescente.

- 1) Latencia, que se caracterizaba por su desarrollo asimétrico y se da el proceso de individuación-separación, provocando mucha angustia. Hay aceptación de reglas de juego y conductas mágicas.
- 2) Preadolescencia, la elección de objeto no está presente como tal, sólo se manifiesta mayor fuerza en los genitales, hay un intento por dejar el objeto de amor para buscarlo en los amigos, por lo tanto los sentidos están más despiertos. Ya en esta fase los padres son concebidos como persecutorios, adjudicándoles poderes omnipotentes y la masturbación se manifiesta como símbolo de represión. Se dan los mecanismos como

el desplazamiento y la formación reactiva. La primera homosexualidad falsa, es típica en esta fase, al igual que el comienzo del ideal de yo.

- 3) Adolescencia temprana, las conductas de agresión se ve albeada a consecuencia de la angustia de separación, no obstante existe una gran contradicción pues por un lado se ve el deseo de separarse de los padres y por otro reclama independencia, hay una confusión de identidad psicosexual. La elección de objeto es un tanto narcisista, predomina la pregunta ¿Quién soy?, buscando diferentes modelos que le permitan identificarse, pero debido a ello sus conductas pueden ser maleables o sugestionables dando pie a las conductas delictivas.
- 4) En la adolescencia, el abandono del objeto de amor narcisista, es sustituido por la elección del objeto definitivo, que bien tendrá características de la figura paterna en cada caso. En cuanto a la elaboración de duelos, éste es en referencia la pérdida de los padres edípicos, provocando sentimientos de vacío interno, pena, tristeza etc. Es notorio en defensa de estas menciones de vacío que manifieste sentimientos de “amor” a todas sus parejas. Ya existe la opción enjuiciadora hacia sus iguales aun más a sus padres. Ésto permitirá que consolide un orden de pensamiento superior.
- 5) Adolescencia tardía, en este periodo se dará la búsqueda de objetos de amor y declinará el complejo de edipo, en esta búsqueda se reforzarán la interacción social, habrá constancia de emociones, depositando la libido en objetos, e integrará los elementos necesarios para dar el surgimiento a una identidad.
- 6) Postadolescencia, por ser la etapa final del proceso, la personalidad tendrá que estar lo más sólida posible, adjudicándose ya un rol como tal en la sociedad. Se espera que para este tiempo el plan de vida haya alcanzado frutos, así como el establecimiento de matrimonio en algunos de los casos.

La adolescencia es último eslabón necesario para culminar con la formación de la personalidad, en cualquiera de las manifestaciones de éste, o sea ya sea mujer u hombre.



La diferencia entre las tantas culturas permitía la resolución de una adolescencia fructífera o llena de grietas que con el tiempo irán tomando forma. En este proceso de guerra y duelo, se crearán las bases para el desenvolvimiento de todos en la sociedad, es lo que en un principio se plantea, como la antesala de la vida civilizada.

El adolescente no es una estructura distinta a lo que fue el niño en su momento, ni tampoco es alguien diferente de lo que después se ve como un adulto, son diferentes momentos en la visión del hombre, pues durante su infancia adquirió los elementos de una vida exigente de aprendizaje mediante el uso de los sentidos, ensayo y curiosidad, con el apoyo de los padres quienes eran fuente de satisfacción, soporte, enseñanza y orientación.

La conducta del adolescente debe ser entendida no como una reacción de agresión a todo lo que lo rodea, pues ésto sólo rebajaría aun proceso de simple deseo sin justificación, más sin embargo, todo esto tiene connotaciones tanto fisiológicas como psicológicas.

## 2.2 Desarrollo físico

El comienzo de la adolescencia se manifiesta con la presencia de caracteres físicos, que por consiguiente tienen influencia en aspectos psicológicos.

Existen amplias formas de acentuar el cambio de la niñez a la adolescencia, pues en algunas culturas se colocan ciertos presentes que van marcando este pasó.

Los cambios biológicos en las niñas se dan en el comienzo de la menstruación, mientras que en los hombres se manifiesta en la presencia de los espermatozoides, y en ambos, la maduración de sus órganos reproductores y el desarrollo de caracteres secundarios.

Por un lado las mujeres en la pubertad sufrirán cambios en sus órganos sexuales, como son los ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina.

Posteriormente se ven los cambios secundarios, en los senos, vello púbico y axilar, aumento en el ancho y profundidad de la pelvis, y cambios de voz.

Mientras que en los hombres se observan en la pubertad el crecimiento de testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Más adelante se ven las características secundarias que son el crecimiento de vello púbico, axilar, cambios de la voz y en la piel, además del ensanchamiento de la espalda.

Son los instintos sexuales, los principales que deben ser dominados y canalizados a otras vías, adquiriendo las exigencias de la genitalidad, la competencia sexual y la reproducción.

Aunque existen tiempos o parámetros del desarrollo físico, cada individuo hace la excepción, lo cual puede ser una variable que influya en el desenlace de la etapa adolescente.

Aberastury (1998) hace hincapié sobre las relaciones grupales en donde el adolescente comenzará a comparar la evolución de su cuerpo con el de los demás y si existiera alguna diferencia entre lo que él y el otro tienen, lo alejará de la multitud, pues esto puede perturbar su imagen, porque ese cuerpo es con lo que se proyectará en su medio ambiente.

Entre la madurez precoz y la tardía existen algunas ganancias y pérdidas. En sujetos hombres que se desarrollan antes de lo establecido son más equilibrados, tranquilos, bien dispuestos, populares entre los compañeros y con una probabilidad elevada de ser líderes. Pero no obstante son menos impulsivos, están preocupados por su apariencia, son cautelosos y se ajustan más a las reglas.

Mientras quienes maduran más tarde, se sienten mal, rechazados y dominados, tienden a ser más demandantes, agresivos e inseguros, se revelan contra los padres.

Al parecer los que maduran más rápido obtienen beneficios en relación a su autoestima, tienen ventajas en tiempo ya que disfrutan de estar a nivel de las compañeras de su edad. Una de las desventajas es que así como su crecimiento es rápido y aparenta tener fuerza y capacidad para ser, es muy probable que los padres asignen más responsabilidades.

En las niñas el madurar al mismo tiempo las mantiene más tranquilas, ya que si su madurez es más rápido suelen ser menos sociables, son más tímidas e introvertidas y ven con más negativismo la menstruación. Tienden a formarse una imagen pobre de sí mismas. Otro factor que puede hacer más difícil este proceso, es que la sociedad ve a estas jovencitas diferentes, creyendo que debido a su estética física, pueden ser sexualmente activas, puesto que su cuerpo cumple con los requisitos para llevar cabo tal acto.

Dentro de los beneficios que se obtienen a manera muy personal, es que se pueden ajustar mejor a la vida adulta.

Los cambios corporales, en ocasiones van a destiempo de la adaptación, no existe conocimiento que le permita entender qué es lo que sucede con él, el registro de sus experiencias no están del todo familiarizadas con lo que ocurre en ese instante. Mientras que eso sucede, del otro lado, o sea en su medio, las cosas ya no se tornan igual, a medida que su desarrollo físico se va dando, los adultos, también entran en crisis, y comienzan a darle nuevas responsabilidades.

Al conectarse la imagen del cuerpo con su mente y sus sentimientos, se emitirá una respuesta de conformidad o de reproche. En la gestalt la conformación de las partes de un todo y viceversa es indispensable, pues ésto hablaría a grosso modo de lo que es la integración. Es con ese cuerpo con el que se van a

proyectar, por ello es que los adolescentes buscan incansablemente una imagen adecuada a lo que les gustaría ser y lo que su medio les exige.

### 2.3 Desarrollo Psicosexual

La costumbre y el recuerdo van reforzando el deseo de permanecer apegado a los padres, debido a que el deseo nació en la interacción con la madre, de los momentos de apetito, de anticipación y consumación (Kaplan, op. Cit.)

El deseo después de ser apagado o prohibido, se manifiesta sólo en fantasía, que no será conscientemente sabida, pero si estará cargada de erotismo y ansiedad disfrazado. Puede ser visto como una resolución de su Edipo, pero lo que si es real es que las diferentes formas de concluirlo formarán su personalidad. A diferencia de las demás razas de seres vivos, el aprender que hay voluntad, lo llevará a gobernarse a él mismo, no hay la posibilidad que de rienda suelta a sus deseos, controlará y sabrá ser autoridad frente a él mismo, reconocerá las normas, ese proceso constituirá su instancia llamada súper yo.

Todo cuanto esté dentro del súper-yo hablará del súper-yo de los padres, pues ésta contiene tradiciones, prejuicios y juicios que también, el adolescente transmitirá en un momento.

En la infancia el sujeto adquirió deseo y autoridad, pero en la adolescencia, lejos de ser armas para enfrentar este proceso, lucharán una contra la otra. Los deseos serán reactivados en la adolescencia, intentarán atarse al pasado, haciendo lo mismo que en la infancia.

Para el adolescente lo que queda es establecer una lucha en donde se decidirá si se queda atado al pasado, lo que implicará no renunciar a su edipo. O bien renunciará a él, accediendo a la realidad y no habrá tolerancia al incesto.

En este transcurso los impulsos tendrán que desviarse a otros objetos, por lo general al sexo opuesto. Esta remoción implica que la cualidad de éstos tendrá que convertirse en un deseo sexual adulto.

El acceso a la genitalidad será en función de la capacidad de separación el apetito sexual de los padres, es necesaria la lucha contra el deseo. Para ello echará mano de los mecanismos de defensa primitivos. El ascetismo en donde el adolescente se dedica o se consagra a las mortificaciones con renuncia a toda práctica sexual por razones obvias. Muy parecido a los rituales obsesivos que intentan apaciguar los deseos sexuales, el adolescente alternará entre batallas de abstinencia y claudicación, negándose a comer o existiendo periodos de glotonería.

Siendo ésto poco suficiente, buscará por otro lado figuras al parecer diametralmente diferentes, de la cual se enamorará, permitiendo sentirse menos ansioso. Sólo transfieren sentimientos, no se aniquilan.

Se alejan de alguna manera fugaz a aquel objeto de amor, o sea de los padres. Es alejarse lo más posible de la familia, buscando en otras imágenes a quienes crea que puede amar, Este cariño puede ser desplazado a un grupo de amigos, a una pareja y en algunos casos, las mujeres lo depositan en ídolos externos, en una mujer mayor a la cual admiran. Otra forma de remoción (Kaplan, 118), es el convertir ese deseo de amor en odio. Es una alternativa, que califica Kaplan, como alternativa que sólo dejará hostilidad, sufrimiento y dolor para todos.

Aunque no sólo el hecho de apagar esos deseos incestuosos, el adolescente tendrá que tolerar la idea de sentir odio por sus progenitores, pues con el tiempo se convencerá de que también ellos pueden experimentar lo mismo, y sus padres al igual que él se volverán hacia él. Lo que lo llevará a estados más depresivos prolongados.

Al respecto dice Kaplan que el sujeto volcará esos sentimientos de odio hacia él en autodegradación y autoflagelación. Es la viva expresión del deseo amoroso convertido en odio volcada a él mismo.

Estas remociones lo que intentan es resolver lo más satisfactoriamente las situación del incesto, que el sujeto pueda adaptarse y desempeñar un rol social. Pero qué sucede cuando esto no ocurre y las remociones son negativas o fallidas.

Tres de ellas serian explicadas por Kaplan así:

Aquella que se considera menos patológica, cuando el adolescente ha podido vencer casi y del todo los deseos, de tal manera que éstos han quedado erradicados. La capacidad de poder encontrar un nuevo objeto de amor y de tener relaciones sexuales es casi nula, el adolescente estará situado en la creencia de haber derrotado esos instintos pero, en su inconsciente los deseos libidinales están intactos. Hay un apego inocuo hacia los padres. Los deseos, serán utilizados en el bien común, al servicio de la comunidad, en donde por otro lado las sociedades, dice Kaplan, son formadoras de estructuras, inyectando diversidad de roles que sean bien vistos y funcionales a ésta.

La segunda remoción es en donde el sujeto está impedido a funcionar como adulto, se ha eliminado por completo el deseo y el afecto. Aquí verdaderamente el odio apago, derrotó o aniquiló al sentimiento. El posible deseo se convirtió en control, un control que permitirá hacer lo que no se debe, será un hombre aislado, evitará todo contacto emocional o de otro tipo que incluya sentir.

Y un tercero muy a diferencia de los otros dos, es cuando el sujeto no logró apagar ni dar fin a esos deseos, la expresión misma del incesto por parte de él y sus progenitores es real o por lo menos es fácil que suceda.

El adolescente estará expuesto a un maltrato o uso sexual inevitable, en donde la familia buscará alguna forma de hacerlo pasar por normal.

Freud le dio importancia a los cambios que existen en la pubertad, pues estos llevan al autoerotismo, a una sexualidad genital y madura, que el adolescente

lo vive como algo drástico y al mismo tiempo se vive otro duelo, el dejar el cuerpo infantil y accederá a uno más adulto.

En los tres ensayos de la teoría de la sexualidad, Freud consagra un capítulo a “transformaciones de la pubertad” caracterizándose dos fenómenos importantes.

- 1) La subordinación de todas las excitaciones sexuales, cualquiera que sea su origen, a la primicia de las zonas genitales.
- 2) El proceso por el cual se hace elección de objeto.

