

13
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICO-EDUCATIVO PARA
LA PREVENCION DE ADICCIONES EN PRE-ESCOLARES

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

SUSANA ALVAREZ JIMENEZ
MARIA DEL PILAR HACES SIENRA

Director de Tesis:

Lic. Concepción Conde Alvarez

Asesor de Tesis:

Lic. María de los Angeles Mata



México, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN MÉXICO	6
1.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS	6
1.2 LA LEY GENERAL DE SALUD EN RELACIÓN A LAS DROGAS	11
1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO	13
CAPÍTULO II LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES	23
2.1 NIVELES DE PREVENCIÓN	23
2.2 DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN MÉXICO	26
2.3 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES	36
CAPÍTULO III DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN PREESCOLARES	45
3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE MCGRUFF PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS Y PROTECCIÓN A NIÑOS.	45
3.2 ADAPTACIONES DEL PROGRAMA MCGRUFF A MÉXICO	46
CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PROPUESTO	48
4.1 EL MANUAL PARA PADRES	51
4.2 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN EL ÁMBITO PRE-ESCOLAR	62
APORTACIONES	89
Anexo I	91
AMINAS SIMPÁTICO MIMÉTICAS	93
ALUCINÓGENOS	95
ESPECIALES	97
SEDANTES	99
ANSIOLÍTICOS	100
ESTUPEFACIENTES	101
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS	103
ANESTÉSICOS Y VOLÁTILES	104
OTROS PSICOESTIMULANTES	106
ESTUPEFACIENTES SINTÉTICOS	109
FÁRMACOS DE VENTA LIBRE	109

Anexo 2	112
EFFECTOS EN EL APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES	113
I. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	115
II. INSTRUMENTACIÓN	120
III. RECOLECCIÓN DE DATOS	123
IV. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CAMPO	125
CONCLUSIONES:	135
PARTICIPANTES	141
ANÁLISIS	141
HALLAZGOS	142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	144

INTRODUCCIÓN

Sabemos que culturalmente nuestra sociedad ha tenido una "tradición mágico religiosa" con respecto al consumo de determinadas plantas y sustancias psicotrópicas, tales como la bebida del pulque, que se consideraba un brebaje sagrado que era ofrendado a los dioses. Entre los huicholes tenemos el uso ceremonial del peyote, el cual no sólo sobrevivió a la represión colonial, sino a lo largo del tiempo ha perdurado pese a la gran cantidad de ataques de grupos religiosos y autoridades gubernamentales, ocupando hasta nuestros días un lugar sacramental entre sus integrantes. Por ejemplo, el texhuino, entre los tarahumaras, ha adquirido un valor simbólico para compartir diversas experiencias de la vida, en festejos y ceremonias donde se hacen acompañar de este tipo de sustancias para "adquirir confianza y apoyo de los dioses", "buscar una solución a determinados problemas", "solidarizarse con quien sufre una pena", "entrar en contacto con fuerzas sobrenaturales", etc.; costumbres que forman parte del aprendizaje cultural que viven varias de nuestras comunidades y que favorecen en cierta forma el consumo de sustancias que producen dependencia cuando se abusa de ellas. (Castaneda, 1983).

Por otra parte, la farmacodependencia como problemática psicosocial en México, se inició en la década de los 50s, sin embargo, fue hasta los 60s cuando los jóvenes expresaron de formas distintas sus problemas y dificultades existenciales, entre ellas el consumo de drogas, las cuales, para una gran parte de la población les eran desconocidas.

Se puede decir que los movimientos que surgieron en dicha década, como el movimiento hippie y los conciertos de rock de Avándaro, fueron formas distintas de expresión de un grupo importante de jóvenes ante la realidad que vivían. Diversas conductas de esa juventud hicieron notar no sólo que requerían de atención y reconocimiento, sino también de información acerca de los efectos nocivos del consumo de drogas. No obstante, documentalmente se desconoce lo que sucedió con la población infantil de los 60s, ya que la atención se centró principalmente en los adolescentes. (CIJ, 1980).

En la actualidad en México se ha incrementado el consumo de drogas entre adolescentes y según el estudio "Impacto Social de las Adicciones en México" (Herrera, 1996), esto ocurre porque esta población desconoce el riesgo que implican las adicciones y porque hay una mayor tolerancia social.

Según el mismo autor, los especialistas del Instituto Mexicano de Psiquiatría afirman que las drogas son un componente más de la crisis económica por lo que se requiere atender

el problema social de manera integral, principalmente para los grupos más vulnerables como son los menores de edad y las personas de bajos recursos.

Conocido también es el hábito de la automedicación, favorecida en parte por los medios de comunicación masiva y la fácil disposición de medicamentos, como los tranquilizantes, analgésicos u otros, que ingeridos sin prescripción médica y de manera indiscriminada, pueden producir algún tipo de adicción, (Massun, 1991).

El origen del problema es multicausal ya que intervienen factores individuales, familiares, sociales y comunitarios; lo social determina condiciones y características de lo comunitario y de lo familiar; y en estos niveles se constituyen y desarrollan las particularidades de lo individual, presentándose conductas sintomáticas que pueden conducir al consumo de alguna droga. De manera que la atención de la farmacodependencia requiere de un abordaje de salud pública que promueva la participación de todos los sectores en su conjunto. (CIJ, 1995).

El sentido y la extensión del consumo de sustancias tóxicas ha sido diferente en cada época. Actualmente, tanto por sus causas como por sus repercusiones la adicción a las drogas es un grave problema social y de salud, específicamente de salud mental, que está adquiriendo nuevas dimensiones y alcances.

Hoy más que nunca es necesario un enorme esfuerzo que permita no sólo entender el fenómeno sino que, sobre todo, permita encontrar soluciones a la compleja problemática que esto plantea, por ejemplo, por medio de la implantación de programas preventivos desde edades tempranas.

Se podría pensar que los niños pequeños realmente no entienden acerca de drogas y que no pueden beneficiarse de las actitudes y discusiones para prevenirla, sin embargo, la verdad es que muchos niños están expuestos a esta problemática en su propia casa, en su escuela y con parientes y amigos.

Sabemos que las actitudes clave formadas en los años de pre-escolar pueden dar pie a que se involucren en el problema de las drogas. Por tanto, los padres, maestros, y otros profesionales pueden protegerlos y asistirlos en cuanto a adquirir un autoconcepto fuerte y las habilidades necesarias para hacer buenas elecciones y afrontar sanamente los problemas en su vida.

La presente investigación encontró un programa para prevención de adicciones en pre-escolares que se ha aplicado en Estados Unidos con mucho éxito y lleva a cabo los cambios necesarios para que pueda ser implantado adaptándose a las necesidades de los niños mexicanos.

En el primer capítulo se aborda el problema de las drogas en México y la complejidad de una solución adecuada, considerando, desde luego, conceptos básicos, lo establecido en la Ley General de Salud con relación a las mismas; efectuando, por otra parte, un estudio sobre la epidemiología existente en el país por el alto grado de consumo de marihuana, cocaína e inhalantes, entre otros.

En el segundo capítulo se lleva a cabo un análisis respecto a la prevención de las adicciones, tomando en cuenta sus diferentes niveles y los factores de riesgo y protección. Asimismo se realiza una descripción de los programas preventivos existentes en México, destacando el papel de la psicología en el área de la prevención de adicciones y los factores trascendentales en los programas respectivos.

En el capítulo tercero se describe el programa de McGruff para la prevención de adicciones que ha sido implantado en los Estados Unidos, y las adaptaciones que se realizaron en dicho programa para que sea viable de aplicar en la población mexicana.

En el capítulo cuarto se realiza una amplia descripción del programa propuesto, abarcando todos y cada uno de los puntos que lo integran hasta alcanzar su implantación, es decir, las sugerencias para la misma en el ámbito pre-escolar.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN MÉXICO

El problema del abuso de sustancias que modifican la conciencia, el humor y la conducta, que afecta sobre todo a los jóvenes, constituye un motivo de preocupación, por su tendencia creciente hasta constituirse un problema de salud pública, así como por su alto costo social. Los agentes tóxicos ocasionan la pérdida de la salud física, mental y social, con deterioro del individuo en su organismo, en sus relaciones familiares, en su rendimiento escolar y en su ámbito laboral.

La complejidad del fenómeno se debe a los múltiples factores que intervienen en él, como son los individuales, los familiares y los sociales, a los que la mayoría considera como predisponentes del problema de la farmacodependencia. Si a esto se agrega la diversidad de sustancias involucradas, las modalidades de vías de administración, la interacción de cada tipo de droga, el individuo que las consume y el medio ambiente, resultará obvia la necesidad de que se aborde el problema de manera integral, involucrando a la comunidad en las acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación.

Siendo un fenómeno complejo, para combatirlo es necesario conocerlo. Un primer nivel de conocimiento consiste en saber cómo son las drogas, cómo se utilizan y qué efectos producen. En el Anexo 1 se encontrará un cuadro de las drogas según sus efectos en el organismo y la descripción de cada una de ellas

1.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

Es conveniente destacar las definiciones que existen sobre los términos: droga, fármaco, medicamento, estupefaciente, psicotrópicos, materia prima, aditivo y materiales que más que aclarar terminan por confundir:

DROGA:

El origen de la palabra se encuentra en la voz anglosajona "Drug", que significa seco, árido. Según el Diccionario de la Lengua Española droga es: "El nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en la medicina, en la

industria o en las bellas artes, o bien una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente o narcótico.”

Desde el punto de vista de su relación con las ciencias jurídico sociales el concepto de droga se asimila de aquellas sustancias cuya acción sobre el organismo humano, pueden provocar consecuencias que se manifiestan en el campo de las mencionadas ciencias.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984), droga es toda sustancia que cuando se introduce en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones.

Los conceptos sobre la droga vertidos por la OMS, obedecen a aspectos médicos, sociológicos y jurídicos, esto es, que al término droga se le da una connotación muy amplia para abarcar la relación entre una sustancia y los efectos dañinos que provocan en una persona como parte de la sociedad.

Beristain, 1990 dice que en el Derecho Internacional actual, se entiende por drogas, las sustancias naturales o sintéticas incluidas en las listas I y II de los anexos al “Convenio Único de 30 de marzo de 1961 sobre estupefacientes.” (Código Penal, 1993).

El Código Penal en Materia Federal para la República Mexicana, en vez de utilizar la palabra droga, emplea las denominaciones estupefacientes y psicotrópicos (artículo 193).

FÁRMACO:

Desde el punto de vista etimológico, la palabra fármaco proviene de latín *farmacum*, que se asemeja a medicamento.

Los fármacos pueden ser naturales cuando provienen de vegetales o animales, o bien sintéticos cuyo origen se da en el laboratorio a partir de sustancias distintas en su estructura química característica y semisintéticas a raíz de ser obtenidos químicamente de otros productos naturales.

Es toda sustancia natural o sintética que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento.

MEDICAMENTO:

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimento, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios;

Según Espinoza, 1988, no obstante que la terminología de fármaco y medicamento es clara, se han utilizado como sinónimos otros conceptos: como droga, estupefaciente, psicotrópico y algunos más, que generalmente son invocados por sociólogos, literatos, etc., por tal motivo, tales conceptos han sido de divulgación popular aplicándolos indistintamente. (Código Penal, 1993).

ESTUPEFACIENTE:

La palabra estupefaciente proviene del latín *stupefactio*, *stupefaciens*, estupefacción, que significa pasmo, estupor, embotamiento, adormecimiento.

Según el Diccionario de la Lengua Española, "Es sustancia narcótica que hace perder la sensibilidad, como la morfina, la cocaína, etc., y que produce estupefacción, pasmo o estupor."

Esta palabra es utilizada tanto en el ámbito jurídico como farmacológico. La producción y comercio de estupefacientes se encuentra reglamentada y algunas de tales sustancias inclusive prohibidas; en el primer caso su venta al público requiere receta médica. El consumo de los estupefacientes puede producir dependencia tanto física como psicológica. Dentro de este grupo tenemos la marihuana, cocaína, opio, morfina, heroína, etc.

Cabe mencionar que desde el aspecto jurídico dentro de este grupo se encuentra la marihuana y la cocaína, y que su clasificación aquí tiene más que ver con la ilegalidad de estas drogas que con sus efectos en el organismo. (Mata, 1989)

El estupefaciente al ser introducido en un cuerpo viviente, provoca que la sensibilidad se transforme, esto es, que haya un cambio anormal. (Ramírez, 1990).

PSICOTRÓPICOS:

Son aquellas sustancias que provocan en el sujeto que las ingiere un cambio en la psique, una deformación de la misma.

Dentro de los psicotrópicos están el L.S.D., la mezcalina, los hongos alucinantes, las anfetaminas.

Al igual que los estupefacientes, los psicotrópicos pueden crear dependencia física o psicológica.

También se les conoce con el nombre de neurotrópicos, mismos que comprenden tres tipos: psicolépticos, psicoanalépticos y psicodislépticos.

MATERIA PRIMA:

Es una sustancia de cualquier origen que se use para la elaboración de medicamentos o fármacos naturales o sintéticos;

ADITIVO:

Toda sustancia que se incluya en la formulación de los medicamentos y que actúe como vehículo, conservador o modificador de algunas de sus características para favorecer su eficacia, seguridad, estabilidad, apariencia o aceptabilidad, y

MATERIALES:

Son los insumos necesarios para el envase y empaque de los medicamentos.

Se dice que hay uso indebido de drogas cuando dicho uso compromete la salud del individuo o interfiere en su funcionamiento social o económico normal y el abuso de drogas se define como el uso indebido reincidente, que expone al consumidor a adquirir el hábito de la droga y el peligro de la farmacodependencia, que es el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas. (Massun, 1991)

Los conceptos fundamentales para entender las adicciones son:

Dependencia.- puede ser sólo psicológica, cuando el individuo se siente mentalmente incapaz de vivir sin la droga, aunque su cuerpo no la requiera. La física abarca el cuerpo ya que se operan en el organismo cambios metabólicos, de modo que ya no se puede vivir si no se recibe la sustancia acostumbrada.

Síndrome de abstinencia.- es la reacción del cuerpo acostumbrado a la sustancia ante su falta. Se manifiesta por un intenso malestar físico y puede provocar la muerte si el enfermo no recibe a tiempo la atención médica adecuada.

Tolerancia.- consiste en la resistencia desarrollada por el organismo a los efectos de la droga. Al irse acostumbrando el cuerpo a la droga, necesita dosis mayores para alcanzar los mismos efectos. Se desarrolla más o menos rápidamente según la sustancia, dosis, frecuencia de uso, modo de aplicación y capacidad de resistencia de cada organismo. (Massun, 1991).

Las motivaciones personales para el uso indebido de drogas son muy variadas, en general, las razones para probarla por primera vez no son las mismas que se argumentan para seguir consumiéndola.

Existen varios tipos de consumidores y para cada uno una serie de motivaciones específicas. De acuerdo a Massun (1991), podemos hablar de cuatro grupos:

1) Consumidores experimentales.- son los que prueban una o más veces una o varias drogas para experimentar sus efectos o por curiosidad y luego dejar de usarlas. Entre las motivaciones principales se encuentran la curiosidad, la búsqueda de placer, la presión del grupo, la atracción de hacer algo prohibido o algo nuevo o emocionante, y afirmación de su independencia.

2) Consumidores ocasionales o sociales.- son los que consumen drogas de vez en cuando de forma intermitente sobretodo en reuniones sociales y fiestas. La gran mayoría de los que toman alcohol lo hacen de esta manera. Sus principales motivaciones son relajarse, sentirse bien, experimentar placer, relacionarse con los demás (facilitar comunicación y tener amigos), estimularse para preparar exámenes, estar en la moda (imitación de modos de vida o comportamientos ajenos a la región que fueron introducidos por los medios de comunicación de masas), violar las normas (sociales o familiares).

3) Consumidores habituales.- son los que acostumbran a tomar una droga con cierta regularidad, pero que no han perdido completamente el control de sí mismo y puede dejar de consumirla si así se lo proponen. Entre sus motivaciones principales están el experimentar o intensificar sensaciones placenteras, necesidad de ser aceptado, pertenecer al grupo, búsqueda de identidad, olvidarse de los problemas, distraerse de la soledad o el aburrimiento, expresar independencia y a veces hostilidad.

4) Consumidores compulsivos o farmacodependientes.- en esta categoría existen dos tipos:

- Funcionales.- son los que necesitan cierta dosis de una droga para poder funcionar adecuadamente en sociedad, es decir, relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o su profesión.

- Disfuncionales.- son los que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad ya que su vida se reduce a conseguir y a consumir la droga, con la consiguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con aquella sustancia.

Cabe mencionar que casi todas las motivaciones antes mencionadas se encuentran en cualquier adolescente, sin que estén necesariamente ligadas a un trastorno psicológico, ni siquiera a problemas familiares o sociales. Si además el joven recibió satisfacción de su primera experiencia con la droga, puede tener ganas de repetirla. Mientras más frágil sea la persona, más probabilidades hay de que la repita y de ahí pase al consumo habitual o a la dependencia. Varias circunstancias promueven que esto ocurra, como pueden ser graves problemas familiares, ambiente hostil en la escuela, falta de afecto y/o comunicación en ambos medios, pobre autoestima, inseguridad personal, falta de actividades interesantes, información insuficiente o mal concebida acerca de las zonas y consecuencias del uso de drogas. (Massun, 1991).

1.2 LA LEY GENERAL DE SALUD EN RELACIÓN A LAS DROGAS

En el Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal, son castigadas las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones III y III y 248 de la Ley General de Salud. (CP, Art.193).

De acuerdo con la ciencia jurídica las conductas relacionadas con estas sustancias se considera que atentan contra la salud y el bien público.

La Ley General de Salud, en su artículo 235 aclara cuáles son las conductas ilegales: siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, consumo y en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que lo contenga.

Resulta oportuno aclarar que el artículo 237 no establece modalidades diferentes de estupefacientes, sino la obligación de las autoridades correspondientes, de notificar a la Secretaría de Salud el decomiso de algunas sustancias que considera valiosas con fines terapéuticos, en caso de decomiso.

Respecto a las bebidas alcohólicas, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 73, establece como una atribución del Congreso de la Unión, la de dictar leyes sobre Salubridad General de la República (Fracción XVI) para tal fin debe nombrarse un Consejo de Salubridad General el cual tiene, entre sus obligaciones poner en vigor permanente una campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias "que envenenan al individuo o degenera la especie humana".

La Ley General de Salud por su parte, en el artículo 217 señala que bebidas alcohólicas son aquellas que contienen alcohol etílico en una proporción mayor del 2% del volumen. Se obliga en el artículo 218 de la misma Ley a que los envases contengan la leyenda "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud y la prohibición de expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad, en el artículo 219.

Del texto del artículo 73 constitucional, fracción XVI, numeral 4, se desprende que el tabaco es una sustancia que envenena al individuo y degenera la especie humana por sus efectos, cuando se consume durante el embarazo. La Ley General de Salud estipula que con el nombre de tabaco se designa a la planta, nicotina tabacum y sus sucedáneos, y obliga a los fabricantes de cigarrillos a que los envases contengan las siguientes leyendas que deberán imprimirse en forma alternativa cada seis meses:

- I. Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud.
- II. Fumar es un factor de riesgo para el cáncer y el enfisema pulmonar.
- III. Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso en el recién nacido. (Arts. 275 y 276 de la LGS).

Debe destacarse que tanto el alcoholismo como el tabaquismo son las adicciones que más han flagelado a la sociedad mexicana y a las que las autoridades han dado casi nula atención, centrando sus acciones en aquéllas que están dañando el mercado de la droga en Estados Unidos, descuidando los problemas internos, para resolver los externos.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

La Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1993 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, encontró que excluyendo alcohol, tabaco y medicamentos, 3.9% de la población urbana del país entre 12 y 65 años de edad había consumido alguna droga ilegal (mariguana, cocaína, inhalables) alguna vez en su vida, lo que equivale aproximadamente a 1,590,000 personas, el porcentaje disminuye a 0.7% si se considera únicamente a quienes consumieron al menos alguna droga en los 12 meses previos a la encuesta y a 0.4% en el último mes (equivalente a cuatro personas de cada mil, y por tanto, a un total estimado de 186,099 "consumidores activos"). Mientras que en la Zona Metropolitana de la Cd. de México el consumo de drogas ilegales al menos alguna vez en la vida fue de 4.3% cifra que equivale a 422,906 consumidores en tanto el consumo en el último mes alcanzó el 0.5%, (Véase Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2
Epidemiología de Drogas Ilícitas-1993.

Entre 12 y 65 años	%	Total
Población que ha consumido alguna droga ilegal	3.9	1 590 000
Mariguana	3.3	1 345 384
Cocaína	0.5	203 846
Inhalables	0.5	203 846

Fuente: Encuesta de Adicciones; Secretaría de Salud, México, 1993.

La misma encuesta muestra que en el país las sustancias que mostraron las mayores tasas de consumo fueron: mariguana (3.3%), cocaína (0.5%) e inhalables (0.5%). En relación a la Cd. de México, destaca el consumo de las mismas sustancias, 3.8%, 0.4% y 0.6% respectivamente.

Las regiones más afectadas fueron la Noroccidental (integrada por los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, con una prevalencia total de 6.7%, o sea, 1.7 veces el promedio nacional), la Occidental (Aguascalientes, Colima, con 4.5%), la Nororiental (San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas, con 4.3%) y la Zona Metropolitana de la Cd. de México (Distrito Federal y Jurisdicciones conurbadas) con 4.3%, (Véase Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3
Prevalencia del Consumo de Drogas por Regiones

Región	%	Total
Noroccidental	6.7	202 005
Occidental	4.5	25 956
Nororiental	4.3	15 870
Zona Metropolitana	4.3	389 670

Fuente: Encuesta de Adicciones; Secretaría de Salud, México, 1993.

Al comparar los porcentajes de consumo de drogas "alguna vez en la vida" en población general de nuestro país con respecto a otros países, se observa que el consumo de cocaína es 22.6 veces mayor en Estados Unidos (E.U.A.) y 7.6 veces mayor en Colombia. En cuanto a los disolventes inhalables, la proporción de población que los consume es 10.6 veces mayor en E.U.A. y 3 veces mayor en Colombia, mientras que el consumo de marihuana es proporcionalmente 10 veces mayor en E.U.A. y 1.5 veces mayor en Colombia. (Rodríguez, Duque y Rodríguez, 1994).

En relación al consumo de drogas de uso médico la tasa nacional y la correspondiente a la Cd. de México son semejantes (15.4 y 15.3% respectivamente), las sustancias que mostraron las mayores tasas de consumo en la prevalencia "alguna vez en la vida" fueron: los Depresores del SNC (9.4 y 7.7% respectivamente), Opioides (4.8 y 5.1%), Otros Depresores (2.5 y 2.9%) y Estimulantes (2.3 y 2.7%), (Véase Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4
Epidemiología de Drogas de Uso Médico

Entre 12 y 65 años.	%	Total
Población que las ha consumido	15.4	6 278 461
Depresores del S.N.C.	9.4	3 832 307
Opioides	4.8	1 957 923
Otros Depresores	2.5	1 019 230
Estimulantes	2.7	1 100 769

Fuente: Encuesta de Adicciones; Secretaría de Salud, México, 1993.

Por otro lado, a través de la Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (ENE de Nivel Medio Básico y Medio Superior), realizada en 1991 por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud (Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría, (a) 1994), se obtuvieron por primera vez estimaciones con representatividad en el ámbito estatal; excluyendo alcohol y tabaco, los promedios nacionales de consumo de "al menos alguna droga, alguna vez en la vida", fueron: Baja California (12.9%), Distrito Federal (11.2%), Hidalgo (10.4%) y Jalisco (10.5%), que contrastan con Nuevo León (3.7%), Nayarit (6.6%), Colima y Tamaulipas (6.3% cada una) y Chiapas (6.5%), entidades que presentaron las menores tasas de prevalencia total, (Véase Cuadro 1.5).

Cuadro 1.5
Prevalencia por Entidades Seleccionadas

Entidad	%	Total
Baja California	12.9	107 563
Distrito Federal	11.2	483 060
Jalisco	10.5	279 488
Hidalgo	10.4	98 568
Nayarit	6.6	27 334
Chiapas	6.5	104 774
Tamaulipas	6.3	71 158
Nuevo León	3.7	57 560

Fuente: Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar; SEP-IMP, México, 1991.

La encuesta con estudiantes realizada en el Distrito Federal en 1993, permitió conocer que las drogas con mayor prevalencia "alguna vez" en esta población son los inhalables (5%); seguidos por la marihuana (3.6%), y la cocaína (1.7%). Al considerar el consumo en el último mes la marihuana ocupa el primer lugar (1.2%) seguida por los inhalables (1.1%) y la cocaína (0.6%), (Véase Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6
Sustancias Tóxicas Consumidas en el D.F. por estudiantes, 1993.

Sustancia	%
Inhalables	5.0
Marihuana	3.6
Cocaína	1.7

Fuente: Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar; SEP-IMP, México, 1993.

El consumo de drogas es mayor entre los hombres (Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría, (b) 1994).

En cuanto al alcohol, la distribución porcentual de los diferentes patrones de su consumo, muestran cómo dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores.

Es de tomar en cuenta que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.5%) y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años.

Con respecto al género, 52.9% son varones y el resto mujeres, sin embargo, el análisis intragénero muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca ha consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el 15% no lo ha hecho, (Véase Cuadro 1.7).

Cuadro 1.7
Consumo de Alcohol en la República Mexicana

Edad	Hombres	Mujeres
12 - 18 años	8 510 287	7 577 213
19 - 65 años	28 367 625	9 169 875
Total Nacional	36 877 912	16 747 088

Fuente: Encuesta Nacional del Uso de Drogas; SEP-IMP, México, 1994.

Más de las dos terceras partes de los casados(as) consumieron alcohol en los 2 últimos años. Casi el 63% de solteros, que incluyen en su mayoría a la población adolescente, bebió también en este lapso.

Con respecto a la escolaridad, se señala la tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. Más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%).

Es importante tomar en cuenta que con frecuencia y como parte de la percepción social del proceso de alcoholización se identifica a la ingestión alcohólica, en particular la excesiva, con la falta de educación, la pobreza y la incultura.

Uno de los aspectos clave que intervienen en la percepción del proceso de alcoholización es la relación contradictoria entre las consecuencias positivas y negativas de la ingestión alcohólica. Estudios cualitativos sobre la percepción infantil del consumo de alcohol han mostrado la ambigüedad con que perciben los niños el beber. Es frecuente que para ellos el consumo de alcohol sea símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad e incluso entre algunos grupos medida terapéutica y todo alentado por la misma familia y la comunidad. Simultáneamente, el consumo se asocia a violencia, maltrato, carencias, enfermedad e incluso la muerte. Por tanto, la ingestión alcohólica se percibe de manera ambivalente.

El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 o más copas por ocasión en el último año presentaron 1 o más problemas derivados de su consumo. De estos una quinta parte son problemas que implican violencia, con amigos, con la policía y en bares.

La influencia del consumo de alcohol y su posible asociación con la embriaguez del padre y/o la madre, como antecedente de ejemplo o como hipótesis de herencia para el consumo de los hijos, solamente reflejó un pequeño porcentaje.

Al analizar la población de individuos dependientes al consumo de alcohol, puede notarse que el 59.1% reportó esta misma condición en sus padres, mientras que el porcentaje para la ebriedad materna fue del 3%.

La mayor parte de la población bebedora (92.8%) dijo haber iniciado su consumo por presión de grupo y por curiosidad (69.6% y 23.2% respectivamente). Esto coincide, especialmente en lo que a la presión grupal se refiere, con la normalización social de la ingestión alcohólica. Desde la "probadita infantil", inducida en el ámbito familiar, hasta la copa para brindar, el contexto social propicia el inicio de la alcoholización como algo deseable, legítimo y parte de rituales difícil de eludir.

Casi la mitad (46.6%) inició entre los 15 y 18 años; la cuarta parte (21.1%) entre los 19 y 23 años. Alrededor de un 15% se inició entre los 11 y 14 años, y un 4.4% antes de los 10 años de edad. Hombres y mujeres muestran similitud, sin embargo, existen más hombres que mujeres con inicio temprano.

Según Tapia (1994), son muchas y complejas las consecuencias médicas del abuso del alcohol, ya que ninguna parte del organismo está exenta de los efectos del consumo excesivo. Y se le ha implicado como una de las primeras causas de muertes accidentales, incluidas las debidas a accidentes.

Por su parte, Medina-Mora y cols (1980), indican que en la actualidad de México el consumo excesivo de alcohol se asocia a una tercera parte de los actos delictivos, a 17% de los suicidios, a 45% de los casos conocidos de violación, a 15% de los casos identificados de niños maltratados y a 12% del ausentismo laboral, (SEP, 1994(b)) (Véase Cuadro 1.8).

Cuadro 1.8
Problemas Derivados del Alcoholismo

Problema	% de casos
Delitos	33.0
Suicidios	17.0
Violación	45.0
Maltrato Infantil	15.0
Ausentismo Laboral	12.0

Los resultados obtenidos por la ENA (1993) en cuanto a consumo de tabaco, mostraron que el 25% de la población entre 12 y 65 años son fumadores.

La mayoría de los fumadores (69%) continúa siendo de varones, sin embargo, cada vez existe un mayor número de mujeres (31%), (Véase Cuadro 1.9).

Cuadro 1.9
Incidencia de Tabaquismo en México, 1993.

Sexo	%	Total
Masculino	69.0	7 032 825
Femenino	31.0	3 159 675
Total Nacional	25.0	10 192 500

Fuente: Encuesta de Adicciones; Secretaría de Salud, México, 1993.

En cuanto a la edad, el 25.6% se agrupó entre los 26 y 34 años; 23.8% el grupo de 19 a 25 años y el 21.4% el grupo de 35 a 44 años. Sin embargo, el 9% de fumadores tiene entre 12 y 18 años, (Véase Cuadro 1.10).

Cuadro 1.10
Incidencia de Tabaquismo por Edades, 1993.

Edad	%
12 - 18 años	9.0
19 - 25 años	23.8
26 - 34 años	28.6
35 - 44 años	21.4
Más de 45 años	20.2
Total	100.0

Fuente: Encuesta de Adicciones; Secretaría de Salud, México, 1993.

Con relación a la escolaridad, el 32.5% cuenta con nivel primario, el 25.2% reportó como nivel máximo de escolaridad la secundaria. El 22.8% nivel medio superior y los menores porcentajes de fumadores se encontraron entre los que no recibieron escolaridad formal (3.8%) y los de posgrado (1.1%).

En lo que toca al estado civil, más de la mitad de los fumadores son casados (53.8%) y en los solteros se observó menor proporción (33.5%).

La ocupación de los fumadores se encontró distribuida entre los que señalaron ser empleados (23.8%), comerciantes (19.8%) y obreros (19.7%), principalmente, y el 15.7% se dedican al hogar.

La edad de inicio de más de la mitad (52.2%) de los fumadores fue entre los 15 y 18 años, el 17.6% comenzó entre los 19 y 23 años y un 17% entre los 11 y 14 años. El 3% en ambos sexos inició antes de los 10 años. Esto significa que el 72% de los fumadores inició antes de cumplir los 18 años, lo cual muestra que el inicio al tabaquismo se está dando principalmente en la adolescencia, situación que obliga a instrumentar medidas preventivas a temprana edad.

Entre los principales motivos del inicio del tabaquismo, casi la mitad de los fumadores (45%) lo hizo por curiosidad, un 37% por presión de los amigos y el 7% por la necesidad de tranquilizarse.

En lo que se refiere a cantidad y frecuencia de consumo de cigarros, el 60% indicó fumar de 1 a 5, siendo clasificados como fumadores leves; la mayoría lo hizo con una frecuencia diaria. El 29% consume de 6 a 15 cigarros (fumadores moderados), haciéndolo también a diario. Esto es preocupante, ya que el 89% de los fumadores consumen nicotina constantemente; esto indica que no sólo aquellos que fuman 16 cigarros diarios o más serán dependientes, sino también los que actualmente fuman menos de esta cantidad, debido al efecto de la tolerancia.

Con relación a los fumadores a diario, se investigó respecto a su actitud de continuar fumando. Aun cuando son evidentes los daños provocados por el consumo de tabaco, el 14.4% respondió que a pesar de estar enfermos continúan fumando; el 27.9% afirma presentar síntomas de nerviosismo cuando no fuma. En relación a los intentos de disminuir el cigarro, el 57.3% de los fumadores ha tratado de fumar menos, mientras que el 42.2% no lo ha intentado. Respecto a los síntomas de daños, el 22% presenta tos o expectoraciones, lo que probablemente se deba a síntomas negativos del tabaquismo por exposición a largo plazo.

De acuerdo con el informe del Surgeon General (1964), se estima que el tabaquismo es causa de 30% de las muertes debidas a cualquier tipo de cáncer, 21% de las producidas por enfermedad coronaria, 18% de las ocasionadas por enfermedad vascular cerebral, 82% de las causadas por enfermedad obstructiva crónica y 75% de las originadas por bronquitis crónica (Tapia, 1994).

Por su parte, el Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información en Drogas, coordinado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, recibe semestralmente información de casos de consumo de drogas captados durante el último mes en 44 instituciones de atención a la salud y procuración de justicia del Area Metropolitana de la Cd. de México (AMCM). Del Reporte no. 16 (1994) se deriva que: Centros de Integración Juvenil fue la instancia que captó al mayor número de casos (44.5%). Dentro de dichos casos, los inhalables (53.7%), la cocaína, (26.1%) y los tranquilizantes (20.7%), en la categoría de "uso alguna vez en la vida. (SEP,IMP, 1994(b)).

