



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACION A LA UNAM 8898-25

**HABILIDADES DE COMUNICACIÓN ASERTIVA Y LA TOMA DE
DECISIONES, UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN EN EL
CONSUMO DE DROGAS INHALABLES EN EDAD ESCOLAR.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
ARTURO ROCHA LOZADA**

**ASESORA:
MTRA. EN PSICOLOGÍA LIZBETH CASTRO AMARO**

OZUMBA, MEX.

OCTUBRE DE 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a DIOS, por la vida y la salud, por poner a las personas correctas en mi camino y por la dicha de estar siempre con mígo alentando mi fe, agradezco que me ha dado la oportunidad de llegar a este maravilloso momento y compartirlo con mi amada familia.

Gracias también a mis padres Raymundo y Juanita las personas más importantes de mi vida quienes siempre me han dado su apoyo incondicional, gracias por haber confiado en mí y por darme lo mejor de ustedes para convertir mi sueño en realidad, Dios me ha dado a los mejores padres que puedan existir los AMO.

Agradezco a mis hermanos, Abraham, Tania, Viviana, Katia, por estas siempre con mígo motivándome y ayudándome a alcanzar mis metas, LOS QUIERO MUCHO, son el mejor regalo de la vida, gracias hermanitos.

Gracias a usted maestra Lizbeth Castro por todo su apoyo, por enseñarme y guiarme en el camino de esta maravillosa profesión, gracias por el tiempo y la comprensión que me ha dedicado, siempre agradeceré a DIOS por haberla colocado en mi camino, es usted una persona admirable.

Agradezco a mis amigos y compañeros de toda mi vida escolar, por su apoyo, dentro y fuera del salón de clase, gracias por ser tan amables con mígo.

Gracias a todos mis profesores por confiar en mí y brindarme mucho de su tiempo.

A todos aquellas personas que directa o indirectamente me han apoyado, y han dejado su granito de arena en la construcción de mi sueño Gracias.

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Justificación.....	10
 Capítulo 1. Desarrollo de la niñez media.....	12
1.1 Definición de niñez media.....	12
1.2 Desarrollo físico y motor.....	12
1.3 Desarrollo cognitivo.....	15
1.4 Desarrollo psicosocial.....	18
 Capítulo 2. Conceptos básicos en adicciones.....	23
2.1 Definición de droga.....	23
2.2 Clasificación de las drogas.....	24
2.3 Efectos de las drogas.....	25
2.3.1 Depresores.....	25
2.3.2 Estimulantes.....	25
2.3.3 Alucinógenos.....	26
2.4 Consumo de drogas.....	26
2.4.1 Riesgos y daños por consumo de drogas.....	26
2.5 Adicción a las drogas.....	29
2.5.1 Definición de adicción.....	29
2.5.2 Fases del proceso adictivo.....	30
2.5.2.1 Uso.....	30
2.5.2.2 Abuso.....	30
2.5.2.3 Dependencia o adicción.....	30
2.5.3 Síndrome de tolerancia.....	31
2.5.4 Síndrome de abstinencia.....	32
2.6 Generalidades de las drogas inhalables.....	32
2.6.1 Definición.....	32
2.6.2 Tipos de drogas inhalables.....	33
2.6.2.1 Disolventes volátiles.....	33
2.6.2.2 Gases.....	33
2.6.2.3 Aerosoles.....	33
2.6.2.4 Nitritos.....	34
2.6.3 Formas de consumo.....	34
2.6.4 ¿Por qué se consumen?.....	35
2.6.5 Drogas inhalables más utilizadas en México.....	36
2.6.6 Efectos de las drogas inhalables.....	37
2.6.7 ¿Cómo producen sus efectos las drogas inhalable?.....	37
2.6.8 Efectos a corto y largo plazo del uso de inhalables.....	38
2.6.9 Otras consecuencias medicas por el abuso de inhalables.....	39
2.6.9.1 Riesgos específicos asociados con el abuso de nitritos.....	41

2.7 Consumo de drogas en niños.....	42
Capítulo 3. Conducta asertiva.....	45
3.1 Definición del término asertividad.....	46
3.2 Dimensiones de la conducta asertiva.....	48
3.3 Conducta asertiva en la vida diaria.....	53
3.4 Teoría de Yagosesky.....	55
3.5 Poniendo en práctica la asertividad.....	57
Capítulo 4. Toma de decisiones.....	59
4.1 Definición del término decisión.....	59
4.2 Definición de toma de decisiones.....	59
4.3 Toma de decisiones en niños.....	60
4.4 Ejemplo de un modelo para tomar una decisión mejor.....	62
Capítulo 5. Método.....	64
5.1 Tema.....	64
5.2 Planteamiento del problema.....	64
5.3 Objetivo general.....	64
5.4 Objetivos particulares.....	64
5.5 Hipótesis.....	65
5.6 Situación experimental.....	65
5.7 Población.....	65
5.8 Muestra.....	65
5.9 Tipos de estudio.....	65
5.10 Diseño.....	66
5.11 Variables.....	66
5.11.1 Variable independiente.....	66
5.11.2 Variable dependiente.....	67
5.12 Material.....	68
5.13 Procedimiento.....	69
Análisis de resultados.....	70
Conclusión.....	78
Sugerencias.....	80
Anexos.....	81
Referencias Bibliográficas.....	96

Resumen.