Anna Freud al igual que Louise Kaplan (1991), hace mención que el adolescente recurre a reforzar los mecanismos de defensa, se acentúan y parecen exagerados, lo cual provoca la deformación del carácter. Estos mecanismos son el ascetismo y la intelectualización.

En la intelectualización se ve una modificación al yo, en donde se observan arrebatos de instintos y sentimientos con actitud intelectual.

Existe el gusto por la extensión, independencia de espíritu, su simpatía humana, su comprensión, sabiduría, la cual no coinciden con su comportamiento pues manifiesta una dureza en sus amoríos y desinterés del amor que profesa. Es una defensa contra las pulsiones.

Hortmann, Kris y Loewentein en su artículo que habla sobre la formación de la estructura psíquica (citado en Rouart, 1980) dicen que el súper-yo en el periodo de la adolescencia tiene ciertas modificaciones, se hace más rígido en un “absolutismo moral”. Se adapta, pero en momentos como en la adolescencia aparecen situaciones peligrosas, en donde el adolescente elige nuevos ideales que serán parte de su equipo moral (Yo ideal).

Como en otros momentos el adolescente al revivir la separación y a la vez una situación “no permitida”, se hace presente la nueva angustia, la cual ya está registrada, ya que ésta es uno de los primeros sentimientos en el momento del alumbramiento. Por esto las relaciones de objeto lo hacen tener regresión a su

antigua angustia, una angustia que sabe que proviene de las pulsiones sexuales hacia los padres, por lo que lo lleva a aislarse y se siente como un extraño dentro de la familia.

Los cambios físicos, no concuerdan con los psicológicos, están en destiempo, es difícil para el adolescente vivir con estos cambios. Aberasturiy (1998) se refiere a esta aceptación de cuerpo y de las defensas a las que recurre, intenta recuperar el sexo perdido, mediante la masturbación, que es una negación omnipotente de esa pérdida.

Al respecto la masturbación, acto importante y presente comúnmente en la adolescencia, no nueva o iniciada aquí, pero si es parte del desarrollo de la sexualidad en él.

La masturbación se revisa en función a lo que significa para cada quien y el momento en el que se da, por ésto fue discutida la función de la masturbación para el año de 1912, en donde se acordó lo siguiente:

a) La importancia y la significación de los fantasmas que acompañan o sustituyen la masturbación.

b) La importancia de los sentimientos de culpabilidad en relación con el onanismo.

Aparece de nueva cuenta en la latencia, los fantasmas que lo acompañan son imágenes sexuales que incluyen una pareja y se extienden hasta ensueños en estado de vigilia. Y si persistiera en las relaciones adultas, puede indicar un obstáculo al desarrollo y la sexualidad queda fijada aún estadio infantil.

Ferenczi insiste especialmente en que la masturbación se caracteriza sobre todo por la ausencia, contrariamente al coito, de placer preliminar y por la considerable importancia del fantasma.



Lejos de ser la masturbación un acto calificado como “malo” en el exterior, para el adolescente representa más una lucha interna, pues revive los fantasmas edípicos, la cual desea reprimir, por la angustia a la castración.

La inclinación por acceder o no a la masturbación, puede tener varios desenlaces, puede conducirlo a estados de grandeza, en la subestimación, ya que ha logrado el yo librarse de ello o bien si el sujeto es vencido por ella surgen sentimientos de inferioridad, obstaculizando las demás áreas del desarrollo.

Lo que resulta del paso de la infancia a la adolescencia, en referencia al desarrollo psicosexual, es que el sujeto adquirirá un nuevo cuerpo físico, maduro y capaz de hacer cosas que antes no podía, accederá a las normas sociales, tendrá la opción de escoger entre otros objetos de amor, desempeñar nuevos roles.

Renunciará al incesto y a las figuras tempranas, descubrirá nuevas formas de placer, se apropiará de él, le dará su propia imagen, pero también le enseñará a responsabilizarse, a ser tolerante y moldear sus necesidades.

Específicamente Freud (1905) estableció cinco etapas psicosexuales que a la par se pueden ir explicando con su escrito de tres ensayos para una teoría sexual (Castanedo, Brenes, Jensen, Lucke, Rodríguez, Thomas, 2000).

Las cinco etapas se resumen de la siguiente manera:

Etapa Oral (del nacimiento a los 12 o 18 meses). La principal fuente de placer se orienta hacia los órganos de la boca, los labios y la lengua, son las zonas erógenas primordiales.

La segunda etapa, la Anal (de los 12 o 18 meses a los tres años). La principal zona de placer se desplaza de la boca al ano, la expulsión y retención de heces producen placer, además de estar asociadas con sensaciones de agrado y desagrado.

La etapa fálica, se ubica de los tres años a los seis, la zona de placer pasa del ano a los genitales (pene y clítoris, respectivamente), la gratificación la dan la estimulación, la reciben de los genitales y la obtienen del exterior, de aquello que se encuentra en interacción con él. Por ello es que en esta etapa se lleva a cabo el "Complejo de Edipo".

Etapa de Latencia de los 6 a los 12 años. Freud decía que esta etapa era de relativa calma pues los instintos sexuales se encontraban bajo control. A consecuencia de que estos impulsos estaban controlados, puede ocuparse esta energía en el desarrollo de otras áreas, y lograr el fortalecimiento del yo. Los impulsos se canalizan ha actividades recreativas, como el deporte, escuela etc.

La etapa genital de los 12 a los 18 o 21 años aproximadamente, los cambios tanto fisiológicos como psicológicos fortalecieron la energía libidinal, por lo que el placer se encuentra depositado en la zona de los genitales.

Freud hacía referencia a la amnesia infantil, no como un registro olvidado realmente, sino como una huella importante en la psique, es una función.

Como en los neuróticos, la represión es un tipo de amnesia infantil, que convierte a la niñez en una época prehistórica y oculta que no permite ver los comienzos de la vida sexual, siendo responsable de que a la infancia no se le de el valor a su desarrollo sexual.

El menor trae consigo un sin fin de impulsos sexuales, que a lo largo de su desarrollo toma diferentes tonalidades, pero si bien sólo hasta el tercer o cuarto año de edad, es cuando se ven realmente estas manifestaciones sexuales.

Los individuos en la etapa de la infancia se encuentran condicionados por la herencia y la sociedad, para fines educativos, estas pulsiones se descargan y son utilizadas por la sociedad como un control, pero esto sólo es posible hasta la pubertad. En este momento el infante se defiende mediante la formación de

mecanismos de defensa como lo son la formación reactiva y la sublimación, que son vistos en las diferentes actividades en las que se desarrolla.

A su vez las demandas que pudieran surgir desde sus impulsos sexuales, se tornan displacenteros, hay repugnancia, pudor y moral, juntas todas, provocan ansiedad.

Freud dice que existen manifestaciones de satisfacción, se ven en chupeteo, pasando a la succión, se va a la aprehensión, luego al frotamiento, hasta que la satisfacción se hace independiente, pues en un primer momento se usa el pecho de la madre, sus caricias etc., pero después se separa la necesidad del acto por el hecho del deseo, el placer.

Existen fases que van determinando el camino de la organización sexual en los individuos, la primera de ellas es denominada "Preginital", las zonas genitales no han llegado a su papel predominante, son conocidas como estados "Zoomórficos".

La segunda fase pregenital es la organización sádico-anal, la vida sexual ya está desarrollada pero se encuentra en forma pasiva y activa, está representada por el instinto de aprehensión y en forma pasiva está la mucosa intestinal erógena, la denominación femenino y masculino se da como tal, existe un autoerotismo.

La tercera fase es denominada ambivalencia, se puede conservar a lo largo de su vida y se puede apropiarse de la actividad sexual. El matiz del sadismo y la zona anal le dan un sello arcaico, hay una ambivalencia.

La relación con los padres, en el infante de los 0 a los 10 años, se ve abundante de cuidado, de identificación, ternura, satisfacción, apego, y un sin fin de vivencias que se van grabando y las traduce en amor y placer, conectando todos sus deseos a esas personas con las que hay una comunicación más allá de lo interno, pues aprende de ellos como será la ternura, la pasión, el deseo y el amor.

No es extraño que los objetos de amor sean sus padres hasta ese momento, es necesario en todo caso, pero también será necesario que con el paso del tiempo los padres vayan poniendo límites, de tal forma que aprendan las normas sociales y morales.

Obviamente esto no es fácil ni del todo posible, pues se revisará que la dificultad de la separación es en relación a cómo los padres permitan que sea posible desde su propia adolescencia revivida y resuelta en su momento.

Los sujetos se pueden quedar, sin renunciar al amor de sus padres, haciendo una vida fría y ajena, cuando llegan a formar una familia, pues el amor que pudo haber sido depositado en el exterior, es utilizado para un sólo fin, el objeto de amor incestuoso.

Los estragos de la elección de objeto óptima o desafortunada, ha de dejar huellas que se viven o actúan en todo momento, en la interacción con los demás. Unos demuestran sin necesidad de comunicarlo verbalmente las frustraciones que les provocó esta etapa, utilizan el cuerpo para transmitirlo o lo actúan, el objetivo no obstante es como se haya resuelta esta fase psicosexual con deseos incestuosos, etc. repetirá y buscará constantemente un objeto lo más parecido a su primer objeto de amor, la madre o el padre, según corresponda.

## 2.4 Teorías de la adolescencia

El tema de la adolescencia es muy amplio y se ha intentado explicar desde distintos puntos de vista, sin embargo por mayores que sean sus diferencias, todas estas disciplinas tienen un mismo objetivo, encontrar las manifestaciones y principios de comportamiento que rigen tal etapa, para así brindar un mejor seguimiento de caso y tratamiento.

Horrocks (2001) propone tres enfoques para la interpretación de la adolescencia. La primera reúne a todas aquellas teorías que se encargan de enumerar los problemas que afrontan los individuos, están orientadas hacia el ambiente, tales como la sociología, antropología, psicología social y la educación. El segundo enfoque se interesa en la conducta del individuo y consideran de alguna manera el ambiente en el que se desenvuelve. Y por último un enfoque puramente descriptivo, y que realmente dista mucho de ser una teoría.

#### 2.4.1 Los patrones del proceso del desarrollo según Gesell

El concepto de crecimiento, tanto mental como físico, constituye el núcleo de la teoría de Gesell (Muuss, 2001).

Gesell propuso una teoría general de desarrollo, basado en un estudio longitudinal con niños que iban del nacimiento a los 16 años.

Definía a la adolescencia como un periodo preeminentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Concebía el desarrollo como un proceso de despliegues que estaban regidos por la genética y en la medida en como el ser humano crece, éste va experimentando cambios en un orden cronológico, pero aun así es flexible de manifestar diferencias en cada individuo. Siendo esto, consideraba que el desarrollo de todo individuo estaba influido por tres características fundamentales: lo genético, la secuencia de la constitución innata y la influencia ambiental.

Hablaba de un crecimiento en espiral en donde el infante producía patrones de conducta y de desarrollo semejantes a los que aparecen en la niñez y en la juventud, todos en una secuencia.

Gesell estableció características de los grupos por edades, destacando que el décimo año, el menor asimila e integra todos sus logros obtenidos en su etapa de niñez, es una etapa de equilibrio y balance.

En el undécimo año el equilibrio logrado se pierde, comenzando una gran actividad relacionada con la búsqueda de autoafirmación, sociabilidad y curiosidad, habiendo fluctuaciones en las emociones.

Analiza más lo que sucede en su medio, tomando una actitud más crítica, comenzando a mostrar más individualidad y confianza en sí mismo.

Para el decimosegundo año vuelve a tomar ese equilibrio, se hace más razonable, menos problemático, acepta más la compañía, y manifiesta capacidad de maduración.

En el decimotercer año, es más adaptado, pero menos comunicativo, se angustia con facilidad, volviéndose introspectivo y reflexivo.

A los catorce años ha dejado de lado el retraimiento, pasando a la expresividad, orientado más a su medio, se agrupa con facilidad, es más amoroso, su pensamiento es más idealista, confía más en su medio y comienza a entenderlo.

El decimoquinto año se caracteriza por ser multifacético, tiene una necesidad de entenderse y ser comprendido, experimentando más sentimientos de envidia, venganza y violencia y con motivos de adquirir más independencia existen más problemas con los familiares.

Por último en la etapa de los 16 años se presenta el fin del ciclo que comenzó a los 10 años, socialmente estos jóvenes son más aceptados, por lo que en esta etapa se muestran más confiables de si mismos y tolerantes.

## 2.4.2 Teoría Psicoanalítica

Esta teoría es propuesta por Sigmund Freud, quien muestra el desarrollo psicológico como resultado de tres sistemas orgánicos vitales: el oral, anal y el genital. A diferencia de Gesell, Freud hablaba de cinco etapas en el desarrollo de ser humano: la etapa oral, anal, fálica, latente y genital.

En la etapa anal que va desde los 12 y 18 meses a los 4 años, su característica principal es la eliminación anal, el niño aprende el funcionamiento del control por medio de la producción y detención de los procesos de eliminación.

Cuando el niño es sometido con rigor, a consecuencia de la vergüenza puede volver a la etapa anterior, pero cuando se demuestra mucho afecto el menor puede desarrollar una fijación en esta etapa, lo cual también es perjudicial para su desarrollo.