Conviene hacer mención también de que a partir del primer semestre de 1993, la cocaína muestra una tendencia marcadamente ascendente, al pasar de 3.9% en 1986 al 10% en 1992, llegando a 26.1% en el primer reporte de 1994 en la categoría de "uso alguna vez", así como también en la de "uso en el último mes", con 2.7%, 9.5% u 16.5% respectivamente.

Otro dato de este informe que resulta interesante es que, del total de casos informados en toda la AMCM, únicamente 10 ingresaron por "intoxicaciones", uno por "síndrome de abstinencia alcohol y/o drogas" y nueve por "padecimientos orgánicos", lo que demuestra la reducida demanda de los servicios de hospitalización para la atención de estados agudos y crónicos, lo cual brinda soporte adicional a los programas curativos que ofrecen alternativas terapéuticas en crisis.

Por su parte los estudios epidemiológicos de la farmacodependencia con pacientes de primer ingreso a los servicios terapéuticos de C I J (Centros de Integración Juvenil, 1995) también aportan información relevante para este panorama diagnóstico. Por el trabajo realizado entre 1976 y 1995, se cuenta con información de más de 80,000 personas que han solicitado atención con problemas de consumo de drogas (En Centros Regionales de la Zona Metropolitana de la Cd. de México entre los años 1991-1995 se captó el 47.4%). Destaca que entre 7 y 8 de cada 10 pacientes, el problema inicio cuando tenían entre 10 y 18 años de edad; las drogas de mayor consumo en los periodos de 1990-1993 y 1994-1995 en la categoría "alguna vez en la vida" son: marihuana (70.5-71.5%), inhalables (55.9-47.0%). También señalan que entre 62.2 y 56.5% de los pacientes han consumido más de una droga en su vida y que el 54.1% acuden a tratamiento con cinco años o

menos de consumo de drogas. Así mismo que los pacientes que acuden solos pasó de 39.2 a 48.9%, y que disminuyeron los casos de pacientes acompañados de familiares (43.0 a 35.8% y de los familiares que acuden por los pacientes 17.0 a 15.0%).

De los hallazgos más recientes destaca que ha aumentado la proporción de mujeres que solicitan servicios terapéuticos a la institución al pasar de 13 hombres por cada mujer en 1986 a 11 hombres por cada mujer en 1993 y a 8.6 hombres por cada mujer en 1994; los pacientes tienen mayor nivel de escolaridad y ha aumentado el porcentaje de solteros. Entre 1993 y 1994 aumentó significativamente el porcentaje de quienes informaron acudir por motivación propia y ha disminuido el porcentaje de los pacientes referidos por instituciones judiciales.

El uso actual de las drogas en nuestras sociedades representa un serio problema social, económico y político que incapacita a grupos cada vez más numerosos de la población. Uno de los hechos relevantes es que los países de América presentan altas tasas de morbilidad de padecimientos relacionados con el tabaquismo y el alcoholismo, que parecen estar vinculados con su desarrollo económico.

Como ya se dijo, tanto el tabaco como el alcohol son considerados como drogas legales, por sus propiedades farmacológicas y su potencialidad adictiva, y porque al estar sujetas a leyes de mercado, existe una presión para estimular su consumo el cual está aceptado social y legalmente, ya que se reconocen como factores de integración social y favorecedores de la socialización, promoviendo la extensión de su uso, los hábitos asumidos desde la infancia, su consumo en la primera adolescencia y la asociación de estas sustancias con el ocio de los jóvenes. (Sánchez, 1996).

A pesar de todas estas consecuencias estas drogas siempre han existido y seguirán allí. No se puede pensar en suprimirlas sino que hay que aprender a convivir con ellas.

CAPÍTULO II LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Conocemos lo que son las drogas y su uso, sabemos lo que son las adicciones y sus causas, sin embargo, ¿cómo nos podemos enfrentar al problema?

Algunos analistas coinciden en señalar que la prevención es la estrategia más adecuada, pero también confirman la gran dificultad que lleva la elaboración de programas preventivos eficaces, ya que transformar los comportamientos individuales y los hábitos sociales que sustentan el consumo, es una tarea sumamente compleja.

Es imprescindible incluir siempre en los programas de prevención al tabaco y al alcohol, ya que son las drogas más frecuentes, las que se asocian a más problemas y las que tienen un inicio más temprano, por ser socialmente aceptadas. La mayoría de los jóvenes que experimentan con ellas se vuelven usuarios frecuentes, y esto apoya el aprendizaje básico para el acceso a otras sustancias, por lo que se puede decir que son drogas de entrada (Medina-Mora, 1994).

2.1 NIVELES DE PREVENCIÓN

En muchas ocasiones y en diversos contextos en los que se presentan problemas que atañen a una parte de la población, se habla de prevenir, esto es, de llevar a cabo acciones para que dicho problema no se siga presentando o en su defecto reducir su tasa de incidencia.

En la actualidad, uno de los problemas en el ámbito internacional de mayor preocupación de profesionales, investigadores, gobierno e incluso de la población general, es el consumo de drogas. A pesar de que en México, los índices de consumo aún no son tan elevados como los que se presentan en otros países, se ha observado a través del tiempo que los índices de abuso han ido en aumento con el consecuente incremento de problemas asociados.

Lo anterior plantea la necesidad de realizar acciones que detengan el crecimiento del problema, y reduzcan la probabilidad de aparición en el futuro. Para lo que es necesario elaborar programas de prevención encaminados a diferentes sectores de la población, dependiendo de los objetivos y los recursos de los mismos.

Para esto, primeramente es importante definir qué es la prevención.

La prevención busca mediante la realización de diversas acciones, minimizar la probabilidad de que un individuo abuse de las drogas a través de:

- a) Reducir los factores que se piensa, pueden aumentar el riesgo de abuso o
- b) Aumentar o promover factores que se piensa protegen al individuo del uso.

Cuando se habla de consumo de drogas es común encontrarse con dos tipos diferentes de programas:

Los programas de prevención se dan antes de que se presente el problema, esto es, antes de que el individuo empiece a consumir drogas y tienen como principal objetivo disminuir las probabilidades de que se presente el problema en el futuro.

Por otro lado, los programas de tratamiento son una medida que se toma ya que el problema existe (que el sujeto ha tenido contacto con las drogas), por lo que su finalidad es remediar el problema.

La mayoría de los programas que se conocen actualmente han tenido como propósito inicial el tratamiento, pero dado que, como se mencionó anteriormente, los índices de consumo en nuestro país no son tan altos como en otros países, las instituciones han empezado a realizar programas enfocados a la prevención del problema. De esta manera, en el presente trabajo se hablará casi exclusivamente de programas preventivos.

Los programas de prevención están enfocados a evitar o disminuir el consumo de drogas, a través de trabajar con los factores de riesgo que podrían llevar a las personas al consumo, así como fortalecer los factores que protegen al individuo del uso. Estos programas se pueden llevar a cabo mediante las siguientes vías:

Acciones en poblaciones blanco o específicas: Se pueden realizar programas preventivos dirigidos únicamente a una pequeña parte de la población, cuyos integrantes tengan necesidades específicas o que por sus condiciones de vida sean sujetos en riesgo. Un ejemplo común de esto son las pláticas que se dan a estudiantes o a padres en las propias escuelas, o mediante lo que es llamada "Escuela para Padres".

Acciones indirectas: A través de los medios masivos de comunicación del consumo de sustancias, y que estén dirigidas a toda la población.

Acciones institucionales: En el ámbito institucional se pueden tomar decisiones que ayuden a eliminar el problema. Un ejemplo de esto es la ley que establece una edad límite para comprar alcohol.

Teniendo en cuenta que dependiendo de la población son las necesidades, los programas pueden estar enfocados a ejecutar diversas acciones dependiendo de la población a la que van dirigidas, el nivel al que se trabaja y de los objetivos específicos que persiga. Así, según Medina-Mora, 1994(c), los programas de prevención pueden ser de diferentes tipos:

INFORMATIVOS

Son aquellos en los que se describen los daños y las consecuencias físicas y psicológicas que acarrea el uso de drogas, con el objeto de concientizar a las personas con respecto al problema. Van dirigidos a cualquier tipo de población. Su forma de difusión es a través de campañas en los medios masivos de comunicación, panfletos, conferencias, etc.

EDUCATIVOS

Están diseñados para desarrollar habilidades prácticas que le sirvan al individuo a enfrentar riesgos que pueden llevar al consumo de drogas, por ejemplo: consumo entre pares (amigos, compañeros). Principalmente van dirigidos a no usuarios de alto riesgo y usuarios experimentales. Entre los objetivos de este tipo de programas estarían:

- Desarrollar habilidades sociales y psicológicas.**
- Mejorar la comunicación interpersonal.**
- Promover el autoentendimiento y aceptación.**
- Mejorar el logro académico.**

ALTERNATIVOS

Pretenden dar oportunidad de realizar otro tipo de actividades a individuos en riesgo, como aquellos que expresan necesitar experiencias excitantes, combatir el aburrimiento o que tienen insatisfacción con el estilo de vida que llevan. Entre las actividades más

frecuentes que se llevan a cabo están las artísticas y deportivas que se imparten en las escuelas, centros de salud, casas de la cultura, etcétera.

INTERVENCIÓN TEMPRANA

Este tipo de programas tiene objetivos más específicos y son recomendados cuando se reconocen signos y síntomas de uso o dependencia a las drogas. Pueden ser de dos tipos:

- Individual, por medio de terapia
- Comunitaria, favoreciendo lugares libres de drogas

2.2 DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN MÉXICO

La Ley General de Salud, en el artículo 184 bis crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el presente título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los artículos 185, 188 y 191 de la ley. Dicho Consejo está integrado por el Secretario de Salud, quien lo preside, por los titulares de las dependencias y entidades de la administración pública federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud puede invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.

La organización y funcionamiento del Consejo se rigen por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal.

Así, la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinan para la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;
- II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva y
- III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se realizan actividades de investigación en los siguientes aspectos:

- I. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas;
- II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;
- III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y
- IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordina las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se lleva a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

En cuanto al tabaquismo la Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinan para la ejecución del programa contra el tabaquismo que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y
- II. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- I. La investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas;
- II. La educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes.

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordina las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promueve y organiza servicios de orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el hábito y desarrolla acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes.

La coordinación en la adopción de medidas en los ámbitos federal y local se lleva a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

Respecto a la farmacodependencia la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinan para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales, y
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

La Secretaría de Salud elabora un programa nacional contra la farmacodependencia, y lo ejecuta en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.

Los profesionales de la salud, al prescribir medicamentos que contengan sustancias que puedan producir dependencia, se atiene a lo previsto en los capítulos V y VI del título décimosegundo, de la ley, en lo relativo y prescripción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Enseguida se mencionan las acciones realizadas por diversas instituciones, según la Secretaría de Salud, 1995(a, b, c,)

- La Secretaría de Salud cuenta con 39 Centros de Salud tipo T-III A, 23 en el D.F. y 16 en los Estados, en donde se atienden pacientes con problemas de alcoholismo y farmacodependencia. También cuenta con recursos del Centro Comunitario de Salud Mental, de hospitales psiquiátricos y de tres hospitales generales de la SSA.

A través de la Dirección General de Medicina Preventiva, ha puesto en marcha un "Curso Regional sobre Prevención de Tabaquismo en Atención Primaria a la Salud".

El Centro de Documentación y Archivo y el Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENDIS) se ha vinculado al Sistema Nacional de Información y Documentación sobre Adicciones del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) fortaleciendo los acervos de las bibliotecas del sector Salud.

- La Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el campo de la enseñanza desarrolla actividades preventivas de educación para la salud, a través de pláticas orientadoras, intra y extrahospitalarias, a grupos de poblaciones de alto riesgo y otros grupos interesados. En conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Politécnico Nacional y universidades privadas, incluyó en la currícula de la licenciatura en medicina, psicología y trabajo social, los contenidos temáticos sobre los efectos biopsicosociales del tabaco. Dio a conocer el Programa contra el Tabaquismo, desarrollado por todo el país en los talleres "Tabaco o Salud", coordinados por la Organización Panamericana de la Salud en Venezuela y Argentina, con el fin de organizar las bases para un enfoque multisectorial en la planificación, programación y avance de los programas de control de hábito de fumar en América Latina.

- El Instituto Nacional de Cardiología incluye necesariamente actividades relacionadas con desalentar el hábito de fumar tabaco por el hecho de ser un factor de riesgo causante de enfermedades isquémicas del corazón. Se ha programado un día a la semana para dar apoyo y orientación a individuos con problemas cardiovasculares que muestran los efectos de la dependencia a la nicotina. Al nivel de enseñanza el tema se ha incorporado en los programas de 9 cursos formales de cardiología en el ámbito de pregrado y llevan a cabo campañas contra el tabaquismo en congresos y reuniones en el interior del país.

- El Instituto Nacional de Salud Pública, considerando el riesgo laboral del consumo de tabaco, propone un programa de autoayuda para dejar de fumar en las instalaciones del INSP en Cuernavaca.

- El Hospital General de México cuenta con una Clínica contra el Tabaquismo, con un enfoque multidisciplinario que abarca la prevención, asistencia, investigación y enseñanza, siendo la primordial la prevención a todos los niveles de la población consultante y sus familiares, así como el personal médico, paramédico, administrativo y de servicios generales, y dirigiendo, sobre todo su atención a grupos de alto riesgo (niños, adolescentes y mujeres), para impedir la adquisición y el inicio del hábito. Las acciones se extienden a nivel extramuros para áreas educativas, culturales y sociales, mediante pláticas informales, cursos y talleres.

- El Comité Mexicano para el Estudio y Control de Tabaquismo (COMECTA), es una asociación civil, fundada en 1986 para ayudar a erradicar y combatir el problema de tabaquismo, que funciona en prevención y educación, programas terapéuticos para el abandono del hábito, investigación, legislación y comunicación.

- El Día Mundial sin Fumar. Ya que una de las estrategias más importantes contra el tabaquismo es la de evitar el inicio del hábito, se celebra este día desde 1988 con el lema "Salud para todos, todos para la Salud". El lema de este día en 1991, propuesto por la OMS fue el de " Sin humo de cigarro en los lugares públicos y en los medios de transporte colectivo". Con este motivo se llevaron a cabo diversas acciones como:

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) informó sobre los daños a la salud causados por el tabaco con leyendas impresas en los envases de leche de los desayunos diarios que este sistema otorga.

Se enfatizó la prohibición de fumar en cines, teatros y auditorios.

En algunos restaurantes con secciones de fumadores y no fumadores, se incluyeron mensajes alusivos en manteles de papel.

Durante el "día sin Fumar" las tiendas de autoservicio incluyeron mensajes contra el tabaquismo en las bolsas.

- La Dirección General de Epidemiología (DGE) se encarga de organizar y coordinar a las instituciones vinculadas al problema para obtener, procesar y generar información epidemiológica en los diversos tipos de adicción. Junto con el CONADIC ha consolidado operaciones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), encontrando fuentes para su financiamiento en organismos internacionales y en el marco del acuerdo bilateral con Estados Unidos de América.

- La Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios de la SSA lleva a cabo la cuantificación de los establecimientos relacionados con la distribución de las bebidas alcohólicas en el D.F. y los Servicios Coordinados de Salud Pública y los Servicios Estatales de Salud llevan control en las entidades federativas.

- La Dirección General de Control de Insumos para la Salud propicia el enlace con las Asociaciones Nacionales de Farmacéuticos para lograr un mejor control en la prescripción de medicamentos psicotrópicos y ha establecido un mecanismo entre la SSA y la PGR para elaborar el Registro Nacional de Adictos y el establecimiento de programas para el tratamiento de heroinómanos que utilizan metadona.
- El Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) es un centro de alto nivel dedicado a llevar a cabo investigaciones que se agrupan en: neurociencias, sociales y epidemiológicas, clínicas, en servicios de asistencia y salud mental. Cuenta con dos centros de información, uno sobre alcoholismo y otros sobre farmacodependencia, creados en 1986 con el fin de recopilar, clasificar, analizar y sistematizar y poner a disposición de los usuarios información relevante sobre el consumo de alcohol y drogas en México. Cuenta con un Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (C.A.A.F.) que presta servicios de consulta externa con un modelo médico psicológico que opera desde 1977. El Instituto es centro colaborador de la OMS en materia de adicciones.
- La Coordinación General del Consejo Nacional contra las Adicciones lleva a cabo tareas de coordinación y concertación con el sector público, social y privado en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación, capacitación e investigación. Ha desarrollado el Sistema Nacional de Formación de Recursos Humanos en Adicciones (SINFRA), el Sistema Nacional para el Tratamiento y Rehabilitación de los Adictos (SINTRÁ) y el Sistema Nacional de Información y Documentación sobre Adicciones.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ), desde 1969 han trabajado en diferentes fases, sin embargo, su principal área es la prevención, desarrollándose en la comunidad. Ha desarrollado proyectos de investigación evaluando aspectos de acciones preventivas en adolescentes, padres de familia, maestros de nivel medio y el impacto que tiene la participación comunitaria en los programas de abatimiento del problema. Cuenta también con un servicio de orientación telefónica las 24 horas los 365 días del año.
- La Secretaría de Educación Pública (SEP) sabe que los alumnos en los distintos niveles educativos son grupos prioritarios a los cuales se hace necesario instruir y orientar sobre los riesgos del abuso en el consumo del alcohol y drogas, por tanto promueve dicho conocimiento en niños y jóvenes y ha reglamentado la inclusión de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia en la curricular de alumnos de las carreras de ciencias sociales y de la salud.

- La Dirección General de Educación Extraescolar de la SEP, durante 1991 inició el diseño del Programa Educativo de Prevención contra las Adicciones, cuya parte sustancial es su filosofía educativa, la cual está orientada más al combate de los efectos de la drogadicción, a sus causas primeras, como la única manera de contrarrestar el inicio de la población joven en el consumo de drogas. Pretende exaltar los valores del individuo y dotarlo de una percepción para discernir ante lo que conviene a su salud y crear una cultura de prevención basada en una actitud de rechazo.

- La Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica (SESIC) establece la Red Universitaria de Teleinformática y Comunicación, que ha permitido desarrollar, junto con la Universidad de Colima, un disco compacto sobre el problema de las adicciones.

- El Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), estableció una vinculación con el CONADIC para aprovechar los diversos programas culturales, radiofónicos y de fomento cultural que realizan en el territorio nacional como alternativa preventiva proponiendo una mejor manera de utilizar el tiempo libre.

- La Comisión Nacional del Deporte (CONADE) propicia la participación de los jóvenes y les proporciona información, orientación y capacitación y medidas preventivas del alcoholismo y la farmacodependencia, por medio de su Programa Nacional Juvenil para la Prevención de las Adicciones (PREVEA).

- En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del Modelo Moderno de Atención a la Salud, cuyas acciones en problemas relacionados con la ingesta de alcohol y farmacodependencia se dirigen principalmente a la prevención primaria, tratamiento y rehabilitación.

- El Departamento de Salud Mental del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha implantado programas de educación para la salud de los derechohabientes, promovándose la creación de servicios especializados para la atención a personas que presentan daños atribuibles al uso de tabaco. Con la Clínica de Tabaquismo del INER se entrena personal para la formación de módulos de atención que funcionan dentro del ISSSTE.

En conjunto con el I.M.P. ha desarrollado un proyecto de investigación "Frecuencia y distribución de casos de adicciones entre derechohabientes del ISSSTE" en ocho clínicas familiares del Área Metropolitana que pretende conocer la frecuencia y distribución de pacientes con algún tipo de adicción.

A partir de 1988 ha organizado cuatro cursos de capacitación para personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social, por medio de cursos y talleres de análisis de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación de alcohólicos.

- La Procuraduría General de la República crea la Unidad Dictaminadora de Usuarios de Estupefacientes y Psicotrópicos para encargarse de los dictámenes periciales vinculados con los delitos contra la salud. Durante la pasada administración se creó el programa de Atención a la Farmacodependencia (ADEFAR).

- El Departamento del Distrito Federal (DDF) instaura a partir de 1985 cuatro módulos de Atención Toxicológica y actualmente se han sumado dos Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud", cuyo programa se fundamenta en la atención integral del fenómeno de la farmacodependencia. En relación con la atención de casos de farmacodependientes implicados en casos delictivos, es proporcionada en tres reclusorios y Centros de Readaptación Social en el D.F.

- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), donde desde 1986 existe el Programa Dif para la Prevención de la Farmacodependencia, con sede en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME-DIF) y que tiene a su cargo la coordinación de acciones de prevención, investigación, enseñanza y asistencia, dando prioridad a la atención al alcoholismo por su prevalencia e incidencia en la población, porque se presenta a partir de la aceptación social y por su función histórica como agente favorecedor de determinadas dinámicas sociales. Sus actividades se dirigen a grupos específicos como niños, adolescentes, padres de familia, personal docente y de salud, etcétera. El Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) está en marcha desde 1989 y se aplica en toda la República. Su población objetivo es de adolescentes de 12 a 19 años, aunque también busca incidir en la familia. Su objetivo es prevenir y atender las necesidades de los adolescentes. Otro programa es Escuela para Padres, que a partir de 1985 brinda a los padres de familia información sobre diferentes aspectos de la vida en familia, tales como la pareja, nacimiento de los hijos, etapas de desarrollo, dinámica familiar y las adicciones como el alcoholismo, entre otras.

- La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), en su carácter de representante social, ha sumado esfuerzos con otras instituciones desde 1985 proponiendo e instrumentando mecanismos de participación ciudadana, tendientes al fortalecimiento de los programas preventivos del consumo de drogas.

- La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras universidades y centros de estudios superiores, contemplan dentro de sus programas académicos temas relacionados con el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas.

LA UNAM envía personal a tomar cursos sobre problemas de adicciones a la Clínica San Rafael. En la Facultad de Medicina, en el Departamento de Salud Mental, existe desde 1955 el Programa de Salud Mental, que detecta conductas adictivas y convoca a los estudiantes a ofrecer un tratamiento al problema. Cuenta con una Clínica de Depresión y se brinda psicoterapia de grupo a alcohólicos y farmacodependientes.

Por su parte, la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM organiza eventos referentes a adicciones a través del Departamento de Atención Médica en Planteles Periféricos (Preparatorias, Colegios de Ciencias y Humanidades y Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Acatlán, Aragón y Zaragoza) . Asimismo presta servicio en atención a urgencias sobre problemas psicológicos por alcoholismo, tabaquismo y adicciones a otras drogas.

La Facultad de Psicología, y el I.M.P. (Instituto Mexicano de Psiquiatría), financiaron en 1977, un tratamiento de rehabilitación conductual, en el modelo psicológico denominado "La Familia Enseñante", lo que permitió posteriormente generar un programa con tres alternativas de tratamiento y rehabilitación. Se cuenta con un Programa Experimental Comunitario de dicha Facultad, el Centro de Orientación para la Adolescencia y el Centro de Servicios Psicológicos de "Acasulco", el cual tiene dos modelos de investigación y tratamiento de conductas adictivas, uno dirigido a la población universitaria y el otro dirigido a la población en general cumpliendo con objetivos de formación, investigación y tratamiento, y el énfasis lo hacen en la prevención primaria de las adicciones.

Asimismo, existe un proyecto de investigación, producto del trabajo de un grupo de investigadores de la Addiction Research Foundation de Toronto, Canadá y la Facultad de Psicología en la esfera de prevención y tratamiento de bebedores excesivos de alcohol. El programa de tratamiento en México se lleva a cabo en los Centros de Servicios Psicológicos "Acasulco" y en el Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles".

- Instituto Politécnico Nacional junto con CONADIC realizó una serie de 54 programas titulado "Adicciones" donde el público puede exponer dudas y recibir información y orientación especializada. El CONADIC ofrece una videoteca y copia de estos programas para transmitirlos en televisoras locales.

- El Instituto Mexicano del Petróleo se sumó a la firma de un convenio entre SECOFI, SEDUE, SSA, DDF, PEMEX y otros industriales mexicanos representados por ANAFPYT, ANIQ y CANACINTRA, para colaborar en las tareas de investigación sobre sustancias psicotrópicas y se creó un Fideicomiso para la Investigación Sobre Inhalables (FISI), cuyo objetivo es realizar los estudios que permitan la sustitución o reducción de

las sustancias psicotrópicas y fotorreactivas que se utilizan en pinturas, adhesivos, tintas y solventes.

- El Centro Contra las Adicciones (CENCA) ofrece a la población de adictos y a la comunidad en general servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y formación de recursos humanos. Cuenta con un Programa de Consulta Externa, Hospital de Medio Día, Clínica de Tabaquismo y un Grupo de Autoayuda para adicciones múltiples.

- La Asociación Nacional de Padres de Familia (ANAF) fomenta y fortalece la integración familiar como un medio para combatir el problema adictivo. Se han conjuntado con la SEP y la SSA en el Programa Educativo de Prevención contra las Adicciones, aprovechando los medios masivos de comunicación para reforzar el proceso de prevención involucrando a estos en un compromiso de responsabilidad social.

- Los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) apoyan e implantan acciones encaminadas a la prevención y disminución en el consumo de sustancias adictivas y problemas de salud pública que estos conllevan.

- Alcohólicos Anónimos cuenta con aproximadamente 7500 centros (Grupos de AA) que funcionan con base en sus programas y en colaboración con entidades del sector salud y otras instituciones como Al-Anon, Al-teen, el Instituto Nacional de la Senectud y otros organismos privados.

- El Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo (antes CEPNEC, hoy CESAAL), es un organismo no lucrativo que se ocupa del estudio y prevención a través de la educación. Sus actividades se dirigen a médicos, maestros, padres de familia y otros profesionales.

Entre los programas más recientes de prevención para niños tenemos:

- El Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA), con el cual, desde 1993, la SEP define estrategias para incidir en la actitud de los jóvenes y niños para que de manera libre, razonada y convencida rechacen la oferta de las drogas. Está configurado como un programa de apoyo a la educación formal y diseñado con el propósito de incorporar un esquema de educación preventiva integral que permita fortalecer la labor del docente, la participación del padre de familia y la formación del educando autónomo y con capacidad de reflexión. Los proyectos presentan estrategias de atención específicas para cada nivel de educación básica, incluyendo preescolar, sin embargo, hasta el momento sólo se está desarrollando a nivel secundaria y se espera

- En el eje de la planeación, a través de propuestas para el diseño de programas, optimización de recursos humanos, así como con otros profesionistas, programar acciones comunitarias dirigidas a la prevención y/o detección oportuna de casos de farmacodependencia.

- En el plano de la intervención, a través de otorgar tratamiento, tanto a escala individual, como familiar o grupal en individuos que ya presentan consumo y/o abuso de drogas; así como brindar orientación a población en alto riesgo que evite un aumento de población afectada. Por otro lado, junto con otros profesionistas, puede desarrollar programas de acción comunitaria que ayuden a prevenir el consumo y/o abuso de drogas y que logren un impacto a través de cambios de actitudes, o bien utilizando métodos de persuasión, propaganda y publicidad en medios masivos de comunicación.

- En el plano de la prevención, su labor se destaca pues sus actividades pueden girar desde lo que es capacitación de los diversos sectores que tienen contacto con población en alto riesgo, como son maestros, padres de familia, agentes comunitarios, personal de equipos de salud, etc., sobre aspectos que les permita un abordaje o intervención adecuada; hasta funcionar los mismos psicólogos como agentes de cambio de las propias comunidades. Aquí también su esfera puede ir desde la planeación de programas de prevención, hasta los de intervención y evaluación de los mismos.

- En el plano de la investigación, puede realizar aportaciones importantes si consideramos que cualquier tipo de acción dirigida a la prevención, tratamiento y/o rehabilitación está sujeta a evaluarse y de esta manera garantizar que los diferentes servicios profesionales que se otorguen sean de la más alta calidad y beneficio para la comunidad. Al poder realizar esto, le brinda la posibilidad de formular modelos, estrategias o técnicas que faciliten el alcanzar los objetivos y metas de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de sujetos con este tipo de problemática, o en población en alto riesgo.

Por supuesto, dada la complejidad de esta problemática, se obtendrán mejores resultados en la medida que se fomente un trabajo inter y multidisciplinario, esto es, con la participación de otros profesionistas e inclusive con personal no-profesional

2.4 FACTORES A CONSIDERAR EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El consumo de drogas se ha asociado con una serie de características de tipo demográfico, social y psicológico; algunos de estos factores corresponden al medio ambiente, otras son propias de las sustancias tóxicas, en sí mismas y otras más al individuo consumidor.

Para explicar el modelo de riesgo y protección, en el presente capítulo se ha tomado como punto de partida el marco conceptual propuesto por Hawkins, Catalano y Miller (1992)

A partir de la investigación se han podido identificar ciertas características que se dan en la comunidad, familia, escuela e individuo, previas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y que incrementan la probabilidad de que este fenómeno ocurra durante el desarrollo de la persona, y son llamados factores de riesgo.

A) En la Comunidad:

- 1.- Existencia de leyes y normas que permiten el uso de sustancias como tabaco y alcohol, e incumplimiento de las que prohíben el uso de otras drogas y aquellas que son médicas sin prescripción.**
- 2.- La facilidad con la que se pueden adquirir bebidas alcohólicas y otras drogas (disponibilidad).**
- 3.- Las desventajas económicas como hacinamiento, falta de vivienda y pobreza.**
- 4.- La falta de servicios públicos y de vigilancia, la criminalidad y el tráfico ilegal de drogas.**

B) En la Familia:

- 1.- Conductas y actitudes familiares que favorecen el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.**
- 2.- Estructura familiar disfuncional, donde hay poca comunicación clara y sin límites consistentes.**
- 3.- Conflictos familiares.**
- 4.- Falta de relaciones positivas como participación, manifestaciones de afecto y acercamiento entre los miembros de la familia.**

C) En la Escuela:

- 1.- Bajo rendimiento.
- 2.- Desinterés en las actividades.

D) Factores Individuales:

- 1.- Algunos trastornos de la personalidad, búsqueda de nuevas sensaciones, desconocimiento de los daños que ocasionan el tabaco, alcohol y otras drogas, timidez, inseguridad.
- 2.- Transmisión de padres a hijos de una cierta disposición al consumo de alcohol y otras drogas que aunada a otros factores psicológicos y sociales, propicie el desarrollo del uso.
- 3.- La presencia de conductas problemáticas tempranas y persistentes que pronostica la continuidad de comportamientos agresivos en la adolescencia y adultez.
- 4.- La asociación con amigos o compañeros que consumen drogas.
- 5.- El rechazo y la rebeldía a los valores dominantes en el grupo social.
- 6.- Las creencias sobre los atributos positivos del consumo de drogas.
- 7.- El inicio temprano.

Por otra parte, los factores protectores obstaculizan o moderan los efectos de la exposición al riesgo. En términos generales se considera que la exposición al riesgo aumenta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta la resistencia del sujeto, por lo que será menos probable que abuse de drogas aun cuando esté expuesto a ellas. Así, la presencia de factores de protección explicará la diferencia en los logros que se obtenga con los sujetos involucrados en los factores de riesgo descritos anteriormente.

Actualmente, investigadores del campo de la prevención (Bernand, B,m 1992, Hawkins, 1992, Hoffman, 1990) promueven la idea de que las intervenciones preventivas, ya sea en el medio escolar o en cualquier otro tipo de ambiente comunitario, deben ser promotoras del desarrollo humano y no reacciones a la problemática existente, es decir recomiendan programas, intervenciones, acciones y mensajes preventivos "proactivos", no reactivos.

Hawkins, Catalano y Miller (1992), han aportado al campo de la prevención una de las formas más claras de definir las estrategias de protección, la cual se conoce como un modelo de desarrollo social que demanda a los sistemas sociales preocuparse por:

Promover las relaciones intensas en la familia, la escuela, con los compañeros que no usan droga y en la comunidad.

Definir las habilidades necesarias para crear buenas relaciones y para desempeñar un papel activo en la comunidad.

Ofrecer reconocimiento y recompensa a las nuevas conductas y habilidades aprendidas.

En un programa de educación preventiva integral, los puntos anteriores son una guía para las actitudes y acciones del maestro en el aula escolar y para los padres de familia en el hogar.

También mencionan, de acuerdo a los datos de investigación más recientes, la importancia de detectar factores de riesgo tempranos. Por medio de:

1. Programas de apoyo a la familia con hijos en la primera infancia.
2. Programas para padres de niños y adolescentes tempranos.
3. Entrenamientos en patrones de competencia social.
4. Promoción de rendimiento académico:
 - a. Métodos de instrucción en el salón de clases.
 - b. Tutorías.

Asimismo, señalan como elementos protectores importantes en el ambiente escolar, que una escuela:

- Establezca y exprese claramente altas expectativas para los alumnos.
- Aliente el establecimiento de metas y su dominio.
- Los maestros se consideran como "cuidadores carifosos".
- Se aliente el desarrollo pro-social (altruismo y cooperación).
- Ofrezca oportunidades para el liderazgo y el desempeño de habilidades básicas en la toma de decisiones.
- Fomente la participación activa de los alumnos.
- Capacite a los maestros en el desarrollo social y el aprendizaje cooperativo.
- Involucre a los padres.
- Ofrezca alternativas que no incluyan ni la droga ni el alcohol.

Es conveniente recordar que desde los primeros años de vida el niño se ve inmerso en un proceso de socialización, aprendiendo habilidades, destrezas y comportamientos que lo integran a su entorno. Es en esta etapa donde la curiosidad y la imitación le permiten acercarse a las formas de vida de su familia y su comunidad. Si en estas primeras percepciones encuentra en su familia el consumo de tabaco y/o alcohol como una conducta habitual, aprenderá de forma natural a legitimar esa costumbre y atribuirle ciertas connotaciones.