En la actualidad el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva positiva y toma de decisiones es un factor que puede prevenir el consumo de drogas inhalables en niños. De modo que el objetivo de la presente investigación es evaluar el nivel de comunicación asertiva positiva y toma de decisiones que poseen los alumnos del 5to grado de la escuela primaria de tiempo completa Emiliano Zapata, con el fin de brindar una propuesta de un modelo de prevención, para disminuir el consumo de drogas (inhalables), que pueda ser aplicada en centros educativos.

En esta investigación se empleó un método transversal, en el cual se aplicaron dos inventarios en un solo momento, enfocados a evaluar la comunicación asertiva y la toma de decisiones. La muestra seleccionada consto de 47 alumnos de la escuela primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del turno vespertino.

Se obtuvieron resultados que indican que la mayoría de los alumnos poseen una comunicación agresiva con un porcentaje de 51.1% y un porcentaje de 61.2% que indica que los alumnos en algunas ocasiones realizan un proceso de toma de decisiones.

INTRODUCCIÓN.

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. El problema recae principalmente en niños y adolescentes ya que las habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones no se encuentran desarrolladas en la mayoría de los casos de consumo de drogas.

En los últimos años se ha observado una mayor frecuencia del consumo de drogas en el municipio de Atlautla Estado de México y se ha tomado conciencia de las consecuencias negativas que tiene, después de que la población ha ignorado y negado durante varios años el consumo de drogas inhalables en niños y adolescentes, es hoy una cuestión que se debe afrontar en una variedad de ambientes, como escuela, hogar, etc.

Es importante abordar el tema del consumo de inhalables en la infancia desde un enfoque holístico, de manera que la información sirva como agente directo de prevención para una infancia saludable. Ya que debido a la complejidad que caracteriza al consumo de drogas inhalables y por la gravedad de sus efectos, es considerado como uno de los atentados más graves para los niños y adolescentes en contra de su salud e integridad.

En la presente investigación podemos observar la importancia que tiene el aprendizaje y practica de las habilidades cognitivas en todo nuestro desarrollo humano, pero particularmente en la etapa de la infancia, ya que es en este periodo cuando el niño absorbe un sinnúmero de conocimientos, habilidades, valores y actitudes que favorece la prevención del consumo de drogas.

En el capítulo I, se hace referencia al estudio del desarrollo de la niñez media describiendo su definición, analizando el proceso del desarrollo físico, motor, cognitivo, y por último se describe el desarrollo psicosocial.

En el capítulo II, se retoman diferentes conceptos básicos acerca de las adicciones, comenzando por la definición de droga, abordando su clasificación, para conocer sus efectos al igual que los riesgos y daños que estas conllevan, de este modo también conocer la definición de adicción, de la cual se desglosa, la fase del proceso adictivo y los distintos síndromes (tolerancia, abstinencia). En este capítulo también se expone las generalidades de las drogas inhalables, desde su definición, tipos, formas de consumo, ¿por qué son consumidas?, y se mencionan las drogas inhalables más utilizadas en México, así como, los efectos a largo y corto plazo y sus consecuencias médicas, por último se describe el consumo de drogas en niños.

En el capítulo III, se menciona la definición de conducta asertiva, las dimensiones que ésta abarca, además se revisa la conducta asertiva dentro de la vida diaria, y para finalizar se brindan recomendaciones para poner en práctica la asertividad.

En el capítulo IV, se alude a la definición del término decisión, que servirá de preámbulo para entender el concepto de toma de decisiones, y por último se brinda un ejemplo de modelo para tomar una decisión mejor.

En el capítulo V, y último, abarca el método científico que se utilizó en esta investigación.

Finalmente se muestra el análisis de resultados obtenidos en la investigación, las conclusiones a las que se ha llegado, se proponen algunas sugerencias, y se brindan una propuesta de modelo de prevención para disminuir

el consumo de drogas (inhalables), que pueda ser aplicada en centros educativos como (primarias).

JUSTIFICACIÓN:

Hoy, más que nunca sabemos que las drogas representan uno de los mayores retos que enfrentamos, como país. Gran parte de los conflictos que tenemos en términos de delincuencia, violencias, fracaso escolar, desintegración familiar, muertes durante la niñez y adolescencia, tiene su origen precisamente en sustancias adictivas como las drogas (inhalables).