La etapa fálica comienza aproximadamente a los 4 años y se desarrolla hasta la mitad de la niñez. El menor se comienza a interesar en su propia fuerza como en la de su cuerpo e igual que en las anteriores etapas la permisibilidad y restricción provocarán ciertos efectos en su desarrollo. Al ejercer demasiada restricción lo conducirá a estados de ansiedad, principalmente en el ambiente sexual. Disminuyendo la ambición, la seguridad y confianza en sí mismo.

El entendimiento de la dinámica del desarrollo según Freud es explicado por dos instintos básicos. El instinto de vida, que conduce a la preservación del yo, así como de otros y se manifiesta mediante el amor, sociabilización, creatividad y constructividad. Lo básico en este instinto es la libido, que es una forma de energía que actúa en la integración psicológica de las personas. Por otro lado el instinto de muerte, es la expresión de carácter agresivo y destructor del hombre. Pueden volcarse esos sentimientos contra sí mismo o bien hacia los demás.

A sus veces existe un fenómeno que demuestra el desarrollo de esos dos instintos, el complejo de Edipo. Freud plantea la hipótesis, que dice que el niño siente odio u hostilidad por el progenitor de su mismo sexo, quien lo reprime al querer obtener gratificación de su libido. Por lo tanto el menor debe renunciar a la intensidad o al amor que sienten ella por el padre y él por la madre. Este

conflicto se resuelve entre los 15 y los 17 años y comienza en la etapa de latencia. Si este conflicto se resuelve bien, el menor queda identificado con el progenitor del mismo sexo, aceptando natural, sencilla y orgullosamente su masculinidad o feminidad según sea el caso.

Al dejar la etapa fálica pasa al periodo de latencia, en donde se ve la maduración del ego. Consiste en el desarrollo de actitudes sociales y proceso de pensamiento, así como el establecimiento de relaciones fuera de la familia.

El menor vive una represión de su sexualidad infantil, que es motivada por el temor que tiene al castigo por su interés erótico al padre del mismo sexo. Tal periodo surge en la necesidad de renunciar a sus fuerzas edípicas y su orientación a la realidad y por consecuencia una aparente falta de sexualidad.

Esta etapa se asemeja a las características del niño de 10 años planteada por Gesell. Del mismo modo Bloss (1961) dice lo siguiente “La consecuencia de los controles interiores se vuelven más rígidos se aprecia en la aparición de conductas y actitudes motivadas por valores lógicos y orientadas hacia estos” (Horrocks, 2001, pág. 38). Del mismo modo Anna Freud (1965) habla acerca de “la disminución posedípica del impulso instintivo y la transferencia de la libido desde las figuras paternas hacia los contemporáneos, grupos de comunidad, maestros y líderes” (Horrocks, 2001, pág. 38). Es en esta etapa en donde hay un equilibrio de la personalidad, permite asentar las bases para afrontar la llegada de la adolescencia, con mayor estabilidad y seguridad.

Según la teoría de Freud, la etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia. De nueva cuenta se activan la sexualidad reprimida, ocasionando múltiples problemas.

Desde el punto de vista freudiano la adolescencia es el periodo en donde el joven se ve amenazado debido a que la imagen que ha formado de sí y su estabilidad, necesita ser redefinida y reagrupada en formas de adaptación. Con ello viene el resurgimiento del complejo de Edipo y con ello la decisión de abandonar el incesto o bien de quedarse atrapado en él. Deutsch (1944) le llamaba a estos deseos fuerzas progresivas y fuerzas regresivas. Por lo tanto



el niño debe abandonar por completo los deseos sexuales incestuosos y hostiles para poder garantizar su libertad en elección de objetos y proporcionar una orientación a su propia generación.

De acuerdo a esta interpretación la tarea del adolescente consiste en dejar la relación inmadura que tenía con sus padres, para hacerse de un sentido de valor, relaciones nuevas y firmes, para entrar a la etapa adulta.

Anna Freud, siguiendo el camino de psicoanálisis, dio aportaciones importantes en lo que adolescencia se refiere, considerando que los trastornos en este periodo son inevitables y debido a que el equilibrio logrado en la etapa anterior es insuficiente, los ajustes que comienzan a darse en esta etapa producen trastornos. No obstante, la ausencia de conflictos, demostrarían una resistencia al crecimiento. Lo interpretaba como una mutilación originada por el superego, lo cual sería un gran obstáculo para su crecimiento.

Siendo así, Anna Freud conceptualizaba al adolescente, como alguien con conductas incongruentes, ama y odia al mismo tiempo a sus progenitores, intenta combinar su identidad con la de otros, es generoso, idealista, artista y desinteresado. Tal postura es compartida por una serie de autores que confirman lo que ya decía Anna Freud, sobre la adolescencia normal, pero no será en este trabajo donde se aborde la infinidad de documentación que existe al respecto en relación a esta teoría.

### 2.4.3 Tareas del desarrollo

De acuerdo al desarrollo y madurez del individuo, este va adquiriendo tareas que lo preparan para entrar a una nueva etapa, por lo tanto el éxito o el fracaso de una influirá en la subsecuente.

El concepto de tareas del desarrollo surgió en la teoría psicoanalítica por la década de los treinta, pero actualmente no existe un teórico que lo represente.

Havighurst, fue uno de los primeros exponentes de dicho concepto, definiéndolo en el año de 1953 (Horrocks, 2001), indicando que la felicidad de la persona dependen del éxito o fracaso al momento de afrontar las tareas. En ese mismo año Havighurst enumera diez tareas del periodo de la adolescencia:

- 1.- Lograr relaciones nuevas y más maduras con personas de la misma edad y de ambos sexos.
- 2.- Conseguir un papel social masculino (o femenino), que sea aprobado socialmente.
- 3.- Aceptar la psique propia y el hacer uso adecuado del cuerpo.
- 4.- Alcanzar independencia emocional con respecto a los padres y a otros adultos.
- 5.- Lograr la seguridad de independencia económica, en el sentido de que la persona sienta que puede mantenerse por sus propios medios si es necesario.
- 6.- Seleccionar una ocupación y capacitarse para ésta.
- 7.- Prepararse para el matrimonio y una vida familiar.
- 8.- Desarrollar conceptos y habilidades intelectuales necesarias para la competencia cívica.
- 9.- Desear y conseguir un comportamiento socialmente responsable.
- 10.- Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.

Estas tareas permitirán al adolescente llevar una vida ordenada y exitosa tanto para él como para la sociedad y al cumplir estas enmiendas se convertirá en dominante de sus fuerzas, de sus impulsos, aceptándose, de tal manera que pueda movilizar su energía eficazmente para él y la sociedad.

Erik Erikson (1963, 1964, 1968), propone una secuencia de crecimiento formulado en ocho etapas. En cada una de ellas adquiere una identidad de su propio ego, aportándole influencias positivas o negativas, según el éxito en la resolución de cada una de ellas.

Las ocho etapas que el propone son: 1) confianza básica & desconfianza básica, b) logro de autonomía & vergüenza, duda, 3) logro de iniciativa & sentimientos de culpa, 4) logro de laboriosidad & inferioridad, 5) logro de

identidad & difusión de la identidad, 6) logro de intimidad & aislamiento, 7) logro de creatividad & estancamiento, 8) logro de integridad & desesperanza.

Dentro de estas ocho etapas Erikson ubica el comienzo de la pubertad en la quinta. Siendo así, el individuo se encuentra atento de sí mismo y de lo que cree ser, hace uso de los roles aprendidos anteriormente.

Busca una seguridad de uniformidad, reviviendo conflictos anteriores, pero toda esta tarea es con la finalidad de lograr la identidad del ego.

Para la sexta etapa se espera que el individuo constituya su identidad sexual, que ha elaborado con la identidad de otros, para poder llegar a una verdadera identidad genital. Y de la misma forma coincide con otras posturas, indicando que si alguna tarea queda difusa o inconclusa, el adolescente se caracterizará por sus niveles de angustia, lo cual perturbará las demás etapas y en diversos aspectos de la vida, haciéndolos poco comprometidos, no asumirá un estado de identificación en la vida.

En relación a la quinta etapa, es decir, a la adolescencia, Erikson la llamó periodo de moratoria, debido a la reconsideración del pasado, del análisis, y de no tener que adoptar un papel de adulto, aunque tampoco de niño.

Eisenstadt (1961), también compartía dicha postura, argumentando que la adolescencia es un periodo de moratoria por que la persona puede desempeñar varios papeles sin escoger ninguno en forma definitiva (Horrocks, 2001).

Por lo tanto se considera que el adolescente ha dejado de ser niño, y sabe que debe asumir el papel de edad adulta, se percibe como alguien que al mismo tiempo es juez y parte.

#### 2.4.4 Tareas psicosociales planteadas por Erikson

Erik Erikson describió la secuencia del desarrollo en ocho etapas (Horroks, op. cit), cada una con diferentes conflictos que podían manejarse en una o dos formas. Por un lado la resolución del conflicto en forma benigna y la otra en forma dañina.

El paso por cada una de estas etapas le permite adquirir identidad de su ego y deben ser dominadas en el tiempo adecuado, para evitar dificultades en las etapas subsecuentes.

Para Erikson en la quinta etapa se inicia la pubertad, en la cual ya no se puede tomar en cuenta la uniformidad y la continuidad del niño, el foco de atención es él mismo, el saber como cree ser, interesándose por la manera en como relacionar los papeles y habilidades aprendidas antes de la pubertad con los prototipos de la actualidad.

El ego del adolescente es todavía borroso, existiendo mucha confusión de roles y se sobreidentifica con los de su misma edad y con figuras ideales, por lo tanto el enamorarse se convierte en una forma de proyectar su propia identidad difusa del ego sobre otra persona.

Por lo tanto el adolescente no puede identificarse con nadie, surgiendo un sentimiento de ser ajeno, de moratoria (Horroks, op. cit.).

Para la sexta etapa, que es el tiempo para fundir su identidad con la de otros, pero existe la posibilidad de que ésta se mantenga difusa o bien se consolide.

Si el ego permanece difuso el adolescente se cateterizará por niveles crecientes de ansiedad, lo cual tendrá repercusiones en su vida futura. Sin embargo si se resuelve, su identidad será más clara en la adolescencia tardía.

La difusa identidad del adolescente lo llevara a una incapacidad para comprometerse ya sea en una actividad ocupacional o ideológica o ni siquiera asumir un estado de identificación en la vida. Sera menos capaz de asumir juicios morales o demuestran estar en un proceso de transición.

El adolescente se encuentra en una crisis normativa, una fase normal de conflicto, caracterizado por fluctuaciones del yo. Durante este tiempo, el individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar los peligros de la confusión de funciones y la difusión de la identidad (Rice, 2000)

Erikson incluye el concepto de la adolescencia como un periodo de moratoria, en donde éste reconsidera su pasado, lo analiza y no está obligado a adoptar un papel de adulto, pero al mismo tiempo se libera del papel de niño, sabe que no puede seguir asumiendo tal rol, lo que implica que al final de este periodo deberá asumir el papel de adulto.

Eisenstadt (citado en Horrocks, op.cit.), dice al respecto que el adolescente puede desempeñar varios papeles, sin tener que adoptar uno en específico.

El adolescente se asumirá como un actor en el escenario y deberá preguntarse que hay de tras de esa máscara.

La adolescencia como periodo de desarrollo requiere de orientación no solo para poder sobrellevarla, sino para que con el paso del tiempo esto le permita adquirir y asumir sus propios roles. No como una imposición, sino como una oportunidad en la toma de decisiones desde ese momento y hasta finales de su vida.

Esta formación será posible de acuerdo a las personas comprometidas en la formación de éste. Considerando que el adolescente requiere de figuras que lo orienten, estructuren y permitan, bajo la supervisión, la elección de una vida futura, puesto que cuanto más confuso sea el rol a desempeñar, mayor dificultad mostrara para estructurarse.

El aprendizaje de conductas satisfactorias, en relación al conocimiento de sus propias necesidades lo alejarán de buscar falsos estímulos, no requerirá de sustitutos que lo provean de aquello que carece. Son entonces, los niños y adolescentes en quienes se debe buscar con mayor énfasis la prevención, ya que en muchos de los casos el desarrollo de una enfermedad, ya sea física o emocional, perdura y perturba su vida personal, familiar y social futura.

Los adolescentes se enfrentan a un nuevo mundo, con nuevos padres, que se encuentran mimetizados con las nuevas tecnologías, adaptados a un mercado laboral y que poco a poco los aleja de una convivencia con estos hijos adolescentes (Tarín y Navarro, 2006).

En relación a la prevención de adicciones, hoy en día existen un gran variedad de métodos, algunos de ellos enfocados a la población adolescente, sin embargo, como profesionales de la salud, el trabajo ha desempeñar, es todavía muy extenso. Y de acuerdo a las necesidades de la población descrita, la prevención puede ser una herramienta, que permita la adquisición de conciencia y responsabilidad en pequeños sectores de la población.

Por tal motivo, el siguiente capítulo está relacionado con la prevención primaria, secundaria y terciaria, ubicando las dos últimas con el tratamiento, de tal manera que se resalte la importancia de la prevención en la etapa adolescente.

### III. Prevención y tratamiento

. . . nada más puede intentarse que establecer el principio y la dirección de un camino infinitamente largo. Pretender cualquier totalización sistemática y definitiva sería, al menos, un autoengaño.

La perfección puede aquí ser lograda por el estudiante individual sólo en el sentido subjetivo de que éste comunica todo cuanto ha podido ver.