Esta conducta es el principio de un hábito que puede transformarse en algo más serio, pues el inicio a edad temprana del uso de tabaco puede volver más vulnerable al adolescente para probar otros tóxicos como el alcohol o incluso sustancias más agresivas.

En cuanto a los factores individuales y de relación personal, lo percibido durante la niñez se refrenda en la adolescencia, cuando aparece la necesidad de pertenencia a un grupo de amigos y se acentúa la crisis en la propia escala de valores al cuestionarlos y enfrentarlos.

Por todo esto, vemos que convertirse en adicto no es algo que surja de repente, sino el resultado de un largo proceso en el que los factores individuales y sociales se combinan, facilitando su uso y posteriormente abuso de otras sustancias, proceso que la educación puede neutralizar promoviendo esquemas preventivos desde edades tempranas (González, 1994).

En el ámbito familiar, los padres deben ser los protagonistas de la intervención preventiva, ya que sabemos que los valores reales plasmados en el vivir cotidiano, y en general no verbalizados, constituyen la auténtica enseñanza.

La creación de un clima emocional positivo donde el niño se sienta querido, aceptado y seguro; la transmisión vivencial de una escala de valores que le permita orientar su vida; una educación encaminada a conseguir personas independientes y autónomas; el reparto coherente de premios y castigos que permita modelar su conducta y que promueva un equilibrio psicológico; y una educación para la salud propiciando hábitos cotidianos de autocuidado y conciencia de salud y seguridad, darán como resultado una personalidad fuerte, responsable y libre, que es la mejor barrera frente al consumo de drogas. (Sánchez 1996).

Por otra parte, la escuela está en una situación privilegiada para jugar un papel importante en la prevención, porque los niños y jóvenes pasan la mayor parte del tiempo en ella y porque desempeña un papel importante en la transmisión de modelos correctos de comportamiento.

Los centros escolares pueden contribuir a los esfuerzos comunitarios de prevención, no sólo a través de la presentación e información sobre las drogas, sino también mediante el desarrollo y aplicación de programas firmes y consistentes que impidan el consumo y venta de las mismas.

La educación preventiva a edades tempranas se basa, más que en la información acerca de las drogas, en la relación y el contacto que el maestro pueda establecer con los pequeños, lo que la circunscribe en la educación afectiva, donde hay interés por sentimientos, creencias y valores, y se toma como elemento esencial de la enseñanza la participación de los niños. (Massun 1991)

Según Bruner (1960), en cada etapa del desarrollo, el niño tiene una manera característica de ver al mundo y de explicárselo a sí mismo. La tarea de enseñar a un niño un tema es la de representarle la estructura del mismo en función de la manera que tiene de ver las cosas (Ausubel 1986).

Ésta es la etapa en que el niño cuenta ya con un bagaje importante de conocimiento que se organiza a partir de experiencias personales y en el contacto diario con situaciones repetitivas que contienen relaciones espaciales, temporales y causales entre sus elementos. Una vez que se organiza este conocimiento, actúa como ayuda valiosa para la comprensión y memoria de situaciones, la predicción de futuros acontecimientos y la planificación de la acción en el medio social. El niño adquiere su conocimiento del mundo a través de la interacción con personas y objetos en el marco de situaciones cotidianas repetitivas, que por ello resultan predecibles y familiares para él. Al poseer un medio vivencial enriquecido, el niño no sólo articula mejor su conocimiento, sino que además mejora la eficacia de su funcionamiento cognitivo, esto es, memoriza, razona y planifica mejor su comportamiento (Coil y cols 1990).

De ahí la trascendencia que tienen los programas preventivos enfocados a comunicar mensajes desde la niñez donde el aprendizaje del niño dependa del grado al que pueda ver las relaciones, significado y utilidad potencial de lo que ésta estudiando, ya que no es suficiente para él aprender respuestas específicas, rígidas y correctas, sino lo que necesita son actitudes y formas de enfrentarse a situaciones nuevas, flexibilidad y responsabilidad personal, a efecto de que se integren a su esquema mental y se logre a futuro que menos jóvenes calgan en el falso paraíso de las drogas (Morse y Wingo, 1972).

Educar a los niños sobre los riesgos del tabaco, el alcohol, y otras drogas y equiparlos con las habilidades que lo eviten es un componente necesario de la intervención social ante las adicciones y para actuar de forma más eficaz se debe implicar a toda la comunidad: padres, maestros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., para que todos se unan al mensaje común que rechace el uso indebido de drogas y lo califique de incorrecto y dañino.

CAPITULO III DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN PREESCOLARES

A través de los capítulos anteriores se hace evidente que un programa preventivo contra las adicciones sólo puede ser viable si se toman en consideración los factores de riesgo y protección con un enfoque psicoeducativo que permita la corresponsabilidad participativa de la comunidad escolar.

Las autoras de la presente tesis, tomando en cuenta que el inicio del tabaquismo y el alcoholismo se está dando principalmente en la adolescencia y que la mayoría de los jóvenes que experimentan con el tabaco y el alcohol se vuelven usuarios frecuentes, dando acceso fácil a otras sustancias tóxicas, proponen un programa que por su diseño, estructura y resultados positivos en Estados Unidos, parece ser idóneo para ser aplicado, con algunas modificaciones, al sistema de educación pública nacional.

En este capítulo se describe el Programa de McGruff para la Prevención de Drogas y Protección de Niños y las adaptaciones que deben hacerse para que pueda ser aplicado en México, en el nivel preescolar de la Secretaría de Educación Pública.

3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE MCGRUFF PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS Y PROTECCIÓN A NIÑOS.

Debido al permanente incremento del uso de drogas y sustancias tóxicas en la niñez y adolescencia de Estados Unidos, el Departamento de Justicia convocó a diferentes organismos para que conjuntamente diseñaran en 1984, una Campaña Nacional Ciudadana para la Prevención del Crimen, surgiendo del trabajo multidisciplinario el Programa de Prevención de Drogas y Protección de Niños.(NCPC,1994)

El programa tiene como logotipo un perro irlandés llamado McGruff, el perro contra el crimen, un personaje fiable que ayuda a transmitir mensajes informativos y educativos que complementan todas las actividades que se realicen en materia de prevención de drogas y violencia.

El propósito del programa consiste en servir de ayuda en la promoción de una vida sana y sin drogas entre la niñez y juventud. Se lleva a cabo en el ambiente escolar y responde a las necesidades propias del desarrollo de los niños pertenecientes a cuatro grupos: kindergarden, primer y segundo grado, tercer y cuarto grado y quinto y sexto grado, con

actividades convenientes para las distintas edades y haciendo partícipes a los padres de familia.

Se desarrolló en dos modalidades: una durante 16 semanas, una vez por semana, y la otra durante 32 semanas, una vez por semana y repitiendo al terminar las mismas sesiones para obtener un reforzamiento de las mismas. Se utilizó una marioneta de McGruff también en dos modalidades: residente en el salón de clases o itinerante entre 7 salones.

Fue aplicado en 48 escuelas y al aplicarse una serie de cuestionarios se obtuvieron los resultados que se encuentran en el Anexo 2.

3.2 ADAPTACIONES DEL PROGRAMA MCGRUFF A MÉXICO

Según Holtzman y cols (1975), los patrones de crianza, las variaciones de estilos de vida familiar, los sistemas de valores, las variaciones sociolingüísticas, los diversos órdenes sociales y sus sistemas políticos y económicos, son sólo unas cuantas de las principales influencias ambientales sobre el desarrollo de los seres humanos.

A partir de esto, se hicieron comparaciones transculturales y ambientales utilizando grandes grupos de niños cuidadosamente escogidos de Estados Unidos y México, a lo largo de seis años de pruebas repetidas en las dos culturas y dieron como resultado varios hallazgos significativos.

La batería básica incluyó tests cognoscitivos, perceptuales y de la personalidad. Después de un análisis de los diversos métodos para estudiar la cultura y la personalidad, como disciplina formal, se revisaron varios antecedentes históricos de las sociedades contemporáneas de ambos países. Basándose en este análisis se presentan seis hipótesis sobre las diferencias de personalidad entre mexicanos y norteamericanos:

- los norteamericanos tienden a ser más activos que los mexicanos en su estilo de confrontación a los desafíos y problemas de la vida;
- los norteamericanos tienden a ser más dinámicos, tecnológicos y externos que los mexicanos, en el significado de la actividad dentro de la cultura subjetiva;
- los norteamericanos tienden a ser más complejos y diferenciados en la estructura cognoscitiva que los mexicanos;
- los mexicanos tienden a ser más centrados en la familia, mientras que los norteamericanos lo están más en los individuos;
- los mexicanos tienden a colaborar más en las actividades interpersonales, mientras que los norteamericanos son más competitivos;
- los mexicanos tienden a ser más fatalistas y pesimistas que los norteamericanos en sus perspectiva sobre la vida.

Sin embargo, es muy probable que la cultura subjetiva de ambas sociedades pase a un orden nuevo que vaya más de acuerdo con las demandas del presente y del futuro, conservando algunas características comunes de lo antiguo, mientras se establecen nuevas prioridades y nuevos valores.

Sería esperar demasiado que los aspectos más adaptables de la activa sociedad norteamericana se fusionara con la firmeza de afiliación y lealtad interpersonal de la sociedad mexicana tradicional, con lo que ambas culturas saldrían beneficiadas.

Tomando en cuenta las diferencias que existen en una población y otra pensamos en algunos cambios que serán de utilidad a los niños mexicanos.

La edad en que se propone aplicar el programa será en el rango de 5 y 6 años que es el período de pre-primaria, ya que el proceso para adquirir una estructura cognoscitiva se ve afectado por el grado de estimulación que generalmente reciben los niños mexicanos. Durante este período pueden desarrollar aptitudes de rechazo, habilidad para decir "no" a una petición o desafiar a alguno de su edad. Los adultos debemos fomentar la colaboración entre iguales debido a que esta cualidad creará relaciones importantes con el grupo en años posteriores.

En el Programa original, el eje rector de las actividades contra las drogas es McGruff, el perro contra el crimen, y su sobrino Scruff. Ya que los personajes no se ajustan a la idiosincrasia mexicana, se propone un cambio tanto en la representación gráfica como en las marionetas de los dos perros pastor alemán, que es la raza más conocida aquí, además de que son los animales que más comúnmente emplean las fuerzas policiales en su combate contra las drogas, con los nombres de Paco para el perro adulto y Pepe para el cachorro.

Serán 15 sesiones de 50 minutos aproximadamente, una vez por semana. Se llevarán a cabo de una manera dinámica y se deja ese período entre sesión y sesión para que el pequeño asimile y con ayuda de sus padres refuerce la habilidad aprendida.

Ya que los mexicanos se centran más en la familia, se propone enviar a padres de familia y maestros de los niños que van a ser expuestos al programa, un manual que será una presentación en la que se les invita a participar activa y entusiastamente, empleando las aventuras del perro Paco, el perro antidrogas y su sobrino Pepe.

CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PROPUESTO

Las autoras de esta tesis piensan que la prevención tiene su máximo exponente en la intervención educativa, entendida ésta como una intervención que, tomando como base la escuela, es capaz de interrelacionar a la familia y a la comunidad. Se avocan al programa destinado a niños cuyas edades corresponden de los 5 y 6 años, pues educarlos desde edades tempranas sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas así como equiparlos con las habilidades necesarias de autoestima, toma de decisiones, solución de problemas y aumentar su capacidad de comunicación con personas de confianza, les permitirá realizar decisiones adecuadas, sanas y seguras, que los llevará a una mejor calidad de vida minimizando los problemas que se puedan presentar en etapas posteriores del desarrollo.

La intrincada interacción física, mental, social y emocional en el desarrollo debe ser conocida cuando se planea e implementa un programa de calidad para niños de estas edades.

A continuación una lista de las etapas de desarrollo compilada de varios expertos (Mussen, 1981; Lewis, 1982; Gesell, 1985):

- a) **Período senso-motor - Período de entrada sensorial y coordinación de acciones físicas (0-2 años)**

A través de una búsqueda activa de estimulación el bebé combina reflejos primitivos dentro de patrones repetitivos de acción. Al nacer, el mundo del niño se reduce a sus acciones. Al terminar el primer año ha cambiado su concepción del mundo y reconoce la permanencia de los objetos cuando éstos se encuentran fuera de su propia percepción. Otros signos de inteligencia incluyen la iniciación de la conducta dirigida a un objetivo y la invención de nuevas soluciones. El niño no es capaz de representaciones internas (lo que usualmente consideramos como pensamiento), pero en la última parte de este período se refleja una especie de "lógica de las acciones". Como el niño no ha desarrollado el lenguaje este brote de inteligencia es preverbal.

b) **Período preoperacional. Período del pensamiento representativo y prelógico (2-7 años)**

En la transición a este período el niño descubre que algunas cosas pueden tomar el lugar de otras. El pensamiento infantil ya no está sujeto a acciones externas y se interioriza. Las representaciones internas proporcionan el vehículo de más movilidad para su creciente inteligencia. Las formas de representación interna que emergen simultáneamente al principio de este período son: la imitación, el juego simbólico, la imagen mental y un rápido desarrollo del lenguaje hablado. A pesar de tremendos adelantos en el funcionamiento simbólico, la habilidad infantil para pensar lógicamente está marcada con cierta inflexibilidad.

Entre las limitaciones propias de este período tenemos:

- Incapacidad de invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original;
- Incapacidad de retener mentalmente cambios en dos dimensiones al mismo tiempo ;
- Incapacidad para tomar en cuenta otros puntos de vista .

Como se ve, en estas edades son fisiológicamente inmaduros y necesitan orientación y supervisión atenta y sensible por parte de personas adultas, con el fin de desarrollar su confianza, capacidad y responsabilidad.

Empezan a aprender de una forma concreta, imitan el comportamiento de otras personas, especialmente de sus padres, maestros, hermanos mayores, héroes del deporte, la televisión, etc. Son más receptivos a lo que ven que a lo que escuchan.

No tienen desarrollada plenamente la capacidad para pensar de forma abstracta o comprender ideas generales o consecuencias futuras, ni manejan un sentido realista del tiempo y del espacio. Por lo mismo, pueden tener dificultades para diferenciar la realidad de la fantasía. Se tiene una dimensión mágica, y tanto lo mágico como lo fantástico lo perciben como real. En su mundo "los buenos" siempre ganan y las personas adultas siempre dicen que se haga lo correcto.

Confían mucho en las personas adultas; en que no se les traicionará, por lo tanto, saben que la información que provenga de ellas será verídica y exacta, ya sea bajo la forma de anuncio de televisión, o de los padres al darles una medicina. Desgraciadamente, este alto nivel de confianza les puede llevar también a participar en actividades que pueden perjudicarles.

Por lo general, se sienten bien consigo mismos, tienden a pensar que pueden hacer cualquier cosa. Les gusta ir a la escuela y desean aprender sobre su mundo inmediato, quieren desarrollar habilidades físicas e intelectuales. El principal factor para interferir en el creciente desarrollo de un sentimiento de autoconfianza y competencia es recibir respuestas o evaluaciones negativas de sus esfuerzos.

Disfrutan estando con otros niños de su edad. Aprenden y exploran el mundo jugando. Aunque sus aptitudes para desarrollar amistades son aún limitadas, trabajan en el desarrollo de la amistad de todas las formas que creen que pueda funcionar. En ocasiones les resulta fallido y son rechazados. En este caso, los adultos les pueden ayudar a desarrollar habilidades sociales y a fomentar las relaciones positivas con los demás. Muestran preocupación cuando otro niño se lastima y en las actividades cotidianas desarrollan nociones de justicia, amabilidad y generosidad.

Padres, maestros y psicólogos debemos fomentar la colaboración entre iguales debido a que esta cualidad creará relaciones importantes con el grupo en años posteriores. Por esta razón, como parte del programa se enviará a los padres de familia de los niños que serán expuestos al mismo, un Manual en el cual se les explica de manera clara y sencilla cómo son y qué se puede esperar de los niños de 5 y 6 años, por qué es importante tener una buena comunicación con ellos, sugerencias para desarrollar su autoestima y las habilidades de toma de decisiones y solución de problemas, así como sencillas maneras de hablarles de algunas drogas.

Es conveniente enfatizar la importancia que por su trascendencia en la interacción física, mental, social y emocional, conlleva la aplicación de un programa como el propuesto en el niño; por tal razón, antes de someterlo al mismo, deberán identificarse y conocerse con amplitud las diferentes etapas que conforman su desarrollo.

A continuación se presenta el índice y el cuerpo del Manual:

4.1 EL MANUAL PARA PADRES

Introducción

Cómo son los niños de cinco y seis años

Advertencia a los padres

Identificando y previniendo problemas

¡Actuemos Ya!

Hablando con los niños de drogas

4.1.1 INTRODUCCIÓN

Estimable padre de familia o maestro:

Este sencillo manual pretende ayudar a la preparación de padres y maestros que están en contacto con niños en el nivel preescolar, para inducir un mejor manejo de los aspectos relacionados con autoestima, solución de problemas, toma de decisiones y conciencia de salud y seguridad, así como los diferentes tipos de adicciones como tabaquismo, alcoholismo y otro tipo de consumo de sustancias tóxicas, en niveles apropiados de su desarrollo.

Puede surgir el cuestionamiento de la importancia de la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias tóxicas en niños cuyas edades fluctúan entre 5 y 6 años de edad. Sin embargo estas etapas del desarrollo del niño se consideran como fundamentales para la adolescencia y la madurez. Como podrá advertirse en el cuerpo del manual, nunca es demasiado anticipado empezar a hacer conscientes a los niños de este tipo de problemas y consecuentemente iniciados en el desarrollo de las actitudes y habilidades necesarias para la adopción de decisiones inteligentes.

Algunas de las actividades que se proponen incluyen la mención específica de Paco, el perro antidrogas y su sobrino Pepe, que son el logotipo del programa. Todas son positivas, no obstante que no se discuten aspectos relativos a las drogas directamente, por lo general, se enfocan a la formación del niño(a) para una toma de decisiones seguras y saludables.

Junto con las actividades, en forma permanente se les enviarán cartas a los padres de familia para que sepan el tema que se trabajó y puedan reforzar en casa el conocimiento adquirido y así lograr un trabajo integral entre todas las personas involucradas con los pequeños.

Ojalá, el esfuerzo que ahora se emprende contribuya a erradicar el flagelo de los tiempos contemporáneos: las adicciones, ¡mucho éxito!

4.1.2. CÓMO SON LOS NIÑOS DE CINCO Y SEIS AÑOS

Los niños y niñas de estas edades son fisiológicamente inmaduros y necesitan orientación y supervisión por parte de los adultos. Pueden, por ejemplo, necesitar ayuda para elegir la ropa apropiada según el clima o que les recuerden los peligros de cruzar una calle con mucho tráfico; es necesaria la supervisión en relación con su nutrición, el ejercicio, el descanso y el tiempo libre. Por tanto, lo que requieren es una orientación atenta y sensible con el fin de desarrollar su confianza, capacidades y responsabilidad.

Piensen y aprenden de una manera concreta. No tienen sentido real del tiempo y del espacio; no han desarrollado plenamente la capacidad de forma abstracta o comprender ideas generales o consecuencias futuras. Aprenden imitando el comportamiento de otras personas, especialmente de los padres y los maestros, hermanos mayores y héroes del deporte, televisión, etc. Son más receptivos al "hazlo como yo" que al "hazlo como digo".

Ejemplos del aprendizaje de forma concreta es la imitación de la conducta y la manipulación de objetos, ya que al tocar algo lo convierte en real.

Por su falta de pensamiento abstracto, se les dificulta diferenciar la realidad de la fantasía. Así, esta edad tiene una dimensión mágica. En su mundo "los buenos" siempre ganan, y las personas adultas siempre dicen que se haga lo correcto.

Confían mucho en las personas adultas, saben que no los traicionarán, por tanto, creen que la información que provenga de ellas será creíble y exacta y desgraciadamente este alto nivel de confianza puede llevarles también a participar en actividades que pueden perjudicarles.

Por lo general, se sienten bien consigo mismos. Si no son evaluados o castigados con demasiada dureza en casa o la escuela, tienden a pensar que pueden hacer cualquier cosa. Tienen deseos de aprender sobre su mundo inmediato. El evaluar positivamente sus esfuerzos será el principal factor para lograr el creciente desarrollo de un sentimiento de auto-confianza y competencia.

Aprenden y exploran el mundo jugando. Muestran preocupación por otros niños y niñas y en sus actividades cotidianas desarrollan nociones de justicia, amabilidad y generosidad. Pueden desarrollar aptitudes de rechazo, habilidad para decir "no" a una petición o desafiar a alguno de su edad. Sienten gran empatía y quieren ayudar a los demás. Los adultos deben fomentar la colaboración entre los niños
Debido a que esto creará relaciones importantes con el grupo en años posteriores.

4.1.3 ADVERTENCIA A LOS PADRES

Los mensajes de prevención de drogas que llegan a los niños pequeños son una necesidad, no un lujo. Es tentador pensar que los niños de cuatro a seis años realmente no entienden acerca de drogas y que no pueden beneficiarse de las actividades y discusiones diseñadas para prevenir su uso. La triste verdad es que muchos niños están expuestos a esto en casa, en el vecindario, en la televisión, y con parientes y amigos. Algunas veces parece que estos niños están más adelantados a sus años. El hecho es que a menudo están temerosos y ansiosos. El impacto de las drogas y la violencia los deja a menudo con secuelas que no son fáciles de curar. Los maestros y otros profesionales pueden protegerlos y ayudarles a adquirir fuertes auto-conceptos y habilidades necesarias para hacer buenas elecciones el resto de sus vidas.

Los padres y los maestros son el recurso más temprano y mejor en esta tarea. Empezar tan pronto como el niño empieza a gatear o a abrir puertas. "¡No. Ahí hay cosas peligrosas!". Los padres instalan cerraduras fuera del alcance de los pequeños.

Al ir creciendo, los niños necesitan saber que ciertas drogas (medicinas) les son administradas para que se sientan mejor cuando se enferman. Necesitan aprender a confiar en el doctor y los padres y ser enseñados que estas mismas medicinas/drogas pueden lastimar el cuerpo de los niños si no son tomadas apropiadamente. Todo mundo necesita recordar tomar todos los medicamentos con cuidado siguiendo las instrucciones del médico acerca de dosis, frecuencia y combinación con otros medicamentos.

Los niños aprenden observando a sus padres, cuidadores y otros adultos. Pueden confundirse cuando escuchan "no hagas eso" y luego ve que los adultos beber en exceso, se ponen violentos o malhumorados, toman píldoras, fuman o usan drogas. Las actitudes clave formadas en los años de preescolar reflejan la comunicación de las percepciones de los niños y medio ambiente. Así, muchos factores que pudieran condicionar el abuso posterior de una sustancia y la violencia podrían ser establecidos en la niñez temprana.

Algunas veces niños muy pequeños parecen saber más acerca de una escena de droga que tú. Imagina que pueden estar expuestos a las drogas en sus propias casas y vecindarios. En algunas ocasiones los niños pueden hablar de drogas porque puede formar parte de su entorno y tú ni siquiera sabes, porque no estás familiarizado con el vocabulario del mundo de las drogas.

4.1.4 IDENTIFICANDO Y PREVINIENDO PROBLEMAS

Muy pocos niños de cuatro y cinco años estarán directamente involucrados en el uso de drogas. Sin embargo, muchos niños pequeños conocen los efectos de su uso por alguien cercano a ellos. Existen algunos signos o advertencias en el comportamiento de los pequeños que te pueden alertar en este tipo de problema: un niño feliz y sonriente se vuelve quieto y pensativo; un niño rehusa participar en actividades que usualmente disfrutaba; un niño tiene problema en descansar en su siesta y parece frustrado; un niño se siente y parece estar "perdido en el espacio" fuera de la realidad.

Cuando observes estas cosas en los niños, es tiempo de actuar. Aquí hay algunas cosas para preparar:

- Familiarízate con los hechos en cuanto a drogas legales e ilegales.
- Lee mucho acerca de programas de prevención exitosos y los recursos disponibles.
- Observa y haz notas en sus cambios de comportamiento y carácter.
- Establezcan y mantengan relaciones cercanas entre ustedes (padres y maestros)
- Alienta a los niños a hablar de sus sentimientos, miedos y conocimientos, incluyendo aquellos acerca de actividades relacionadas con droga.
- Ofrece apoyo, ayuda, guía y motivación.
- Provee, según su desarrollo, actividades agradables que les ayuden a enseñar habilidades para hacer elecciones más seguras y saludables.

Las investigaciones recientes apoyan la fuerte necesidad de calidad sobre programas de prevención en abuso de sustancias para niños de cuatro a seis años. Programas que promuevan los auto-conceptos positivos enfocándose en la autoestima, solución de problemas y habilidades de toma de decisiones en los niños. Otras aptitudes importantes que necesitan es aprender a pensar creativamente, reconocer a personas fiables, tener conciencia de salud y seguridad, escuchar y compartir.

Los esfuerzos de prevención pueden proteger a los niños estimulando la flexibilidad. Los niños elásticos, aquéllos que son capaces de sobreponerse a los problemas y ajustarse al cambio - tienden a desplegar varias de todas las características siguientes: 1) una aproximación activa para resolver problemas, 2) aceptación por el adulto que lo cuida, 3) habilidad para mantener una mirada positiva en la vida (y ver sus experiencias constructivamente), y 4) un sentido del humor.

4.1.5 ¡ACTUEMOS YA!

Qué puedes hacer para ayudar a los niños de cinco y seis años a estar libres de las drogas

Los padres son los primeros y más importantes maestros. Las actividades y habilidades que se le enseñen a niños pequeños juegan un papel enorme en el éxito de su vida posterior. Los pequeños de cuatro a seis años asisten al kinder, y ya están en el camino del desarrollo de su personalidad.

Ser padre es difícil pero tiene recompensas. Ser un buen padre no depende de tener mucho dinero, depende de la calidad, la consistencia en las reglas, el establecimiento de límites y paciencia, amor y comprensión.

Los niños desarrollarán actitudes y habilidades, y puedes enseñarles las que quieras que obtengan. Tu niño(a) estará involucrado(a) en muchas actividades de aprendizaje este año en la escuela que le ayudarán a alentarlas. Cuando realizamos alguna actividad en la escuela que pudiera ser divertida para compartir con él (ella), se enviará una carta describiendo qué puedes hacer para reforzar el tema particular en casa.

El ayudar al niño le da autoestima, desarrolla habilidades efectivas para la resolución de problemas y la toma de decisiones, y llega a ser auto-disciplinado y la estabilidad emocional es una tarea enorme, toma mucho tiempo, pero los resultados serán perdurables para siempre.

A continuación hay descripciones de cómo ayudarlo(a) a crecer cada día en forma que le hará sentirse más seguro

Autoestima

La autoestima ha sido identificada como el factor más importante en el éxito de los niños. Como padres, se debe tener la habilidad de ayudar a los niños a desarrollarla, dado que su propia imagen es formada en casa. Los niños tienden a verse como reflejos de lo que piensan sus padres de ellos. Se sienten bien consigo mismos cuando se sienten valorados y amados, competentes y exitosos, aceptados por otros, seguros, apreciados y que valen la pena. Los padres pueden ayudarlos a sentirse así, haciéndoles saber que tiene un lugar muy especial en la familia.

Construir la autoestima, amando incondicionalmente. Amar al niño(a) por lo que es, no por lo que hace. Cuando lo(a) sanciones, habla acerca del comportamiento en particular que no te gusta, no del niño(a). Alábalo(a) en público, críticoalo(a) en privado.

Muestra afecto. Abraza, toca y sonríe: dile a tu niño(a) que lo(a) amas. Es posible hacerlo a menudo, cada día, antes de la escuela, después de la escuela, y otra vez en la noche.

Pasa con tu niño(a) un tiempo específico. Si es posible ve un programa especial de TV con tu niño(a) y pregúntale qué le gusta. Toma un paseo con él(ella) y habla de las actividades del día. Háblale mientras haces cosas todos los días. Por ejemplo "Mientras preparamos la cena, te voy a contar del día cuando hice un pastel especial para un vecino". "Mientras te ayudo con el baño, te voy a contar de lo que a mí me gustaba cuando tenía tu edad", etcétera.

Dale responsabilidades razonables. Los niños necesitan sentir que pueden contribuir y que son necesitados. Les gusta ayudar, especialmente cuando se les da crédito por su contribución. Por ejemplo, deja que ponga los tenedores y cucharas en la mesa. Primero explícale cómo se debe hacer, y luego agradece por la ayuda. Asegúrate de no rehacer la tarea, aunque no esté hecha perfectamente. Dale tareas que pueda hacer

exitosamente. Los niños no pueden lavar ropa a los cuatro años, pero pueden llevar su ropa sucia al cesto o al cuarto de lavado.

Alaba el esfuerzo. Los niños harán algunas cosas bien y también tendrán errores. Cuando no puedan atar sus zapatos, diles que es difícil hacerlo y ayúdale. Cuando unten más mantequilla en la mesa que en la pieza de pan, ayuda limpiando la mesa. Asegurándote de hacer saber a tu niño(a) que te sientes orgulloso de él(ella) porque lo está intentando.

Enseña a tu hijo(a) a comunicarse. Da a cada niño(a) de la familia tiempo para hablar cuando todos están juntos. Si un miembro interrumpe, con un muñequito de peluche o un juguete simboliza a una persona que dice "tiempo para compartir" o este muñequito que lo sostenga la persona que está hablando y luego que lo pase, simbolizando así que pasa el turno de hablar a otra persona. Alienta a todos los miembros de la familia a ser buenos escuchas.

Muestra orgullosamente el trabajo de tu niño(a). Deja a tu niño(a) que presente sus papeles que trajo de la escuela a casa. Pon una foto del niño(a) haciendo algo que a él(ella) le guste y que haga bien como aventando una pelota, haciendo un rompecabezas, etcétera. Después de una semana, cuando el espacio esté lleno, ayúdale a guardar sus cosas favoritas en un álbum.

Espera que tu niño(a) haga su mejor esfuerzo académicamente y en su comportamiento. Pero recuerda no compararlo(a) con un hermano mayor o un vecino quien "podía hacer eso cuando tenía tu edad", etcétera. Valora la individualidad de tu niño(a) y piensa que aprenderá y crecerá a su propio ritmo.

Usa un lenguaje que promueva autoestima. "¡Lo puedes hacer!" "¡Es un buen trabajo!" "¡Realmente trabajaste mucho en eso!" Yo sé que disfrutaste cuando te hice esa foto!" Evita enunciados que podrían minimizar la autoestima: "La última vez que lo intentaste, lo rompiste!". "Mejor deja que alguien te ayude". "Nunca puedes hacer cosas sin dejar un trastero". Envía mensajes de que Sí pueden.

Solución de Problemas y Tomas de Decisiones

Solución de problemas es lo que tú haces cuando sabes que los tienes pero no tienes idea de cómo resolverlos inmediatamente. En contraste, la toma de decisiones se lleva a cabo cuando sabes qué opciones existen y debes elegir.

Solución de Problemas

Ayuda a tu niño a desarrollar habilidades de solución de problemas en casa. Aquí hay unos pasos a seguir:

- 1) Imagina cuál es el problema.
Por ejemplo; Tu niño(a) llega a menudo tarde a la escuela.
- 2) Determina de quién es el problema.
¿Se levantan tarde los padres? ¿Hay muchas cosas que hacer en la mañana?
¿Tu niño(a) a menudo olvida algo y pierde mucho tiempo tratando de encontrarlo.
En este ejemplo; Tu niño(a) a menudo olvida algo y pierde mucho tiempo tratando de encontrarlo.
- 3) Resuelve el problema identificado ayudándolo(a) a pensar en lo que necesita hacer (ej. Estar listo(a) para salir a una hora específica) y haciendo una lluvia de ideas con él (ella) buscando formas de conseguir la meta. Por ejemplo:
Que el papá guarde las cosas que necesita llevar y tenerlas en la mano hasta la salida o tener un lugar para poner las cosas de la escuela junto a la puerta, etc.

Toma de Decisiones

Quando hay disponibles varias opciones, los niños necesitan aprender estrategias para hacer la mejor elección posible. Ayúdalo con estos pasos:

- 1) Lluvia de ideas acerca de los pros y contras de cada opción.
- 2) Deja que tu niño(a) haga la decisión que decida es la mejor para él(ella)
Si tu niño(a) hace una decisión que depende mucho de otros, le puedes decir, "revisemos otra vez y veamos si estás haciendo tu trabajo". Ayúdale a ver que puede decidir cómo resolver el problema. Aléntalo(a). En la situación descrita arriba, puedes decir, "¡Bien por tí! Si ves que ha olvidado algo, dile, "¿Hay algo que necesitas hacer para estar listo para la escuela a tiempo en la mañana?" Generalmente se apresurará a hacerlo.
- 3) Deja que los niños hagan tantas decisiones como sean capaces, mientras estructuran opciones realísticamente. Por ejemplo, deja que escoja entre sólo dos opciones, no más. Gradualmente serán más y más flexibles.
Deja que escoja una golosina. "¿Quieres un plátano o una manzana?" Pregunta, "¿Quieres bañarte antes o después de que te lea el cuento?" (La elección no es si tomar el baño, sino cuándo).

Si estás en una tienda y tu niño(a) ruega le compres cierta comida, permítele escoger un número específico de cosas. Mantente en el número. Permite que regrese algo y que haga cambios, pero no le compres más de lo que acordaron o de lo contrario batallarás lo mismo cada día de compras.