Y aquí una reflexión al respecto. “Las drogas desarrollan las adicciones, enriquece a los narcotraficantes, roba los sueños y desaparece el futuro de las personas, amenaza a las familias y destruye a la sociedad” (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2012, pág. 9)

Por otro lado, la niñez y adolescencia son etapas en las que se forma y consolida la personalidad, se crean hábitos y se establecen las primeras relaciones significativas. Es en estos periodos donde se aprende a comunicar las ideas y sentimientos, se enfrentan los primeros problemas, los niños y adolescentes se empiezan a conocer y conocen a más personas en su alrededor.

Estas características hacen que los niños y adolescentes busquen maneras de expresarse, de actuar, de mostrar lo que son y lo que pueden hacer. Cuando no cuentan con las herramientas para hacerlo de forma positiva, pueden asumir conductas o actitudes que obstaculizan su desarrollo físico, emocional y social, como puede ser el consumo de drogas inhalables.

A pesar de que muchos padres se preocupan con justa razón por las drogas ilegales como la marihuana, la cocaína y la LSD, a menudo ignoran los peligros que representan para sus hijos algunos productos que comúnmente se tienen en casa

Ciertos productos que contienen disolventes volátiles o aerosoles (*-sprays*”), como los pegamentos, los quitaesmaltes, el líquido para encendedores, las pinturas pulverizadas, los atomizadores de desodorantes y los fijadores de pelo, los dispensadores de crema batida y los líquidos de limpieza, se encuentran fácilmente al alcance, pero están muy lejos de ser inofensivos. Muchos jóvenes inhalan los vapores de estos productos para tener una intoxicación rápida sin

darse cuenta de que usar inhalantes, incluso una sola vez, puede traer consecuencias graves y permanentes hacia su salud.

De modo que la presente investigación busca promover el desarrollo de conductas asertivas y toma de decisiones como estrategias para prevenir adicciones, en especial el consumo de drogas inhalables, ya que se conoce por la (Encuesta Nacional de Adicciones 2011, 2012) de nuestro país que en la actualidad la edad de inicio de consumo de drogas es menor, en relación a años atrás. Anteriormente las drogas que se dicen de inicio eran el alcohol y tabaco, ahora se suma una más, son las llamadas drogas inhalables, consumidas por los niños y adolescentes por su fácil acceso, bajo costo, efectos inmediatos y de corta duración.

Por las razones anteriores surge la preocupación por realizar un modelo de intervención preventiva donde se desarrollen y potencialicen las conductas asertivas y toma de decisiones en niños de primaria, ya que las consecuencias del consumo de drogas inhalables pueden ser fatales para el desarrollo de físico, emocional y social en los infantes, al grado de terminar con su vida

Capítulo 1

DESARROLLO DE LA NIÑEZ MEDIA.

En el presente capítulo revisaremos aspectos importantes del desarrollo de la niñez media, como el aspecto físico, cognitivo y psicosocial de los infantes. Que de acuerdo a (Philip Rice, 1997, pág. 126) describe al desarrollo infantil como una disciplina especializada dedicada a la comprensión de todos los aspectos del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia.

1.1 Definición de niñez media.

Para entrar en materia y conocer aún más de la etapa dentro del desarrollo humano de la cual hablaremos es necesario revisar la definición de niñez media.

Se dice que la niñez media término proporcionado por (Craig & Don, 2009, pág. 274) o conocida como niñez tardía, e incluso también llamada etapa escolar, es el periodo de la vida comprendido desde los 6 años a los 12 años de edad.

(Craig & Don, 2009, pág. 274) Sostienen que la etapa de niñez media, es un periodo interesante para aprender y perfeccionar varias habilidades, desde la lectura, la escritura y las matemáticas hasta jugar basquetbol, bailar y patinar sobre ruedas. El niño se concentra en probarse así mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone. Si tiene éxito, será una persona capaz y segura de sí misma; si fracasa, puede experimentar sentimientos de inferioridad o tener un sentido débil del yo”

Es en esta etapa se presenta una gran cantidad de nuevos conocimientos, cambios físicos, adquisición de habilidades y destrezas así como la formación de relaciones interpersonales (Schwarz, 2000) lo que ira convirtiendo a esos pequeños niños en personas llenas de energía y capaces de participar muy activamente en las oportunidades que su medio ambiente les ofrece.

1.2 Desarrollo físico y motor.

El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, especialmente del desarrollo esquelético y neuromuscular.

Durante la niñez intermedia el crecimiento es considerablemente más lento en los niños, que en los primeros años de vida, (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004) aunque los cambios diarios pueden no ser evidentes, y la suma de estos puede establecer una sorprendente diferencia entre los niños de 6 años, que son aún más pequeños y los de 11 años, muchos de los cuales empieza a parecer adolescentes y en algunos casos ya se notan características propias de adultos.