Georg Simmel

#### 3.1. Definición de prevención

Se entiende como prevención al conjunto de acciones que tienden, por un lado, a detectar y reducir los factores de riesgo de un determinado fenómeno, en este caso el de las adicciones, y por otro lado, a potenciar los factores de protección. Debe tener un carácter educativo y proporcionar respuestas a las necesidades de las personas, en sus diversas dimensiones: afectivas, educativas, sanitarias, culturales, ambientales etc.

La prevención como [objetivo](#), es la [promoción](#) de un estilo de vida que logre personas y [grupos](#) humanos que conforman la comunidad laboral, menos propensos a involucrarse en relaciones problemáticas con [las drogas](#).

Algunos criterios que enmarcan la importancia de la prevención, son los siguientes:

I) Integral. Abordaje integral de todas aquellas drogas que pueden causar problemas al individuo, en todas las esferas de su vida.

II) Intersectorialidad e interinstitucionalidad. El trabajo de la prevención es multidimensional, no puede abordarse en una sola dirección. Siendo necesaria

la participación de diversos sectores sociales (salud, acción social, [cultura](#), trabajo, etc.), y de las diversas instituciones que sean competentes en estas áreas: los gobiernos nacionales, municipales y los ámbitos legislativos entre otras diferentes áreas de las diversas instituciones que de alguna manera estén comprometidas con la salud mental.

III) Participación comunitaria. Difícilmente puede concebirse hoy en día el trabajo preventivo sin el concurso de todos aquellos sectores que articulan la comunidad.

### 3.2 Tipos de prevención

Actualmente y de acuerdo al ritmo de vida que se ha establecido, el hombre se ha sometido a una sociedad masificada que no reconoce diferencias, ni mucho menos individualidad, creando conductas cada vez más dependientes y al mismo tiempo permitiéndoles bajo cualquier circunstancia, hacerse de argumentos que justifiquen cualquier conducta.

Los cambios llevados a cabo dentro de la sociedad en cuanto al estilo de vida, crianza, el rol de la familia, medios de comunicación, etc., somete a los individuos a un desarrollo precoz, imposibilitándolo en la adquisición de herramientas necesarias para su maduración, en donde se ven afectados en mayor medida los individuos más vulnerables, como pueden ser son los pre-adolescentes y adolescentes.

José Bleger (1989) establece que uno de los objetivos históricos de la higiene mental ya no se debe sólo a intervención o tratamiento de la enfermedad mental, sino a la promoción de un mayor equilibrio en la salud de la población, trasladándolo de la enfermedad a la salud, mejorando sus condiciones de vida.

La prevención puede ser utilizada en la adquisición de conocimientos y herramientas necesarias para el desarrollo del individuo, reduciendo la



evolución y consecuencias de enfermedades que hasta ahora se han convertido en una problemática grave no sólo para el propio sujeto sino al mismo tiempo para la familia y la sociedad.

a) **Prevención primaria.** La palabra prevención, según el diccionario significa anticipar, preceder, imposibilitar, con medidas anticipadas. Habiendo varios niveles de prevención según sea el caso.

Bleger (1989), cita la clasificación hecha por Blain (1959), quien especifica las zonas en las que se lleva la prevención. Por ejemplo la prevención primaria se aplica en las zonas I, II y III . La zona I, incluye toda la población prenatal y todos los que han nacido, que han sido afectados genéticamente o traumatizados al nacer.

En la zona II se encuentran todos aquellos incluidos en la zona I y que funcionan normalmente como pueden ser los edad infantil, niños, adolescentes, adultos, de mediana edad y ancianos, que ya han sido influidos por el medio, la familia, clima, escuela, iglesia y trabajo. Al mismo tiempo considera que se encuentra en esta zona aquellos que han recurrido en una situación especial a entidades públicas que han sido creadas para su protección y adaptación.

Aunque en la mayoría de los casos la prevención primaria está diseñada para trabajarse de manera individual, ésta permite que tenga efectos dentro de la misma familia y a su vez en la sociedad, por lo que esto reduce el número de personas que padezcan tal adicción.

Materazzi (1985) plantea un modelo para trabajar con la farmacodependencia, considerando que al darse continua y adecuada información al individuo en sus distintas etapas de desarrollo, éste no padecerá alguna adicción.

Tal modelo se dividía en tres instancias:

- 1) **Físicos:** el cual comprende la alimentación y vivienda adecuadas; suficiente estímulo sensorial; la oportunidad de realizar ejercicios físicos. Esta instancia permite al ser humano conocer a nivel exterior su cuerpo,

alcances y límites, en cuanto a fuerza, capacidad de destreza y al mismo tiempo crear una identificación y satisfacción de necesidades corporales.

- 2) Psicosociales: Por medio de la interacción dentro del núcleo familiar, con sus iguales, en comunidad, con las figuras de autoridad, creencias y en su trabajo, el sujeto es estimulado para el desarrollo de sus capacidades intelectuales y afectivas. O mejor dicho, para la satisfacción de sus necesidades interpersonales. Estas necesidades se clasifican en: necesidades de amor y afecto, de limitación y control y de participación en la actividad colectiva.
- 3) Socioculturales: la influencia que tienen en su desarrollo y funcionamiento las costumbres, valores culturales y la estructura social.

De acuerdo a los alcances que puede tener la prevención primaria, ésta desea llegar a comunidades o la población que sea potencialmente vulnerable, brindándoles información necesaria que los lleve a conocer los alcances, en este caso de una adicción, consecuencias y los trastornos que en la mayoría de los casos no tienen solución.

Al mismo tiempo la modificación de conductas también incluye a todas aquellas profesiones involucradas con el desarrollo física y mental en un sujeto, como es el caso de los médicos, profesores, pedagogos, psicólogos, etc., quienes por medio de la elaboración de cursos, talleres, jornadas científicas, conferencias, etc., se dedique a informar y con ésto a prevenir a la población, y como ya se indicó principalmente a todos aquellos que se encuentra en formación física, emocional y mental, es decir, niños, adolescentes y adultos.

b) **Prevención secundaria.** Aquí se ubica la zona IV, en donde se encuentran los enfermos mentales y aquellos con defectos de origen desconocido y que han desarrollado respuestas que no pueden ser atendidos en la zona II y III. Necesitan servicios clínicos, como consulta y un diagnóstico.

c) **Prevención terciaria.** Intenta disminuir el deterioro resultante de los trastornos que ocasiona la farmacodependencia. En este tipo de prevención el sujeto requerirá de un tratamiento especializado de acuerdo a su adicción, rehabilitación y reinserción social.

#### d) **Otros factores de prevención**

♦ **Apoyo en la familia.** El lugar en donde todo ser humano tiene sus primeras experiencias, el espacio en donde desarrolla sus potencialidades y comienza a conocer el mundo es en la familia. La cual es el núcleo destinado a protegerlos, le permite repertorios que le facilitan la integración posterior en la sociedad. Es aquí donde el menor aprende reglas, valores, límites, tolerancia, etc. Y al mismo tiempo, por medio de la interacción constante el menor aprende no sólo por los dictámenes verbales, sino por ejemplo constante de los padres, de otra forma la credibilidad de los adultos se diluye, dando como resultado un efecto contrario a lo que se espera.

La prevención, no sólo de las adicciones, sino de otro problema mental, sucede desde la formación de la pareja. Existiendo la necesidad de prepararse o documentarse en relación a ciertas etapas de desarrollo físico y emocional en el hijo.

Existen algunos factores familiares que bien pueden prevenir o inducir al menor a la práctica de una adicción. Por un lado la aceptación, confianza, respeto, comunicación, pertenencia, etc. son elementos que permiten al individuo asegurar elecciones de vida más saludables para su desarrollo, pero al estar ausentes pueden llevar al adolescente a buscar en el exterior aquellas cosas de las que carece.

Los adolescentes al encontrarse en una etapa de transición, son invadidos por un sinnúmero de preguntas que están ligadas principalmente a aquellos temas prohibidos o que de alguna manera están llenos de tabús. Y al encontrar en la familia el apoyo emocional que necesita, le facilitará el acercamiento a sus

mayores, en quienes sabe que puede encontrar orientación y apoyo. Si ocurriera lo contrario el menor puede llenarse de temores, pues ha encontrado en ellos rechazo, juicios, agresión, minimización, descalificación, etc., lo que lo llevará a buscar en el exterior respuesta a sus dudas y muy probablemente necesitará de algo que lo haga sentirse libre, independiente y autónomo, síntomas que la mayoría de las drogas los lleva a experimentar.

Sin embargo, las condiciones familiares al ser facilitadoras de consumo pueden agravar o permitir que el menor adquiera mayor número de conductas antisociales.

Moreno (2003) dice que la aceptación social y muy probablemente la familiar, del consumo puede ser un factor poderoso que incremente el uso de sustancias, por lo menos lícitas, como es el caso del alcohol.

El apoyo en la familia permitirá a los menores mejores posibilidades de una vida satisfactoria para el propio individuo, y por ser parte de una sociedad la construcción de lazos afectivos fuera de ésta, serán más sanos para él y para quienes lo rodean.

- ♦ **Relevancia de los medios de comunicación en la prevención de las adicciones.** Los medios de comunicación, ya sea, televisión, radio, cine y actualmente la red, se han convertido en difusores de una infinidad de programas relacionados con las adicciones. Por un lado, son quienes han plasmado, antes que nadie, un sinfín de temas prohibidos, temerosos, míticos, etc. dejando dudas y curiosidad. Y al mismo tiempo se han utilizado como instrumentos que permite informar lo más certera y generalmente posible a miles de personas en un sólo instante temas de interés social

A diferencia de otro tipo de campañas preventivas, los medios de comunicación tienen la oportunidad de brindar de manera constante, creativa y rápida, información de interés para todos, y que de alguna manera puede ser el primer contacto o llamada de atención ante una problemática, animándolo a, en primer lugar hacer una reflexión y finalmente a buscar apoyo en caso de necesitarlo.

No será este medio quien le proporcione el tratamiento, ni mucho menos se intenta que cumpla con la función de un profesional, sino se utilizará como un instrumento que lleve al sujeto al análisis, le permita darse cuenta que lo que le sucede tiene solución y lo llevará a tener una vida más sana.

Algunas de las ventajas del uso de los medios como una forma de prevención, es que cubre de alguna manera la ausencia del profesional, puede ser un motivador importante de prevención primaria, sirven como vínculos documentales y trasmisor de acontecimientos reales en pasado, presente y futuro.

Un factor importante dentro de este medio preventivo, es que al ser dirigido a adolescentes, se puede utilizar ese deseo de ser o parecerse al otro, tomando modelos de su medio exterior quienes en la mayoría de los casos son personajes que forman parte del ambiente deportivo, artístico, literario, y si estas figuras funge como alguien que los invita adquirir conductas de autocuidado, respeto y amor por sí mismos, dándoles alternativas para poder exteriorizar sus sentimientos sin que estos los dañen y dañen a los demás, posibilitando el acceso a ambientes seguros y que les provea de mayor satisfacción.

Materazzi (1985) dice que el cine y el teatro permiten generar en el sujeto una especie de insight, desmoronar los estereotipos de la visión de mundo, los sentimientos convencionales, los esquemas de juicio y ciertos tabúes.

Dejan que el sujeto se centre, limite y fije su atención por un momento, recordándole que lo que ve no es una vida sino la imagen de lo que ésta, fue, es o será. Y más aún, es el cine quien puede representar el curso de una enfermedad, como no lo podría hacer un libro o la propia experiencia de alguien que se lo describe.

Actualmente las organizaciones de la salud han comenzado a hacer, con más énfasis, uso de estos medios, teniendo como objetivo la prevención de varias conductas que se han convertido en un problema social grave, y han planeado

tal objetivo que han insertado personajes que llaman la atención, elaborando actividades recreativas y que invitan a la adquisición de hábitos de salud y de información en toda la población, principalmente en los mas jóvenes.

♦ **Apoyo en la escuela.** Si se considera que el consumo de sustancias se empieza a cristalizar por razones de edad en las escuelas, principalmente en aquellas que concentran adolescentes y jóvenes, entonces sería el medio escolar un ambiente sumamente adecuado en donde el menor puede encontrar oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades interpersonales y uso de tiempo más provechoso para sí mismo.

Velasco (1997) destacó que la educación como un medio preventivo comprende cualquier medida que tienda a desarrollar en los individuos, particularmente en los adolescentes, la capacidad, la actitud y la voluntad de evitar el consumo de cualquier droga.

Asimismo los principales enfoques educativos en relación la prevención de las adicciones debe ser objetiva y realista, desarrollo de capacidades individuales y sociales para enfrentar con mayor éxito el problema de las adicciones, alternativas de actividades que favorezcan obtención de la salud, estimulando a los menores a una búsqueda de actividades productivas y sanas para su desarrollo.

Algunas de las acciones que pueden realizar las escuelas, son programas extraescolares, además de hacer uso de los programas preventivos propuestos por la S.E.P., quien plantea una serie de estrategias y acciones que se describirán a continuación (Velasco, op. cit):

- 1.- Determinar la magnitud del problema. Detectar si existe el consumo de sustancias entre los alumnos, tipo de sustancias utilizadas y en qué medida recurren a ella.

2.- Establecimiento de reglas claras y específicas en la escuela sobre la prohibición del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

3.- Coordinación con las instancias de gobierno, municipales, estatales y federales, para el desarrollo de actividades, intercambio de información, etc.