- 4) Deja que cometa pequeños errores y viva las consecuencias. Es mejor cometer errores y aprender de ellos en materias relativamente pequeñas que dejar de aprender esta habilidad. Dejar la lonchera en la escuela y tener que llevar en una bolsa el sándwich es mejor "maestro" que tener un padre que le recuerde una y otra vez traer la lonchera a casa.
- 5) Enséñale la importancia de seguir las decisiones. Los padres pueden dar el ejemplo. Un uso perfecto de esto serían las reglas de la casa. Asegúrate de que éstas son simples, entendidas, justas y realistas. Deja que tu niño(a) participe en el establecimiento de algunas reglas y mantente firme en el respeto a las mismas ya que si hay una inconsistencia confundirá a los niños y lo alentará a pasar los límites.

Las reglas y los límites son importantes. Las investigaciones muestran que los padres muy permisivos a menudo tienen hijos con autoestima más baja y menos habilidades de toma de decisiones sin conocimiento ni experiencia para hacerlo capazmente, a menudo son temerosos e inseguros. Los niños quieren ayuda y lineamientos. Cuando los padres no hacen o refuerzan las reglas, los niños pueden pensar que no les importan a sus padres.

En los hogares donde hay oportunidad para los niños de dar ideas o cuestionar un regla, piensan que sus opiniones son escuchadas y consideradas. Los niños de estos hogares se sienten más respetados, valorados y apreciados. El punto no es para ellos conseguir "su propio camino" sino tener una parte real del proceso de toma de decisiones.

Cuando sea apropiado, sé honesto con tus propios sentimientos. Por ejemplo, cuando un amigo o pariente muere, no escondas tu pena. Deja que tu niño(a) te vea llorar. Explícale que la muerte es parte de la vida. Cuando alguien enferma sé honesto y dale confianza al respecto. El divorcio es difícil para él (ella), explícale por qué está sucediendo y dale confianza diciéndole que él (ella) no es el problema. Muéstrale tu amor. Tu niño(a) no debe sentir que estos son problemas que él (ella) debe resolver y entender que no importa qué pase, él (ella) es amado(a).

4.1.6 HABLANDO CON NIÑOS PEQUEÑOS DE DROGAS

Ya que los niños pequeños en algunas comunidades están expuestos a las drogas y a su uso, hay una necesidad de empezar discusiones y educación preventiva temprana. Muchos maestros y padres se preocupan porque piensan que la información acerca de drogas podría asustar a los niños o estimularlos a experimentar por la curiosidad. Para evitar estos peligros, los adultos deben:

- Tener cuidado de mencionar sólo las drogas específicas con que los niños tienen que tratar.
- Aclarar los daños consecuentes del uso de drogas (sin exagerar)
- Aclarar sus actitudes acerca de por qué los niños no deberían involucrarse con las drogas.

Cada comunidad es única en su fuerza y en su debilidad. Tú sabes mejor qué temas necesitan ser manejados en tu entorno. No necesitas explicarles más. Sin embargo, si sientes que es necesario hablar acerca de drogas específicas - porque hay algunos niños en tu comunidad que pueden estar expuestos a ellas - encontrarás a continuación más información que te será de ayuda. Usa las preguntas que los niños te hacen como una guía de cuánto realmente están listos para discutir. Sigue su guía. Cuando ya satisficieron su interés, ellos mismos cambiarán de tema.

En niños pequeños es más probable que estén familiarizados con una o más de cuatro drogas: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack.

Hay otro problema que afecta a un número creciente de niños en México. Niños en etapas escolares de primaria y secundaria están inhalando una gran variedad de productos legales que pueden ser comprados diariamente para el uso en casa. Los químicos en estos productos - tales como pinturas, limpiadores, combustibles y propulsores- pueden ser muy peligrosos si se usan inapropiadamente. De acuerdo al Instituto Internacional del Abuso de Inhalantes hay alrededor de 1400 productos de los que se abusa en el mercado hoy en día. Ya que muchos de estos tipos de productos son encontrados normalmente en las casas, los niños necesitan ser enseñados a usar estas sustancias apropiadamente y que aprendan los efectos dañinos de estos químicos.

Qué Decir a Niños Pequeños Acerca de Ciertas Drogas.

Alcohol. Es una bebida para adultos. Sin embargo, puede ser dañino si es usado en una forma insegura o tonta. El alcohol puede cambiar el humor de la persona - puede hacerla pesada, triste, divertida, relajada, confundida, desconcertada o enojada. El alcohol puede

dificultar la vista y el pensar claramente así como el practicar deportes y es peligroso para manejar. Puede lastimar el cuerpo. Es contra la ley que los niños beban, y los lastima más que a los adultos porque los niños son pequeños y aún están creciendo.

Tabaco. Está hecho de una planta que contiene una droga que se llama nicotina. Es fumado en cigarros, pipas o puros, pero también puede mascarse. Fumar tabaco lastima a la gente que lo usa y la que está alrededor. El humo daña los pulmones, los cuales nos ayudan a respirar y el corazón, que bombea nuestra sangre. Es por eso que la ley está en contra de que los niños compren cigarros. No son saludables para nadie- ni para los niños ni para los adultos.

Mariguana. Proviene de una planta. Es fumada algunas veces como cigarros llamados "carrujos". Lastima los pulmones, que nos ayudan a respirar, y al corazón, el cuál bombea la sangre. Fumar mariguana cambia el humor de las personas y hace que el cerebro funcione diferente. Dificulta pensar claramente. La mariguana también es llamada "mota", "hierba" "pasto". Es una droga prohibida por la ley.

Cocaína. También viene de una planta y parece polvo. La gente huele o absorbe el polvo con su nariz. Algunos fuman pequeñas piezas llamada crack en pipas. Otros se administran por medio de una inyección, lo que es extremadamente peligroso, porque usan agujas sucias que podrían causarles algunas enfermedades severas. La gente usa la cocaína porque piensan que les hará sentir bien. Es muy difícil suspender el uso una vez que la persona empieza - aún si ha sido sólo una vez. Daña el cerebro, el corazón, los pulmones y puede matar. Es contra la ley el uso de cocaína por cualquier persona.

Inhalantes. Son artículos comunes que se tiene en casa. Incluyen pegamentos, pintura, limpiadores, gasolina, sprays (que sacan de una lata bajo presión). Se tienen que usar sólo para su propósito por ejemplo, para limpiar. Nunca se deben probar o sostener cerca de la cara, porque podría ser muy peligroso. La gente los respira profundamente para sentirse "muy bien" (un sentimiento divertido) puede lastimar tu cerebro y otros órganos del cuerpo, como pulmones, corazón o riñones. No es peligroso usar productos como pegamento apropiadamente (ejemplo, en un proyecto de arte) pero podría ser malo mantener el pegamento cerca de la cara y respirar profundamente.

Recuerda: la información acerca de hablar a los niños de drogas es simplemente una guía para la discusión de salud y seguridad. Usa tu criterio al escoger cuáles drogas discutirás con tus niños.

4.2 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN EL ÁMBITO PRE-ESCOLAR

El Programa se implantará en el centro escolar, teniendo como logotipo a Paco, el perro antidrogas y su sobrino Pepe, el cachorro. Se llevará a cabo durante 15 sesiones de 50 minutos aproximadamente, una vez por semana. Una semana antes de empezar se enviará a los padres de familia el Manual y se les informará que sus niños serán expuestos al Programa y que recibirán una carta por sesión para que se enteren de la actividad que se realizó y con sugerencias para que refuercen lo aprendido por los niños. Cada sesión consta de una hoja de registro que será utilizado por el facilitador para poder evaluar los resultados.

A continuación se mencionan las sesiones y sus objetivos:

Sesión I: "Permíteme Presentarte a Paco"

Objetivos:

Familiarización con Paco y Pepe y lo que representan.

Sesión II: "Resolviendo el Problema de la Historia"

Objetivos:

Toma de decisiones

Solución de problemas

Sesión III: "¿Puedes Pensarlo, Puedes Adivinarlo?"

Objetivos:

Conciencia de salud y seguridad

Sesión IV: "¿Qué es lo que Falta?"

Objetivos:

Solución de problemas

Conciencia de salud y seguridad

Sesión V: "¿Qué Harías Si...?"

Objetivos:

Toma de decisiones

Solución de problemas

Conciencia de salud y seguridad

Sesión VI: "Categorizando"

Objetivos:
Conciencia de salud y seguridad
Toma de decisiones

Sesión VII: "Diseñando Señales y Símbolos de Advertencia"

Objetivos:
Toma de decisiones
Conciencia de salud y seguridad

Sesión VIII: "Creciendo Saludable y Fuerte"

Objetivos:
Toma de decisiones
Aprendizaje acerca de comidas sanas
Autoestima

Sesión IX: "Hábitos Saludables"

Objetivos:
Conciencia de salud y seguridad
Toma de decisiones

Sesión X: "Personas de Confianza"

Objetivos:
Toma de decisiones
Conciencia de Seguridad

Sesión XI: "¿Qué Sabes Acerca de las Drogas?" Día Uno

Objetivos:
Conciencia de salud y seguridad

Sesión XII: "¿Qué Sabes Acerca de las Drogas?" Día Dos

Objetivos:
Toma de decisiones

Sesión XIII: "¿Qué Sabes Acerca de las Drogas?" Día Tres

Objetivos:
Toma de decisiones
Conciencia de salud y seguridad

Sesión XIV: "Álbum de Foto Familiar"

Objetivos:
Autoestima

Sesión XV: "Cree en Tí Mismo"

Objetivos:
Autoestima

Enseguida se encuentra la descripción de actividades de cada sesión del Programa:

Sesión I: PERMÍTEME PRESENTARTE A PACO

Objetivos:

- Comunicación oral
- Familiarización con Paco y Pepe
- Comprensión de lo que representa Paco

Materiales:

- Póster de Paco y Pepe
- Hojas con dibujo de Paco
- Lápices de colores

Actividad:

Se despliega un dibujo de Paco y Pepe. Se lee o cuenta la historia que está a continuación que presenta a Paco y Pepe y se describe cómo se ven los personajes, qué dicen y qué hacen.

A continuación se pide a cada niño que diga una oración referente a la historia o a los personajes.

Se registran todas las oraciones mencionadas en el pizarrón y se leen en voz alta al grupo.

Se escriben las oraciones que los niños dijeron y se da una copia a cada niño para que lleven a su casa y la compartan con sus familias.

Se dará a cada niño una hoja con el dibujo de Paco para que junto se dibujen a sí mismos.

Historia:

¡Conoce a Paco, el perro contra las drogas!, Él ayuda a los niños y niñas a aprender a combatir las drogas. Es un perro grande café. Se puede poner de pie como una persona.

Usa una gabardina, igual que la puede usar una persona. Va por las calles para ayudar a los niños a estar más seguros.

Y este es Pepe. Paco es su tío. Y como muchos niños, está ansioso por aprender más y crecer grande y saludable como Paco. Hace muchas preguntas. Algunas veces tiene dificultad para hacer elecciones seguras. Paco lo quiere mucho y le enseña cómo tener una vida feliz y sana.

Carta a los padres

Queridos padres:

Hoy aprendimos acerca de nuestro amigo Paco que es el perro contra las drogas y su sobrino Pepe. Estaremos hablando de Paco y cómo quiere que los niños estén seguros, saludables y libres de droga. Su sobrino Pepe es un chico feliz y ansioso que aprende de su tío y también lo ayuda. Igual que otros niños, algunas veces tiene dificultades para hacer elecciones seguras, y su tío Paco siempre lo ayuda así como los mayores ayudan a los niños.

Cada niño del salón de tu hijo (a) dio una oración para crear una historia acerca de Paco y Pepe. Pídele que te la cuente. Léanla juntos y pregúntale cuál es la parte con la que contribuyó. Anima a tu niño(a) a traer a casa más historias para compartir contigo.

Aquí hay otra idea. Cuenta a tu niño(a) una historia corta de alguna de las experiencias de tu niñez. Escriban algo juntos o dibujen acerca de la misma. No olvides alabar a tu niño (a) por el trabajo.

Hoja de registro:

Se evaluará si las oraciones que los niños dieron están relacionadas con la historia y si se comprendió lo que representa McGruff.

No. de frases congruentes con la historia	No. de frases incongruentes con la historia	No. participación
---	---	-------------------

Sesión II: RESOLVIENDO EL PROBLEMA DE LA HISTORIA

Objetivos:

- Toma de decisiones
- Solución de problemas

Materiales:

- Cuento de "Los Tres Cochinitos"
- Hojas blancas
- Lápices de colores

Actividad:

Se contará el cuento de "Los Tres Cochinitos".

Se pedirá a los niños que participen voluntariamente en la dramatización del cuento.

Se hablará de las partes que los niños recordaron. Si no detectaron un conflicto o problema, se tratará de dirigir la discusión hacia uno presentado en la historia.

Se les harán preguntas como "¿qué problemas tenían los Cochinitos cuando llegó el lobo?".

Después de que den sus respuestas se les preguntará, "¿ qué podrían hacer los Cochinitos diferente o mejor?".

Los niños necesitan entender claramente los problemas y las posibles soluciones antes de proceder a la actividad siguiente que es de dibujo.

Se pasarán hojas y se les pedirá que hagan un dibujo que muestre un problema de la historia en el primer recuadro y uno que muestre cómo podría ser resuelto dicho problema, en el segundo recuadro.

Se pedirá a cada uno explique qué problema dibujó y se discutirá, en el grupo la solución que se dibujó.

Carta a los padres

Queridos padres:

Estamos tratando de enseñar a los niños que puede haber varias soluciones para algunos problemas. Ellos necesitan identificar el problema, pensar en las elecciones y considerar las consecuencias de cada elección. Esto le ayudará a aprender a hacer mejores decisiones.

Hoy leímos "Los Tres Cochinitos", un cuento bien conocido en el cual los personajes tienen problemas a resolver. Tal vez te gustaría discutir la historia con tu hijo (a). Preguntas específicas (por ejemplo: ¿Quién estaba en el cuento?, ¿Qué hacían los personajes?, ¿Tenían cosas que decidir?) pueden ayudar a tu niño (a) a pensar más acerca de las elecciones. Podrías discutir diferentes soluciones a los problemas que a tu niño (a) le interesa hablar o alguna cosa que sea más cercana a las experiencias de tu familia.

Los cuentos leídos en casa o los programas de televisión observados juntos, algunas veces ofrecen una buena oportunidad para discutir las elecciones y sus consecuencias.

Animando a tu niño(a) ahora a compartir lo que está sucediendo en la escuela y en otras áreas de la vida le ayudará a construir comunicación entre tú y él. También permite que sepa que sus experiencias y sentimientos, buenos o malos, son importantes para tí.

Hoja de registro

Se registrará la participación durante la dramatización del cuento para determinar si fue comprendido.

Respuestas adecuadas	Respuestas no adecuadas
----------------------	-------------------------

Se registrará la identificación de los problemas, tanto en forma oral como por medio de los dibujos.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Se registrará las decisiones tomadas, tanto en forma oral como por medio de los dibujos.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Sesión III: ¿ PUEDES PENSARLO? ¿ PUEDES ADIVINARLO?

Objetivos:

- Conciencia de salud y seguridad

Materiales:

- Tarjetas con dibujos
- Hojas de actividades y recortes de Paco
- Pegamento

Actividad:

Los niños se sientan en el suelo. Se les explicará que se va a pretender hacer alguna cosa y que ellos van a tratar de adivinar lo que está haciendo. Se les dirá que nadie puede hablar en voz alta, que primero deben observar con cuidado y pensar y cuando crean que tienen la respuesta deben levantar la mano y esperar a que se les pida que hablen. Después que se han modelado dos o tres actividades y los niños han entendido el juego, permite a la persona que adivina estar "en escena". Se les explicará que el niño que hace la actividad es el actor, que no puede decir ninguna palabra, que debe estar en silencio y que esto se llama "pantomima".

Se tendrán tarjetas en las cuales previamente se anotó y está dibujada una actividad (peinarse, tocar el tambor, nadar, etcétera). Se le pedirá a cada niño elija una y se le dirá en secreto la actividad que debe realizar.

Si hay alguna dificultad en adivinar una actividad se les dará claves verbales (ejemplo, si la acción es tocar el piano, claves como "sus manos se mueven como si sus dedos hicieran algo", "puedes oír algo con lo que está haciendo", etcétera)

Se comentará que la característica de todas las actividades que se realizaron es que son actividades saludables y seguras.

Se les dará una hoja con dibujos de actividades saludables y seguras y recortes de Paco para que los peguen encima de tales actividades.

Carta a los padres

Queridos Padres:

Hoy en la escuela jugamos ¿Puedes Adivinarlo?. Al niño (a) le toca turno para actuar muchas actividades diferentes. Probablemente tú has jugado antes esto, tal vez incluso con tus niños.

A los niños les encanta exagerar las actuaciones y tienen gran imaginación, así que siempre dan un espectáculo maravilloso y creativo.

Anima a tu niño(a) actuar alguna cosa que él (ella) o algún amigo actuó en la escuela hoy. Sería divertido que enseñara el juego a la familia entera. Otra versión de esta actividad sería desarrollar una lista de cosas que hacen los miembros de la familia en la casa. Se puede entonces tomar turno en actuar uno a uno.

Disfruta la creatividad. Exagera tu actuación, a tu niño(a) le va a encantar.

Hoja de registro:

Se contabilizará la cantidad de actividades que fueron adivinadas y la cantidad de aquellas que no fueron adivinadas, y la cantidad de no-participación.

No. de actividades adivinadas	No. de actividades no adivinadas	No. Participación
-------------------------------	----------------------------------	-------------------

Sesión IV: ¿ QUÉ ES LO QUE FALTA?

Objetivos:

- Solución de problemas
- Conciencia de salud y seguridad

Materiales:

- Dibujos de actividades saludables y seguras
- Hojas de actividades

Actividad:

Se pondrán en una caja ocho objetos con el tema de "objetos y actividades saludables y seguras".

Se colocarán tres objetos en una colchoneta y se pedirá a los niños nombren los objetos que se les irán señalando.

Se les explicará que uno por uno se irán poniendo de espaldas para no ver qué se quita o qué se agrega, mientras los demás si podrán ver, pero deberán permanecer en silencio y sólo intervenir si el compañero necesita ayuda.

Se continuará así hasta haber mostrado todos los objetos de la caja.

Se enfatizará la importancia de realizar actividades saludables y seguras.

Se les dará una hoja. Por una lado tendrá tres dibujos de cosas saludables y seguras y uno de no saludable y no segura; y del otro lado con tres dibujos de actividades saludables y seguras y uno de actividad no saludable y no segura.

Carta a los padres:

Queridos Padres:

Tu niño(a) ha estado aprendiendo cómo ser observador trabajando con dibujos que contienen cosas y actividades saludables y seguras y algunas que no lo son. Pregúntale cuáles son las cosas saludables y seguras y la que no son así y por qué y cuáles son las actividades saludables y seguras y las que no y por qué.

Tal vez quisieras jugar el juego "¿Qué es lo que falta?" Con tu niño(a). Esto le ayudará a ser más observador, más alerta y cuidadoso.

Tú debes jugar primero. Di "echa un buen vistazo a lo que hoy me puse. Ahora voltéate. Voy a cambiar algo y tú adivinas qué es." Al principio haz cosas muy obvias para que se le facilite, como quitarte un zapato o una mascada. Para hacerlo algo más difícil puedes añadir también algo a tu apariencia, (un broche, un sombrero, etcétera) o cambiar tus expresiones faciales.

Tu pequeño(a) también disfrutará del juego con sus hermanos, tíos y abuelos.

Hoja de registro:

Los niños deberán identificar el tipo de actividades

Cuantos discriminaron	Cuantos no discriminaron	No participaron
-----------------------	--------------------------	-----------------

Técnicas para discriminar:

Ver y contar objetos

Acertadas	No Acertadas
-----------	--------------

Al Azar

Acertadas	No Acertadas
-----------	--------------

Conocimiento de cosas saludables y seguras:

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Conocimiento de actividades saludables y seguras:

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Sesión V: ¿ QUÉ HARÍAS SÍ...?

Objetivos:

- Toma de decisiones
- Solución de problemas
- Conciencia de salud y seguridad

Materiales:

- Tarjetas con actividades
- Hoja de actividades
- Papel albanene
- Pegamento

Actividad:

Se explicará a los niños la situación " ¿ qué harías sí.....?. Se pedirá ideas al grupo de problemas que pudieran ocurrir en la escuela, en la calle, en su casa, o en cualquier lugar.

Se discutirán las consecuencias de cada situación.

Se preguntará a los niños cuál es el problema y cuál la solución que piensan es mejor y por qué

Se dejará bien claro que puede haber más de una situación correcta, y que las decisiones se basan en qué es mejor después de considerar las opciones y las consecuencias.

Se incorporará la pregunta "¿ qué haría Paco en este caso?"

Se dará a cada niño a elegir una tarjeta que contiene una situación " ¿qué harías si....? Y tendrá que tomar una decisión.

Ejemplos de situaciones " ¿qué harías si...?"

- Estás jugando afuera y un extraño te pide que lo ayudes a buscar un gatito perdido.
- Un amigo te ofrece compartir contigo su medicina para la tos que

tiene muy rico sabor.

- Encuentras una aguja o una jeringa sucia afuera, junto al bote de basura.
- Estás jugando en la casa de tu amigo, y él te ofrece enseñarte una pistola.

Se enfatizará la necesidad de hacer siempre elecciones saludables y seguras.

Se dará a cada niño una hoja en blanco, pegamento y ocho dibujos de actividades, cuatro saludables y seguras y cuatro que no lo son.

Se les pedirá que peguen las actividades no saludables y seguras.

Luego se les pedirá que peguen encima las actividades saludables y seguras.

Se hará énfasis en que es mejor realizar actividades saludables y seguras que las que no son así.

Carta a los Padres:

Queridos Padres:

Hemos estado trabajando en las habilidades de toma de decisiones y solución de problemas. Los niños han hablado acerca de cómo elegir entre varias situaciones y cómo escoger la mejor alternativa.

Muchas de las cosas que haces todos los días pueden ayudar a tu niño(a) a fortalecer éstas y otras habilidades que le ayudarán en un crecimiento saludable y seguro. Algunas de las posibilidades se enlistan abajo. El énfasis está en aprender mientras se hace algo, no en la tarea, y aún las metas son las mismas reforzando las habilidades.

Actividad	Habilidades usadas
Clasificar la lavandería poniendo grupos de clases de ropa en la lavadora vestidor, cajones, closets	Parecidos, diferencias clasificación, organización.
Poner la mesa	Secuencia, organización
Actividades diarias (poner la ropa sucia en el cesto, etc.)	Responsabilidad
Contar la secuencia de los eventos y principales ideas de los programas de televisión *	Secuencia, aumento en capacidad de encontrar la idea principal y atención.
Hacer un calendario de trabajos, por día. El niño(a) checa cuando va haciendo algún trabajo. (Pégalo en el Refrigerador).	Toma de decisiones, responsabilidad, secuencia y organización.

Carta a los Padres:

Queridos Padres:

Su niño(a) ha estado aprendiendo acerca de las categorías, relaciones y agrupamiento. Hicimos una lección de categorizar enfocada en la diferencia entre actividades saludables y seguras y las que no lo son.

Los niños circularon las actividades que eran saludables y seguras y marcaron con una X las que no lo son.

Pidan ver la hoja de actividad que su niño (a) lleva a la casa, pues estará ansioso(a) por compartir esta habilidad con ustedes. Permítanle explicar por qué cada dibujo estuvo en una categoría o en la otra.

Hablen acerca de las cosas que pudieran venir al caso dentro de dichas categorías y pidan al niño les diga a cuál pertenecen.

También hicieron un laberinto en donde ayudaron a Paco y unos niños a llegar a lugar seguro evitando varios peligros. Hablen con su niño (a) acerca de dichos peligros.

Utilicen buen tiempo para platicar con su niño (a). Si tienen algunos libros acerca de comidas buenas y saludables y de actividades, léanlo con su niño(a). Pueden extender la discusión a otras clases y categorías, incluyendo saludable y seguro/no saludable y no seguro; alto/pequeño; joven/viejo o correcto/incorrecto. El niño(a) disfrutará ayudando y trabajando con ustedes.

Hoja de registro:

Conocimiento de actividades saludables y seguras y las que no lo son.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Evaluación de laberintos

Acertado	No Acertado
----------	-------------

Sesión VII: DISEÑANDO SEÑALES Y SÍMBOLOS DE ADVERTENCIA.

Objetivos:

- Toma de decisiones
- Conciencia de salud y seguridad

Materiales:

- Señales de advertencia
- Laberinto
- Hojas
- Lápices de colores

Actividad:

Se discutirá el hecho de que hay artículos peligrosos en nuestros hogares que pueden lastimar a la gente, a los niños, a un hermano, a un amigo, etc.

Se les preguntará si saben qué es una señal de advertencia y se les mostrarán varias explicándoles qué nos indican.

Se les pedirá a los niños que hablen de lo que en sus hogares pudiera ser peligroso si se usa en forma incorrecta.

Se completará la información que ellos proporcionaron con ejemplos como insecticidas, gasolina, líquidos de limpieza, encendedores, enseres de cocina, secadora de pelo, estufa, y todo lo que ellos no mencionaron, explicando por qué son peligrosos si son utilizados inadecuadamente o por un menor.

Se le pedirá a los niños diseñen un símbolo de advertencia para las cosas peligrosas que hay en su casa. Y se les dirá que es para que la gente que lo vea sepa que dichos artículos son potencialmente peligrosos.

Los niños llevarán varias copias de su símbolo a casa y se les pedirá que con ayuda de sus papás peguen uno en cada artículo peligroso en su hogar.

Se les recordará a los niños que algunos artículos ya traen un símbolo de advertencia, pero que está bien añadir otro extra.

Se les dará un laberinto el cual tendrá como fin llegar seguro evitando cosas peligrosas dentro del hogar.

Carta a los padres:

Queridos Padres:

Hoy su niño(a) aprendió acerca del significado e importancia de las señales de advertencia. Ha diseñado una señal para colocar en un posible lugar peligroso en su propia casa y recordar así a él (ella) mismo (a) y a otros que estos artículos pueden ser inseguros si se usan inadecuadamente.

Mañana les enviaremos varias copias del símbolo de su niño(a). Por favor ayúdenlo a localizar e identificar los artículos potencialmente inseguros y pegar su símbolo en ellos. Pueden incluir productos de limpieza, insecticidas, gasolina, tiner, encendedores, estufa, secadora de pelo, herramienta eléctrica, lavadora y enseres en general.

También trabajaron en un laberinto en el cual debían llegar a un lugar seguro sin acercarse a cosas peligrosas dentro del hogar.

Pueden discutir con su niño(a) el por qué son peligrosas.

Una de las cosas más importantes que su niño (a) necesita es que se le advierta acerca de las pistolas. Si ustedes han elegido tener un arma propia, rifle, pistola, etc., asegúrense que están descargadas y guardadas en un lugar seguro y reafirme con sus niños que entienden que nunca deben tocar armas, sin permiso y supervisión directa de

una persona de su confianza. Utilicen seguros de gatillo y guarden el arma y las municiones en lugares separados.

Gracias por ayudar a mantener a su niño(a) seguro(a) en su casa.

Hoja de registro:

Conocimiento de cosas peligrosas dentro del hogar:

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Diseño de un Símbolo

Participación	No Participación
---------------	------------------

Laberinto

Acertadas	No Acertadas
-----------	--------------

Sesión VIII: CRECIENDO SALUDABLE Y FUERTE

Objetivo:

- Toma de decisiones
- Aprendizaje acerca de comidas saludables
- Autoestima

Materiales:

- Dibujo de Paco
- Cartulina grande
- Recortes
- Crayolas

Actividad:

Se mostrará un dibujo de Paco y Pepe, y se dirá a los niños "Paco quiere que todos los niños y Pepe crezcan saludables y fuertes." Y se les preguntará "

¿ Qué piensan que Paco quisiera poner en su cuerpo para crecer saludable y fuerte?"

Se pedirá a los niños mencionen comidas que piensan son saludables y se discutirá por qué

Enseguida se les dirá "Paco quiere que estemos alejados de las cosas que nos podemos comer y que no son saludables, que no ayudan a nuestros cuerpos y nos pueden lastimar.

Se preguntará a los niños si conocen algo que se pueda comer y que no sea saludable y nos pueda lastimar.

Se completará la información hablando del alcohol, tabaco y las medicinas, mencionando que son un tipo de drogas y se discutirá con los niños.

Se pedirá a un voluntario que se acueste en un pedazo de papel para que pueda moldear delante del grupo cómo trazar alrededor de su cuerpo con una crayola.

Se dividirá a los niños en pares y cada par tendrá dos piezas grandes de papel. Un niño delinearé el cuerpo del compañero que yace en el papel y luego viceversa.

A cada niño se le darán recortes de comidas saludables y de cosas que nos podemos comer y que nos pueden lastimar y se les pedirá que los primeros los peguen dentro de su línea de silueta y los segundos quedarán afuera.

Al terminar la actividad se les dirá "A Paco le agrada que pongamos en nuestros cuerpos cosas saludables y que estemos libres de drogas.

Carta a los padres

Queridos Padres:

Queremos que su niño(a) sepa qué sustancias son seguras para poner en su boca y cuáles no. Ha estado aprendiendo acerca de las comidas saludables y las que no lo son. Hablamos de la necesidad de comer comidas saludables para crecer fuertes y sanos. También hablamos de la importancia de no poner sustancia potencialmente dañinas dentro de nuestros cuerpos.

Los niños dibujaron sus siluetas para representarse. Pegaron comidas saludables y sustancias que pueden entrar en el cuerpo. Las que no son saludables o son inseguras se pusieron afuera.

Esperamos que puedan ver el trabajo de su niño(a) y de ser posible colgarlo en algún lugar de su casa. Pueden animar al niño(a) a hablar de las elecciones que hizo y añadir dibujos.

Permitan al niño saber que están orgullosos de ver cuánto está aprendiendo acerca de crecer saludable y libre de peligros.

Hoja de registro:

Discriminación entre comidas saludables y cosas que nos podemos comer y nos pueden lastimar.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Pegar recortes	
Acertadas	No Acertadas

Sesión IX: HÁBITOS SALUDABLES

Objetivos:

- Conciencia de salud y seguridad
- Toma de decisiones

Materiales:

- Hojas con dibujo de Paco
- Hojas con señal de peligro
- Recortes
- Tarjetas con dibujos

Actividad:

Se explicará por qué los hábitos personales de salud son tan importantes, que nos mantienen a nosotros y a otros, amigos y parientes, saludables y así nos sentimos bien, hacemos nuestro trabajo, vamos a la escuela y ayudamos a otra gente de nuestra colonia y comunidad.

Se empezará la discusión con el término "microbios". Es algo que los niños probablemente han escuchado antes y de lo que pueden tener un entendimiento básico.

Se discutirán los comportamientos personales que ayudan a otros a estar bien permitiendo que los microbios no se expandan (ejemplos: lavar las manos antes de tocar comida; lavar las manos después de ir al baño, cubrir la boca al toser o estornudar y lavarse después las manos; permanecer en casa cuando se está enfermo; usar pañuelo desechable para sonarse y luego tirarlo, etc.)

Se les darán recortes que muestren hábitos saludables y algunos que no lo son. Los primeros tendrán que pegarlos en una hoja en donde estará el dibujo de Paco y los segundos en una hoja donde hay una advertencia de peligro.

Carta a Los Padres

Queridos Padres:

Hemos hablado hoy en la escuela acerca de los hábitos personales de salud que ayudan a mantenernos a nosotros y a otras personas saludables, desarrollando así un sentido de responsabilidad.

Puede ser algo difícil para su niño(a) recordar que prevenir la expansión de enfermedades también ayuda a otros, que equivale a abrir la puerta para pasar y dejar pasar a los demás, a esperar turno o a ayudar en casa con el hermanito.

Para los niños sus familias son muy importantes, y responden muy bien cuando entienden cómo pueden ayudar, tanto a su familia como a sus amigos a sentirse bien, a hacer sus trabajos y asistir a la escuela.

Los niños pegaron recortes de hábitos saludables donde estaba Paco, el perro contra las drogas y recortes de hábitos no saludables donde estaba la advertencia de peligro.

Los hábitos saludables de los cuales hablamos fueron:

- lavar las manos antes de manejar comida
- lavar las manos después de ir al baño
- cubrir la boca cuando se tose o estornuda y lavarse las manos después
- estar en casa cuando se está enfermo
- sonarse con un pañuelo desechable y luego tirarlo
- mantener limpio y ordenado la recámara
- hacer ejercicio
- bañarse diariamente

Los hábitos no saludables de los cuales hablamos fueron:

- tomar bebidas alcohólicas
- fumar
- tomar medicinas sin que nos las recete el doctor

Hablen con el niño(a) acerca de su trabajo y discutan qué más aprendió acerca de los buenos hábitos de salud. Alábenlo cuando los practique.

Hoja de registro:

Conocimiento de hábitos saludables y hábitos no saludables

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Sesión X: PERSONAS DE CONFIANZA

Objetivos:

- Toma de decisiones
- Conciencia de seguridad

Materiales:

- Cartulina con recortes
- Recortes en forma de pescados
- Recipiente
- Dos palos, hilo, lmanes
- Pizarrón y gises

Actividad:

Se hablará a los niños de que tenemos alrededor personas, como mamá, papá, el abuelo, el doctor, la enfermera, un tío, etc., en quien podemos confiar y aceptar cualquier medicina que nos de, siempre y cuando sea necesaria porque estamos enfermos y la recetó el doctor y hacerles ver que pueden también contar con dichas personas para contarles sus problemas y sus dudas.