El crecimiento es más lento y estable durante la niñez media que en los dos primeros años de vida. El niño normal de 6 años pesa 20.4 kilogramos y mide poco más de un metro. El crecimiento gradual y regular prosigue hasta los nueve años en las niñas y hasta los 11 años en los varones; a partir de ese momento comienza el estirón del adolescente. Adviértase que hay una gran variabilidad en el tiempo de crecimiento; no todos los niños maduran con la misma rapidez. Intervienen de manera conjunta el nivel de actividad, el ejercicio, la alimentación, los factores genéticos y el sexo. Por ejemplo, las niñas pueden ser un poco más pequeñas y pesar menos que los niños hasta los nueve años; después su crecimiento se acelera por que el estirón del crecimiento comienza antes en ellas. Además, algunos niños y niñas son estructuralmente más pequeños. Tales diferencias pueden incidir en la imagen corporal y esta a su vez en el auto-concepto, de manera que un buen desarrollo físico influye de manera positiva en el bienestar de los niños (Craig & Don, 2009, pág. 275).

Durante la etapa de la escuela primaria, el niño perfecciona sus habilidades motoras y se vuelve más independiente. Si recibe oportunidades o entrenamiento idóneo aprende a andar en bicicleta, saltar la cuerda, nadar, bailar, escribir o tocar un instrumento musical. Con deportes de grupo como el fútbol, el béisbol y el basquetbol mejoran la coordinación y las habilidades físicas.

Durante esta etapa, la longitud de los huesos aumente a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha. Los episodios de rigidez y dolor ocasionados por el crecimiento del esqueleto son muy comunes por la noche. Los niños que crecen rápidamente sufren este tipo de dolores a los cuatro años; otros no lo padecen sino hasta la adolescencia.

En el siguiente diagrama de estudio se resumen los cambios físicos que los niños experimentan mientras transcurre el ciclo de la niñez media.

Tabla 1 Desarrollo físico durante la niñez media, (Craig & Don, 2009, pág. 278)

DESARROLLO FÍSICO DURANTE LA NIÑEZ MEDIA
DE LOS 5 A LOS 6 AÑOS
<ul style="list-style-type: none">• Aumento estable de estatura y peso• Aumento estable de la fuerza en ambos sexos• Creciente conciencia del lugar y de las acciones de grandes partes del cuerpo• Mayor uso de todas las partes del cuerpo• Mejoramiento de las habilidades motoras gruesas• Realización individual de las habilidades motoras
DE LOS 7 A LOS 8 AÑOS
<ul style="list-style-type: none">• Aumento constante de estatura y peso• Aumento constante de la fuerza en ambos sexos• Mayor uso de todas las partes del cuerpo• Perfeccionamiento de las habilidades motoras gruesas• Mejoramiento de las habilidades motoras finas• Mayor variabilidad en el desempeño de las habilidades motoras, pero todavía se realizan individualmente
DE LOS 9 A LOS 10 AÑOS
<ul style="list-style-type: none">• Inicio del estirón del crecimiento en las niñas• Aumento de la fuerza en las niñas acompañado de pérdida de flexibilidad• Conciencia y desarrollo de todas las partes y sistemas del cuerpo• Capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez• Mejoramiento del equilibrio

11 AÑOS

- Las niñas suelen ser más altas y pesadas que los varones
- Inicio del estirón del crecimiento en los varones
- Juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento
- Combinación continua de habilidades motoras más fluidas
- Mejoramiento continuo de las habilidades motoras finas
- Aumento constante de la variabilidad en la ejecución de las habilidades motoras

1.3 Desarrollo cognitivo.

El desarrollo de la mente de un niño es un tema de estudio fascinante. En un tiempo relativamente corto, los niños pasan de ser bebés indefensos a ser jóvenes complejos e inteligentes. Varias teorías y filosofías sobre el desarrollo de la niñez nos ayudan a entender cómo se desarrolla este proceso de aprendizaje los niños.

Cabe mencionar antes de pasar con las teorías del desarrollo cognitivo, que a esta edad entre los seis y ocho años, el encéfalo pasa por un crecimiento rápido temporal; a los ocho años tiene el noventa por ciento de su tamaño adulto. El desarrollo del cerebro en este punto produce un funcionamiento más eficaz, sobre todo en los lóbulos frontales de la corteza, que tiene una participación decisiva en el pensamiento y en la conciencia. El área superficial de los lóbulos frontales aumenta un poco por la constante ramificación de la neuronas. (Thatcher y otros, 1987) citado en (Craig & Don, 2009, pág. 270) menciona que “al lateralización de los hemisferios es más notoria en la etapa escolar”

Durante la niñez media, los niños continúan aprendiendo muchas capacidades nuevas, entienden muchos conceptos nuevos, y aumentan su habilidad del lenguaje, para abordar este tema se cita la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, que como menciona (Craig & Don, 2009, pág. 281) la

teoría se centra en el pensamiento, el razonamiento y la solución de problemas, dando especial importancia a cómo se desarrollan estos procesos desde la infancia.”