4.- Ejecución del programa educativo sobre las drogas.

Las distintas problemáticas que puede manifestar un adolescente permiten marcar lineamientos de trabajo, pues éstos al agravarse los pueden llevar a actitudes antisociales entre las que se encuentran las adicciones.

En los diferentes grados se puede incluir contenidos en educación para la salud, en donde se pueden tratar temas relacionados con habilidades para la vida, tal concepto creado por la Organización Mundial de la Salud, quien lo utilizó para denominar aquellas experiencias o conjunto de destrezas que los niños y adultos requieren para enfrentar de forma exitosa situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

Cabe destacar que este proyecto propuesto por la OMS, consta de lo siguiente:

1.- Conocerse y amarse a sí mismo. Intenta que el niño descubra su carácter, habilidades, fortaleza, y gustos. Lo que permitirá identificar sus sentimientos.

2.- Expresar apropiadamente sus emociones y sentimientos. Permite que reconozca sus sentimientos y los de los demás, así como detectar cómo estos intervienen en nuestra forma de actuar y poder actuar sin destruirse o dañar a los demás.

3.- Tener la capacidad de empatía. Es una habilidad que le permite ponerse en el lugar del otro, llevándolo a comprender, considerar y respetar los sentimientos de los demás. Le facilita aceptar las diferencias de los demás, sin juzgar o descalificar.

4.- Mantener tensiones y estrés. Le facilita identificar los eventos que le producen estrés y que efectos tiene en su vida, lo que puede llevarlo a crear actitudes o conductas que las vayan atenuando. El poco manejo de situaciones bajo tensión es una de las tantas causas que lleva a los adolescentes a consumir drogas, teniendo como principal objetivo, minimizar esa sensación de insatisfacción o presión.

5.- Manejo de la información sobre drogas. Ayuda a examinar la información objetivamente, disminuyendo la vulnerabilidad en los niños y jóvenes.

La enseñanza del tema de las adicciones dentro de las instituciones puede resultar más segura y duradera, con expectativas a largo plazo.

Quienes se encarguen de impartir esta enseñanza, o sea, los maestros, son el primer contacto que el menor tiene, de quien aprenden las diferencias en la cultura, hábitos y en muchas ocasiones formas de comportamiento humano. Siendo esto también facilitan o dificultan el proceso de experiencia emocional.

El profesor a lo largo de los años ha representado una figura con alto nivel de credibilidad en los niños y adolescentes, es un modelo a imitar, por lo que es indispensable que quien imparta esta función informativa sea congruente con los valores y la filosofía de lo que se intenta transmitir.

Velasco (1997, pág. 148), hace referencia sobre el concepto que tiene Jean Michel Roux, en relación al tema de la prevención de adicciones:

“La información como acción preventiva de las farmacodependencias debe ser objetiva, realista y amoral. Debe dar respuesta a los que la gente se pregunta”

“sobre el problema, ser sistemática y prudente, en particular cuando se dirige a los jóvenes. Debemos evitar la dramatización y la intimidación, pues todo lo que parezca un reto interesará al adolescente. . . la información sólo debe ser suministrada por gente bien preparada, y aun así ha de ser revisada



sistemáticamente para no conducir a errores de interpretación”

Los menores y jóvenes al estar bien informados asumirán actitudes responsables, pues ya habrán aprendido actividades y conductas que los llevan a poder manejar sus emociones e identificarán que al iniciarse en una actividad de ese tipo los llevará a un sinnúmero de problemáticas que van más allá de del ámbito personal.

### 3.3 Definiciones de Tratamientos

Un tratamiento psicológico es una [intervención](#) que realiza un profesional de la psicología, basándose en técnicas propias de la psicología. Por regla general las [terapias](#) psicológicas tienen como fin orientar, enseñar y eliminar el malestar que está experimentando la persona en un momento de su [vida](#). La [terapia](#) persigue no sólo eliminar los síntomas sino ir más allá y devolver el equilibrio personal dentro de lo que se pueda. Si es un [trastorno](#) que no puede ser suprimido, la [terapia psicológica](#) se centrará en aumentar su calidad de vida.

Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

En [medicina](#), [tratamiento](#) es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las [enfermedades](#) o [síntomas](#).

### 3.4 Tipos de tratamientos

El incremento de consumo de sustancias en México ha diversificado el tratamiento que van desde lo individual hasta lo grupal y cada una se adecua a las distintas necesidades del individuo, ambiente familiar y social. Sin que una sea mejor o peor que otra.

Las distintas modalidades de tratamiento intentan presentar alternativas eficaces ante las problemáticas que pueden perturbar al individuo,

principalmente aquellos más vulnerables, de tal forma que permitan recobrar el equilibrio entre sus necesidades y exigencias del medio.

Por lo tanto, la psicoterapia es un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, que establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas ya existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Algunos de sus componentes es que se realiza por personas capacitadas, con quien establece una relación profesional, y de quien desarrollará estrategias para la modificación, postergación y eliminación de síntomas, así como se promoverá el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

En el ámbito de la psicoterapia para las adicciones existen diferentes marcos teóricos que comúnmente se les denominan enfoques. A continuación nos dedicaremos a mencionar los más utilizados, debido a su éxito en el tratamiento de las adicciones.

❖ **Terapia grupal.** Se sabe que la historia de un sujeto se desarrolla a través de una red de relaciones interpersonales. Las relaciones tempranas del individuo y en el transcurso de su vida se dan en grupos. Desde el grupo familiar, el sujeto humano se estructura y constituye, la familia en tanto es un grupo primario, quien influirá de manera decisiva al crear los primeros vínculos y generará los modelos en los que se establecen las primeras formas de contacto.

Los otros grupos, como son, la escuela, el área laboral o recreativo serán el soporte y complemento de la estructura original de las relaciones subjetivas.

El estar en un grupo, no sólo se da la reedición de los conflictos vividos y/o no resueltos en la convivencia familiar, sino desde la inserción al mismo, se ponen en juego los modelos adquiridos (Quijano, 2003).

Con frecuencia es la principal modalidad terapéutica para los trastornos adictivos (Mack et al. op cit)). Pone en práctica las habilidades sociales, relaciones objétales y el control de impulsos, refuerza la identidad de uno mismo como persona en vías de recuperación y ofrece un apoyo para aceptar la abstinencia; mejora la autoestima de los pacientes y favorece su contacto con la realidad.

Los grupos pueden ser de orientación psicodinámica, orientados a la resolución de problemas u orientados a la confrontación; pueden ofrecer terapia de pareja o asesoramiento laboral (Quijano, 2002).

La terapia de grupo por un lado permite, que aparezcan comportamientos que, de otra forma en las sesiones individuales nunca aparecerían. Y por otro, las diferencias individuales pueden servir de observación, pues miran claramente en los demás la dinámica que temen ver en ellos mismos (Kaplan, Sadock, 1998).

❖ Modelo psicodinámico. Se basa en una perspectiva psicoanalítica contemporánea acerca de la dependencia en las sustancias para establecer la comprensión y el tratamiento relacionado con la vulnerabilidad de los adictos en terapia de grupo. La terapia de grupo modificado (TDGM) se basa en el modelo interpersonal de la terapia de grupo descrito por Yalom (1974) y Brown y Yalom (1977) (citado en Hille, 1995). Este modelo se diseñó para evitar la ambigüedad de los grupos dinámicos convencionales, proporcionando comprensión y tratamiento de manera activa para las vulnerabilidades psicológicas y problemas característicos relacionados, que apresuren y perpetúen la dependencia en la sustancia.

❖ Enfoque de la terapia dinámica de grupo modificado. El tratamiento debe atender las necesidades y dificultades de los adictos, de tal manera que se promueva la recuperación de la adicción. A esto se le llama vulnerabilidad que se entiende en cuatro dimensiones:

- 1) Tolerancia y regulación del afecto
- 2) Problemas con las relaciones
- 3) Fracaso en el autocuidado
- 4) Diferencias en el autoestima

Estas dimensiones se enfocan a cualquier persona a nivel intrapsíquico, interpersonal y en el mundo en general.

La TDGM es una psicoterapia de grupo expresiva de apoyo que está diseñada para atender las vulnerabilidades y dificultades ante la susceptibilidad del adicto a consumir drogas.

La TDGM se desarrolló como un tratamiento grupal para el Harvard Cocaine Recovery Project, en un estudio de la adicción de la cocaína que fue patrocinada por el National Institute on Drug Abuse y se llevó a cabo en el Cambridge Hospital, un hospital de enseñanza en Harvard Medical School.

A pesar de que por medio de esta terapia se busca atender los trastornos de carácter, se tiene una preocupación en la abstinencia de los adictos y en la prevención de recaídas.

Sin la abstinencia las dificultades caracterológicas pueden oscurecerse y alimentarse en base a crisis continuas. La TDGM se diseñó para evocar los temas sobresalientes y estilos defensivos, pero al mismo tiempo para proporcionar un contexto en el que estos temas puedan comprenderse y puede comenzarse un cambio.

La seguridad y el apoyo proporcionan un líder de grupo activo, directivo y amistoso que comienza explicando la naturaleza y expectativas de la terapia

psicodinámica, distinguiéndola de otros tratamientos de la adicción, con los cuales se permite la familiarización de los miembros del grupo.

Los principios de la terapia interpersonal de grupo se emplea en el modelo de TDGM para promover el desarrollo de la cohesión, manteniendo un centro de atención en el aquí y ahora y crear un medio interpersonal en el que los integrantes del grupo puedan sobreponerse a los sentimientos de autodesprecio, soledad, enajenación y separación de la mejor manera. No obstante, el objetivo de la TDGM se encuentra en el estilo y la estructura de carácter de cada individuo, presente en el grupo. Se pide a los miembros del grupo que observen dentro del grupo, se experimenten ellos mismos y a otros y que su conducta interpersonal se relacione con la experiencia y vulnerabilidad interna.

Por lo tanto cada integrante aprenderá de sí mismo en cuatro dimensiones: regulación de afecto, relaciones, autocuidado y autoestima. El centro de trabajo gira entre lo interpersonal y lo intrapersonal. La experiencia demuestra que los integrantes del grupo buscan vincularse en un primer momento alrededor de su adicción, pero a su vez, la TDGM consiste en darse cuenta que no es el único terreno común que comparten, sino también la vergüenza, los sentimientos de incapacidad y la naturaleza de ciertos efectos. Logran darse cuenta de que no están solos, que no son los únicos que buscan amor, reconocimiento y seguridad, y que sus medios característicos pueden ser autoderrotantes.

❖ Aspectos generales de la terapia de grupo. Para que el abordaje terapéutico pueda arrojar mayores resultados, es importante que el terapeuta diseñe el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas:

- En primer lugar el terapeuta tiene que afrontar las dificultades que el sujeto tiene: cuando se opone y se revela activamente contra el tratamiento, intentando convencer al terapeuta y a los demás miembros que ellos están implicados en su recuperación. El motor básico en los adictos, es llevárseles a que perciban y comprendan la relación que hay

entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas.

- Una vez que se ha utilizado la fuerza y la disuasión del grupo, se debe llevar gradualmente al grupo a conocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación afectiva. Los integrantes deben explorar y comprender la conexión entre el consumo de drogas, su patología de carácter y su incapacidad para establecer relaciones íntimas sanas y satisfactorias.

Pueden señalarse algunos criterios para la selección generales propuestos por Zimmerman, que da las características de los pacientes y los factores internos y externos condicionantes en la situación grupal (Citado en Quijano, op. cit., Palacios, 1975):

- 1) Estructura de la personalidad. Se refiere a la postura de análisis del paciente en situación de grupo, considerando aptos a los enfermos neuróticos y se descarta a los paranoides, psicópatas y deprimidos graves, así como los que sufren trastornos psicopatológicos.
- 2) Relaciones de objeto. Se sugiere que sean sujetos con capacidad de establecer relaciones de objeto cercanas.

El trabajo en grupos permite al paciente la expresión de sentimientos hostiles y negativos, además de crear un medio dotado de múltiples posibilidades para cada tipo de personalidad y nivel de acciones reciprocas interhumanas.

El grupo permite revivir las primeras relaciones objetales, de tal forma que pueda darles un cierre o una conclusión, logrando establecer nuevas formas de convivencia.

ii) **Terapia de familia.** La investigación acerca de las familias son problemas de acción, tiene una historia relativamente corta. Se inició a finales de los setenta en Estados Unidos, con la que se desarrolló una enorme difusión (Fernández 2000).

Algunos terapeutas familiares empezaron a presentar trabajos clínicos realizados con familias de pacientes adictos, las cuales solían describir en términos parciales y no suficientemente integrativos, de manera que se dedicaban en casos como madres sobreprotectoras, hijos sobreinvolucrados, padres periféricos, etc. Sin embargo las nuevas investigaciones, indican que el problema de la adicción a las drogas tiene una función en la estructura relacional de su familia entera. Si no cambia la estructura relacional de la familia del paciente, es difícil que desaparezca el síntoma.

Existen algunos modelos de abordaje terapéutico para detectar factores que promueven las conductas adictivas:

- La comunicación
- Roles
- Involucramiento afectivo
- Reglas y disciplina
- Control
- Realización de tareas
- Valores e ideales

Al detectar estos factores se favorecerá el esclarecimiento de relaciones interpersonales que es uno de los primeros pasos para la resolución del conflicto.