Se enfatizará también que podemos encontrar con personas extrañas que nos pidan que hagamos alguna cosa que nos dé pena o que tomemos algo que nos pueda causar daño.

Se les invitará siempre a decir NO a esas personas y a contárselo a las personas en quien si confían.

Se apoyará con una cartulina con recortes de personas de confianza.

Se harán dos equipos. Se contará con un recipiente que contendrá cartulina cortada en forma de pescados en los cuales habrá un recorte o dibujo de una actividad o cosa saludable y segura, actividad o cosa no saludable o no segura, persona de confianza, y personas no confiables, que tendrán adherido un imán. Cada equipo tendrá una caña para pescarlos que consistirá en un palito con un hilo y un imán.

Por turno pasará un representante de cada equipo a pescar. Al sacar el pescado se le preguntará qué tipo de cosa, actividad o persona es y lo colocará en el pizarrón en la parte que corresponde.

Ganará el equipo que acumule diez actividades o cosas saludables o seguras o personas de confianza primero.

Carta a los Padres

Queridos Padres:

Hoy hablamos con su niño(a) acerca de que hay personas alrededor como mamá, papá, la abuelita, el tío, etcétera, en las cuales se puede confiar y aceptar cualquier medicina que nos den porque estamos enfermos y lo recetó el doctor. Se le hizo ver que a esas personas de confianza se les puede contar los problemas y las dudas que se tengan.

También se le explicó que otras personas le pueden pedir que haga o tome algo que no quiere y se le invitó a decir siempre "no" y decirlo a una persona de confianza.

Se hizo un juego en donde con una caña debían pescar recortes y decidir si eran actividades sanas y seguras o personas de confianza.

Es importante que comenten con su niño (a) acerca de las personas de confianza en su entorno y si en casa se tiene a alguna persona que tenga que tomar medicina explicarle que lo hace porque la recetó el doctor y es necesaria para que esté bien.

Aprovechamos para pedir nos envíen cinco fotografías de su niño (a) con su familia o haciendo algunas actividades que le gusten, ya que las necesitaremos para un trabajo.

Agradecemos su atención.

Hoja de registro:

Conocimiento de cosas, actividades saludables y seguras y las que no lo son y personas de confianza y extrañas.

Participación por equipo

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Sesión XI: ¿ QUÉ SABES ACERCA DE LAS DROGAS? Día uno

Objetivos:

- Conciencia de salud y seguridad

Materiales:

- Medicamentos en diversas presentaciones
- Envases de bebidas alcohólicas, cigarros
- Hoja de actividades

Actividad:

Se introducirá una discusión con lluvia de ideas acerca de las drogas con las que los niños están familiarizados.

Las ideas se registrarán en el pizarrón y se aumentará la lista incluyendo aspirinas, vitaminas, píldoras, jarabes u otras medicinas líquidas, alcohol, tabaco.

Se apoyará todo lo anterior con frascos y cajas de medicinas, cigarros, cervezas, etcétera.

Se agradecerá a los niños por su ayuda. Se les explicará que hay muchas clases de drogas. Algunas buenas para nosotros cuando estamos malos, y para estar sanos y seguros, y la importancia de diferenciar entre las buenas (medicinas) y las malas. Se enfatizará que algunas drogas pueden ayudarnos a estar mejor cuando estamos enfermos, pero que puede ser malo si tomamos mucho de ellas.

Se les explicará que el día de hoy vamos a hablar acerca de las drogas buenas y quiénes pueden dámoslas. Mañana hablaremos de las drogas malas.

Se les preguntará cuáles de las drogas anotadas en el pizarrón son medicinas y por qué nos pueden ayudar.

Se darán ejemplos (jarabe para la tos cuando toses mucho, etcétera)

Se incluirán los siguientes puntos:

- las buenas drogas que ayudan son llamadas medicinas, ayudan a sentirse bien cuando estamos enfermos
- los niños pueden tomar medicinas de adultos confiables, sus padres,

un doctor o una enfermera

- nunca debemos tomar medicinas que mandaron a otra persona.
- las medicinas pueden ser dadas de diferentes maneras, por la boca (píldoras, líquidos, spray); por el músculo o la vena (piquetes); en la piel (lociones, fomentos, pomadas); o en gotas (ej. en los oídos)

Se explicará que aun cuando las medicinas son buenas cuando estamos enfermos, pueden ser dañinas si tomamos en exceso o sin la ayuda de uno de sus padres o doctor, así como que algunas personas las toman todos los días por una condición particular, y su doctor tiene mucho cuidado y por eso lo está checando para asegurarse que esa medicina está ayudando al cuerpo.

Por turno a cada niño se le dará a escoger una tarjeta en la cual habrá escrita una situación que atañe al uso de medicinas. Se le pedirá que haga una señal con el pulgar arriba para "estar de acuerdo" y pulgar abajo para "estar en desacuerdo"

Se les dará una hoja en la cual tendrán que marcar con un círculo las personas de confianza que les pueden dar medicinas y marcar una X a las personas que no deben hacerlo.

Carta a los Padres

Queridos Padres:

Hoy empezamos a hablar acerca de drogas.

Pensamos en los nombres de muchas drogas y dividimos la lista en dos categorías: buenas y malas drogas. Hoy hablamos de las buenas, tales como vitaminas y medicinas, que pueden ayudarnos a sentirnos mejor cuando las tomamos en forma correcta. Enfatizamos los puntos siguientes acerca de estas drogas:

- los niños pueden tomarlas cuando se las den ustedes, el doctor o una enfermera
- nunca debemos tomar las que hayan sido recetadas a alguien más, aunque tengamos la misma enfermedad
- las medicinas nos pueden ayudar sólo si las tomamos siguiendo las instrucciones en el frasco o del doctor.
- las medicinas pueden ser dadas en diferentes formas, por la boca (píldoras, líquidos, sprays); por inyección en el músculo o vena (piquetes); frotando en la piel (lociones o fomentos); o por gotas como las de los ojos o las de los oídos.

Puedes discutir más estos puntos con tu niño(a) y decirle que sólo debe recibirlos de adultos de su confianza (como su abuelito, tía), de quienes puede aceptar medicinas.

También hablamos de cómo las medicinas pueden ser dañinas si se toman mucho o en forma incorrecta. Si hay alguien en su casa que toma todos los días medicinas, es un buen momento para discutirlo con su niño(a). Debe entender que hay ocasiones que es importante tomarlas diario para estar saludable.

Asegúrense de que todas las drogas y medicinas en su hogar están en un lugar seguro que su niño no puede manejar.

Gracias por ayudarnos a que su niño aprenda acerca de la seguridad y la salud.

Hoja de registro:

Discriminación de conductas adecuadas y no adecuadas en cuanto a consumo de drogas buenas.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Identificación de personas de confianza:

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas
----------------------	-------------------------

Sesión XII: ¿ QUÉ SABES ACERCA DE DROGAS? Día dos

Objetivos:

- Toma de decisiones

Materiales:

- Dibujo de cuerpo humano y algunos órganos
- Tarjetas con situaciones
- Logos de caritas tristes

Actividad:

Se presentará la lista de drogas que se hizo el día anterior y se preguntará quién recuerda de lo que hablamos.

Se reforzará el aprendizaje del día anterior y se dirá que hoy se hablará de las drogas malas.

Los niños aprenderán estas cosas generales:

- todas las drogas cambian la manera en que el cuerpo y/o el cerebro trabaja
- algunas drogas cambian la forma en que la gente piensa, siente y actúa.

Se explicará a los niños que todas las drogas (y las medicinas) son dañinas si la gente toma mucho o no sigue las instrucciones de una persona de confianza, y que hay algunas drogas que son inseguras y dañinas no importa cómo sean tomadas.

Al repasar la lista se enfatizará lo dañino de las drogas inseguras poniendo una carita triste junto a cada una.

Se dejará muy claro que el alcohol y el tabaco son de hecho drogas aunque muchos niños tengan la impresión de no ser así.

Deberán entender que sí es legal para los adultos el alcohol y el tabaco, pero que su uso está contra la ley para los niños porque estas drogas pueden impedir que sus cuerpos trabajen correctamente y no crezcan fuertes y sanos.

Se dirá a los niños los efectos del alcohol y tabaco (y otras drogas si surgieron en la lluvia de ideas) en sus cuerpos, mientras se les muestra una silueta que muestra el cerebro, corazón, pulmones y estómago.

Alcohol:

- dificulta el trabajo de tus brazos y piernas
- dificulta ver y hablar claramente
- dificulta caminar o estar de pie
- lastima el interior de tu cuerpo haciendo que te sientas mal, cambiando tu forma de pensar y confundiéndote
- hace que respires mal
- está contra la ley su uso en los niños

Tabaco:

- lastima tus pulmones y te dificulta respirar
- lastima tu corazón dificultando el bombeo de sangre en el cuerpo
- puede causar cáncer y otras enfermedades
- hace que te sientas enfermo
- hace que huelas a tabaco, tus manos, ropa y pelo
- pone los dientes amarillos
- está contra la ley que los niños lo usen

Mariguana:

- lastima los pulmones y el corazón
- cambia la forma en que trabaja el cerebro haciendo difícil pensar, aprender y recordar cosas
- es contra la ley su uso en adultos y niños

Cocaína:

- lastima tu cerebro, corazón y pulmones
- es muy difícil dejar de usarla cuando ya la probaste
- puede matar a la gente que la usa
- está contra la ley su uso en adultos y niños

Se dirá a los niños que es necesario que digamos No cuando alguien desconocido nos invita a tomar o comer algo que no sabemos exactamente lo que es.

Se les darán varias oraciones para poder decir NO. (Ejemplo. No, me tengo que ir. No, me esperan mis papás.)

Cada niño escogerá, por turno, una tarjeta en la cual hay alguna situación que pudiera ser segura o peligrosa, teniendo que decidir entre aceptar o no.

La respuesta se discutirá con el grupo.

Carta a los Padres:

Queridos Padres:

Hoy hablamos acerca de las drogas que pueden ser dañinas a nuestros cuerpos. Los niños aprendieron cómo pueden cambiar la forma en que el cuerpo y el cerebro trabajan, haciendo difícil pensar, hablar y caminar.

Es importante para su niño(a) entender que aunque no está en contra de la ley para los adultos usar drogas como alcohol y tabaco, es ilegal para los niños porque ellos son más pequeños y están aún creciendo. En caso de que ustedes son fumadores, este es un buen momento para ustedes para hablar con su niño(a) acerca de sus sentimientos en el uso de estas y otras drogas.

Mucha de la información que discutimos hoy se marcó en el manual que recibieron anteriormente en el punto "Hablando con Niños Pequeños Acerca de Drogas". Por favor remítanse al mismo para hablar más con su hijo(a) acerca de la lección de hoy.

También se manejaron varias oraciones para poder decir NO y se les dieron situaciones para que eligieran entre aceptar o decir NO. Animen a su niño(a) a hablar de tales oraciones y a crear nuevas.

Hoja de Registro:

¿ Se dio la respuesta adecuada?

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Sesión XIII: ¿ QUÉ SABES ACERCA DE LAS DROGAS? Día tres

Materiales:

- Dibujo de cuerpo humano y algunos órganos
- Laberinto
- Lápices de colores
- Cartulina con partes del cuerpo externas e internas

Actividad:

Se pedirá a los niños mencionen algunas de sus actividades favoritas, si es necesario se empezará sugiriendo montar en bici, nadar, leer o jugar basket.

Se les dirá "¿ piensan que las drogas de las que estuvimos hablando el otro día harían más fácil o difícil hacer las cosas que les gustan?"

Se les explicará que tomar drogas los dificulta porque los brazos y las piernas no trabajan correctamente y el cerebro no es capaz de pensar con claridad.

Se les dirá que se va a hablar de cómo las partes de afuera de nuestros cuerpos nos ayudan a aprender acerca del mundo que nos rodea.

Se presentará una cartulina en la cual habrá una lista de partes del cuerpo y su dibujo, Se pedirá a los niños ayuden a llenar la otra columna con lo que podemos hacer con las diferentes partes del cuerpo que se mencionan.

Ojos	Ver
Oídos	Oír
Boca	Probar, cantar
Nariz	Respirar, oler
Piel	Sentir, tocar
Piernas	Caminar, correr, saltar, pedalear, bailar, patear
Manos	Cachar, aventar, escribir, formar, sostener, saludar

Asimismo se les pedirá ejemplos de cosas que les gusta ver, probar, oler, etcétera.

Se les explicará que también hay partes dentro del cuerpo que nos ayudan a crecer y mantenemos saludables.

Se presenta otra cartulina con el formato anterior:

Corazón	Bombea sangre al cuerpo
Pulmones	Inhalan y exhalan aire
Estómago	Convierte la buena comida en cosas que nos ayudan a crecer
Huesos	Sostienen el cuerpo junto, para podemos mover, para ponemos de pie

Se les preguntará "¿qué es lo que está dentro de tu cabeza que está cargo de tu cuerpo? Tu cerebro. Él ordena a todas las partes lo que deben hacer y cómo trabajar y permite que pensemos, sintamos y durmamos"

Para todo lo anterior se utilizará la silueta con los órganos mencionados.

Se les dirá que cuando alguien consume drogas es difícil para el cerebro y para las partes del cuerpo trabajar bien o en conjunto.

Se les dará un laberinto en el cual deberán pasar por cinco actividades saludables y seguras, teniendo que dibujarlas al pasar y terminando en la casilla de Paco. Se enfatizará de que estar saludables y seguros y libres de droga nos permite realizar cualquier actividad.

Carta a los Padres:

Queridos Padres:

Hoy estuvimos hablando de las muchas formas en que diferentes partes de nuestros cuerpos (por dentro y por fuera) nos ayudan a aprender acerca del mundo. Por ejemplo, con los ojos podemos ver, con los oídos, oír, con nuestras manos, tocar. Nuestros corazones y pulmones ayudan a nuestros cuerpos a bombear sangre y respirar aire. Los niños se dieron cuenta qué tan importante es poner sólo cosas buenas en nuestros cuerpos para que nos mantengan saludables y fuertes.

Digan a su niño(a) que se sienten orgullosos de que sepa cómo tomar decisiones inteligentes acerca de lo que puede poner en su cuerpo.

Hoja de registro:

Logro en la realización del laberinto.

Respuestas acertadas	Respuestas no acertadas	No Participación
----------------------	-------------------------	------------------

Sesión XIV: ÁLBUM DE FOTO FAMILIAR

Objetivos:

- Autoestima

Materiales:

- Cinco fotos que se pidieron a los niños

- Bolsas de plástico

- Cartulina

- Perforadora

- Estambre

- Hoja de actividad

- Lápices de colores

Actividad:

Con las fotos que se pidieron a los padres de la familia y de amigos especiales de sus niños se harán unos álbumes.

Al hablar de la familia, se enfatizarán los temas de personas de confianza, actividades saludables y seguras dentro de la misma.

Los niños compartirán sus trabajos con sus compañeros platicando acerca de su familia, amigos y actividades.

Se les dará una hoja donde está Paco y tendrán que dibujar lo que quieren ser cuando crezcan.

Se enfatizará lo positivo de realizar actividades saludables y seguras y de comer comida sana y estar libre de drogas.

Carta a los Padres

Queridos Padres:

Hoy hizo su niño(a) un álbum de fotos acerca de su familia y sus amigos.

Hablamos de las personas de confianza y la seguridad que podemos encontrar en ellas, y compartieron su álbum con los demás compañeros.

También realizó un dibujo de lo que quiere ser cuando crezca y se le dijo que todo se logra si se come comida sana y se realizan actividades saludables y seguras y se está libre de droga.

Gracias por enviarnos las fotos.

Hoja de registro:

Compartieron temas de su familia:

Si	No
----	----

Sesión XV: CREE EN TÍ MISMO

Objetivos:

- Autoestima

Materiales:

- Listones
- Seguros
- Marcador
- Lápices

Actividad:

Se hablará con los niños acerca de lo especial que puede ser cada uno.

Se les pedirá que compartan con el grupo una cosa para la que ellos creen que son buenos.

Se enfatizará que todos tenemos cualidades y que las podemos compartir con los demás.

Se escogerá una palabra que describa positivamente a cada niño y se escribirá en un listón que será prendido con un seguro en su ropa.

Carta a los Padres

Queridos Padres:

Hoy hablamos acerca de cómo cada niño es muy especial. Su niño(a) tuvo la oportunidad de compartir algo que pensó era especial en él (ella). Hablamos de cosas que piensan que hacen bien o que están interesados en hacer.

Cada niño(a) recibió un listón con una palabra o frase, que describe algo especial de sí mismo(a). Pide te lo muestre. Probablemente quieran guardarlo para usarlo donde quiera.

A los niños les gusta complacer. Ayuden a que sepa que lo aman como es. Hablen acerca de cosas que ustedes y otros miembros de la familia encuentran especial en él (ella). Reconozcan abiertamente esas cosas especiales de su niño(a) y esto ayudará a reafirmar su autoimagen como una persona valiosa y amada.

Esta ha sido la última sesión del Programa y queremos informarles que creemos que esta experiencia ha sido muy enriquecedora para todos, tanto facilitadores, padres de familia como para los niños, quienes han disfrutado enormemente todas las actividades y han recibido información importante y sobre todo un reforzamiento en sus habilidades de autoestima, toma de decisiones, solución de problemas y conciencia de salud y seguridad, que esperamos que ustedes en casa sigan manejando.

Agradecemos su valiosa cooperación e interés a lo largo de estas 15 sesiones y muchas gracias por compartir su niño(a) especial.

Hoja de registro:

Participación:	
Positiva	Negativa

APORTACIONES

El programa psico-educativo que se presenta en esta tesis como una adaptación del Programa de McGruff para la Prevención de Drogas y Protección a Niños en los Estados Unidos nos aporta una nueva opción para la prevención de adicciones en pre-escolares en nuestro país y presenta las siguientes ventajas:

- 1) El Programa de McGruff para la Prevención de Drogas y Protección a Niños en los Estados Unidos ha resultado ser un programa serio, eficaz y de gran alcance contando con gran éxito en esa nación, por tanto, pensamos que puede ser de gran utilidad en nuestro país, ya que en la actualidad no existe ningún proyecto similar en México
- 2) En diversas instituciones se llevan a cabo planes de prevención de adicciones para adolescentes, sin embargo, es en esta etapa cuando se dan problemas emocionales que si no se les da la atención necesaria, en muchos casos llevan al joven a recurrir a las drogas como mecanismo para enfrentarlos y, por tanto, las medidas preventivas llegan en el momento mismo que el joven está ya en contacto con aquellas.
Por esto pensamos que empezar con programas preventivos en etapas tempranas permitirá a los niños tener las herramientas necesarias para que tomen decisiones adecuadas e inteligentes en el momento de ser expuestos al riesgo de las drogas.
- 3) El aplicar el programa en la escuela puede tener un impacto importante en la vida fuera de la misma ya que proporciona a los menores estrategias para enfrentar sus problemas que no incluyen consumo de drogas, alternativas al uso del tiempo libre y valores normativos en la etapa del desarrollo que están viviendo.
- 4) Al involucrar a los padres se concientiza sobre los riesgos que enfrentan los niños y cómo resolverlos, se les anima a que hablen con ellos desde edades tempranas, se les da información sobre el desarrollo de sus hijos y se les ayuda a adoptar estrategias de manejo de conflictos que promuevan un desarrollo sano. Esto es importante pues sabemos que en la familia se gestan muchos de los factores que hacen al individuo más vulnerable o resistente a la influencia del medio.

5) Es un programa sencillo, claro y de fácil aplicación que permite que cualquier persona interesada pueda implantarlo.

Consideramos que el programa propuesto constituye un instrumento de apoyo en la prevención de adicciones dirigido particularmente a quienes se interesan en el cambio de prácticas y hábitos que afectan la salud, creando actitudes positivas en los individuos, familias, comunidades y la sociedad en general, pero específicamente en el niño de pre-escolar.

Se hace necesario destacar que el propósito básico del programa propuesto es que sea útil en la modificación de conductas que influyen en la salud de los niños de hoy, futuros hombres de México.

Anexo 1

CUADRO 1.1

Clasificación de Drogas por sus Efectos sobre el S.N.C

Tipos de Fármacos Abuso	de	de	Anfetaminas (Benzodrina, Dexedrina)
		Aminas Simpático Mimeticas (FD, PA)	Dextroamfetamina
		Coca y Cocaína (FD, PA)	Metilamfetamina
	Estimulantes		Marihuana (FD, PMO)
		Alucinógenos	LSD (FN, PD)
			Mezcalina -Hongos, Cactus- (FN,PD)
			Psilocibina (FD,PA)
		Especiales	Tabaco -Nicotina- (FA,PS)
			Café -Cafeína-
			Barbitúricos (Amital, Nembutal, Fenobarbital, Beconal)
			No Barbitúricos (Gletimida, Metaqualona)
		Sedantes (FA, PA)	Alcohol (Etanol)
			Clordiazepóxido
			Diazepam (Valium, Ativan, Librium)
		Ansiolíticos (FB, PB)	Meprobarato
			Metacualona
	Depresores	Estupefacientes: Opio y Heroína (FA,PA)	
		Analgésicos Narcóticos	Morfina (FA,PA)
			Codeína (FMO, PMO)
			Pentazocina
		Anestésicos y Volátiles (FML, PMA)	Tiner (Acetona, Denceno, Xileno)
			Cemento (Tolueno)
			Tintura para zapatos (Nitro-Propeno)
			Gasolina
			Eter

(FML) = Dependencia física muy leve/ (FB) = Baja; (FM) = Moderada; (FA) = Alta; (FN)=No; (FD) = Desconocida, (PB) = Dependencia psicológica baja; (PMO) =Moderada; (PMA) =Marcada; (PA) =Alta; (PD) =Desconocida

AMINAS SIMPÁTICO MIMÉTICAS

ANFETAMINAS

Son estimulantes que generalmente son producidos por laboratorios ilegales. El término Anfetamina se usa para referirse a varias clases de estimulantes: anfetaminas, dextroanfetamina y metanfetaminas, las cuales como tienen compuestos químicos y efectos similares, no es fácil para el usuario diferenciar cuál ha tomado.

Otros nombres que se les da: cristal, hielo, copilotos, abejorros, golpes, benzedrina, dexedrina.

Se presentan como cápsulas, píldoras, tabletas, polvo blanco, rocas parecidas a la cera o al cristal.

Se pueden tomar oralmente, inyectada, fumada o inhalada. Las vías más rápidas son por inyección y el fumar, lo que conduce a una sensación intensa de manera inmediata.

El uso oral o intranasal produce una euforia media o alta, pero no de prisa.

Su sabor es extremadamente amargo y la inyección y la inhalación son dolorosas.

Los usuarios reportan una sensación de bienestar y de gran energía. En dosis pequeñas inmediatamente crean sensaciones placenteras, disminuye la inhibición social y un irreal sentido de claridad, gran competencia y poder.

Efectos negativos:

Irritabilidad, ansiedad, aumento de presión sanguínea, paranoia, depresión, agresión, convulsiones, pupilas dilatadas y visión borrosa, confusión, insomnio, pérdida de apetito y desnutrición, aumento de temperatura corporal, daño a células nerviosas, adicción.

Su uso crónico produce una psicosis que resulta en esquizofrenia y es caracterizada por paranoia y alucinaciones visuales y auditivas. También se encuentra un comportamiento extremadamente violento y errático.

Se desconoce si produce dependencia física pero sí existe una dependencia psicológica alta.

COCA Y COCAÍNA

La planta de la coca, *Erythroxylon Coca*, se cultiva en la zona occidental de América del Sur. Tiene una corteza rugosa de color pardo rojizo y pequeñas flores de color blanco-marfil con olor parecido a las almendras. La semilla "drupa" es de forma ovoidal y color rojo cuando madura.

Además de las grandes extensiones cultivadas, controladas por organizaciones mafiosas de droga, son abundantes las pequeñas plantaciones propiedad de familias de campesinos.

La hoja de coca era utilizada por los incas por sus propiedades estimulantes, pero sólo por la casta religiosa y las clases sociales privilegiadas en ceremonias religiosas. Con la llegada de los españoles se generaliza su consumo perdiendo su carácter mágico y llegando a ser utilizada como pago de parte del salario de los trabajadores de las minas.

En 1858 Nieman y Walter aíslan la cocaína, que es el alcaloide activo de la coca. En un principio se emplea en medicina por sus propiedades anestésicas y luego para la desintoxicación de heroínómanos.

Fuera del campo de la medicina su uso se generalizó por toda Europa a principios del siglo XX, sobre todo en determinados grupos sociales; durante las guerras mundiales su uso disminuyó un poco pero vuelve a tomar auge en las décadas 60-70s.

La cocaína se extrae de las hojas de la coca. Es un potente estimulante del sistema nervioso central y uno de las drogas con más poder adictivo.

Se distribuye de dos maneras: hidrocliclorido de cocaína que es un polvo blanco cristalino que puede ser inhalado o disuelto en agua e inyectarlo y el "crack" que es el hidrocliclorido de cocaína procesado con amonio o bicarbonato de sodio y agua, y las rocas o pedazos resultantes se pueden fumar.

Otros nombres que se da a la cocaína: nieve, nariz dulce, hojuela, soplido, gran C, lady. Al crack: roca, freebase.

Su apariencia es de sal, polvo blanco o rocas cristalinas como jabón.

Puede ser usada ocasionalmente, a diario o en algún tipo de uso compulsivo. Tanto la cocaína como el crack se puede inyectar y llega al cerebro rápidamente dando efecto intenso inmediato. Cuando es inhalada conduce al mismo efecto pero más lentamente.

Produce un aumento de energía, un sentimiento de gran placer y aumenta la confianza. Los efectos del polvo duran alrededor de 20 minutos, y los efectos del crack alrededor de 12 minutos.

Efectos negativos:

Estimulación del sistema nervioso central, dilatación de pupilas, elevación de presión sanguínea, aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de temperatura corporal, nariz constipada o suelta, irritación de la membrana mucosa de la nariz, SIDA, hepatitis y otros padecimientos causados por usar jeringas contaminadas, insomnio, pérdida de apetito, alucinaciones táctiles, paranoia, muerte por paro cardíaco o respiratorio, constricción de vasos sanguíneos periféricos, sentimientos de irritabilidad y ansiedad, daño en la salud y desarrollo de niños nacidos de madres usuarias de cocaína. Una vez que la droga deja el cerebro los usuarios experimentan un "crash de coca" que incluye depresión, irritabilidad y fatiga.

No se sabe si produce dependencia física, pero su uso continuado se justifica por una alta dependencia psicológica.

ALUCINÓGENOS

Son sustancias que distorsionan las impresiones sensoriales dando lugar a ilusiones, alucinaciones, etc., es decir, el sujeto percibe objetos o sensaciones que no existen en la realidad

Las plantas alucinógenas eran utilizadas por las culturas precolombinas, pero siempre con una expectativa de uso mágico-religioso. La iniciación en su uso requería de un aprendizaje ritual dirigido por el chaman como máximo iniciado y como interpretador de sensaciones.

MARIGUANA

Es el producto formado por las hojas, frutos, brotes y tallos de la planta Cannabis sativa. Todo ello una vez seco es picado finamente. --

Todas las formas de cannabis son drogas psicoactivas ya que contienen THC (tetrahidrocannabinol). Existen alrededor de 400 químicos en una planta cannabis, pero el THC es uno de los que más afectan al cerebro.

Otros nombres: pasto, grifa, kifí, grang indio.

Su apariencia es de pasto seco con tallos y semillas.

La mayoría de los usuarios enrollan la mariguana en un cigarro, llamado "carrujo". También se puede fumar en una pipa. Algunos la mezclan con los alimentos o lo usan para cocer un té.

HACHÍS

Es un preparado de la resina de la planta cannabis. Puede presentar varias formas y contenido de THC y en ocasiones es adulterado con plenso, compuestos o estírcol.

Se presenta como polvo fino, comprimido en pastillas o tabletas de color café oscuro envueltos en papel aluminio o pelotillas.

Efectos negativos:

Aumento de frecuencia cardíaca, ojos irritados, sequedad en boca y garganta, incapacidad o reducción de memoria a corto plazo, incapacidad o reducción de comprensión, alteración del sentido del tiempo, reducción de la habilidad para ejecutar tareas que requieren concentración y coordinación, como manejar un auto, motivación y cognición alteradas, dificultando la adquisición de nueva información, paranoia, incapacidad en aprendizaje y memoria, percepción y juicio, dificultad de lenguaje y escucha efectiva, incapacidad de pensamiento y retención de conocimiento, solución de problemas y formación de conceptos, intensa ansiedad y ataques de pánico.

Por ser inhalada profundamente y luego sostenida en los pulmones, estos y el sistema pulmonar son severamente dañados, ya que el humo de la marihuana contiene algunos de los mismos carcinógenos y partículas tóxicas del tabaco, y algunas veces en concentraciones más altas.

Se desconoce si produce dependencia física, sin embargo, los usuarios desarrollan dependencia psicológica moderada.

LSD

Fue descubierto en 1938 por el Dr. Albert Hofman. Se fabrica a partir del ácido lisérgico, el cual se encuentra en el cornezuelo del centeno. Su nombre es Liserg Saure Diethylamid o Dietilamida.

Los usuarios refieren su experiencia como "viaje" y cuando experimentan reacciones adversas hablan de un "mal viaje".

Otros nombres: ácido, microdosis, dosis, viaje, golpe o cubos de azúcar.

Se presenta en tabletas de colores, papel secante con dibujos de ácido, popeyes, héroes de cómics, etc., líquido claro y cuadros de gelatina delgados.

Generalmente se usa oralmente o chupando el papel, en cuyo caso los efectos aparecen en 30 - 40 minutos; si es por vía intravenosa aparecen en pocos minutos. La gelatina y el líquido se pueden poner en los ojos.

Efectos negativos:

Elevación de temperatura corporal, elevación de presión arterial, supresión de apetito, insomnio, temblores, alucinaciones crónicas recurrentes (flashbacks) y en general efectos psiquiátricos potencialmente devastadores.

Los flashbacks los experimentan los usuarios en ciertos aspectos de sus experiencias con esta droga, sin haberla tomado otra vez. Ocurre de repente, sin aviso y puede suceder entre pocos días o más de un año después del uso de LSD. Generalmente sucede en personas que usan alucinógenos crónicamente, o que tienen algún problema de personalidad sobresaliente, sin embargo, cualquier usuario es susceptible a esto.

No causa dependencia física y se desconoce si produce dependencia psicológica.

MEZCALINA

Procede del cactus del peyote, originario de México. Se seca y se corta en rebanadas conocidas como "brotes de mezcal".

Era utilizada por los indios en sus ceremonias religiosas. Tradicionalmente se masticaba o se cocía en un líquido que posteriormente se bebía.

Hoy en día se refina en polvo de colores que va desde el blanco hasta el café. Se toma en dosis de hasta 500mg con resultados similares a los producidos por el LSD.

MORNING GLORY

El Ololihuqui es una droga obtenida de semillas negras y cafés de una planta que se conoce como "manto de cielo" de Centro y Sudamérica.

Las semillas se trituran hasta convertirse en polvo que se empapa en agua y se cuele para beber el líquido. Se toma en dosis de 200 microgramos para un "viaje" normal, en dosis más pequeñas produce un efecto sedante y en mayores ocasiona malestar y diarrea.

No causa dependencia física y se desconoce si produce dependencia psicológica.

PSILOCIBINA

El hongo *Psilocybe* que se cultiva en México contiene dos alcaloides: la Psilocina y la Psilocibina. Se consumen crudos, se cuecen, se convierten en una bebida o se secan para consumirlas posteriormente.

Los efectos varían desde la excitación y euforia, con dosis pequeñas, a las distorsiones de formas, colores y alucinaciones, con consumos mayores. A menudo el consumidor se siente disociado, como si estuviera mirando la situación que vive desde fuera. También puede producir náuseas, vómitos, diarrea y dolores estomacales. Produce flashbacks de la experiencia original.

Se desconoce si produce dependencia física, sin embargo, produce una dependencia psicológica alta.

ESPECIALES

TABACO

Es una planta originaria de América. Con el descubrimiento sale del contexto mágico-religioso utilizado por los indios y se extiende su uso primero por España y luego por toda Europa.

Algunos de los factores de riesgo que inducen a las personas a fumar son: modelamiento, falta de habilidades sociales de los jóvenes, convivencia con fumador, estrés, tensión o depresión.

Los efectos nocivos del tabaco sobre el organismo dependen de las sustancias químicas contenidas en la hoja del tabaco y que son las precursoras de los productos que aparecen en el humo tras la combustión y son:

- Nicotina.- a dosis moderadas tiene un efecto estimulante sobre los ganglios del SNC y a dosis elevadas es el efecto contrario, esto es, bloquea la transmisión nerviosa. La cantidad que se absorbe varía con la intensidad de la inhalación. Tiene también un

efecto vasoconstrictor sobre distintos órganos centrales y en la placenta de la mujer embarazada.

- Monóxido de carbono.- es un gas que procede de la combustión incompleta de la hebra de tabaco. Compite con el oxígeno en la combinación con la hemoglobina y forma un compuesto, la carboxihemoglobina, que no es útil para la respiración celular al bloquear la hemoglobina en el transporte de oxígeno.

- Gases irritantes.- Afectan al aparato respiratorio donde desarrollan una doble acción, por una parte aumenta la aparición de moco y por otra alteran los mecanismos de limpieza de las células ciliales del epitelio respiratorio, que es donde el moco se acumula dejando zonas mal ventiladas y fácilmente colonizables por gérmenes. Esto lleva a la aparición de bronquitis.