—En la mayoría de las culturas, gran parte del desarrollo cognoscitivo se realiza en el salón de clases a partir de los cinco o siete años de edad. A estas edades muchas habilidades cognoscitivas, lingüísticas y perceptual-motoras maduran e interactúan en formas que facilitan el aprendizaje y lo hacen más eficaz” (Craig & Don, 2009, pág. 282)

Aunque aún no existe una definición de inteligencia que sea empleada universalmente, dadas las diversas teorías y opiniones de psicólogos y profesionales de la salud, citaremos algunas de éstas para su comprensión.

De acuerdo con Robert Sternberg (1997) citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 360) define la inteligencia como un grupo de capacidades mentales necesarias para que los niños o los adultos se adaptan a cualquier contexto ambiental: también para que seleccionen y moldeen los contextos en los que viven y actúan.

Sternberg (1997) citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 360) propone una teoría en la cual trata de explicar en qué consiste la inteligencia denominada, la teoría triárquica, dicha teoría menciona que toda persona tiene tres tipos de capacidades o aspectos de la inteligencia en mayor o menor medida, al igual que puede ser fuerte en una, dos o en los tres elementos.

La teoría abarca tres elementos o aspectos de la inteligencia los cuales son: componencial, experiencial y contextual, que a continuación describen

El **elemento componencial** es el aspecto *analítico* de la inteligencia; determina la eficacia con que la gente procesa la información. Le indica a las personas cómo resolver los problemas, explorar las soluciones y evaluar los resultados.

El **elemento experiencial** es *creativo*; determina la forma en que la gente aborda tareas novedosas o familiares. Permite que los individuos comparen la información nueva con lo que saben y que ideen nuevas formas de reunir los hechos, en otras palabras, que piensen de manera original.

El **elemento contextual** es *práctico*; determina la forma en que la gente hace frente a su entorno. Es la capacidad para evaluar una situación y decidir qué hacer; adaptarla, modificarla o salirse de ella. (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 360)

Jean Piaget, un reconocido psicólogo y filósofo, describió el desarrollo intelectual como una serie de estados a través de los cuales los niños hacen cambios cognitivos a medida que van creciendo. Llamó a la niñez media, niños entre 7 y 11 años de edad, el estadio de operaciones concretas.

En su artículo, (Cuatro estados del desarrollo cognitivo de Piaget), McDevitt y Ormrod citado en (Woods, s.f.) Describen que los niños en este estadio empiezan a demostrar una lógica adulta pero su razonamiento está limitado a situaciones concretas de la vida real. Según el artículo de Edwards, ((Desarrollo intelectual), recuperado en (Woods, s.f.) durante la niñez media nos volvemos capaces de la representación simbólica, o el reconocimiento de que un símbolo puede representar a un objeto o tener un significado. Por ejemplo, un corazón significa amor, o un dibujo de un árbol puede dignificar naturaleza, de modo que en esta etapa los niños tienden a ir más allá de solo entender el mundo físico, no solo le interesa o creer únicamente en lo que puede ver y tocar, ahora también, razona el significado de lo que mira, escucha, siente, en general de lo que percibe este o no palpable o visible, ahora hace juicios de lo que puede ser o llegar a expresar y representar toda esa información que encuentra en su entorno.

Sin duda, no se puede dejar atrás el desarrollo del lenguaje en la etapa escolar ya que la comunicación es un pilar indispensable para seguir generando conocimiento del niño y su contexto. En su artículo, (Desarrollo del lenguaje en la niñez media), citado en (Woods, s.f.) Zembar y Blume informan que el desarrollo semántico aumenta durante la niñez media, lo que significa que el vocabulario de los niños crece a medida que van aprendiendo el significado de más palabras y comprenden que algunas de ellas pueden tener más de un significado. Los niños durante esta etapa también se vuelven mejores comunicadores por la expansión de su léxico, pero aún siguen aprendiendo el lenguaje mayormente del contexto y de las conversaciones que en él se presentan. La comprensión y construcción

gramática también se expande al grado de tener niños con gran facilidad en la comprensión de texto y en la exposición de los mismos.