Una de las propuestas para el trabajo en terapia familiar con adicciones fue desarrollada por Stanton y Todd en 1982, quienes sugerían una aproximación estructural-estratégica. El procedimiento como guía más específico se toma de la teoría estructural de Minuchin: quien sugiere trabajar estructuralmente dentro de las sesiones a través de la conexión vigente de nuevos patrones y aplicar técnicas estructurales tales como:

- Unión
- Acomodamiento
- Pruebas de límites

- Reestructuración

Diferentes prácticas en el campo del abuso de las drogas, proponen un énfasis continuo sobre el involucramiento activo de la familia de origen de los adictos en la terapia, aún y a pesar de que ya no viva con ellos, quienes de manera inicial no pudieron atravesar exitosamente esta etapa. Por lo tanto la terapia propone que regresen a una de estas etapas tempranas, donde no se les permitía negociar exitosamente, de tal manera que puedan hacerlo bien en esa ocasión. Además de permitirle restablecer un control parental de manera gradual y apropiada.

El tratamiento de la terapia familiar debe versar primeramente, sobre la triada compuesta por el adicto y ambos padres, si se pasa por alto este paso, el proceso de la terapia vacilará y posiblemente fallará.

El grado de dificultad difiere en cada familia, pero se intenta que todos los integrantes que viven en el hogar se incluyan, de tal manera que se cumpla con la regla de oro, ver cómo interactúan los miembros de la familia, antes de concluir las sesiones. Del mismo modo, los integrantes de la familia pueden actuar aliados al adicto y ayudarlo a afirmarse apropiadamente y proveen datos adicionales, sobre los cuales el terapeuta puede tomar ventajas.

Reyes (2002), sugiere algunas técnicas dirigidas a la búsqueda de patrones alternos, derivados de la visión estructural y estratégica:

- 1) Creación de límites: se refiere al apego excesivo entre el sistema parental y el adicto.
- 2) Representación: traer a sesión el patrón disfuncional a nivel interrelacional, para crear cambios hacia estructuras más funcionales.
- 3) Intensidad: Se trata de movilizar la homeostasis para lograr un cambio en los patrones disfuncionales.
- 4) Reencuadre: modificar la realidad parcial de la familia que tiene como verdadera, hacia una realidad alterna.



- 5) Desequilibrio: Alterar la homeostasis de manera deliberada por parte de algunos miembros de otro subsistema, para generar pautas de comportamiento más acordes con el ciclo familiar.
- 6) Búsqueda de lados fuertes: Se trata de encontrar los atributos positivos de cada miembro para fortalecer una visión más amplia.
- 7) Complementariedad: analizar las conductas disfunciones, y determinar que otras conductas, creencias o pensamientos lo mantienen, ya que toda reacción repercute en el resto de la familia.

Las problemáticas que generan el consumo de drogas en algún integrante de la familia, parecen coincidir entre una familia y otra compartiendo ciertas características comunes, que en cualquiera de los casos permiten reconocer, que esta conducta adictiva, es la manifestación de un síntoma, de una enfermedad que no sólo padece el adicto, sino el sistema familiar en conjunto. La familia al considerarse una estructura con vida propia, va depositando en cada miembro una función, como si cada uno fuera un órgano, el cual tiene que llevar a cabo una dinámica, para dar como resultado el bienestar necesario para su subsistencia. Tal función puede ser benéfica o no, ya que al analizar el todo, se observa que gracias al papel desempeñado por cada uno, el sistema se mantiene, llevan a cabo una homeostasis.

La conducta adictiva en la mayoría de los casos se produce o inicia en el núcleo familiar, por lo que esto permite que algunos autores afirmen que la inserción de la familia en el tratamiento provocará los ajustes o cambios necesarios en aquellas conductas que originaron la adicción.

Algunas instituciones consideran importante la incorporación de la familia en el tratamiento de los usuarios por tres razones importantes; la primera para que él adicto se sintiera apoyado; la segunda, que esto permite distinguir la disfunción familiar; y la tercera mirar al usuario como parte de un sistema relacional y es en este convivir, encontrar el significado que tiene la droga en cada usuario

La prevención de las adicciones debe realizarse a la par de la prevención de otros problemas de salud mental. Esta problemática no es un proceso que tenga un principio o un fin.

Debe considerarse como una herramienta que mejore las condiciones de vida de la comunidad. Preocupándonos y asumiendo un papel participativo, ya sea como padres, maestros, empleados, etc. promoviendo la constante búsqueda de conductas sanas y productivas.

No se intenta erradicar completamente el problema de la farmacodependencia, se necesita controlar de algún modo la constante creciente de consumidores. La magnitud de ésta problemática, puede estar indicado la incapacidad que se tiene desde lo individual hasta lo social, para contrarrestar los retos que se tienen en la sociedad, lo cual resulta el doble de alarmante.

Es verdad que los cambios a los que se esta enfrentado la sociedad son amenazantes, lo que se puede traducir como una necesidad en la transformación de patrones y roles en cada integrante de ésta, modificando uno a uno aquellas conductas que facilitan la adquisición de conductas antisociales, como la dependencia no sólo a una sustancia, sino a toda la gama de objetos que pueden fungir como sustitutos de necesidades insatisfechas.

Esto nos lleva a proponer un taller preventivo de adicciones para adolescentes tempranos, que quienes de acuerdo a la naturaleza de su periodo, resultan mas propensos en la adquisición de adicciones, además de que tales cambios, se ven mayormente entorpecidos por los propios cambios culturales y sociales, impidiéndoles una mejor consolidación como individuos.

## IV. Propuesta: Taller preventivo de farmacodependencia para adolescentes tempranos

Sesión	Tema	Objetivos	Actividades
Primera	"Introducción al tema de las adicciones"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocer por medio de la ficha de inscripción las características de cada integrante.</li> <li>- Establecer los lineamientos de trabajo.</li> <li>- Introducir al adolescente a la dinámica que vive un adicto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Contestar la ficha.</li> <li>2.- Introducción al tema.</li> <li>3.- Documental.</li> <li>4.- Debate.</li> <li>5.- Conclusiones.</li> </ol>
Segunda	"Clasificación de las drogas"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar el concepto y el desarrollo de las adicciones.</li> <li>-Conocerá los antecedentes más significativos de las drogas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Motivación.</li> <li>2.-Diapositivas.</li> <li>4.-Lluvia de ideas.</li> <li>5.-Dudas.</li> <li>6.- Conclusiones.</li> </ol>
Tercera	"Causas y efectos del consumo de drogas"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocer las causas y los efectos de las drogas más comunes.</li> <li>- Valorar la importancia de la abstinencia del consumo.</li> <li>-Orientar a los adolescentes a una actitud preventiva.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Motivación.</li> <li>2.- Exposición.</li> <li>3.- Cartel</li> <li>4.- Conclusión.</li> </ol>
Cuarta	"Adolescencia: desarrollo físico"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificará aquellas habilidades físicas que lo caracterizaba como niño y las que ahora ha adquirido como adolescente.</li> <li>-Conocer las ventajas y desventajas que éstas habilidades le proporcionan.</li> <li>-Identificará sus necesidades y cómo pueden cubrirlas de tal manera que no se cree falsas expectativas, buscando en otros lo que no encuentra en si.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Exposicion.</li> <li>2.- Silueta corporal.</li> <li>4.-El cuerpo del adolescente.</li> <li>3.-Identificacion.</li> <li>4.-Conclusiones.</li> </ol>
Quinta	"Adolescencia: Desarrollo psicosexual"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocer las diferencias entre sexo y sexualidad.</li> <li>-Analizar los roles designados por la sociedad para el hombre y la mujer y si están de acuerdo con ellos.</li> <li>-Analizar las conductas de consumo de sustancias que están relacionadas con el rol social.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Motivación.</li> <li>2.- Poema.</li> <li>3.-Proyeccion.</li> <li>4.-Cuadro comparativo.</li> <li>5.-Semáforo de emociones.</li> </ol>

			6.- Conclusiones.
Sexta	"Adolescencia: Autoconcepto"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar que el autoconcepto.</li> <li>- Identificar conductas que los hacen sentirse satisfecho, a las cuales puede recurrir en el momento que el necesite, alejándolo de buscar sustitutos como las drogas.</li> <li>- Conocer cómo reacciona ante la crítica y cómo construye su identidad de acuerdo a las relaciones interpersonales.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Recapitulación.</li> <li>2- Exposición del tema.</li> <li>3.-Caracterización personal.</li> <li>4.-Descripción y explicación.</li> <li>5.-Conclusiones.</li> </ol>
Séptima	"El compromiso de ser adolescente"	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los beneficios de convertirse en un adolescente.</li> <li>-Analizar las relaciones de él con su familia en esa nueva etapa.</li> <li>-Identificar las características del grupo de iguales como facilitadores de conductas adictivas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Síntesis de la sesión anterior.</li> <li>2- Exposición.</li> <li>3.-Beneficios de la adolescencia.</li> <li>4.-Identificación.</li> <li>5.- Conclusiones.</li> </ol>
Octava	"Prevención en el consumo de drogas"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocer en que consiste la prevención.</li> <li>-Identificar las conductas de riesgo.</li> <li>-Conocer las redes de apoyo en caso de necesitarlas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Redes de apoyo.</li> <li>2.-Análisis de historias.</li> <li>3.-Situaciones de riesgo.</li> <li>4.-Resoluciones.</li> <li>5.- Conclusiones.</li> </ol>
Novena	"Apoyo en la familia y en los maestros"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar que es sentirse apoyado.</li> <li>-Identificar como se acepta e identifica.</li> <li>-Realizar un plan en donde identifique qué conductas lo llevan al rechazo y críticas de los demás.</li> <li>-Identificar cómo cree que lo ven los mayores principalmente padres y maestros.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Síntesis de la sesión anterior.</li> <li>2.-Reflexiones.</li> <li>3.-Tipos de apoyo.</li> <li>4.-Árbol genealógico.</li> <li>5.- Conclusiones.</li> </ol>
Décima	"Conclusión del taller"	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar los conceptos más significativos sobre las adicciones.</li> <li>-Reconocer las dudas que quedaron a lo largo del taller.</li> <li>-Valorar el compromiso que adquirieron.</li> <li>-Conocer el avance o tropiezos de cada integrante.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Presentación de las obras de teatro.</li> <li>2.- La comunicación con padres y escuela.</li> <li>3.- Medios de información.</li> <li>4.-Agradecimientos.</li> <li>5.-Cierre y conclusiones finales.</li> </ol>

## Propuesta: Taller preventivo para adolescentes tempranos

En este capítulo se expone el diseño de un taller preventivo de adicciones para adolescentes tempranos, de tal manera que puedan sensibilizarse en el tema, conociendo la psicodinámica del uso y abuso de sustancias.

### 4.1 Planteamiento del problema

El tema de las adicciones es complejo por naturaleza y más aún si está relacionado con la etapa adolescente, convirtiéndose no sólo en un problema para el adolescente sino también para su familia y la sociedad, ya que esta problemática, en la mayoría de los casos genera un deterioro en la vida cotidiana de cualquier individuo.

### 4.2 Justificación

Se han propuesto diferentes métodos de intervención relacionado con las adicciones, pero la mayoría de éstos va dirigida a pacientes que ya viven el problema, llevándolo a tener en la mayoría de los casos un diagnóstico reservado, debido a que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la adicción.

Por lo tanto el motivo que mueve a la planeación de este taller, es debido a las necesidades y condiciones de vulnerabilidad de los adolescentes, ya que éstos por encontrarse en una época de formación y desarrollo, van tomando y adquiriendo de su medio todo lo necesario para la conformación de la personalidad, y es este periodo en donde se registra en mayor medida la adquisición de hábitos de consumo y conductas de riesgo las cuales pueden persistir a lo largo de su vida.

José Bleger en su libro "Psicohigiene y Psicología Institucional" (1989), plantea que una de las principales labores del psicólogo es la prevención desde las instituciones educativas, cuales quiera que sean éstas, promoviendo la salud y el ejercicio constante de cuidado, así como promover mejores condiciones de vida.

Las instituciones educativas, como centros de información y de formación, pueden ser espacios que proporcionen al adolescente herramientas que le permitan adquirir conductas preventivas al consumo de sustancias, ya que las instituciones educativas que de alguna u otra forma son parte del entorno del adolescente, y es aquí el primer medio de detección, canalización y apoyo en el individuo.

Por lo anterior se propone un TALLER PREVENTIVO PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS de entre 11 y 13 años que asisten a la escuela primaria “Francisco Díaz de León” turno matutino, que están frente a un riesgo latente de consumo de sustancias adictivas.

### 4.3 Objetivo general

Proporcionar a los adolescentes tempranos información, orientación y estrategias que les ayude a prevenir conductas adictivas para un mejor desarrollo de la persona.

#### 4.3.1 Objetivos particulares

- 1.- Orientar a los adolescentes acerca de las distintas drogas, sus efectos y causas.
- 2.- Orientar al adolescente sobre estrategias de prevención por medio de conductas de autoconocimiento, identificación y aceptación de roles.
- 3.- Reconocer las instituciones como un lugar de apoyo y contención, e identificar los distintos canales de información a los que puede acudir.

### 4.4 Metodología general de taller

Dirigido: Adolescentes tempranos de 5 y 6 grado turno matutino que están o no frente a un riesgo latente de consumir drogas.