- Sustancias cancerígenas.- se han detectado en el humo sustancias como el Benzopireno. Se ha comprobado que el número de cánceres de pulmón tiene relación directa con la cantidad de tabaco consumida y también se relaciona con la aparición de cáncer en otros lugares del organismo.

El tabaco generalmente es fumado, pero también se puede masticar.

Efectos negativos:

Enfermedad cardiovascular, cánceres de pulmón, boca, laringe, esófago, vejiga, páncreas, riñón, enfisema y bronquitis crónica, aborto espontáneo, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal cuando se usa durante el embarazo.

El fumador dependiente que interrumpe el consumo suele experimentar en los primeros días alteraciones como sudoración, palpitaciones y mareos, crisis de mal humor, problemas de relación por falta de control, depresión, aumento de peso, etc.

Produce una alta dependencia física y baja dependencia psicológica.

CAFÉ

La planta de café se cree es originaria de Etiopía. Su uso se extendió por los peregrinos que se dirigían a la Meca y la llevaron a los distintos países de origen. Posteriormente mercaderes y comerciantes la introdujeron en Europa y a partir de allí fue llevada a América y es aquí donde se da actualmente la mayor producción.

Se utilizan las semillas desecadas y tostadas para obtener la bebida habitual que contiene aproximadamente unos 100mg de cafeína.

La cafeína también se encuentra en las bebidas de cola, una botella de 350 ml contiene 50 mg.

Esta sustancia se comporta como estimulante del SNC. A dosis de 150 a 300 mg se produce una estimulación de las funciones psíquicas, facilitando del trabajo intelectual y retardan la inducción al sueño.

En general la intoxicación aguda por el uso es poco frecuente, pues se necesitan dosis muy elevadas, pero en caso de producirse los síntomas que se experimentan son: mareos, vómitos, aumento en la eliminación de la orina, sed, temblores, excitación, aumento del ritmo cardíaco.

En personas que abusan de esta sustancia se producen trastornos gástricos como acidez y ardor y estados nerviosos caracterizados por insomnio y excitabilidad.

Crea tolerancia con facilidad y los efectos se potencian con cualquier tipo de estimulante.

SEDANTES

BARBITÚRICOS

Son productos sintéticos que derivan del ácido barbitúrico obtenido por Bayer en 1853. El primer barbitúrico conocido en terapéutica a principios de este siglo fue el Barbital.

De acción prolongada: Barbital, Fenobarbital, Mefobarbital

De acción intermedia: Butalbital, Amobarbital, Alobarbital

De acción corta: Pentobarbital, Secobarbital, Hexobarbital

De acción ultracorta: Tiopental, Tialbarbital

La acción farmacológica depende del barbitúrico empleado y de la dosis administrada:

Dosis altas de barbitúricos de acción ultracorta conducen a la anestesia.

Dosis medias de barbitúricos de acción intermedia y corta, actúan como somníferos o hipnóticos.

Dosis bajas de barbitúricos de acción prolongada les hacen actuar como sedantes.

Efectos negativos:

Depresión no selectiva del SNC que según la dosis puede ir desde la sedación hasta la anestesia general, paro respiratorio y muerte por parálisis del centro respiratorio en el bulbo raquídeo.

La tolerancia que se establece es distinta para los diversos tipos. Hay una tolerancia cruzada mutua entre el alcohol y los barbitúricos.

ALCOHOL

Es la droga psicoactiva más utilizada en todo el mundo. Su consumo, ya sea en forma ocasional, moderada o excesiva, tiene su origen en patrones sociales y culturales y se inicia, generalmente en la adolescencia o en la edad adulta joven, habitualmente para socializar, como forma de aceptación o de adquirir prestigio, o bien para reducir las tensiones internas.

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas:

- Las fermentadas, son aquellas que proceden de un fruto o de un grano, y que por acción de levaduras microscópicas, han sufrido un proceso de fermentación (vino, cerveza, sidra, etc.)

- Las destiladas, las cuales se obtienen destilando una bebida fermentada, es decir, eliminando por el calor, parte del agua que contiene. Una bebida destilada tiene mayor graduación (más alcohol) que una fermentada.

Otros nombres: chela, cheve, chupe, trago, quiebre, drink, fría.

Cuando una persona bebe alcohol, éste es absorbido por el estómago, entra en el torrente sanguíneo y va a todos los tejidos.

Sus efectos dependen de una gran variedad de factores, incluyendo los personales como talla, peso, edad y sexo, tanto como la cantidad de comida y alcohol consumidos. Su capacidad de desinhibición es una de las principales razones por las cuales se usa en situaciones sociales. Otros efectos de su uso moderado son aturdimiento y facilidad para hablar. Aunque se tome en pequeñas dosis incapacita el juicio y la concentración que se requiere para manejar un auto de manera segura y también las dosis pequeñas o altas aumentan la incidencia en varios actos agresivos, incluyendo violencia intrafamiliar y abuso infantil. Otro efecto es la cruda, que consiste en sentirse con dolor de cabeza, náuseas, sed, confusión y cansancio.

Su uso prolongado conduce a la adicción (alcoholismo).

Cesar un consumo de mucho tiempo produce abstinencia con síntomas como ansiedad, temblores, alucinaciones y convulsiones, pudiendo llegar al Delirium Tremens. Su consumo continuado, especialmente si no hay una buena nutrición, puede acarrear un daño permanente a órganos vitales como cerebro e hígado.

Además las madres que beben alcohol durante el embarazo pueden tener hijos con síndrome de alcohol fetal, niños que sufren de retraso mental y otras discapacidades físicas.

Por otra parte, la investigación indica que los hijos de padres alcohólicos tienen mayor riesgo de llegar a ser alcohólicos que otros niños.

Todos los sedantes producen dependencia física y psicológica altas.

ANSIOLÍTICOS

Se trata de calmantes que producen cierta sedación y alivian el insomnio, también producen relajación muscular, por lo que tienen propiedades anticonvulsiantes.

Se pueden dividir en dos grupos: de acción inmediata y de acción a largo plazo, aunque existe un mayor riesgo de que aparezca un síndrome de abstinencia con los primeros,

hay más riesgo de acumulación de droga, y por tanto, de efectos adversos, en individuos con gran susceptibilidad al emplear tranquilizantes de acción larga.

Se recomienda dosis mínimas a corto plazo (dos a cuatro semanas) para aliviar la ansiedad severa. Su uso debe ser vigilado e interrumpido tan pronto como sea posible. La retirada debe ser gradual para evitar la reaparición de síntomas originales.

CLORDIAZEPÓXIDO

Pertenece al grupo de las benzodiazepinas y es de acción larga. Se presenta en forma de grageas de 5 y 10 mg (Librium), o en cápsulas de 10 mg (Normide). Se puede encontrar también en forma de clorhidrato de Clordiazepóxido, tanto en comprimidos de 5, 10, 25 mg (Huberplex y Imnatio), como en cápsulas que contienen 5 mg (Paliatin). Por otra parte, es frecuente verlo asociado a otros compuestos como antiespasmódicos, antiepilépticos, etcétera.

DIAZEPAM

También es del grupo de las benzodiazepinas de acción larga y se presenta en diferentes formas: Diazepam Leo (comprimidos de 2 y 5 mg), Diazepam Prodes (ampolletas de 10 mg, comprimidos de 2,5 y 10 mg, gotas de 0.1 mg/G, y supositorios de 5 y 10 mg), Siencid (tenemos de 5 y 10 mg) y Valium (comprimidos de 5 y 10 mg, e inyecciones de 10 mg)

En el mismo grupo de las benzodiazepinas se encuentran: Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam y Bromacepam, de acción intermedia y Clorazepato de acción larga.

Existen otros como el Meprobomato y la Metacualona.

Producen una baja dependencia física y psicológica.

ESTUPEFACIENTES

OPIO

El opio se extrae de los capullos de adormidera (papaver Somniferum). Su cultivo se extiende por Asia, India y Extremo Oriente. Ha sido una de las drogas más empleadas históricamente y hasta finales del siglo XVIII se utilizó sólo como medicamento.

A principios del siglo XIX en China tienen lugar los primeros problemas de toxicomanía por esta droga. Como consecuencia de los intereses comerciales de Inglaterra se

hay más riesgo de acumulación de droga, y por tanto, de efectos adversos, en individuos con gran susceptibilidad al emplear tranquilizantes de acción larga.

Se recomienda dosis mínimas a corto plazo (dos a cuatro semanas) para aliviar la ansiedad severa. Su uso debe ser vigilado e interrumpido tan pronto como sea posible. La retirada debe ser gradual para evitar la reaparición de síntomas originales.

CLORDIAZEPÓXIDO

Pertenece al grupo de las benzodiazepinas y es de acción larga. Se presenta en forma de grageas de 5 y 10 mg (Librium), o en cápsulas de 10 mg (Normide). Se puede encontrar también en forma de clorhidrato de Clordiazepóxido, tanto en comprimidos de 5, 10, 25 mg (Huberplex y Imnallo), como en cápsulas que contienen 5 mg (Paliatin). Por otra parte, es frecuente verlo asociado a otros compuestos como antiespasmódicos, antiepilépticos, etcétera.

DIAZEPAM

También es del grupo de las benzodiazepinas de acción larga y se presenta en diferentes formas: Diazepam Leo (comprimidos de 2 y 5 mg), Diazepam Prodes (ampolletas de 10 mg, comprimidos de 2,5 y 10 mg, gotas de 0.1 mg/G, y supositorios de 5 y 10 mg), Stenolid (tenemos de 5 y 10 mg) y Valium (comprimidos de 5 y 10 mg, e inyecciones de 10 mg)

En el mismo grupo de las benzodiazepinas se encuentran: Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam y Bromacepam, de acción intermedia y Clorazepato de acción larga.

Existen otros como el Meprobomato y la Metacualona.

Producen una baja dependencia física y psicológica.

ESTUPEFACIENTES

OPIO

El opio se extrae de los capullos de adormidera (papaver Somniferum). Su cultivo se extiende por Asia, India y Extremo Oriente. Ha sido una de las drogas más empleadas históricamente y hasta finales del siglo XVIII se utilizó sólo como medicamento.

A principios del siglo XIX en China tienen lugar los primeros problemas de toxicomanía por esta droga. Como consecuencia de los intereses comerciales de Inglaterra se

produce la entrada masiva de opio en China, lo que trajo como consecuencia un aumento de opiómanos.

Los opiáceos son sustancias que por sus propiedades farmacológicas crean una rápida e intensa adicción, de manera que la droga se convierte en el eje central del sujeto.

Es depresora del SNC con algunas propiedades estimulantes. Una sobredosis puede llevar a la muerte por paro cardio-respiratorio debido a la anestesia del SNC con lo que falla el movimiento reflejo de la respiración o muerte por envenenamiento por sustancias adulteradas.

HEROÍNA

Es una droga derivada de la morfina, la cual fue descubierta por Dreser en 1874. Afecta los sistemas del placer del cerebro e interfiere con la habilidad del mismo para percibir el dolor.

Otros nombres: reina, caballo, nieve, poderosa, dama blanca, hero, jinete del Apocalipsis.

Su apariencia es de polvo o brea blanco o café oscuro.

Se puede usar de muchas maneras dependiendo de la preferencia del usuario y de la pureza de la droga. Puede ser:

- Inyectada en la vena
- Inyectada en el músculo
- Fumada en una pipa, mezclada con un carrujo de marihuana o un cigarro normal
- Inhalada como humo por medio de un popote, conocida como "olfato de dragón"
- Inhalada como polvo por la nariz

Es muy rápida, si es inyectada llega al cerebro de 15 a 30 segundos, si es fumada llega en 7 segundos. Una vez que la persona la usa, enseguida desarrolla tolerancia necesitando más cantidad para conseguir los mismos efectos.

Efectos negativos:

Lenguaje lento y confuso, andar lento, pupilas constreñidas, párpados caídos, incapacidad de visión nocturna, piel seca, comezón, infecciones en la piel, vómito, constipación, disminución de placer sexual, sedación que lleva a coma, depresión respiratoria, infección de VIH por inyección con jeringa contaminada, supresión del sistema inmunológico, reducción del apetito, frecuencia cardíaca lenta e irregular, presión sanguínea irregular, menstruación irregular, adicción y muerte por sobredosis. Producen dependencia física y psicológica altas.

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

MORFINA

Es el principal alcaloide del opio, que fue aislada por Sturmer en 1906. Es un potente supresor del dolor y produce efectos somníferos. Se extrae al disolver el opio crudo en agua, tratarlo con cal y luego filtrarlo. Se añade cloruro de amonio a la solución, lo que da como resultado la precipitación de una base cruda de morfina. Se separa y se purifica aún más con otros productos químicos. La sustancia resultante es un analgésico, de tres a cinco veces más potente en sus efectos que el mismo opio.

La morfina destinada a convertirse en heroína varía de color hasta llegar a café claro, ya que su color es más claro cuanto más refinado es el producto.

El polvo de morfina para uso farmacológico es blanco e inodoro y se emplea principalmente en la preparación de líquidos. Normalmente no se encuentran líquidos como tales, podrían ser recetados en forma de jarabes para el tratamiento de la tos, o en soluciones orales de hidrocioruro de morfina utilizadas para el tratamiento de dolores severos en enfermedades terminales.

Otros nombres: morfo, mor, Sta.Emma, Casa Blanca.

Se puede usar inyectada en la vena o intramuscular y de forma oral.

Es un gran depresor de los centros nerviosos, de la respiración y de la tos.

Efectos negativos:

Náuseas, letargia, euforia, pupilas contraídas, marcas y abscesos en los lugares de inyección.

En el síndrome de abstinencia se manifiesta desasosiego, sudoración, dilatación pupilar, dolores, contracciones musculares, vómitos, diarreas, insomnio, elevación de la presión arterial y pérdida de peso.

Produce alta dependencia física y psicológica.

CODEÍNA

Es otro alcaloide del opio. Es útil para aliviar dolores moderados y tiene mucho menor riesgo que la morfina de provocar efectos tóxicos. Si se instaura la adicción, el uso prolongado de altas dosis, el síndrome de abstinencia resultante es menos severo.

Es un calmante similar a la morfina pero mucho menos potente y con pequeños efectos sedantes.

Se toma en forma de comprimidos, como jarabe para aliviar la tos o por inyección.

Puede presentarse en forma de cristales inodoros e incoloros o en polvo cristalino blanco.

Efectos negativos:

Estreñimiento, náuseas, vómitos, vértigo y somnolencia. Las dosis elevadas pueden producir inquietud y excitación. En los niños puede provocar convulsiones.

Produce una moderada dependencia física y psicológica.

PENTAZOCINA

Es un opiode analgésico que se emplea para tratar dolores moderadamente intensos. Si se eleva la dosis aparecen efectos desagradables como disforia o alucinaciones, por lo que se limita su utilidad terapéutica.

Se presenta en ampollitas, comprimidos y supositorios.

ANESTÉSICOS Y VOLÁTILES

En la Grecia antigua, la Sacerdotisa del Oráculo de Delfos solía inhalar gases desde las grietas de las rocas, de manera que sus visiones pudieran realizar profecías. En tiempos Hebraicos y Judalcos, las personas inhalaban los vapores de los perfumes, ungüentos y especias quemadas como parte de sus ceremonias religiosas.

El gas hilarante se fabricó a finales del siglo XIX y pronto se utilizó como droga recreativa debido a sus efectos eufóricos. Más tarde se usó cloroformo y éter para producir intoxicación. Todos se pueden considerar precursores de los problemas actuales con el consumo de volátiles y solventes.

El abuso de solventes tal y como hoy lo conocemos surgió claramente durante la década de los 50s en EUA y desde entonces se ha extendido por todo el mundo. El aumento del abuso es un fenómeno reciente que preocupa, sobre todo, porque afecta a los niños, aunque también son usados por adolescentes y adultos.

Cualquier producto que contenga las siguientes sustancias químicas puede constituir un objeto de abuso: acetona, denceno, xileno, tolueno, nitro-propano, gasolina, éter, etc.

Muchos son de uso general, tanto domésticos como industriales y de los que más se abusa son:

- pegamentos y colas de contacto y secado rápido
- pinturas, lacas, quitapinturas y quitayesos, líquidos para corregir errores tipográficos y su correspondientes disolventes
- productos derivados del petróleo, líquidos para encendedores, anticongelante, líquidos para limpieza en seco, laca para pelo y acetona o quitaesmalte

- gases propulsores de aerosoles, incluyendo desodorantes, purificadores de aire, insecticidas, sprays de pintura y extintores de incendios

- alcohol medicinal, limpiadores de metal, detergentes, grasa para zapatos y tintes

Debido a la amplia gama de productos, son diversas las técnicas que se emplean para inhalar los gases. La más común es oler directamente. Para aumentar los efectos del vapor, al aumentar la concentración, los pegamentos y sustancias similares se huelen desde la bolsa de plástico en la que se han colocado. La boca de la bolsa se coloca frente a la cara y se respiran los vapores hasta alcanzar la intoxicación. A veces se emplea una bolsa de polietileno. Los solventes para rebajar la pintura se pueden oler desde un trapo impregnado.

Existen graves peligros relacionados con el abuso de solventes que podrían causar la muerte o daños severos a la salud.

El abuso puede provocar una afección cardíaca crónica o muerte, riesgo que se incrementa si se realiza un gran esfuerzo durante o inmediatamente después del abuso.

Rociar el interior de la boca con aerosoles puede afectar los tejidos de la garganta haciendo que se entumescan y causando asfixia.

Los consumidores pueden calentar el producto con fuego y otra fuente directa de calor para aumentar la concentración de vapores. Algunos incluso fuman al mismo tiempo. En cualquier caso hay un serio riesgo de incendio, ya que muchos de estos productos son inflamables.

A menudo el abuso ocurre en lugares aislados o en ambientes peligrosos lo que aumenta el riesgo, ya que una persona intoxicada tiene menos recursos para ver los peligros en los que se encuentra y obtener ayuda.

La combinación del abuso de solventes con otras drogas como el alcohol aumenta el peligro enormemente.

Entre los signos de su abuso están:

Ojos irritados o llorosos, lenguaje lento y confuso, desorientación, apariencia de haber ingerido alcohol, dolor de cabeza y náusea, olor a químicos en la ropa, el cuerpo o el cuarto, andar tambaleante o incoordinado, nariz inflamada, hemorragias nasales, salpullido alrededor de nariz y boca, pérdida de apetito y manchas en manos o alrededor de la boca.

Efectos negativos:

Dolor de cabeza, debilidad muscular, dolor abdominal, cambios severos de humor y comportamiento violento, entumecimiento y hormigueo en manos y pies, aumento o pérdida del olfato, náuseas, hemorragias nasales, daño al hígado, pulmón y riñón, daño cerebral, desequilibrio químico, fatiga y falta de coordinación, pérdida de apetito, disminución de frecuencia cardíaca y respiratoria, pérdida de peso, daño permanente en sistema nervioso, ataques, coma y muerte.

Los consumidores se intoxican más rápidamente que con alcohol, porque la sustancia entra en el flujo sanguíneo desde los pulmones en vez del estómago. Puede producir una dependencia física muy leve y una marcada dependencia psicológica.

OTROS PSICOESTIMULANTES

DROGAS SINTÉTICAS

Son sustancias químicas sintetizadas en laboratorios clandestinos a partir de fármacos legalizados o de alguno de sus componentes, o de drogas específicamente prohibidas. El objetivo que persiguen sus fabricantes es encontrar una nueva molécula que no esté controlada por ley, y que produzca los mismos efectos psicoestimulantes y alucinógenos.

SPEED

Es sulfato de anfetamina, un polvo cristalino de color blanco, inodoro, de sabor amargo, con propiedades levemente insensibilizadoras y con múltiples aplicaciones en el ámbito terapéutico, no obstante en los últimos tiempos se está desviando su uso hacia el mercado ilícito de los adictos.

Sus efectos, principalmente estimulantes, unidos a su bajo precio, ha hecho que sea una droga muy popular.

Se presenta como polvo blanco que desprende un fuerte olor como vinagre y también en cápsulas o tabletas.

Su forma de consumo varía en función de su aspecto. En polvo generalmente es inhalado o mezclada con una bebida suave o alcohólica. Se puede inyectar vía intravenosa, lo cual intensifica los efectos.

Efectos negativos: suscita una euforia, aumentando aparentemente la capacidad de concentración y rendimiento intelectual. Su uso prolongado puede desencadenar la aparición de alteraciones psiquiátricas de tipo psicótico que prolongan en síndromes depresivos y que resultan difíciles de diferenciar de la esquizofrenia.

Su supresión puede originar síndrome de abstinencia, caracterizado por irritabilidad, cansancio, depresión, somnolencia y comportamientos desajustados variados. ~~Conductas agresivas y violentas~~, hiperactividad, amnesia, confusión y obsesiones, llegando a un síndrome paranoide.

La vía de administración condiciona la gravedad y la intensidad de la dependencia psicológica.

ÉXTASIS

También llamado MDMA (metilenedioximetilamfetamina). Fue patentada en Alemania en 1914 por E.Merk & Co., como supresor del apetito, pero nunca comercializada.

Por su naturaleza química tiene actividad estimulante y alucinógena, con efectos similares a la mezcalina. Se conoce también como Adán, hamburguesas, galletas de disco, palomas del amor, M25, XCT, o X.

Su presentación por lo general es en forma de pastillas o cápsulas de diferentes colores. Lo normal es consumirla vía oral y se suele mezclar con alcohol, ya que éste mitiga los efectos de la droga, a la vez que pasadas unas horas suele deprimir ocasionando efectos contrarios a los buscados.

En pequeñas dosis produce mayor actividad motora, aumento de la percepción sensorial y efecto analgésico, o euforia, terror, alucinaciones, náuseas y vómitos. En dosis mayores produce rigidez muscular, temblores y convulsiones, llegando a causar la muerte.

Crea dependencia psicológica y llega a producir síndrome de abstinencia que se traduce en fatiga, depresión y trastornos del sueño.

PCP

Es Fenciclidina y fue desarrollada en 1959 como anestesia intravenosa y se usó como medicina veterinaria de poder tranquilizante. Su uso médico se discontinuó en 1965 pues se encontró que los pacientes se ponían agitados e irracionales mientras volvían de los efectos de la anestesia.

Actualmente se elabora en laboratorios clandestinos y se vende en la calle.

Otros nombres: polvo de ángel, tranquilizador de elefante, ozono, gasolina de cohete, píldora de la paz.

Es un polvo blanco cristalino de sabor amargo. Viene en tabletas, cápsulas y polvos de colores.

Se usa inhalada, fumada o se come. Algunos usuarios la fuman mezclada con marihuana y la llaman "superpasta de cristal".

El efecto estimulante dura de 2 a 4 horas, aunque los efectos pueden continuar todo el día.

Efectos negativos:

Alucinaciones, experiencias de disociación, incapacidad en coordinación motora y sensibilidad al dolor, muerte por paro respiratorio, depresión, ansiedad, desorientación, miedo, pánico, paranoia, comportamiento agresivo y violento.

EFEDRINA

Es una sustancia químicamente similar a la anfetamina. Aparece como cristales incoloros o polvo cristalino blanco. Su sabor es amargo y es inodoro o con un ligero olor aromático. Aparece sola o con otras drogas en varios medicamentos que se obtienen con receta médica, incluyendo los empleados para el tratamiento de espasmos bronquiales y la obstrucción de conductos respiratorios en la bronquitis crónica o asma y procesos alérgicos como fiebre del heno y urticaria. También se vende en forma de colirio para aliviar molestias oculares.

El abuso es reciente. En la calle se vende en polvo y se consume como una anfetamina. Efectos negativos: son similares a los de las anfetaminas.

METILFENIDATO

Se receta para la narcolepsia, el letargo físico y psíquico, la fatiga asociada con la depresión y paradójicamente, en el tratamiento de niños hiperactivos y alteraciones en comportamiento de ancianos.

Su abuso puede causar efectos de tipo anfetamínico.

Se fabrica en comprimidos.

PEMOLINA

Sus efectos se encuentran entre los de la cafeína y la anfetamina y se receta para la depresión, la fatiga y algunos tipos de epilepsia.

Se produce en comprimidos o suspensión. También aparece como parte de tónicos y reconstituyentes o junto a vitaminas.

ANOREXÍGENOS O ADELGAZANTES

Suprimen el apetito. Se recetan para el tratamiento de la obesidad, pero debe ser tomado por periodos cortos, ya que su uso continuado desarrolla tolerancia. Sus efectos negativos también son similares a los de las anfetaminas.

Se encuentran los siguientes: Anfepramona (comprimidos), Fentermina (cápsulas), Dexfenfluramina (cápsulas), Clobenzorex (cápsulas), Fenproporex (comprimidos).

ESTUPEFACIENTES SINTÉTICOS

METADONA

Es descubierta por científicos alemanes durante la II guerra mundial, tratando de eliminar los riesgos tóxicos de la morfina y la heroína.

Las investigaciones dicen que 1 miligramo puede sustituir a 4 de morfina o 2 de heroína, e impide la aparición del síndrome de abstinencia.

Los heroínómanos acuden a ella, cuando no disponen de heroína. Se presenta en tabletas blancas y líquido sabor amargo.

Recientemente se ha demostrado que no cura las toxicomanías sino que las mantiene.

Otros nombres: muñeca, chista o jungo.

FÁRMACOS DE VENTA LIBRE

Comprenden una amplia gama de preparados que pueden obtenerse sin receta médica. Puede tratarse de medicamentos farmacéuticos que sólo se pueden adquirir en una farmacia registrada bajo la supervisión de un farmacéutico, o medicamentos y preparados que se pueden comprar en tiendas.

ANTIISTAMÍNICOS

Son los fármacos que evitan o disminuyen los efectos de la histamina (sustancia química segregada por los tejidos del organismo en las reacciones alérgicas que causan irritación).

Su uso médico es para tratar alergias nasales, mucosidad irritante de la nariz, estornudos, salpullido alérgico, prurito, picaduras de insectos y alergias a determinadas sustancias.

Se emplean en preparados para la tos y en medicamentos anticatarrales y antigripales. Algunos tienen un efecto antiemético efectivo y se emplean para prevenir los malestares de viaje, vértigos y otras causas de náuseas, incluyendo desórdenes del oído medio.

Causan sedación, desde somnolencia hasta sueño profundo. Puede darse falta de coordinación que afectan la realización de tareas complejas y esto se incrementa si se consume alcohol simultáneamente.

El consumidor tiende a sentirse deprimido aunque en dosis fuertes pueden aparecer síntomas completamente contrarios como la sobrestimulación.

SIMPATICOMIMÉTICOS

Tienen la capacidad de producir cambios fisiológicos similares a los producidos por la activación del sistema nervioso simpático.

Se emplean como vasoconstrictores o vasodilatadores en el tratamiento de la hipotensión y afecciones cardíacas graves y como broncodilatadores en asma y trastornos similares. Los principales simpaticomiméticos de venta libre son preparados para catarrros para quitar las secreciones en los resfriados y aliviar el pecho congestionado.

Aunque ejercen sus acciones por un mecanismo farmacológico completamente diferente que los antihistamínicos, los efectos son similares.

Un buen número de ellos son estructuralmente iguales a las anfetaminas como la efedrina, ~~pseudo~~efedrina y fenilpropanolamina.

OPIÁCEOS

Existen muchos preparados que se pueden comprar en cualquier tienda que tienen bajas concentraciones de opiáceos, sobre todo de codeína.

Se emplean para dolores de cabeza, en jarabes para la tos y en algunos medicamentos contra la diarrea.

El abuso crónico puede llevar a fallos renales graves, úlcera péptica, hemorragias gastrointestinales, anemia y trastornos psiquiátricos.

Debido a que la codeína está combinada a menudo con el paracetamol, el abuso conlleva un alto grado de riesgo, ya que éste es muy tóxico para el hígado, incluso en dosis moderadas.

LAXANTES

Se toman para aliviar el estreñimiento. Existen muchas marcas comerciales que se pueden comprar libremente.

Su abuso puede causar una reducción de la sensibilidad de las membranas mucosas de los intestinos, de manera que se requieran dosis más grandes, se desarrolle tolerancia y los procesos naturales dejen de funcionar sin la droga.

Su uso prolongado puede causar diarrea, pérdida importante de sales corporales, debilidad muscular y pérdida de peso.

Las mujeres jóvenes, desde el principio de su adolescencia, pueden abusar de los laxantes, en el curso de una afección conocida como anorexia nerviosa. Es un cuadro patológico que se cree psicológico en su origen. Empezar con una aversión o fobia a la obesidad y se desarrolla como pérdida de apetito y una negativa o incapacidad de comer. A menudo esto se agrava con la toma de laxantes.

Por otra parte existe una creciente preocupación desde hace algún tiempo acerca del uso de drogas, incluidos los esteroides anabólicos, por parte de los deportistas para mejorar su rendimiento. La administración, sobre todo, tiene especial interés en proteger a los atletas jóvenes de los entrenadores sin escrúpulos que suministran drogas con estos fines.

Anexo 2

EFFECTOS EN EL APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES

1. En todos los grados, hubo un efecto significativo debido a la variable de la prueba; esto es, hubo una diferencia significativa en el test de puntajes de una ocasión de prueba a la siguiente. En cualquier grado, hubo una mejora en el promedio de puntaje global del pretest al test de medio año y del pretest al fin de año. Esta mejora ocurrió para los estudiantes de ambas condiciones, control y experimental, aunque para los experimentos fue mejor representar categorías típicas del programa: Drogas, Responsabilidad de Personal, Protección Personal y de la Propiedad, Seguridad y actitudes. De estos datos, se puede concluir que el aprendizaje ocurrió en todos los grados, para todas las áreas y las actitudes, excepto para grado 6°.
2. De acuerdo a los resultados del test a estudiantes y el análisis estadístico, el programa fue más efectivo en los grados de 1° a 4°. En Kinder, hubo una gran mejora en el logro escolar, pero éste ocurrió tanto para el grupo control como para el experimental. Esta mejora es probablemente en parte atribuible a la maduración y a los aspectos del currículo de Kinder el cual típicamente incluye información acerca de temas de seguridad. El aprendizaje también ocurrió en los grados 5° y 6°, pero los efectos fueron menos pronunciados.
3. El programa de 16 semanas parece ser suficiente para la mayoría de las clases, por tanto hay solo evidencia limitada de que existe más aprendizaje al continuar el programa por 32 semanas. En algunos casos, los estudiantes en la condición de 16 semanas ejecutaron mejor que los de 32 semanas, a pesar del hecho de que no fueron expuestos al programa la segunda mitad del año.
4. Los resultados del análisis de datos del test no favorecieron consistentemente ni la condición de marioneta residente, ni la de itinerante.
5. El análisis de datos de la dimensión de la locación de comunidad urbana, media y rural, mostraron consistentemente que el aprendizaje fue mayor en las comunidades urbanas y medias. En los grados 5° y 6°, el currículo de McGuff no fue efectivo para estudiantes urbanos.
6. Una comparación de las respuestas de los estudiantes a temas por opción múltiple en los test diseñados para medir el aprendizaje del estudiante, con las mismas respuestas a preguntas abiertas midiendo el mismo contenido reveló que los puntajes de los estudiantes fueron más altos en los test de opción múltiple. Los niños podían

seleccionar la respuesta correcta mejor que construir una respuesta. Esto se interpretó como que los estudiantes no dominaban todo el contenido presentado.

Efectos en las Actitudes de los Estudiantes

1. Excepto en el grado 6°, los datos de actitudes del currículo de McGruff produjeron muchos efectos significativos. El cambio en puntaje de pretest a medio año fue global en los grados 2° a 5° y para aproximadamente, la mitad de los temas de actitudes administrativas en dichos grados.
2. Hubo mejora significativa en las respuestas de los estudiantes a la mayoría de los temas de seguridad y protección personal en las inspecciones en los grados 2° a 5°. Temas específicos en los que sus respuestas mejoraron incluyeron las de qué hacer ~~al estar sólo en casa, seguridad al patinar, abuso en niños, pedir aventón y gánsters.~~
3. No hubo temas de actitudes acerca de drogas en el grado 2°, pero sí en los grados superiores. En 6° grado no se produjo el tema de drogas con efectos significativos. Los de 3° grado acerca de inhalación y los de 4° en relación con la cocaína marcaron cambios del comienzo a medio año. Los temas acerca de uso de alcohol mostraron poco cambio a través del semestre.
4. El currículo de McGruff parece ser muy efectivo en la mejora de actitudes en 4° y 5° grados, especialmente en robo e incendio intencionado. La mejora significativa en estos grados se observó para todos los temas menos para el de crimen contra propiedad.

Reacciones de los Padres hacia el Programa

1. En áreas urbanas el 85% de los padres estaban familiarizados con McGruff y el 96% o más en comunidades medias y rurales.
2. Aproximadamente tres cuartas partes de los padres reportaron una reacción positiva ante el programa, pero un 17% reaccionó negativamente y un 10% manifestaron que tener objeciones específicas o inquietudes acerca del programa.
3. Un 60% aproximadamente de los padres dijeron que habían notado un cambio específico positivo en las actitudes y comportamientos de sus niños y que creían era atribuible al currículo de McGruff.

4. En los niños se apreciaron comportamientos deseables con respecto a dar o no información por teléfono cuando los padres no están en casa, cerrar con llave la casa y sentirse cómodos al estar solos. También observaron los padres que sus niños hablaban abiertamente acerca del peligro de las drogas y el evitar a los extraños.