(E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 349) Mencionan que los niños que atraviesan por la etapa de las operaciones concretas recurren al razonamiento inductivo, que es la modalidad de razonamiento lógico que va de observaciones particulares de los elementos de una clase a una conclusión general sobre dicha clase, mientras que el pensamiento deductivo se desarrolla hasta la adolescencia según Piaget. De otro modo los infantes generalizan las características de una clase con tan solo analizar un elemento, para fines de esta investigación el desarrollo de este tipo de razonamiento juega un papel importante, ya que a esta edad los niños pueden ser confundidos fácilmente con respecto a situaciones que representan gran peligro y que parecieran ser inofensivas como el uso de sustancias adictivas (drogas) que en muchas ocasiones los menores creen que el uso de éstas les traerá mejoras en sus relaciones interpersonales y en su atractivo físico, al igual que en su desarrollo cognitivo, ocultando las verdaderas consecuencias como daños a su integridad física, moral y emocional.

1.4 Desarrollo Psicosocial.

Durante la etapa de la niñez media la interacción del niño con su entorno es cada vez más compleja y es posible que se reduzca el egocentrismo del infante llevándolo a interesarse por los demás, comienzan sus primeras relaciones amistosas al grado de ser parte de un grupo social que no forzosamente el grupo escolar al que asiste generando el deseo de ser más sociable. De acuerdo a (Velasco Landa, 1999) la socialización del menor —es un proceso por el cual se integra a un grupo, adaptándose y aceptando las normas, reglas, costumbres de dicho grupo”

Como ya se conoce el primer estímulo de socialización surge dentro del núcleo familiar a edades tempranas, los niños comienzan a relacionarse con sus hermanos, primos, e incluso vecinos realizando actividades como juegos grupales, convivencias entre familias, o simplemente se reúnen en patios o parques cercanos a sus hogares para planear travesuras.

Por otro lado, (Craig & Don, 2009, pág. 295) menciona que en la niñez intermedia, el escolar entra en un mundo más amplio constituido por compañeros, maestros y otros integrantes de la comunidad. Al ampliarse sus experiencias el niño aprende todas las complejidades de las relaciones familiares y de las amistades, así como la conducta que la sociedad espera de él. Tales experiencias lo preparan para realizar juicios morales, es decir, tomar decisiones respecto al bien y al mal lo cual es importante potencializar de manera positiva a dichas experiencias, para prevenir diversas problemáticas como el fracaso escolar, malas relaciones interpersonales, consumo de drogas etc.

Los infantes tienen la necesidad de reafirmar su auto concepto y sus emociones son expresadas con mayor control, ahora han dejado atrás las rabietas que realizaban cuando no se les cumplía con algún deseo, la forma de llamar la atención de sus padres es sin duda más compleja (Serrdell C., s.f., pág. 162) Menciona que la expresión de las emociones es un proceso gradual que comienza en la infancia y prosigue a lo largo de toda la vida, y define al control de emociones como el conjunto de estrategias psicológicas que empleamos en nuestra vida cotidiana a fin de ajustar nuestro estado emocional a un nivel de equilibrio que no pueda ocasionarnos problemas en nuestra relación con los demás. De aquí que los niños se comportan de manera más empática y tienden a adquirir la habilidad de formar amistades con lazos afectivos cada vez más fuertes ya que comprenden los sentimientos de los demás y responden con emociones complementarias.

(Saarni et al ,1998) citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 389) explica que a medida, que los niños crecen, se tornan más conscientes de sus propios sentimientos y de los de otras personas. Regulan mejor su expresión emocional en situaciones sociales y pueden responder al malestar emocional de los otros.

La amistad en la etapa escolar es una conducta que aparece de forma espontánea y ésta adquiere un gran significado socio-afectivo, y es probable que marque en gran medida la forma de comportarse en casa, escuela y vecindario etc. de cada niño, menciona Vernet 1989 citado en (R. Lefranciois, 2001) que la

amistad parecen darse en una suerte de tierra de nunca jamás, un mundo de diversión y aventuras en el que los adultos rara vez entran, y si acaso lo hacen no comprenden por completo la forma en que se da la dinámica, ya que la mente de un menor se centra en descubrir a los demás y a su entorno a través de juegos, que a menudo los adultos no les encuentran la lógica y los miran como tontos o absurdos.

Esta forma de relación de los infantes puede llevarlos a formar grupos de amistad fuera del entorno escolar, conocidos como pandillas, de acuerdo a (Velasco Landa, 1999) a los diez años los niños entran a la edad de la pandilla, grupo local espontaneo formado sin intervención externa y sin ningún fin interno. En general una pandilla es considerada como un grupo de iguales que no está muy organizada, pero cabe señalar que sí existen reglas o estándares para pertenecer a ella, o bien un conjunto de características que identifique a los integrantes de los demás.

Dichos grupos pueden desviar las conductas hacia dos vertientes, una positiva y la otra negativa, la orientación a algunas de estas desviaciones dependerá de las características y conductas que poseen cada integrante del grupo, así como las reglas establecidas, el lugar y ambiente que acompañan a dicha actividad.