Lugar: Escuela primaria “Francisco Díaz de León”

Número de sesiones: La propuesta es de 10 sesiones de 2 horas cada una.

Metodología del trabajo

Al inicio los adolescentes llenarán una hoja de inscripción en donde anotarán datos importantes sobre su desarrollo.

Instructores: Se sugiere que sea un psicólogo el que dirija el taller.

Número de participantes: El número de participantes será entre 10 ó 15 adolescentes.

Evaluación: Los adolescentes al inicio del taller resolverán un pretest sobre todo lo relacionado con el consumo de sustancias, con la finalidad de comprobar los avances del taller mediante el postest.

#### 4.5 Desarrollo de las actividades de las sesiones

##### Primera sesión

“introducción al tema de las adicciones”

**Objetivo:**

- Conocer por medio de la ficha de inscripción las características de cada integrante.
- Establecer los lineamientos de trabajo.
- Introducir al adolescente a la dinámica que vive un adicto.

**Material:**

- 1.- Ficha de inscripción (anexo 1)
- 2.- Cuestionario inicial del taller (anexo2)
- 3.- Tema desarrollado por escrito
- 4.- Rotafolio
- 5.- Documental sobre el consumo de sustancias
- 6.- Televisión y DVD

**Tiempo:** 2 horas

**Desarrollo:**

- 1.- Contestar la ficha de inscripción.
- 2.- La expositora dirigirá una dinámica de integración.
- 3.- La instructora dará la introducción del tema por medio de diapositivas.
- 4.- Se proyectará el documental titulado “Drogas: hasta que el cuerpo aguante”.
- 5.- De acuerdo a lo proyectado se realizara un debate, en donde se eligiera un moderador y cada uno cerrera con una conclusión.
- 6.- La expositora repartirá el tema desarrollado por escrito.

**Segunda sesión****“Clasificación de las drogas”**

- Objetivos:**
- Identificar el concepto y el desarrollo de las adicciones.
  - Conocerá los antecedentes más significativos de las drogas.

**Material:**

- 1.- Proyección de la clasificación
- 2.- Tema desarrollado por escrito

**Tiempo:** 2 horas

**Desarrollo:**

- 1.- El expositor motivará a los adolescentes a realizar una reseña de lo visto en la sesión pasada, de tal manera que se cree un enlace con lo que se revisará en esta sesión.
- 3.- Se expondrá el tema en diapositivas.



4.- Se realizará una lluvia de ideas, en donde se espera que los adolescentes manifiesten sus principales dudas, intereses y expongan lo que saben del tema.

5.- Conclusiones de lo revisado en la sesión.

### Tercera sesión

#### “Efectos y causas del consumo”

- Objetivos:**
- Conocer las causas y los efectos de las drogas más comunes.
  - Valorar la importancia de la abstinencia del consumo.
  - Orientar a los adolescentes a una actitud preventiva.

**Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel rotafolio.
- 4.- Marcadores.
- 5.- Revistas y periódico

**Tiempo:** 2 horas

**Desarrollo:**

- 1.- El expositor dará una reseña de lo trabajado la sesión anterior y una introducción.
- 2.- Se proyectarán las diapositivas de la información.
- 3.- Se dividirá al grupo en equipos para elaboración de un cartel, en donde informarán sobre el efecto y las causas de las drogas.

4.- Los adolescentes expondrán al grupo su cartel y una conclusión personal.

## Cuarta sesión

### “Adolescencia: desarrollo físico”

- Objetivos:**
- Identificará aquellas habilidades físicas que lo caracterizaba como niño y las que ahora ha adquirido como adolescente.
  - Conocer las ventajas y desventajas que estas habilidades le proporcionan.
  - Identificará sus necesidades y cómo pueden cubrir las de tal manera que no se cree falsas expectativas, buscando en otros lo que no puede encontrar en él.

### **Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel mural, crayolas y marcadores.

**Tiempo:** 2 horas.

### **Desarrollo:**

1. El instructor expondrá los cambios físicos a los que se enfrenta el adolescente.
2. Los adolescentes se dividirán en parejas, en donde uno de ellos se colocará sobre el papel que se encuentra en el piso y le pedirá a su compañero que marque alrededor de su cuerpo su silueta y viceversa.
3. A su propia figura humana le colocarán las principales características físicas que poseen.

4. Al final cada uno expondrá las diferencias del cuerpo de niño y el de adolescente, además de manifestar con cuáles ya se sienten identificados y con cuáles no.

## Quinta sesión

### “Adolescencia: Desarrollo psicosexual”

- Objetivos:**
- Conocer las diferencias entre sexo y sexualidad.
  - Analizar los roles designados por la sociedad para el hombre y la mujer y si están de acuerdo con ellos.
  - Analizar las conductas de consumo de sustancias que están relacionadas con el rol social.

**Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Papel rotafolio.

**Desarrollo:**

- 1.- El instructor motivará a recordar los puntos principales del tema anterior.
- 2.- El expositor les leerá un poema relacionado a lo que es y como se puede vivir la sexualidad.
- 3.- Se proyectará el material que habla del desarrollo psicosexual en adolescentes, así como la relación que se tiene con las emociones.
- 4.- Los adolescentes llenarán un cuadro comparativo, con los conceptos de emoción, sentimiento y carácter. También expondrá como vive cada uno de ellos.

5.- Los adolescentes elaborarán un semáforo de emociones, en donde plasmará lo que le altera, que lo hace sentirse de esa forma, como puede controlar esas emociones que lo pueden dañar.

## Sexta sesión

### “Adolescencia: Autoconcepto”

- Objetivos:**
- Identificar que es el autoconcepto.
  - Identificar conductas que los hacen sentirse satisfecho, a las cuales puede recurrir en el momento que el necesite, alejándolo de buscar sustitutos como las drogas.
  - Conocer cómo el adolescente reacciona ante la crítica de los demás y cómo constituye su identidad de acuerdo a las relaciones interpersonales.

**Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Folders y marcadores

Tiempo: 1 hora 30 minutos

**Desarrollo:**

- 1.- El expositor hará una recapitulación del tema anterior.
- 2.- El expositor realizará el tema de autoconcepto en adolescentes.
- 3.- En la mitad de un folder, pondrán su nombre y se lo pegarán en la espalda, en donde cada uno de sus compañeros escribirá alguna característica que vean en ellos.

4.- Una vez recolectada las impresiones de todos, darán lectura a éstas, mientras que los demás compañeros señalarán que escribieron a cada uno y por qué lo escribieron.

5.- El instructor hará el cierre, considerando los resultados del ejercicio, de tal forma que los adolescentes no se sientan agredidos, ofendidos, limitados o molestos.

## Séptima sesión

“El compromiso de ser adolescente”

- Objetivos:**
- Conocer los beneficios de convertirse en un adolescente.
  - Analizar las relaciones de él con su familia en esa nueva etapa.
  - Identificar las características del grupo de iguales como facilitadoras de conductas adictivas.

**Material:**

1.- Tema desarrollo por escrito.

2.- Revistas y periódico.

3.- Papel bond

4.- Diapositivas

**Tiempo:** 2 horas

**Desarrollo:**

1.- El instructor motivará a los adolescentes a realizar una síntesis de lo revisado la sesión anterior

2.- El expositor realizará una revisión en línea de tiempo sobre aquello que se realizaban ellos como niños y cómo estas actividades o tareas han tenido modificaciones.

3.- Se pedirá a los adolescentes que por medio de un collage, expliquen cuáles son los beneficios adquiridos en esta etapa, cuáles les provocan malestar y cómo pueden contrarrestarlos.

4.- Una vez realizado su collage expondrán su trabajo, se pedirá que consideren: ¿Por qué ese dibujo?, ¿Qué me identifica más como adolescente?, ¿Hasta ahora cómo he vivido mi adolescencia?, ¿Qué aspectos puedo mejorar ahora con mi edad?

5.- Por último, se les pedirá que en una frase, que servirá como título para su trabajo, expresen ¿Qué es ser adolescente?

## Octava sesión

“Prevención en el consumo de drogas”

- Objetivos:**
- Conocer en qué consiste la prevención.
  - Identificar las conductas de riesgo.
  - Conocer las redes de apoyo social y familiar con que cuenta.

**Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Diapositivas.
- 3.- Historias en desorden, que plantean varias soluciones ante el problema de las adicciones.

**Tiempo:** 2 horas

**Desarrollo:**

1. El instructor explicará en que consiste la prevención y las redes de apoyo.

2. Los adolescentes organizarán unas historias, las cuales tienen dos o más desenlaces y las cuáles están relacionadas con el tema de las adicciones.
3. El expositor dará un ejemplo de cómo se puede resolver una situación en riesgo.
4. Se pedirá a los adolescentes que expongan como resolvieron cada problemática.

## Novena sesión

“Apoyo en la familia y en los maestros”

- Objetivos:**
- Identificar que es sentirse apoyado.
  - Identificar cómo se acepta e identifica.
  - Realizar un plan en donde identifique qué conductas lo llevan al rechazo y críticas de los demás.
  - Identificar cómo cree que lo ven los mayores principalmente padres y maestros.

**Material:**

- 1.- Tema desarrollado por escrito.
- 2.- Fotografías de familiares cercanos y revistas.
- 3.- Diapositivas.
- 4.- Papel mural, papel reciclado, resistol y tijeras.

**Tiempo:** 2 Horas

**Desarrollo:**

- 1.- El expositor motivará a los adolescentes a recordar el tema anterior y reflexionar en su actuar durante la semana en relación a sus sentimientos y relación con los demás.

2.- El instructor explicará los diferentes tipos de apoyo y las dificultades a las que se pueden encontrar para llegar a ellas.

3.- Los adolescentes elaborarán un árbol genealógico con las fotografías y recortes, anotando como se lleva con cada integrante, con quien se relaciona mejor y con quien tiene más conflictos.

4.- De manera personal y voluntaria expondrán su árbol genealógico, así como las relaciones entre sus familiares. Al final de su explicación se les preguntará:

◆ ¿Cómo ha influido esa persona en mí?

◆ ¿Qué tan importante es lo que piensa la familia de mí?

◆ ¿Modifico mi conducta, a pesar de lo que quiero, por darle gusto a los demás?

◆ ¿Me siento invadido, limitado o juzgado en la mayoría de los casos por mi familia?

◆ ¿Cómo me describiría?

◆ ¿Es cierto lo que dicen los demás de mí?

◆ ¿Qué deseo ser y hacer?

◆ ¿Cómo lo puedo lograr?

5.- Se pedirá a tres adolescentes que den una pequeña conclusión.

6.- Para finalizar se explicará que en el siguiente actividad se realizará una obra de teatro, por lo que es necesario que se dividan en dos equipos. La hora tiene que incluir todo lo revisado a lo largo de todo el taller.

Se dará tiempo para que se reúnan planteen la historia a exponer, el material necesario para montarla y presentarla la siguiente sesión.

Decima sesión

“Conclusión del taller”



- Objetivos:**
- Identificar los conceptos más significativos sobre las adicciones.
  - Reconocer las dudas que quedaron a lo largo del taller.
  - Valorar el compromiso que adquirieron.
  - Conocer el avance o tropiezos de cada integrante.

**Material:**

- 1.- Listado de asociaciones que apoyan a los adolescentes.
- 2.- Guion teatral y vestuario.
- 3.- Cámara de video.

**Tiempo:** 2 horas 30 minutos.

**Desarrollo:**

- 1.- El instructor indicará que tienen 30 minutos para detallar lo último de la obra de cada equipo.
- 2.- Los adolescentes una vez listos, llevarán a escena su obra en no más de 30 minutos.
- 3.- Al terminar las dos obras, analizarán y sugerirán como ellos resolverían las problemáticas planteadas.
- 4.- El expositor hablará de la importancia de la comunicación entre padres, familia e instituciones, como redes de apoyo, así como los medios por los cuales pueden adquirir información.
- 5.- Se dará un cierre con un pensamiento, así como el agradecimiento y aprecio al trabajo desempeñado por ellos.

## Conclusiones

En la actualidad, el consumo de drogas ha aumentado considerablemente, constituyéndose como un grave problema de salud pública.

El tipo de población que actualmente consume sustancias adictivas en México es diversa. Hasta hace algunos años los varones en edad adolescente aproximadamente, eran quienes se encontraban entre los principales consumidores, hoy en día ésto ha cambiado. Esta problemática ya no sólo incluye a hombres sino también a mujeres, en diferentes etapas de su vida, y del mismo modo los motivos por los cuales se llegó al consumo es variado.

La sociedad en general ha jugado un papel importante en tal problemática. Ha permitido cambios en los estilos de vida de todos los individuos, gracias al acceso de información sobre la forma de vida de otras culturas o naciones, por medio de la difusión en los medios electrónicos (televisión, radio, cine, internet, etc.). Asimismo, culturalmente se han enseñado y reforzado actitudes relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, lo que ha dado como resultado el incremento de consumidores.

Se sabe que la farmacodependencia interviene en el desarrollo físico y mental de cualquier sujeto, deteriora su interacción familiar, filial, laboral y social, lo limita en su proyecto de vida, planes de convivencia, educacionales, compromisos laborales, etc., arrastrando en la mayoría de los casos a los familiares a una convivencia codependiente, lo cual puede ser el primer paso en la generación de un nuevo adicto. Lo que resulta un círculo vicioso, en donde los integrantes de estas familias van creando con el paso del tiempo una mentalidad relacionada con la permisibilidad de la ingesta de alcohol u otras sustancias, o bien no se convierten en adictos, pero si pueden fungir como facilitadores de tales conductas.