Resultados de la Implantación

1. En general, el contenido del programa es recibido muy positivamente por los estudiantes, maestros y administradores. Los comentarios indicaron que los estudiantes respondieron favorablemente al programa de McGruff. Los maestros y administradores señalaron también, que el contenido curricular se ajusta bien a la educación básica. Se reportó muy poco inconformismo.
2. Las lecciones de auto-disciplina fueron reportadas por algunos como poco interesantes. Las preguntas en la guía del maestro para todas las lecciones fueron interpretadas por algunos como demasiado simplistas, además de conducir a un llamado literal solamente.
3. El proceso de implantación del programa fue visto muy positivamente. Las excepciones incluyen referencias a la inadecuación del videotape como "presentador" ya que no puede contestar preguntas. Alrededor del 30% de los maestros reportaron bajo nivel de comunidad con la marioneta e insatisfacción con sus habilidades al manejarla. Pocos maestros sintieron que la implantación requería considerable tiempo de preparación.
4. Los hallazgos con vistas en los efectos del programa, como reportaron las inspecciones, fueron positivos en forma sobresaliente. Los efectos más pronunciados se manifiestan en el aumento de conciencia notado entre los niños. En general, las inspecciones encontraron reacciones positivas muy significativas al contenido, formato y efectos del programa.

I. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La efectividad del Programa fue evaluada en un campo de estudio nacional usando un diseño clásico experimental. El intento fue recoger información de los efectos del programa en el conocimiento, actitudes y comportamiento de los estudiantes respecto al abuso de sustancias y protección personal. Para evaluar los cambios en conocimiento y actitudes, los test se desarrollaron basados en el currículo de cada grado, desde Kinder

hasta 6°. Para destacar los datos recogidos a través del uso de instrumentos de prueba y de inspección se utilizó la escala Likert de opciones de respuesta así como preguntas abiertas. Además, fueron desarrollados métodos para coleccionar información de las reacciones de maestros, padres y administradores.

Las preguntas a contestar para la evaluación fueron las siguientes:

1. 1 ¿Qué efecto tiene el currículo de McGruff en el conocimiento, actitudes y comportamiento de los estudiantes en relación con prevención de drogas y protección de niños?
 - a. ¿Hay efectos cognitivos, de comportamiento o de actitudes en los estudiantes expuestos a dicho currículo como indican los resultados de los tests?
 - b. ¿Existen efectos del currículo diferentes en los diferentes grados?
 - c. ¿Existen efectos diferentes del currículo para estudiantes en medio rural, medio y urbano?
1. ~~¿Es el efecto en el aprendizaje diferente si la marioneta es "residente" o "itinerante"?~~
2. ¿Existe una cantidad más significativa de aprendizaje con la versión de 32 semanas que con la de 16 semanas?
3. ¿Cómo catalogan los maestros y administradores la efectividad del programa y su propiedad para el currículo elemental?

Para contestar, dichas preguntas, se administraron tests para cada grado a los estudiantes antes de implantación del programa, 16 semanas después de que se inició y después de concluirlo al final del año escolar. Se desarrollaron cuestionarios y se distribuyeron a las personas (quienes habían sido identificadas antes de la fase de iniciación del estudio), maestros, administradores y padres.

PARTICIPANTES DEL CAMPO DE PRUEBA

En el año académico 1987-1988, NCPC se dispuso a identificar distritos escolares que estuvieran interesados en ser considerados para participar en la evaluación del programa. El intento de NCPC fue alinear distritos escolares para dicha evaluación definitiva, considerando aquellas escuelas prospectivas que deseaban participar. De los distritos comprometidos que proporcionaron los datos de las respectivas escuelas, se

considero una muestra propositiva de 24 pares de escuelas seleccionándolos como parejas, conforme a sus características: una buena distribución geográfica y su relación con comunidades rurales, medias y urbanas.

Para propósitos de estos estudios, las comunidades rurales fueron definidas como aquellas con población de menos de 10.000; las medias con población de 10.000 a 99.999; y las urbanas con 100.000 y más.

A los distritos seleccionados se les pidió conocimiento respecto de su compromiso de participación, el cual fue confirmado por teléfono y mediante la firma de una carta de conformidad. También se les pidió proporcionar datos del número de salones de clase en cada grado y datos relativos al par de escuelas participantes, así como el número de estudiantes en cada nivel. Las órdenes de materiales curriculares para cada distrito fueron sometidas a Producciones Marioneta para ser enviadas en agosto 1987.

NCPC trabajó con una compañía de congresos educacionales, ordenando una lista de nombres de 865 educadores de la salud, en los distritos alrededor del país con escuelas de K-6, para asegurar la diversidad geográfica, NCPC pidió a esta compañía seleccionar al azar algunas regiones del país (asegurándose de que no quedaran incluidos regiones particulares con distritos menores).

A las 865 escuelas comprendidas en dichas regiones, se enviaron cartas y formas (Apéndice B) para ver si estaban interesadas en participar en el estudio. De las que respondieron al llamado, se seleccionaron propositivamente pares de escuelas, asegurándose de que cada par fuera parecido en matrícula, promedio de tamaños de clases, demografía del área, promedio hombre/mujer, entidad y porcentaje de estudiantes federalmente subsidiados al programa de lunch.

Los distritos que habían expresado interés en participar en el campo de estudio pero que no fueron seleccionados en la muestra experimental, se incluyeron como sitios adicionales, extendiendo la distribución y agrandando la posibilidad de obtener información relativa a la implantación. Estos distritos, así como otras escuelas de sitio de prueba en distritos de muestreo fueron contactadas para determinar el deseo de participar como "sitio de implantación".

Hubo esencialmente, entonces, dos muestras en la evaluación, una referida como sitios de prueba y otra como sitios de implantación. Los sitios de implantación fueron abastecidos con materiales del currículo por grado y se les informó que se les pediría ~~requerir~~ cuestionarios durante el curso del estudio. A los sitios de prueba se les

asignaron materiales del currículo para cada salón, con excepción de marionetas, las cuales se distribuyeron de acuerdo al diseño de evaluación. A las escuelas experimentales de sitio de prueba se les pidió administrar pruebas a un salón de clases en cada nivel y responder a los cuestionarios. En ambas escuelas, control y experimental se les pidió administrar test al principio, a la mitad y al final del año escolar. Las escuelas control recibieron materiales curriculares después de la conclusión del estudio de campo.

DISEÑO EXPERIMENTAL

El estudio de campo se realizó en E.U.A., incluyendo cualquier región geográfica y aproximadamente la mitad de los estados. El número de escuelas y distritos participantes como sitios de prueba o de implantación son los detallados a continuación:

Sitios de Prueba:	Sitios de Implantación
18 estados	20 estados
24 escuelas de distrito	60 escuelas de distrito
48 edificios escolares	192 edificios escolares

En los sitios de prueba, 814 salones de clase implantaron el programa y cumplieron con los requerimientos del estudio. Los sitios de implantación recibieron un programa por grado. No es posible especificar cuantos salones implantaron el programa en parte o en su totalidad. Entre estos sitios, cinco condiciones fueron especificadas e implantados por cuatro grupos experimentales y uno control. Las condiciones experimentales variaron a lo largo del programa y dependiendo de la residencia o itineraria de la marioneta. Dieciséis escuelas fueron grupo control. Ninguna de ellas implantó parte del currículo de McGruff durante el año escolar 1987-1988. 32 formaron parte del Grupo experimental 1 (Residente 32 o R32). Ocho escuelas en este grupo usaron 32 lecciones. Antes del test de medio año, completaron 16; las 16 lecciones se completaron antes del test final. Cada salón tuvo una marioneta residente durante la duración del programa.

Grupo experimental 2 (Residente 16 o R16). Las ocho escuelas en este grupo usan solo las primeras 16 lecciones. El uso ocurrió en el primer semestre, después de los cuales se recogió el material. Cada salón tenía una marioneta en residencia.

Grupo experimental 3 (Itinerante 32 o R32). Las ocho escuelas usaron 32 lecciones. La marioneta solo estaba en clase en el momento de la lección. Las marionetas se distribuyeron en promedio de una por cada 7 salones; sin embargo, todos los salones

recibieron notas y guías. Completaron 32 lecciones; 16 durante el primer semestre y 16 durante el segundo.

Grupo experimental 4 (Itinerante 16 o I16). Las ocho escuelas usaron solo las primeras 16 lecciones. Esto ocurrió en el primer semestre, y después fue recogido el material. La marioneta estuvo en el salón solo en el tiempo que se impartía la lección. Se proporcionó una marioneta para 7 salones pero todos recibieron cintas y guías.

Grupo control (C). A 17 escuelas se les administró pretest, test de medio año y postest a un salón de clases en cada nivel. No se les dio material, sino hasta después de administrar el postest.

Las preguntas de investigación en la página 1 se contestaron haciendo las siguientes comparaciones:

1. Grupos experimentales 1,2,3 y 4 vs. grupo control 5
2. Grupos experimentales 1 y 2 vs. grupos 3 y 4
3. Grupos experimentales 1 y 2 vs. grupos 2 y 4

Los estudiantes en los cinco grupos fueron probados en el patrón pretest-postest. Esto es se les administró un test al comienzo del año escolar antes de cualquier lección de mcgruff; a la mitad del año escolar después de 16 lecciones y al final del año cuando se habían impartido las 32 lecciones en los grupos R32 e I32, y cuando los otros grupos experimentales, R16 e I16 habían terminado el semestre sin programa.

Para asegurar que todas las variables independientes fueran distribuidas a través de las condiciones experimental y control, se usó un proceso al azar estratificado para asignar las escuelas a las cinco diferentes condiciones. Dentro de las tres locaciones -rural, media, urbana- los pares de escuelas fueron asignadas al azar a cada una de las siguientes condiciones:

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. R32-R16 | 4. I32-I16 | 7. R16-I16 |
| 2. R32-C | 5. I32-C | 8. R32-I32 |
| 3. R16-C | | |

La asignación particular para cada escuela en el par fue al azar. Después de estas asignaciones a las condiciones control y experimental fueron completadas, la muestra fue verificada para asegurar que estaba balanceada con respecto a otras variables. Además, los datos del test fueron analizados para evaluar las diferencias entre los distritos rurales, medio y urbanos.

II. INSTRUMENTACIÓN

El desarrollo de siete instrumentos de prueba para evaluar el aprendizaje de los niños del currículo de McGruff, procedió en un intenso trabajo durante los meses de verano 1987. Las lecciones en el currículo para cada grado fueron revisadas y organizadas conceptualmente de acuerdo a los tópicos. Los temas de prueba se desarrollaron por escritores expertos en el tema y por un consejero del proyecto, cuya experiencia en prevención de drogas y temas de seguridad en niños, fue constatada.

Los temas fueron basados en conceptos y la terminología presentada en las lecciones. La estructura organizacional de los tests se presenta en la tabla 3-1.

Las descripciones de varias escalas con las lecciones del currículo de McGruff y su enfoque se muestran a continuación:

DROGAS

Drogas: los niños deben aprender que las medicinas son para ser tomadas y prescritas por un doctor.

Di No: aprender a evitar a la gente que toma drogas.

Alcohol: aprender que el alcohol entorpece las reacciones del cuerpo y puede causar accidentes.

Mariguana: aprender que puede afectar su habilidad de pensar y aprender.

Inhalantes: aprender que es peligroso inhalar sustancias tóxicas.

Cocaína y Crack: aprender que causan a quienes los usan y graves problemas de salud y la pérdida de familiares y amigos.

Auto-disciplina: aprender a diferenciar entre disciplina y auto-disciplina.

Gánsters: aprender el significado de la palabra.

CRÍMENES CONTRA PROPIEDAD

Prevención de crimen: aprender que Los criminales no pueden vivir con la gente de bien.

Vandalismo: aprender el significado de vandalismo y que quien lo ejerce, lastima a todos.

PROTECCIÓN PERSONAL

Extraños: aprender a no salir nunca con un extraño sin permiso de los padres.

Daño a niños: aprender que pueden ser lastimados y que no es falta de la víctima y qué hacer si sucede.

Abuso a niños: aprenden que deben comunicarlo a un adulto en caso de ser abusados.

REGLAS DE SEGURIDAD

Seguridad en la bicicleta: revisar y aprender reglas de seguridad.

Seguridad al patinar: aprenden que la seguridad incluye mantener los patines en buenas condiciones.

En todos los temas se utiliza un formato de opción múltiple. Algunos temas requieren el uso de dibujos para usarlos como respuestas y distractores. Cada prueba (con excepción de Kinder) incluye temas de evaluación de conocimientos y actitudes relacionadas con los tópicos. El test de Kinder contiene temas relacionados con las actitudes.

En el curso del desarrollo de los instrumentos de prueba, los temas se desarrollaron durante las fases iniciales, las cuales fueron intentos de medir las actitudes separadas de los intentos de los cambios de comportamiento. La distinción entre estos dos tipos de temas y la dificultad de desarrollar temas válidos que midieran exactamente cada uno, condujo a la decisión de consolidar los temas en una categoría de temas actitudinales. Los temas que podrían identificarse como los diseñados para medir los cambios de comportamiento son parecidos al siguiente (ejemplo: "Si estás jugando en el parque y alguien te ofrece unas pastillas, qué harías?"). Se incluyeron en los temas de actitudes y fueron analizados durante la fase de medio año.

Todos los temas se revisaron por el personal de ATI y miembros de NCPC.

Las versiones preliminares de los tests fueron dadas en sesiones de prueba a pequeños grupos de estudiantes de los grados apropiados. La información de estas sesiones condujo a una mayor revisión de los temas, incluyendo trabajo de arte y de procedimientos de administración. Todos estos tests se pilotearon entre 50 y 100 niños

en salones de clase durante agosto y septiembre en dos distritos en Indiana y en Adrián, Michigan. Los datos piloto fueron sometidos a análisis el cual llevó a escalas estadísticas.

La selección final de tema y la construcción de instrumentos fue completada después del análisis de temas, y se reconstruyeron para su impresión final. Los tests se distribuyeron en los sitios correspondientes a principio del año escolar 1987, antes de la iniciación del currículo de McGruff.

CUESTIONARIOS

Se desarrollaron test de cuestionarios para administrar a individuos apropiados en diferentes ocasiones durante el año del campo de estudio. Después de que el programa se había iniciado, se desarrolló un cuestionario y se envió a las personas del distrito, quienes habían sido identificadas durante la fase de preparación del estudio. El intento de este cuestionario inicial fue evaluar la primera fase del programa y para detectar cualquier problema potencial que pudiera impedir el progreso del estudio.

Además, las personas contactadas fueron sometidas a preguntas en la inspección de los directores en cada una de las dos escuelas participantes del distrito. Las preguntas fueron diseñadas para obtener información de base en vista de la prevalencia del crimen en la escuela y el vecindario. Las mismas preguntas se hicieron a los directores al final del año.

Un segundo cuestionario se desarrolló y administró a una muestra de maestros en las escuelas de campo de pruebas. Los temas se basaron en temas determinados a priori y temas que emergieron al interactuar el personal de ATI con el de las escuelas al implantar el programa.

A dos maestros en cada una de las escuelas participantes como sitios de implantación se les pidió responder a un tercer cuestionario para evaluar las reacciones al programa de maestros quienes fueron instruidos para compartir los materiales del programa dándoseles una mínima guía para la implantación.

A la conclusión de la implantación del currículo de McGruff en el campo de sitios de prueba, se envió un cuestionario para administradores y padres a cada escuela con los materiales del test para el postest final. El cuestionario administrado se diseñó para obtener información sobre las reacciones al programa y comparación de datos en la

prevalencia de crimen en la escuela y vecindario. El primer cuestionario para administradores se distribuyó como parte del cuestionario de otoño para la persona de contacto del distrito. A éstas se les pidió obtener respuestas de una sección del cuestionario dirigido a los administradores y directores de las dos escuelas involucradas en el estudio.

El cuestionario para padres se hizo con la finalidad de obtener información en relación con las reacciones de los estudiantes en una clase primaria o intermedia, en cada una de las escuelas de sitio de test para llevar a casa y regresar al maestro.

VALIDEZ CONCURRENTE DE LOS INSTRUMENTOS

Como parte de la validación de los instrumentos desarrollados para evaluar el aprendizaje del programa, se llevó a cabo un estudio suplementario de datos para apoyar la validez de los instrumentos de opción múltiple. Los instrumentos de segundo, cuarto y sexto grados, se seleccionaron para estudio. Cada uno de los temas en los tests se revisó para determinar su factibilidad en preguntas abiertas. Los temas abiertos que se desarrollaron fueron revisados por el personal de ATI y NCPC.

Los instrumentos concurrentes validados se administraron en tres campos de prueba en conjunción con los instrumentos de medio año de opción múltiple. Los tests de segundo grado fueron administrados por un miembro de ATI en una entrevista. Los chicos de cuarto y sexto grado respondieron por escrito.

III. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los procedimientos fueron establecidos fuera del campo de estudio para asegurar a las escuelas comprometidas tan estrictamente como fue posible con los métodos del estudio. Las personas de contacto del distrito fueron identificadas por los distritos escolares como orígenes primarios de comunicación con el distrito y las dos escuelas. Tres miembros del personal de ATI asumieron la responsabilidad por cada muestra de distritos; mantuvieron contactos telefónicos y respondieron a preguntas por la misma vía, elaborándose comunicaciones escritas para reiterar los procedimientos. Al principio de la implantación, se contactaron los distritos para asegurar que todos los materiales del currículo y las pruebas fueran recibidos y para dar conocimiento acerca del requerimiento del servicio. Después de iniciado el programa, se contactaron distritos para investigar su avance.

Tres veces en el año, en septiembre, enero y mayo, se enviaron los paquetes de los tests para cada grado escolar a todos los sitios de prueba en las escuelas. Incluyendo, en cada paquete las instrucciones especiales para la administración y el regreso de los mismos. Además, se hicieron los arreglos para la paquetería por UPS.

Los datos de pretest se analizaron para verificar la asignación de temas a escalas y para inspeccionar la escala de puntajes para cada grupo, tratamiento y control, para los seis niveles escolares incluyó la evaluación. Después de que los significados de los temas y de las escalas fueron computados, cada una fue correlacionando con su escala respectiva y con otras más. Los tests de mitad de año se distribuyeron en la misma forma que los pretests, indicando a las escuelas que se había programado la recolección automática por UPS para una semana específica, con la expectativa de que las pruebas se hubieran completado para ese entonces.

Los postest fueron programados para una distribución espaciada para asegurar su devolución antes del fin de cursos de las escuelas. Los tests para las escuelas control y las escuelas programadas para 16 semanas fueron distribuidos primero, seguidos por las escuelas cuya programación fue de 32 semanas y las escuelas de Chicago (las cuales estaban retrasadas debido a una lucha de maestros al principio del año, por un despido de uno de ellos). Las escuelas urbanas, en general, presentaron problemas en la devolución de los datos. Se hizo manifiesto que las escuelas urbanas parecían confrontar muchos problemas, tan diferentes, que varios puntos fueron contestados sin la atención pertinente. Las escuelas que no regresaron los datos correspondientes en ninguna de las tres ocasiones, fueron excluidas de los análisis. Esto provocó fricciones, particularmente, en los sitios urbanos.

Además de los tests, los cuestionarios fueron distribuidos de acuerdo a la programación presentada. Cada cuestionario fue distribuido en una manera diferente. El cuestionario de la persona de contacto del distrito fue enviado directamente a las escuelas. Los cuestionarios para maestros en los sitios de implantación se enviaron por correo a la persona contactada, con instrucciones para distribuirlos a los maestros apropiados. Los cuestionarios para padres y administradores se enviaron en las cajas con los tests finales, con instrucciones de distribuir los cuestionarios para padres a una clase de nivel primario o intermedio (instrucciones dadas para una distribución balanceada). Todos los cuestionarios fueron entregados con estampillas y sobres cerrados para su devolución a las oficinas de ATI.

IV. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CAMPO

En esta sección se presentaron dos clases de datos: el análisis de datos de test para contestar las preguntas del test de campo acerca de los efectos del tratamiento de variables, la locación escolar y los cambios en las actitudes de los estudiantes.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los tests de McGruff fueron administrados en todos los sitios de prueba antes de la implantación del programa, medio año después de las primeras 16 lecciones y al final del mismo. El pretest ocurrió en septiembre y octubre, el test de medio año en enero o febrero y el de fin de año en mayo y junio. Se administraron por los maestros a los niños en un salón designado por cada nivel, en todas las escuelas control y experimental.

Todos los récords de los estudiantes incluyeron información acerca del grupo tratamiento y la localización de la escuela, de modo que estas variables independientes pudieran ser tomadas en cuenta en el análisis.

Las estadísticas descriptiva e inferencial se usaron para resumir los datos. El récord individual del estudiante fue tratado como la unidad de análisis. La proporción promedio correcta fue computada por todas las escalas cognitivas, y el promedio de respuesta actitudinal de los temas entre 3 o 5 opciones, fue determinado mediante escalas de conteo continuo de 01. Ambos tests estadísticos multivariado y univariado se ejecutaron como post-test considerando básicamente, efectos significativos. Los análisis se probaron separadamente tomando en cuenta diferencias significativas, derivadas del test (T), programa (p), a la residencia (R) y la locación (L). Estos tests en los que se aprecian los efectos más importantes, contestan las siguientes preguntas:

1. (T) ¿Hay diferencia significativa en los puntajes para el pretest, el test de medio año y el de final del año?
2. (p) ¿Hay diferencia significativa en los puntajes (a través de las tres ocasiones de prueba) de las clases de grupo experimental de 32 semanas, 16 semanas y grupo control?
3. (R) ¿Hay diferencia significativa en los puntajes (a través de las tres ocasiones de prueba) para las clases de grupo experimental con marioneta residente, de 16 semanas y grupo control?

4. (L) ¿Hay diferencia significativa en los puntajes (a través de las tres ocasiones de prueba) para practicar en clases de escuelas del medio urbanas, en comunidades medias y en área rurales?

El análisis ejecutado dio respuestas a estas preguntas para cada escala y para los datos en cada grado combinados para todas las escalas. Los test en escalas simples se conocen como análisis univariado, y los del conjunto de escalas como análisis multivariado. Se condujeron análisis separados en los datos de cada grado. Se proporcionaron tablas mostrando el significado del test estadístico para cada grado.

La posibilidad de modificar o corregir alguna conclusión errónea acerca del significado de un efecto es indicado por el número de asteriscos siguiendo el valor estadístico del test.

En todos los grados, hubo un efecto multivariado significativo debido a la variable (T) del test; esto es, hubo una diferencia significativa en el set de puntajes de una ocasión de prueba a la siguiente. En todos los grados, hubo mejora en el puntaje promedio global del pretest al test de medio año, y del pretest al fin de año. Hubo una mejora significativa similar estadísticamente en el puntaje promedio para cada subescala en cada grado, excepto para la subescala de actitudes en el 6° grado. De estos datos, se puede concluir que el aprendizaje ocurrió en todos los grados, para todos los contenidos y las actitudes mejoraron.

En casi todos los grados los principales efectos (P) y (R) fueron significativos. Esto usualmente, resulta del puntaje promedio de los grupos experimentales que difieren significativamente de los grupos control. De mayor interés, sin embargo, son la interacción de los efectos -P x T, R x T y L x T. Cada uno de éstos indica si hay un patrón diferente, de diferentes categorías. Por ejemplo, la interacción P x T indica si el patrón tres de test es diferente para los grupos de 16, 32 semanas o control.

Las clases combinadas para cada una de las interacciones son esquematizadas para cada nivel. La media para las escalas individuales también es esquematizada. Los datos señalados en cada gráfica representan la proporción de temas que el estudiante promedio contestó correctamente.

El recordatorio de esta subsección se organiza primero por grado para presentar un resumen de los hallazgos y luego por pregunta experimental, para dar respuestas a temas específicos que hayan motivado el campo del test.

RESULTADOS DE KINDERGARTEN

El efecto significativo de la variable (T) del test es atribuible a la cantidad que se puede medir para mejorar los puntajes de los niños en cada escala. El programa significativo (P) y los efectos de la residencia (R) son resultados de los grupos experimentales y control, teniendo diferentes puntajes promedio. Similarmente, los puntajes promedio asociado con las tres clases de locaciones de escuelas (L) difieren significativamente. Por ejemplo, el puntaje promedio de niños en comunidades medias fue más alto que los de niños en medios urbanos y rurales; los niños urbanos tuvieron particularmente, puntajes bajos en responsabilidad personal, y los niños rurales en seguridad.

Las interacciones no significativas (PxTyRxT) sugieren que las ganancias observadas son explicadas por las variables del tratamiento. Ya que las ganancias substanciales fueron hechas por ambas clases experimentales y control, el típico currículum de Kindergarten, la maduración del estudiante, o la experiencia repetida con el test pueden contar en esas ganancias más que el programa McGruff por sí mismo.

La locación x (LxT) de interacción del test fue significativa. La primera gráfica representa las diferencias en el puntaje del test total para niños en las tres locaciones en los tres puntos en tiempo y la segunda gráfica, los puntajes promedio en la escala de protección personal en las tres ocasiones de prueba. Ambas gráficas muestran una mejora para los sitios de prueba medios y urbanos, con mejora en la escuela rural, limitado a la primera mitad del programa. La siguiente gráfica compara los grupos de 16 semanas y control. Es remarcable la separación del grupo control de los dos de tratamiento. Los grupos de 16 y 32 semanas obtuvieron ganancias comparables en el primer semestre continuo, el grupo de 32 semanas además, obtuvo ganancias adicionales durante el segundo semestre cuando se presentó el repaso.

La gráfica final contrasta las condiciones control, marioneta residente y marioneta itinerante. Otra vez, los grupos experimentales ejecutaron mejor que el control, las clases con marioneta residente mostraron mayor aprendizaje durante el primer semestre. Con el tiempo, sin embargo, las clases con marioneta itinerante lo hicieron bien. Todas las gráficas muestran el aumento general en puntajes que fue evidente en el nivel de Kindergarten.

RESULTADOS EN GRADO 1

Todos los efectos e interacciones fueron significativos en el análisis multivariado de varianza, como referencia a la última columna que la tabla de test estadístico indica. De particular interés son el programa x test (PxT) y las interacciones de residencia x test (RxT), por lo que se sugiere un patrón diferencial global entre los grupos experimentales.

Estas interacciones fueron particularmente significativas en el análisis univariado en la escala de drogas; la gráfica de estas medias muestra que el grupo tratamiento de 16 semanas fue superior. El grupo tratamiento de 32 semanas, después de las ganancias del primer semestre, no mejoró más que el grupo control. La interacción univariada significativa PxT para la escala de responsabilidad personal otra vez es atribuible a la ejecución superior del grupo de 16 semanas.

La (L) significa locación y los efectos de la locación por test (LxT) y son aparentemente, debidos a una suave y más baja ejecución de los niños de áreas rurales. Vale la pena destacar que los jóvenes en escuelas urbanas fueron capaces de ejecutar tan bien como sus compañeros que viven en otros medios.

RESULTADOS EN GRADO 2

Otra vez hubo logros altamente significativos y fuertes efectos de las diferencias en puntajes promedio para grupos tratamiento y de locación. Cinco de seis escalas mostraron interacciones univariadas significativas P x T, cuatro de las cuales se muestran en las gráficas. En las cuatro gráficas, la separación de las líneas para cada grupo de tratamiento de 16 y 32 semanas de los de control, son evidentes. Esta separación, así como las más pronunciadas pendientes para grupos experimentales, indican que hubo más aprendizaje, relativamente, en los niños a los que se les enseñó mediante el currículum de McGruff que los que no participaron en el programa. Las gráficas muestran también que el grupo experimental de 16 semanas tuvo mayores ganancias que el de 32 semanas durante ambos semestres en tres de cuatro escalas. Los grupos de marioneta compartida ejecutaron mejor que los de marioneta residente en tres puntos de datos, pero sobre todo los dos grupos mostraron alrededor de la misma ganancia.

La interacción significativa LxT es debida a la mejoría de las clases urbanas comparadas con el nivel de logro en las clases de áreas medias y rurales, como se ilustra en la gráfica final.

RESULTADOS EN GRADO 3

Los efectos del Test (T), programa (P), residencia (R), y locación (L) fueron la mayoría significativos. En las tres escalas - drogas, protección personal y protección de propiedad- hubo defectos de interacción altamente significativos, indicando una ejecución de test y diferencia en el tiempo para varios grupos de tratamiento. Estas interacciones están gratificadas para los grupos de tratamiento de 16 y 32 semanas en contraste con los grupos control. Se nota la separación de los tests para grupos de tratamiento y control. El aprendizaje es mayor en la primera mitad del programa y facilita la segunda mitad. En las tres escalas, las clases de 16 semanas aprendieron más en el segundo semestre cuando no tenían el currículo de McGruff como lo hizo el grupo de 32 semanas que continuaba con el programa, son notables las ganancias en la escala de protección a la propiedad.

La siguiente gráfica muestra la combinación de grupos control, marioneta residente y marioneta compartida. Las clases que compartieron una marioneta ejecutaron mejor que los otros dos grupos en los tres puntos de datos. Las diferencias en el puntaje de pretest entre los grupos de marioneta residente y marioneta itinerante se mantuvieron durante el año de prueba; las ganancias para los dos grupos se obtuvieron en el mismo año.

RESULTADOS EN GRADO 4

Los principales efectos fueron otra vez significativos para la mayor parte. Los puntajes promedio a través de las tres ocasiones de prueba difirieron por las condiciones experimentales y la locación de los sitios de prueba.

Las interacciones significativas PxT y RxT indicaron que los grupos con tratamiento ejecutaron mejor que el grupo control. El esquema de los significados combinados y la escala de protección a la propiedad, ilustra la ejecución superior de los grupos tratamiento. Los puntajes iniciales bajos de todos los grupos y las grandes ganancias por los grupos de tratamiento en la escala de protección a la propiedad muestran que este tópico es uno de los que para los estudiantes tiene poco conocimiento inicial pero que aprenden mucho a través del programa.

Los puntajes de estudiantes de los tres tipos de comunidades fueron paralelos de manera cercana. Los estudiantes en comunidades medias ejecutaron mejor, seguidos por los de locaciones urbanas y rurales.

RESULTADOS EN GRADO 5

Aunque hay un número de efectos significativos de datos para este grado, son más débiles que los notados en grados menores. Similarmente, los niveles de significado de las interacciones son al nivel de .05 y .01 más que el nivel .001 observado previamente. Las gráficas, con la separación reducida de los grupos de tratamiento, también indican que los efectos diferenciales de los tratamientos fueron menos pronunciados en este grado.

La inspección de los primeros cuatro gráficas que comparan los grupos de 16 y 32 semanas y control, revela que los grupos de tratamiento de 16 semanas hicieron ganancias mayores de pretest a test de medio año y de pretest a posttest. La ejecución del grupo de 32 semanas fue menos marcada; en algunos casos este grupo fue sobrepasado por el control. En el caso de la comparación de los grupos de marioneta residente, itinerante y control, la ejecución del grupo de marioneta itinerante fue superior, no habiendo diferencia entre el grupo de marioneta residente y el control.

En la gráfica final, se ilustra la interacción significativa LxT. Muestra que las clases urbanas hicieron las mayores ganancias en primero y segundo semestres. La ejecución rural fue más baja en los tres puntos de datos y paralela con las comunidades medias.

RESULTADOS EN GRADO 6

Aunque el patrón de 6° grado de efectos significativos fue similar a los grados previos, la falta de interacción significativa P x T o R x T en el análisis multivariado sugiere que el uso del programa McGruff no tiene un efecto diferencial en el logro estudiantil a través de las tres ocasiones de prueba. La inspección de las gráficas que reflejan los significados combinados de los grupos tratamiento y control, muestra que la ejecución de los grupos experimentales fue levemente mejor que los control.

Los efectos del tratamiento fueron más pronunciados en algunas escalas que en otras, (L): protección de propiedad, por ejemplo, muestra que los tres grupos de tratamiento, incluyendo el control, mejoraron en la misma porcentaje. (La diferencia en el promedio de

los tres puntajes de test para cada uno de los tres grupos es la razón del efecto significativo P para esta escala).

Sólo para las escalas de responsabilidad personal y actitudes hubo interacciones en el análisis univariado significativo. La interacción para responsabilidad personal es esquematizada; la separación del significado para los tres grupos tiene un nivel de significación débil. La interacción significativa de actitud (no graficada) es aparentemente debida a las actitudes superiores del grupo control.

REACCIONES DE MAESTROS Y PADRES

Los padres ya están familiarizados con McGruff y opinan que tienen una imagen "cálida". Así, ellos están dispuestos positivamente a aceptar a McGruff en el salón de clases. Pocos padres mencionaron que sus niños han llegado a casa hablando de McGruff.

Los maestros también acogieron el currículum de McGruff. Aunque un maestro mencionó que no sabía como responder a algunas preguntas de los estudiantes acerca de abuso de niños, la mayoría manifestó que se sentían cómodos con los tópicos. Un maestro mostró sorpresa de que McGruff no mencionara a "América, ya que es número uno en problemas de droga-tabaco".

Ni estudiantes ni maestros mencionaron mucha dificultad en tratar con cualquiera de los tópicos. Un maestro de cuarto grado dijo que los niños respondían pobremente a la lección de gánsters, y otro maestro dijo que los estudiantes se aburrían con la lección de auto disciplina. Aparte de estas observaciones, no hubo reacciones negativas con el contenido.

Los materiales corrigieron algunos malentendidos y los estudiantes se abrieron fácilmente durante los períodos de discusión. Una de las críticas a la guía para maestros fue que las preguntas de discusión son demasiado fáciles; los estudiantes están deseosos de discutir los tópicos mediante preguntas más profundas.