Para Hartup, 1992 citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 403) el grupo de niños también puede tener efectos negativos cuando estos no se les presta la suficiente atención por parte de los padres o si no se cuenta con la supervisión de algún adulto, cuando se reúne la pandilla de niños, es probable que comiencen a presentar conductas antisociales delictivas, robar, comiencen a usar drogas y realicen actos vandálicos etc. Los preadolescentes son especialmente susceptibles a la presión para conformarse, y esta presión puede convertir a un niño problemático en un delincuente.

Por lo anterior, es necesario que cada infante desarrolle una buena autoestima. Con el término auto concepto nos referimos al modo en que el niño se ve a sí mismo, de acuerdo a (Serrdell C., s.f.) El auto-cocimiento del niño comienza a formarse hacia los 2 años. En esta temprana edad, el auto concepto

se basa en la capacidad que tiene el niño de comunicarse con las personas y que estas transformen el mundo según sus necesidades, más adelante se añaden otros componentes, como la cantidad de afecto que despierta, las tareas que puede resolver por sí solo.

Mientras (Harter, 1993,1996) citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 389), afirma que entre los 7 u 8 años la vergüenza y el orgullo son situaciones que dependen de la conciencia de las implicaciones de sus acciones y del tipo de socialización recibida, esto a su vez afecta la opinión que tiene el niño de sí mismo, es decir, cuando la respuesta del medio familiar o escolar es positiva, el niño suele tener un buen concepto de sí mismo. Para esto debe basarse en la realidad de las capacidades, los padres que disminuyen los defectos o errores del hijo y le proporcionan una imagen falsa de sí mismo pueden generar una percepción errónea del auto concepto del niño, al igual que los padres que solo resaltan los errores y defectos, favorecen las inseguridades en el infante y a cambio generan una baja autoestima.

Para (Greenberg et al, 1992) citado en (Philip Rice, 1997, pág. 258) la autoestima es una necesidad humana vital, es el valor que los individuos ponen en el yo que perciben. Si la evaluación que hacen de sí mismos los lleva a aceptarse y a probarse a un sentimiento de valor propio, tienen una autoestima elevada; si se ven de manera negativa, su autoestima es baja.

Es común que en esta etapa los niños tienden a sentirse confundidos de lo que son capaces de lograr.

Como menciona (Erikson 1999) citado en (E. Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004, pág. 388), un determinante importante del autoestima es la visión que tienen los niños de su capacidad para el trabajo productivo. En este periodo el problema que debe ser resuelto la crisis así llamada por Erikson de "laboriosidad frente a inferioridad", la virtud que se desarrolla con la solución exitosa de esta crisis es la competencia, la visión del yo, que es capaz de dominar habilidades y completar tareas asignadas.

A modo de conclusión de capítulo, la niñez media es un período importante donde los niños adquieran junto con su creciente independencia, un sentido de

responsabilidad, además, los cambios físicos suelen ser más visibles especialmente en las niñas, a medida que el menor crece en su estructura física y en desarrollo cognitivo-social, crece también el deseo de independencia hacia su familia, aumenta el interés por sus amigos, además el hecho de explorar y probar cosas nuevas son conductas propias de esta edad, en este periodo las relaciones amistosas saludables son muy importantes para un buen desarrollo de los menores, pero también existen períodos de presión escolar de parte los compañeros, esta puede ser muy cruel en términos de acoso, intimidación, y si el niño se mira con una autoimagen positiva, será capaz de resistir la presión negativa que puedan ejercer compañeros y de tomar mejores decisiones, pero si su yo es débil no podrá hacerle frente a la presión escolar que en muchos casos termina con la vida social y saludable de los niños. Otro cambio importante para el que los niños tienen que prepararse durante este período es el comienzo de una nueva experiencia en la escuela secundaria donde podrán a prueba todo lo aprendido y vendrán nuevos retos cognitivos, sociales y afectivos que el niño que ahora es adolescente tendrá que superar.

Capítulo.2: **CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES.**

2.1 Definición de droga.

Existen diversos puntos de vista entorno a lo que es considerado como una droga, pero que coinciden en muchas características o propiedades de ésta, en el presente capítulo se exponen conceptos relacionados a las drogas como la definiciones, su clasificación, los efectos que estas producen, conoceremos la definición de la conducta adictiva, el proceso por el cual una persona llaga a ser un adicto a las drogas, se revisan las características que rodean las drogas inhalables como su definición, clasificación, formas de consumo, al igual que sus efectos y consecuencias en la salud.

Se presentan dos definiciones que explican las características que posee una droga.

De acuerdo a la organización mundial de la salud citado en (Hourmilougué, 1997, pág. 1) una droga es —~~to~~a sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

En el glosario de términos de alcohol y drogas realizado por la OMS (World Health Organization, 1994, pág. 33) encontramos la siguiente definición de droga, Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.