Existen diferentes antecedentes que pueden llegar a explicar el por qué de una adicción, sin embargo, es importante señalar, que el papel de la familia es indispensable para la prevención, no sólo de las adicciones, sino de muchos otros conflictos que puede experimentar un sujeto.

Los jóvenes adolescentes se encuentran demasiado expuestos al consumo de sustancias, debido al estado de indecisión, búsqueda de nuevos modelos y respuestas ante las nuevas tareas. Si la interacción con los padres en etapas pasadas era conflictiva, es muy probable que tal dinámica sólo empeore al entrar a la etapa adolescente.

Cada una de las etapas del desarrollo le permite ir adquiriendo conocimientos, herramientas y conductas que poco a poco van encaminadas a la concepción y desempeño de un rol, que se espera haya sido adoptado de manera libre. La decisión de desempeñar un rol social depende de la forma en cómo se le educó y se le enseñó a resolver los conflictos presentes en cada período de desarrollo.

El adolescente es parte de una sociedad que bien lo puede formar o corromper.

A medida que abandona la infancia y ha dejado de obedecer todo tipo de leyes específicas del desarrollo, asume la responsabilidad de la dirección que le dará a su vida, echando mano de lo aprendido en la niñez para determinar su destino. Se encuentran en una etapa de transición que culmina con la formación de su identidad, en donde padres, hermanos, amigos, escuela, etc., sirven como espejo y al mismo tiempo como figuras ideales o amenazantes, que al realizar un recorrido por todas las vivencias de la infancia, entran a una enorme confusión, en el intento de unificar cada una de estas en su mente. Lo que puede ser uno de los motivos por los cuales atraviesa por un sinnúmero de sentimientos, provocando actitudes devaluatorias, aisladoras y autodestructivas que pueden ser catastróficas.

Los conflictos que se den antes y durante la adolescencia van determinando el curso de su desarrollo, por lo que el papel de los padres es determinante. Los padres pueden creer que una de las posturas para lidiar con un hijo adolescente es ser rígido e intransigente, lo que no permite un diálogo más maduro, otros adquieren una actitud contraria, muy permisiva lo cual también acarrea otros problemas, puesto que el sujeto carece de límites, perdiendo el control de su propia vida.

La familia juega un importante papel en el desarrollo del adolescente, es aquí donde el sujeto aprende valores, por medio del establecimiento de principios y normas, se fortalece su autoestima, lo que posibilita un crecimiento posterior más sano; se fomenta la comunicación, evitando el prejuicio y las críticas destructivas, ya que ésto impedirá la confianza en la transmisión de sus dudas; aprenderá distintas formas para transmitir afecto, que es donde adquiere sentimiento de apego y permite la adquisición de hábitos.

Al estar cubierto en la mayoría de sus necesidades, impedirá la búsqueda de substitutos de afecto, atención y compañía, por qué además de la familia, los jóvenes también se encuentran en un constante intercambio con sus iguales, los cuales pueden ser los primeros en acercarlos al mundo de las drogas.

Es en esta etapa, en donde todo tipo de refuerzos como la orientación, acceso a información básica, el acompañamiento, etc., pueden dar como resultado actitudes preventivas, las cuales lo ayudarán a adoptar una vida más sana.

Actualmente la dinámica familiar ha cambiado, debido a la ocupación que la mujer ha tenido a nivel laboral, ahora ya no es solo el padre el que se ausenta por el trabajo, sino ambos, dejando a los hijos en distintas edades, al cuidado de terceras personas o solos, quienes se encuentran con la libertad de poder acceder a programas televisivos, internet y otros medios, que de alguna manera u otra los bombardean de temas relacionados con el consumismo de artículos personales, moda, aparatos electrónicos, etc., y estos a su vez están relacionados con la sexualidad y el uso de todo tipo de sustancias adictivas.

El manejo de información relacionada con el alcohol y otras drogas es cada vez mayor, acercándolos de manera más precoz a temas para los que todavía no esta preparado ni física ni mentalmente.

Ante tal situación la prevención de conductas adictivas es una responsabilidad que empieza en casa, pero se va extendiendo a los organismos que directa o indirectamente están relacionados principalmente con adolescentes. Uno de estos organismos son las instituciones educativas, quienes además de

documentarlos, también los proveen de hábitos. Los jóvenes le dan un grado de credibilidad a quienes les enseñan, encuentran en la mayoría de los casos orientación, apoyo y también les sirven como figuras de autoridad y modelo comportamental y de personalidad.

Las instituciones educativas son un medio por el cual se detectan algunas de las problemáticas en el menor o adolescente. Es aquí en donde se pone en práctica lo aprendido en casa, y al mismo tiempo es donde se adquieren nuevos conocimientos, habilidades y actitudes que están relacionados con su vida diaria.

Una de las tareas como docentes, es la formación de sujetos que puedan funcionar en su medio, tarea que comparten áreas de la salud, como es la psicología. La prevención como una forma de trabajo del psicólogo es fundamental, nuestra actuación. no solo se encuentra en la aplicación de una técnica, después que se presento un problema, sino fomentar la adquisición y práctica de conductas que les permita la prevención en la adquisición de hábitos inadecuados.

En relación al tema de las adicciones queda mucho por hacer, a pesar de que actualmente el sector salud, político y social han implementado un sinnúmero de estrategias en el combate de las adicciones.

En el área de la salud mental, las distintas vertientes que ha tomado el tratamiento de las adicciones ha permitido otorgarle al sujeto más opciones de apoyo, algunas de ellas se pueden conjuntar, otras son individuales y otras son el principio de un tratamiento a largo plazo.

Afortunadamente la diversidad en los tratamientos permite observar desde distintos puntos de vista de este conflicto, en donde cada uno puede aportar datos nuevos, y que aún y a pesar de que una sea distinta a la otra, comparten el objetivo de apoyar y sanar en la medida de lo posible todos a aquellos que han sido afectados por las adicciones.

El tema de las adicciones ha sido motivo de encuentro entre naciones, de estudios exhaustivos y hasta de conflictos entre naciones, sabemos la dificultad de la erradicación en el consumo de drogas, sin embargo desde la psicología podemos contribuir con medidas preventivas para la disminución de nuevos adictos.

Con una visión a futuro, se puede esperar que las personas puedan ir adquiriendo actitudes de prevención, concientizándose o sensibilizándose en los alcances que tiene una adicción, fomentando de manera particular un mejor estilo de vida, lo que provocará una sociedad apta para todo individuo, ya sea en etapa infantil, adolescente o adulta.

## Anexo 1

ESCUELA \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

#### I. DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad: \_\_\_\_\_

¿Desarrolla otras actividades aparte de asistir a la escuela?

Domicilio: \_\_\_\_\_

(SI) (NO) en caso de ser afirmativo menciona cuáles

\_\_\_\_\_

Número de personas con las que vive:

\_\_\_\_\_ Parentesco:

\_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: Casa ( ) Departamento ( ) Otro ( ); Especifique:

\_\_\_\_\_

#### II.- Datos académicos

Ha estado inscrito en otra escuela además de ésta: (si) (no) en caso de ser afirmativo mencione cuáles

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de salida:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Test de conocimientos generales relacionado con el tema de las adicciones

- 1.- ¿Qué es una droga?
- 2.- ¿Qué tipo de drogas conoces?
- 3.- ¿Qué es la farmacodependencia o la drogadicción?
- 4.- ¿Qué tipo de usuarios existen?
- 5.- ¿Qué efectos pueden generar las drogas?
- 6.- ¿El alcohol y el tabaco se consideran drogas?
- 7.- ¿El consumo de alcohol y tabaco en adolescente, incrementa el riesgo del usar otras drogas?
- 8.- ¿En qué lugares se suelen conseguir drogas con mayor facilidad?
- 9.- ¿Quién es la persona que, comúnmente, ofrece una droga por primera vez?
- 10.- ¿Qué diferencia hay entre uso, abuso y dependencia de drogas?
- 11.- ¿Por qué se comienza a consumir drogas?
- 12.- ¿Qué tan importante son los factores de riesgo en el inicio de consumo de drogas?
- 13.- ¿Son los padres responsables del consumo de drogas en sus hijos?
- 14.- ¿Cómo influyen las relaciones familiares para evitar o propiciar el consumo de drogas?
- 15.- ¿La violencia familiar representa un riesgo para el uso de drogas?
- 16.- ¿Por qué si una familia se encuentra integrada, uno de sus miembros puede usar drogas?
- 17.- ¿La manera de vestir, hablar o escuchar música de un adolescente, se relaciona con el consumo de drogas?
- 18.- ¿Las conductas violentas durante la infancia son un factor de riesgo para el consumo de drogas?



- 19.- ¿El consumo de drogas deriva siempre en un comportamiento delictivo?
- 20.- Si bebo, aunque sea moderadamente ¿puedo exigirles a mis hijos que no lo hagan?
- 21.- Si el consumo de drogas hace daño, entonces ¿por qué en algunas personas que consumen con frecuencia no se presentan consecuencias graves?
- 22.- ¿Qué consecuencias puede haber durante la gestión de un niño por el consumo de drogas de su madre?
- 23.- ¿Qué es la autoestima?
- 24.- ¿Puede la autoestima prevenir el consumo de drogas?
- 25.- ¿Es curable la drogadicción? y ¿Cuánto tiempo tarda si hay tratamiento y rehabilitación?
- 26.- ¿Quién tiene más posibilidades de rehabilitarse, un niño, un joven o un adulto?
- 27.- ¿Dónde o a quién puedo recurrir para conocer más sobre la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de drogas?

## Bibliografía

- 1.- Aberastury A., Knobel M. (1998). *La Adolescencia Normal*. México: Paidós.
- 2.- Alcántara M.A., Reyes M.P., Cruz S., Díaz-Barriga S. I., (2000). *Como proteger a tus hijos contra las adicciones*. Centros de Integración Juvenil A.C.
- 3.- Bleger J. (1989). *Psicohigiene y psicología Institucional*. Argentina: Paidós.
- 4.- Blois P. (2003). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrótu.
- 5.- Centros de Integración Juvenil A.C. (2002). *Enfoques de tratamientos en Adicciones*.
- 6.- *Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes* (2001). España: Panamericana.
- 7.- Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. (2002).
- 8.- *Enfoque de Tratamientos en Adicciones* (2003). Centros de Integración Juvenil.
- 10.- Hille A.A. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: Manual Moderno.
- 11.- Horrocks J.E. (1999). *Psicología del Adolescente*. México: Trillas.
- 12.- Kaplan L. (1991). *Adolescencia el adiós a la infancia*. Argentina: Paidós.
- 13.- Kaplan H. I. (1998). *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana.
- 14.- Leza L.L.L. (1998). *Drogodependencia*. Madrid: Panamericana
- 15.- *Manual de Apoyo para Casos de Capacitación en el Tratamiento de las Adicciones* (2003). Centros de Integración Juvenil.
- 16.- Mack A.H., Franklin J. E., Frances R.S. (2003). Guía: tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Barcelona: Masson.
- 17.- *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. (1998). España: Masson, S.A.
- 18.- Materazzi M.A. (1985). *Drogodependencia*. Argentina: Paidós
- 19.- Moreno (2002). *Niños, adolescentes y adicciones*. Centros de Integración Juvenil. México
- 20.- Moreno K. (2000). *Como proteger a tus hijos de las drogas*. México: Centros de Integración Juvenil.

21. - Muuss R.E. (2001). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós
- 22.- Pierre P. et.al. (1998). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Masson, S.A.
- 23.- Programa: Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones (2004). Centro Nacional Contra las Adicciones
- 24.-Puente S. F., Gómez-Mont F., Souza M. M, Espel M. M. (1995) *La Familia ante el Problema de las Drogas*. Centro Mexicano de estudios en Salud Mental.
- 25.- Rice F. P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- 26.-Riquelme E., et al. (2003). *Manual de apoyo para cursos de capacitación en el tratamiento de adicciones*. Centros de Integración Juvenil. México
- 27.- Rouart J. (1980). *Psicopatología de la pubertad y de la adolescencia*. España: Planeta
- 28.-Tarín M., Navarro J. J. (2006). *Adolescentes en riesgo*. Madrid: CCS.
- 29.- Velasco R. (1997). *Las Adicciones: Manual para Padres y Maestros*. México: Trillas.
- 30.- Vera O.E. (1988). *Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las Huellas de un Encuentro*. Argentina: Paidós.
- 31.- Szydlo D. B. C. (2001). *Para Entender la Psicoterapia*. México: Colección Psiquiatría, Psicología y Medicina.
- 32.- Winnicott. D. W. (1984). *La Familia y el Desarrollo del Individuo*. Argentina: Paidós
- 33.- Página electrónica de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.OMS>, consultada el 4 de Agosto de 2007.
- 34.- Página electrónica del Diccionario de la Real Academia Española: <http://buscon.realacademia.es/draef/>, consultada el 3 de diciembre de 2007.
- 35.- Página electrónica: <http://es.wikipedia.org/wiki/tratamiento>, consultada el 3 de diciembre de 2007.
- 36.- Página electrónica de los Centros de Integración Juvenil: <http://cij.gob.mx>. Consultada de 25 de abril, 5 de mayo, 18 de julio, 10 de octubre y 2 de diciembre de 2007.