Respuestas a la Marioneta y a las Cintas. Algunos maestros reportaron que a los estudiantes de cuarto grado en adelante les gusta McGruff pero que se consideran demasiado mayores para una presentación con marioneta. En los grados menores los estudiantes disfrutaban mucho la marioneta.

Las respuestas a la música en las cintas son mixtas. "A los estudiantes les gusta el ritmo de las canciones y cantar solos", "la información es buena, aunque las canciones suenan un poco tontas". Sin embargo, algunos maestros y estudiantes a quienes les gusta la música, expresaron su interés en tener copia de las letras de las canciones y hasta del "librero de canciones de McGruff".

Implantación de la Inspección de los Sitios de Prueba. La segunda inspección de maestros fue administrar los sitios de implantación. El propósito del cuestionario correspondiente fue determinar como usaron los maestros el currículum de McGruff, cuando el campo de prueba no era operativo de manera natural. Juntos 200 maestros en nivel de Kindergarten y 122 intermedios respondieron. A cada persona de contacto de distrito se le pidió distribuyera dos cuestionarios - uno a un maestro de elemental y uno a un intermedio- en cada escuela en el distrito que implantó el programa. El resultado de las calificaciones fue determinado por "1" como la más positiva y "5" la menos.

Los maestros fueron muy positivos con el currículum de McGruff, especialmente los de Kindergarten a 3er. Grado. Estos maestros de niños más jóvenes reportaron reacciones positivas de los estudiantes al programa, los tópicos y lecciones fueron altamente apropiados para los niveles de grado y edad de los niños.

Sólo tres cuartas partes de los maestros de 3° (61%) y maestros de 4-6° dijeron que se sintieron cómodos usando la marioneta. Casi un cuarto del grupo estuvo en desacuerdo con la comodidad del uso de la marioneta.

Aproximadamente más de la mitad de todos los maestros inspeccionados reportaron que el programa promovió un deseo mayor entre los estudiantes a reportar incidentes de abuso a niños. Un maestro reportó que una niña, después de aprender que no debía dejarse si su padre le molestaba, confesó a su maestro que le ocurría. Ella fue motivada para buscar un medio más seguro.

Aunque estos maestros no estuvieron bajo el campo de prueba de manera natural en la implantación del programa como dirigentes del estudio, no hubo variación en el uso de los maestros del programa. Varias maestros reportaron que no usaron el programa por el tiempo del currículum, ya que resultaba muy apresurado, o que se usaron algunas lecciones.

Un maestro mostró un video de entrenamiento en la clase para que los estudiantes pudieran manipular la marioneta. Uno más de quinto grado permitió a los estudiantes presentar la lección, con el maestro dirigiendo posteriormente la discusión subsecuente. Reportó, "Mis niños son bastante grandes para estar muy interesados en hacer

presentaciones por sí mismos. Discutimos la lección de antemano, ellos la prepararon y yo guí la discusión, esto dio buen resultado". Un maestro de segundo grado dividió la lección en segmentos de 3 minutos y tuvo a un niño manipulando la marioneta en todo el tiempo. Después de la discusión del contenido presentado en el segmento, otro niño la manipuló en el siguiente segmento. El reporte del maestro fue positivo. Estos maestros también tienen varias sugerencias:

Varios maestros intermedios sugirieron que un voluntario u otro individuo calificado prepare y presente las lecciones.

Los maestros intermedios surgieron que los videotapes debían ser una herramienta enseñanza en este nivel - posiblemente videotapes con McGruff como personaje principal.

Los maestros pidieron material adicional - hojas de trabajo particularmente, Un maestro sugirió que la guía para cada lección identificara los pósters y otros materiales que fueran correlativos con la lección.

Un número de maestros pidió libros de canciones, tableros con las letras de las canciones, música de piano y cintas sólo las canciones.

Varios pensaron que la revisión de las lecciones era muy larga.

Los problemas que estos maestros experimentaron (para el número de quejas) fueron como sigue:

El compartir las marionetas y las cintas no es conveniente.

Todas las escuelas y maestros no contaron con el material completo, especialmente el video de entrenamiento y las hojas de trabajo.

Es difícil encontrar el lugar correcto en las cintas.

La policía estatal y local no siempre es tan cooperativa como esperan algunos maestros.

Ochenta y ocho por ciento de los maestros de k-3 y 75% de los intermedios reportaron que ellos usarían el programa el siguiente año. Estos porcentajes son paralelos con los que reportaron que el tiempo de preparación no es excesivo y que los estudiantes ganan mucha información útil de las lecciones de McGruff.

REACCIONES DE LOS PADRES

A cada uno de los 36 sitios experimentales de prueba se les pidió recabar datos de los padres de niños en un grado primario o intermedio. El nivel fue asignado a cada escuela de tal forma que algunos padres en cada tipo de locación y en cada grado pudieran ser inspeccionados.

Los 236 padres respondieron a un breve instrumento de inspección. En la que también se puede encontrar una transcripción de los comentarios de los padres:

La mayoría de los padres conocían a McGruff a través de la T.V. Aproximadamente tres cuartas partes de los padres han discutido el currículum de McGruff con sus niños. La mitad de los ejemplos dados por los padres, es respecto a lo que los niños han comprendido en relación con drogas y una quinta parte en cuanto al trato con extraños. Un número de niños y padres concentraron los dos tópicos: "No tomes drogas de extraños" o "No debes tomar dulces de extraños porque pueden tener droga".

Tres cuartos de padres, aproximadamente, reportaron una reacción positiva al programa, pero un 16% reaccionó negativamente, un 10% más o menos, dijo que tenían objeciones específicas o inquietudes acerca del programa. La inspección de los 10 comentarios más relevantes, que los padres realizaron para cada pregunta, reveló sólo un puñado de críticas. Un padre comentó, por ejemplo: "estuve contento con la información acerca de drogas, pero cuando mi niño mencionó mi nombre como abusador de menores, me sentí insatisfecho". Otro observó que su hijo persistía acerca del tema de abuso en niños".

Aproximadamente el 60% de padres comentó haber notado un cambio específico en las actitudes de sus niños o en su comportamiento, y creían que era atribuible al currículum de McGruff. Alrededor del 10% de los 93 que manifestaron haber notado un cambio, mencionaron que dejaron las bicicletas. También fue mencionado frecuentemente, un aumento de conciencia en protección a sí mismos y a la propiedad. Las palabras "cuidadoso", "precaución", "comprometido" y "responsable" ocurrió en los comentarios de los padres. También notaron un número de comportamientos deseables con respecto a no dar información en el teléfono, o cerrar con llave la casa, y sentirse cómodos estando solos en casa. También observaron los padres que sus niños hablaron abiertamente acerca de los peligros de las drogas y de los extraños.

Muchos padres hicieron otros comentarios positivos que apoyaron el que las escuelas se involucraran en la educación en drogas y seguridad, e hicieron los siguientes comentarios:

"Verdaderamente creo que todos los niños deberían ser enseñados acerca de drogas y alcohol en edades tempranas".

"Están enseñando a los niños cosas que necesitan conocer".

"Enseña a los niños a ser más conscientes".

"La escuela refuerza lo que hablamos en casa y eso ha dejado una impresión positiva en mi hijo".

Pienso que es un programa maravilloso que alienta a los niños a hablar acerca de cosas que de otra manera podrían no entender".

Es un programa que mantendrá la atención de los niños".

CONCLUSIONES:

ACERCA DE LA MARIONETA RESIDENTE O ITINERANTE

Ya que la marioneta McGruff es el artículo más costoso en el set de materiales que la escuela necesita para ofrecer el currículo, es de práctico interés saber si cada maestro de salón de clases necesita una. Este tema fue señalado en dos formas a través de preguntar a los maestros acerca de su experiencia cuando mostraban la marioneta y comparando el aprendizaje de los estudiantes en los salones de clase que no la habían tenido. La comparación de los puntajes de los estudiantes se discuten aquí.

En el análisis de varianza las tablas presentaron para cada grado, la interacción R x T contesta la pregunta acerca de cualquier efecto diferencial en la ejecución para las clases en la cual la marioneta era residente y en las que era compartida. La tabla 4.1 da más información acerca del tamaño de las ganancias experimentadas para cada grupo de tratamiento y por los grupos experimentales.

Ni las estadísticas inferencial o descriptiva en los puntajes de estudiantes apoyan la conclusión de que la marioneta en residencia motiva el aprendizaje más que las condición de marioneta itinerante.

Acerca de la Duración del Programa

Ya que el currículo se organiza en 16 segmentos semanales, con conceptos nuevos presentados en el primer semestre y repasados en el segundo, una pregunta de interés es si dicha revisión incrementa el aprendizaje. El diseño del campo de prueba asignó al azar escuelas experimentales a uno o dos semestres de programa.

De grado 1 a 5 la interacción L x T fue significativa. En todos los grados los significados de grupos de tratamiento excedieron a los de control. El contraste entre los grupos de 32 y 16 semanas produjeron resultados mixtos. Para algunos grados (1 y 5), las ganancias del grupo de 16 semanas excedieron a los grupos de 32 semanas. Sólo en nivel de Kindergarten parece haber un crecimiento continuado durante el segundo semestre.

ACERCA DE LA LOCACIÓN

Para contestar la pregunta acerca de los efectos diferenciales del programa en cada comunidad, uno puede inspeccionar la última línea de las tablas ANOVA para cada grado donde las interacciones L x T se reportan y la gráfica final en el reporte de cada ejecución de grado. La interacción en el test multivariado es significativo en todos los grados y, excepto en grado 4, al menos en una de las interacciones del test univariado es significativa.

En la tabla 4.3 la cantidad de mejora de cada grado en cada locación es indicada para ambos programas de 16 y 32 semanas. Para las escalas cognitivas, el promedio ganado en porcentaje correcto se nota, así como para la escala de actitud, el aumento en el puntaje promedio en la escala de unidad es notado.

Varias observaciones se pueden hacer acerca de estos valores:

En Kindergarten, las clases rurales aprendieron menos que las clases de los otros dos tipos de comunidades.

En grados K-2, hubo una tendencia para las clases urbanas de más beneficio del segundo semestre del programa que las clases rurales y medias.

Los estudiantes urbanos consistentemente ganaron más información que otros estudiantes acerca de la protección de la propiedad, y en grados 5 y 6 también ganaron más información acerca de protección personal.

En grados 5 y 6, el programa fue de alguna manera menos efectivo para las clases en comunidades rurales y medias que para clases en comunidades urbanas.

En general, parece que los niños urbanos tendieron a ganar más del programa. Esto es más bien debido a las diferencias de sus antecedentes y experiencias de vida; esto es, la información tuvo más relevancia directa a sus vidas, y ellos tuvieron más conocimientos prior a los conceptos, aunque ellos no pudieran encontrar las respuestas correctas inicialmente. Se ha demostrado una considerable investigación cognitiva en aprendizaje que la experiencia de antecedente, el conocimiento anterior y la relevancia y urgencia de información presentaron tener un impacto significativo en el aprendizaje.

TABLA 4.1
CAMBIO PORCENTUAL PARA LAS PRIMERAS 16 SEMANAS (32 SEMANAS) PARA
MARIONETAS, ITINERANTES GRUPO DE CONTROL

Grado	Escala	Tipo		
		Residente	Itinerante	Control
K	Drogas	13% (15)	7% (12)	10% (17)
	Responsabilidad Personal	9% (8)	9% (12)	12% (16)
	Protección Personal	11% (13)	7% (13)	7% (16)
	Seguridad	16% (17)	10% (16)	13% (14)
1	Drogas	14% (16)	15% (14)	7% (11)
	Responsabilidad Personal	13% (10)	13% (15)	8% (8)
	Protección Personal	5% (2)	7% (7)	7% (10)
	Seguridad	1% (3)	3% (3)	3% (3)
2	Drogas	17% (17)	10% (13)	7% (12)
	Responsabilidad Personal	13% (15)	9% (10)	6% (10)
	Protección Personal	15% (14)	9% (13)	5% (5)
	Seguridad	12% (12)	11% (13)	6% (8)
	Protección a la Propiedad	12%(10)	11%(15)	6%(9)
	Actitudes	.08(.10)	.08(.10)	.04(.06)
3	Drogas	15% (16)	14% (14)	3% (2)
	Responsabilidad Personal	8% (10)	8% (8)	4% (5)
	Protección Personal	9% (13)	11% (12)	1% (3)
	Seguridad	7% (5)	7% (5)	3% (4)
	Protección a la Propiedad	18%(22)	24%(24)	6%(9)
	Actitudes	.04(.05)	.07(.07)	.05(.04)
4	Drogas	9% (8)	9% (9)	8% (10)
	Responsabilidad Personal	3% (0)	4% (3)	3% (3)
	Protección Personal	15% (14)	12% (13)	10% (12)
	Protección a la Propiedad	22% (18)	18% (20)	8% (13)
	Actitudes	.08(.06)	.06(.06)	.04(.05)
5	Drogas	6% (5)	7% (6)	6% (5)
	Responsabilidad Personal	6% (4)	4% (6)	8% (6)
	Protección Personal	8% (7)	9% (8)	8% (10)
	Protección a la Propiedad	13% (11)	12% (12)	12% (12)
	Actitudes	.04(.02)	.07(.03)	.03(-.01)
6	Drogas	9% (7)	1% (1)	2% (4)
	Responsabilidad Personal	11% (6)	3% (3)	-6% (1)
	Protección Personal	7% (8)	2% (3)	0% (1)
	Protección a la Propiedad	11% (14)	7% (9)	5% (10)
	Actitudes	.08(.02)	.02(.02)	-.04(-.04)

TABLA 4.2
CAMBIOS PORCENTUALES PARA LAS 16 SEMANAS, 32 SEMANAS Y
GRUPOS CONTROL

Grado	Escala	Tipo		
		32-Semana	16-Semana	Control
K	Drogas	9% (10)	11% (16)	10% (17)
	Responsabilidad Personal	9% (7)	10% (13)	12% (16)
	Protección Personal	8% (11)	10% (15)	7% (16)
	Seguridad	15% (16)	11% (16)	13% (14)
1	Drogas	18% (20)	11% (10)	7% (11)
	Responsabilidad Personal	11% (17)	15% (11)	8% (8)
	Protección Personal	5% (7)	7% (5)	7% (10)
	Seguridad	2% (1)	2% (3)	3% (3)
2	Drogas	11% (15)	15% (16)	7% (12)
	Responsabilidad Personal	11% (13)	12% (14)	8% (10)
	Protección Personal	11% (15)	13% (14)	5% (5)
	Seguridad	13% (18)	10% (11)	8% (8)
	Protección a la Propiedad	12%(13)	11%(14)	8%(9)
	Actitudes	.10(.12)	.07(.10)	.04(.06)
3	Drogas	14% (15)	15% (15)	3% (2)
	Responsabilidad Personal	8% (10)	9% (9)	4% (5)
	Protección Personal	10% (14)	11% (12)	1% (3)
	Seguridad	8% (8)	5% (5)	3% (4)
	Protección a la Propiedad	18%(23)	24%(25)	8%(9)
	Actitudes	.07(.07)	.04(.05)	.05(.04)
4	Drogas	10% (8)	7% (8)	8% (10)
	Responsabilidad Personal	4% (2)	3% (3)	3% (3)
	Protección Personal	15% (14)	12% (14)	10% (12)
	Protección a la Propiedad	20% (19)	18% (21)	8% (13)
	Actitudes	.06(.06)	.06(.06)	.04(.05)
5	Drogas	9% (9)	4% (2)	8% (5)
	Responsabilidad Personal	8% (8)	4% (4)	8% (8)
	Protección Personal	11% (11)	4% (4)	8% (10)
	Protección a la Propiedad	16% (15)	9% (10)	12% (12)
	Actitudes	.07(.06)	.03(-.01)	.03(-.01)
6	Drogas	7% (4)	3% (3)	2% (4)
	Responsabilidad Personal	8% (3)	5% (5)	-8% (1)
	Protección Personal	5% (4)	3% (4)	0% (1)
	Protección a la Propiedad	10% (12)	9% (10)	5% (10)
	Actitudes	.02(-.02)	.05(.03)	-.04(-.04)

TABLA 4.3
CAMBIO PORCENTUAL PARA LAS PRIMERAS 16 SEMANAS
SEGÚN COMUNIDAD

Grado	Escala	Comunidad		
		Rural	Intermedia	Urbana
K	Drogas	7% (11)	12% (16)	13% (18)
	Responsabilidad Personal	7% (9)	12% (12)	12% (18)
	Protección Personal	8% (7)	10% (17)	8% (18)
	Seguridad	9% (11)	14% (17)	15% (23)
1	Drogas	17% (16)	11% (15)	7% (6)
	Responsabilidad Personal	13% (12)	10% (10)	11% (16)
	Protección Personal	6% (8)	4% (5)	10% (12)
	Seguridad	2% (3)	2% (1)	4% (3)
2	Drogas	13% (13)	14% (15)	7% (17)
	Responsabilidad Personal	7% (11)	13% (14)	7% (13)
	Protección Personal	9% (11)	14% (14)	6% (11)
	Seguridad	8% (10)	13% (12)	9% (15)
	Protección a la Propiedad	10% (12)	12% (12)	9% (15)
	Actitudes	.04(.07)	.11(.12)	.06(.11)
3	Drogas	7% (10)	13% (13)	13% (10)
	Responsabilidad Personal	5% (9)	9% (10)	7% (4)
	Protección Personal	9% (11)	9% (11)	4% (7)
	Seguridad	7% (7)	6% (5)	5% (3)
	Protección a la Propiedad	12% (17)	19% (21)	20% (22)
	Actitudes	.06(.06)	.06(.07)	.05(.03)
4	Drogas	9% (10)	8% (8)	5% (6)
	Responsabilidad Personal	4% (3)	3% (1)	2% (3)
	Protección Personal	14% (14)	11% (12)	14% (15)
	Protección a la Propiedad	14% (17)	16% (18)	19% (20)
	Actitudes	.04(.04)	.08(.08)	.04(.05)
5	Drogas	3% (2)	7% (6)	9% (8)
	Responsabilidad Personal	3% (5)	7% (4)	5% (9)
	Protección Personal	7% (7)	8% (6)	10% (13)
	Protección a la Propiedad	9% (8)	12% (11)	18% (18)
	Actitudes	.06(.00)	.03(.01)	.05(.03)
6	Drogas	0% (1)	5% (5)	7% (6)
	Responsabilidad Personal	4% (0)	6% (3)	2% (10)
	Protección Personal	2% (2)	4% (5)	0% (7)
	Protección a la Propiedad	9% (9)	8% (10)	5% (13)
	Actitudes	0 (-.04)	.05(.08)	-.02 (.01)

Cambios en Actitudes de los Estudiantes

Los instrumentos desarrollados para evaluar la efectividad del programa en grados de 2o. hasta 6o. incluyeron de 7 a 10 temas diseñados para detectar cambios en las actitudes de los estudiantes. Los temas cubrieron una variedad de tópicos relacionados a seguridad personal, crimen contra propiedad y abuso de drogas y alcohol. Para estos temas, no hubo respuestas correctas. Más bien, se pidió al estudiante seleccionar la respuesta que mejor representaba lo que él/ella sentía. Las respuestas fueron desde negativas, neutras y positivas. Por ejemplo, en el instrumento de cuarto grado, una pregunta de actitud era "cómo te sientes si alguien quita a tu amigo su bici?" De las cinco respuestas posibles, la "mejor" fue "esta mal y hace que me sienta mal"; la respuesta neutral era "es su negocio, no el mío", mientras que la respuesta menos deseable era "esta bien". Otro ejemplo de una pregunta diseñada para evaluar actitudes es: "cómo te sientes de que un amigo te ofrezca marihuana". Para niños más pequeños, hubo tres opciones de respuestas positiva, neutral y negativa representadas por caras sonriendo, indiferente y de insatisfacción. Los niños marcaron una de éstas con una X de respuesta al enunciado que leía el maestro describiendo la situación, tal como la siguiente: "Tamika fue a casa sola. Alguien le pregunto por su mamá. Tamika le dijo que su mamá no estaba en casa". Todos los estudiantes que participaron en el campo de prueba respondieron a temas actitudinales en pretest y test de medio año administrados al principio y final del primer semestre. El reporte estadístico presentado en esta sección está basado en una comparación de los resultados de pretest y de test de medio año.

PARTICIPANTES

Los datos disponibles en marzo de 1988 se incluyeron en el análisis. El número de escuelas que contribuyeron con datos varió de 45 en grados 2o. a 4o. a 29 de grado 6o. Las escuelas participantes se categorizaron por locación (rural, media o urbana), y por condición experimental para propósitos del análisis de actitud.

ANÁLISIS

Apuntaron las respuestas de los estudiantes usando "0" como puntaje neutral. Para segundo y tercer grado, la escala de tres puntos tuvo un rango de -1 a +1, mientras que para cuarto a sexto grado, la escala tuvo un rango de -2 a +2. Por ejemplo, en el ejemplo anterior acerca de la bicicleta la respuesta "esta mal..." podría marcar un +2 convertido a

1.0 en la unidad de la escala. Todos los puntajes se convirtieron a la unidad de escala con rango de 0 a 1. Los puntajes para los cuales la "mejor" respuesta fue negativa fueron invertidos para que la unidad de escala "0" siempre represente la respuesta menos deseable, y "1", la respuesta más deseable.

De los diagramas anteriores, se puede ver que un puntaje de .5 en la unidad de escala representa neutralidad, y el valor más cercano es a 1.0, el puntaje más positivo. Los valores para cada tema se computaron y el análisis de varianza condujeron a determinar los efectos debidos al test (pretest vs. test de medio año), locación y tratamiento. Un análisis multivariado de varianza se ejecutó en el set de temas para cada grado para contestar la pregunta global en vistas de los efectos del programa de McGruff en las actitudes de los estudiantes.

HALLAZGOS

Excepto para 6o. grado los datos sobre actitudes del programa McGruff produjeron un número de efectos significativos. El cambio en puntaje de pretest a test de medio año fue significativo global en 2o. Y 5o. grados y para alrededor la mitad de los temas de actitudes individuales administrados en esos grados. Mientras que las escuelas a menudo mostraron algún incremento positivo en las actitudes de estudiantes, el camino no fue claramente pronunciado como en las escuelas que usaron el currículo de McGruff.

Los hallazgos específicos por tópico se resumen a continuación.

ACTITUDES HACIA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL

Hubo una mejora significativa en las respuestas de los estudiantes en la mayoría de los temas de seguridad y protección personal en las inspecciones para 2o. Y 5o. grados. Los temas específicos para los que las respuestas mejoraron incluyeron qué hacer en casa cuando están solos, seguridad al patinar, abuso de niños, pedir aventón y gángsters.

Los temas que no evocaron un cambio positivo significativo de pretest a posttest de medio año, incluyeron uno acerca de seguridad de incendio (grado 2) y la protección de sí mismo de un extraño (grado 3). En ambos casos, el conocimiento previo de los niños puede haber prevenido mucha mejora en sus respuestas posteriores.

ACTITUDES HACIA LAS DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS

No hubo temas de actitudes acerca de drogas en 2o. grado, pero varios en cada nivel superior. En 6o. grado, ningún tema de temas de droga produjeron efectos significativos. Dos temas en 3er. grado acerca de inhalación y uno en 4o. grado acerca de cocaína mostraron cambios del comienzo del programa a medio año.

Los temas acerca del uso del alcohol mostraron cambios pequeños durante el semestre. Sólo en el 2o. grado hubo una mejora moderadamente significativa en las respuestas de estudiantes a un tema acerca de probar cerveza y vino.

ACTITUDES HACIA CRÍMENES EN PROPIEDAD

El programa McGruff parece ser muy efectivo en la mejora de actitudes de los niños de cuarto y quinto grado en robo e incendio intencional.

La mejora significativa en estos grados se observó para todos menos un tema en crimen contra propiedad, y las respuestas a ese tema en el pretest fueron altas suficientemente como para prevenir la mejora significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ausubel, D., Novak, J., Hanesian, H., (1986). "Psicología Evolutiva". México, Trillas.

Basterretxea, B., (1994). "Programa de Prevención de Drogodependencias". España, Administración de la Comunidad Autónoma Vasca.

Bernard, B., (1992), "Fostering resiliency in Kids: Protective factors in the family, school and community". "Prevention Forum", Illinois, Prevention Research Resource Center, Vol. 12, Issue 3, Prevention Research Resource Center.

Brook, J.; Whiteman, M.; Scovell, A.; Brook, D.,(1991), "Correlates of adolescent marijuana use as relative to age, sex, and ethnicity", "Yale Journal Biologic Medical" EUA. Vol.19, pp 19-21

Castaneda, C., (1983), "Las Enseñanzas de Don Juan", México, Fondo de Cultura Económica.

Castro, M.E., (1990), "Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes: Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar". México. Salud Pública, Vol. 32, pp. 298-308.

Castro, M.E., (1994), "Plan de Acción para un Programa de Prevención". En: "Curso Básico sobre Adicciones". México. CENCA.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1980), "Historia del Uso de Drogas", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1992), "Investigación Documental de Estudios Epidemiológicos sobre Consumo de Drogas en México (1983-1988)", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (1994), "Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (a) (1995), "Estudio Epidemiológico de Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en 1992", C I J, México.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (b) (1995), "Orientación Preventiva Infantil 1995", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (c) (1995), "Programa de Orientación Preventiva Infantil", México. C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (d) (1995), "Programa de Orientación Preventiva para Adolescentes", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C.,(e) (1995), "Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en 1993 en México y los Estados Unidos de América", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (f) (1995), "Programa Preventivo para Escuelas, Alumnos, Padres y Maestros: Una Acción Conjunta para Prevenir la Farmacodependencia", México, C I J.

Centros de Integración Juvenil, A.C., (g) (1995), "Seminario de Alta Gerencia para Instituciones que Atienden el Problema de la Farmacodependencia desde la Vertiente de la Demanda", México, C I J.

Código Penal en materia de Fuero Federal, (1993), México, Edit. Themis, S.A. de C.V:

Coll, C. y Palacios, J. y Marchesi, (1990) "Desarrollo Psicológico y Educación",
 , España, Alianza. Tomo 1.

Coll, C., (1991), "Aprendizaje Escolar y Desarrollo Cognoscitivo",
México, Siglo XXI.

Culebro, C., (1991), Tesis de Licenciatura, "Propuesta de un Modelo de Diagnóstico para Orientar Programas de Prevención de la Farmacodependencia en el Estado de Chiapas". México, Facultad de Psicología, UNAM.

DSM-IV,(1994), "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales", Masson, España.

De la Fuente, R. y Medina-Mora, M.E., (1987), "El abuso de alcohol y otros problemas relacionados". En: "Las Adicciones en México". Salud Mental.

De la Fuente, R. y Medina-Mora, M.E., (1987), "El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos". En: "Las Adicciones en México" Salud Mental. Vol. 10, pp. 3-13.

Evans, R., y Hofman, A., (1979), "Plantas de los Dioses", México, Fondo de Cultura Económica.

Gesell, A. , (1985), "El Niño de 5 y 6 años". México, Paidós.

Gobierno Vasco, (1994), "Aprendiendo a Vivir Libre de Drogas". Bilbao, Edex Kolektibo.

Gómez, S.; Guzmán, S., (1988), "Programa de prevención de la farmacodependencia implementado a jóvenes de alto riesgo", México, UNAM.

González B., (1994), " Editorial", En: "Educación para la Vida", México, Secretaría de Educación Pública. Vol. 1

Grupo Interinstitucional para Desarrollo del Sistema de Información en Drogas, (1994), "Resultados de la aplicación de la cédula", en "Serie Estadísticas sobre Farmacodependencia", México, Instituto Mexicano de Psiquiatría. No. 16, junio.

Hawkins J.; Catalano, R; Miller, J. (1991) "Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problemas in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention" en "Psychological Bulletin" (1992), EUA, The American Psychological Association, Inc. Vol. 11, 12, pp.64-105.

Herrera, C., (1996), "Aumenta de Modo Alarmante el Consumo de Cocaína e Inhalables", México, La Jornada, no. 4175, Abril 21.

Hirschi, T., (1969), "Causes of Delincuece", EUA, Berkeley.

Hoffman, M. , (1996), "Movillización comunitaria y habilidades tecnológicas humanas", Consorcio Interamericano para el Desarrollo Humano, A.C.

Holtzman, W.; Díaz-Guerrero R.; Swartz, J., (1975), "Desarrollo de la Personalidad en Dos Culturas: México y Estados Unidos", México, Trillas.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, (1985), "Programa contra las adicciones", en Mendez, A. Y Romero, I., (1991), Tesis de Licenciatura, "Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes", México, Facultad de Psicología, UNAM.

Kandel, D. B. y Treiman, D. (1988), "Adolescent involment in legal and ilegal drug use: a multiple classification analysis, Argentina, Gredisa.

Lewis, M., (1982), "Desarrollo Psicológico del Niño", México, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

Llanes, J., (1992), "Educación preventiva del abuso de drogas", México, Editorial Concepto, S.A.

Llanes, J, (1993), "Evolución de los factores sociales y políticos en el problema de las drogas", México, Fundación Ama la Vida A.C.

Martín, E., (1996), "¿ Qué Buscan los Adolescentes en las Drogas?", Madrid, Mía no. 497, Marzo.

Mauco, G., (1981), "Educación de la Sensibilidad en el Niño", Madrid, Aguilar.

Massun, E. (1991), "Prevención del Uso Indebido de Drogas", México, Trillas.

Mata, M.A. (1993), "La Función del Psicólogo en el Campo de las Adicciones", México, Facultad de Psicología, UNAM.

Mata, A. y Quiroga, H., (1989) "El Modelo de Tratamiento 'La Familia Enseñante' Aplicado al Problema de la Farmacodependencia en México" en CONADIC, "Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva y Curativa", México, Talleres Gráficos de la Nación.

Medina-Mora, M.E., (a) (1994), "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición". En: "Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas", Tapia R., México, Manual Moderno.

Medina-Mora, M.E., (b) (1994), "Necesidades de prevención en materia de Adicciones". En: "Educación para la Vida". México, Secretaría de Educación Pública. Vol. 1.

Medina-Mora, M.E. y López K., (c) (1994), "Desarrollo y Evaluación de Programas de Prevención en Adicciones", México, CONADIC.

Miller, N.S., (1991), "Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction", New York, Marrel Dekker, Inc.

Morse, W. y Wingo, G., (1972), "Psicología Aplicada a la Enseñanza", México, Pax.

~~Mussen, P., (1981), "Desarrollo Psicológico del Niño", México, Trillas.~~

Mussen, P., (1986), "Desarrollo de la Personalidad del Niño", México, Trillas.

National Crime Prevention Council, (1993), "El Libro de McGruff", USA, NCPC.

National Crime Prevention Council, (1992), "McGruff's Elementary Drug Prevention Activity Book", USA, NCPC.

National Crime Prevention Council, (1994), "Being Healthy and Safe with McGruff and Scruff", USA, NCPC.

Newcomb, M. D., et al, (1986), "Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analysis", "American Journal Public Health". EUA. Vol. 8, pp. 14-19.

Newcomb, M. D.; (1989), "Understanding the Multidimensional Nature of Drug Use and Abuse: The role of Consumption, Risk Factors, and Protective Factors", EUA, NIDA-APA.

Norem-Hebeisen, A., (1988), "Predictors and concomitants of changes in drug". EUA.

Organización Mundial de la Salud, (1984), "Veinteavo Informe. Serie de informes técnicos No.551", en Mendez, A. Y Romero, I., (1991), Tesis de Licenciatura, "Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes", México, Facultad de Psicología, UNAM.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (1993), "Informe de la reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes, especialmente en países desarrollados", en C I J, "Panorama Epidemiológico del Uso de Drogas en México y en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México", México, C I J.

Procuraduría General de la República, (1989), "Programa de Atención a la Farmacodependencia, ADEFAR", en Mendez, A. Y Romero, I., (1991), Tesis de Licenciatura, "Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia en Adolescentes", México, Facultad de Psicología, UNAM.

Puente, F. y Cols., (1979), "La Familia Ante el Problema de las Drogas", México, Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental.

Rodríguez, Duque y Rodríguez, (1994), "Office Applied Studies" en C I J, "Panorama Epidemiológico del Uso de Drogas en México y en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México", México, C I J.

Sánchez, J.M., (1996), "El Mundo de las Drogas. Un reto para la sociedad", Madrid, Editorial San Pablo.

Scheier, L.M. y Newcomb, M.D., (1991), "Psychosocial predictors of drug use initiation and escalation: an expansion of the multiple risk factors hypothesis using longitudinal data", "Contemporary Drug Problems", EUA.

Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría, (a), (1994), "Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar: estudiantes de enseñanza media y media superior, en 1991", México, Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría, (b), (1994), "Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, en 1993", México, Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Secretaría de Salud, (1992), "Las Drogas y sus Usuarios", México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (1994), "Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materias de Adicciones", México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (a) (1995), "Programa Contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas 1992 - 1994", México, CONADIC.

Secretaría de Salud, (b) (1995), "Programa Contra la Farmacodependencia 1995", México, CONADIC.

Secretaría de Salud, (c) (1995), "Programa Contra el Tabaquismo", México, CONADIC.

Tapia, R. (1994). "Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas". México, Manual Moderno.

UNESCO, (1972), "Informe sobre la Educación destinada a Prevenir el Abuso de Estupefacientes, Especialmente en los Países Desarrollados, París", en Culebro, C., (1991), Tesis de Licenciatura, "Propuesta de un Modelo de Diagnóstico para Orientar Programas de Prevención de la Farmacodependencia en el Estado de Chiapas". México, Facultad de Psicología, UNAM.