De acuerdo con (Solis Rojas, Sánchez Guerrero, & Cortés Fuente, 2003, pág. 7) Una droga es una sustancia, o mezcla de ellas, distintas a las necesarias

para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse al organismo vivo modifica algunas de sus funciones y, a veces, la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas,

Así pues, tomando en cuenta estas definiciones, podríamos decir que estamos rodeados de drogas, desde los medicamentos que tenemos en el botiquín, hasta la que llamamos drogas como la marihuana y la cocaína, incluyendo el alcohol y tabaco, estos últimos son aceptados en nuestra cultura, sin embargo, cumplen todas las características de la definición para ser considerados como drogas.

De acuerdo con (Alcántara Moreno, Reyes Munguia, & Cruz, 2002, pág. 71) las drogas son sustancias cuyos componentes químicos alteran las funciones normales de los seres humanos. Existen sustancias como el alcohol y la nicotina (tabaco) que se expanden de forma legal, otras son consideradas ilícitas por su prohibición, distribución y venta, además de ser clandestinas, representan serios problemas por los fuertes daños que producen en la salud.

2.2 Clasificación de las drogas.

Las drogas han sido clasificadas en diversas maneras

- ❖ De acuerdo con su comercialización: legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas).
- ❖ Por sus efectos: estimulantes, (cocaína, anfetaminas, éxtasis y tabaco); depresoras (marihuana, alcohol, hipnóticos y sedantes e inhalables), y alucinógenos (LSD, PCP, mezcalina, y peyote).
- ❖ Por su origen: ser naturales (opio, marihuana, mezcalina y peyote) y sintéticas (éxtasis y metanfetaminas).

Los avances científicos han tenido como resultado la producción de nuevas sustancias químicas que tiene como finalidad el tratamiento de algunos padecimientos y trastornos; no obstante en ocasiones éstas son utilizadas, como otras sustancias, con el único propósito de alterar el estado de conciencia, por lo

que también pueden ser sujetas al abuso y se les clasifica como drogas de uso médico.

(Solis Rojas, Sánchez Guerrero, & Cortés Fuente, 2003, pág. 9) Menciona que es evidente que considerar una droga como legal, no tiene que ver con los efectos nocivos que esta puede causar. Existe una gran diversidad de estudios que confirman los problemas de salud y sociales que provoca el alcohol y el tabaco y, sin embargo siguen siendo aceptadas como legales en nuestra sociedad debido a otro tipo de factores, como pueden ser los económicos, los culturales, o simplemente, los políticos, de modo que esto aumenta más el riesgo de tener una sociedad inmersa en las drogas.

2.3 Efectos de las drogas.

Los efectos que causan las drogas en nuestro organismo varían en función de la clase de sustancia de la que se trate; estos se clasifican básicamente en tres tipos.

2.3.1 Depresores:

El funcionamiento de sistema nervioso central disminuye, provocando descontrol motor y del lenguaje, fallas en la percepción (por ejemplo, no se pueden medir las distancias), lo que ocasiona que el consumidor se tropiece, caiga, permanezca mucho tiempo sentado o acostado, hable lentamente, que se quede dormido y tenga errores de juicio. Generalmente, el abuso de estas sustancias termina en episodios de sueño profundo o inactividad. La gente abusa de los depresores porque calman la ansiedad y reducen la tensión.

2.3.2 Estimulantes.

Actúan sobre el sistema nerviosos central generando euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad y ansiedad, así como disminución del apetito, estados de pánico, miedo, indiferencia al dolor , alteraciones del sueño, comportamiento violento y sentimientos de mayor resistencia física.

Provocan un aumento en la presión sanguínea, en la temperatura corporal y el ritmo cardiaco.

2.3.3 Alucinógenos.

Estas drogas producen trastornos en la percepción, es decir, son sustancias que hacen que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad. Las drogas alucinógenas de mayor uso provienen de algunas plantas ya de la fabricación en laboratorios clandestinos, citado en (Solis Rojas, Sánchez Guerrero, & Cortés Fuente, 2003, pág. 10).

2.4 Consumo de drogas.

2.4.1 Riesgos y daños por consumo de drogas.

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia.

Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes. Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito.

Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. De acuerdo a él sitio web especializado en adicciones (www.publispain.com) se considera que las consecuencias por consumo de drogas son muy diversas y pueden observarse en dos grandes grupos:

Según el Tipo.

Salud: el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

Salud psíquica: Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

Salud Física: La adicción suele conllevar la aparición en multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

Social: Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc. Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución". El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestión.

Legal: Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente penados por la ley.

Economía: dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc. El uso continuo de drogas puede ser muy caro, ya que sus costos se elevan a cientos y, en ocasiones, a miles de pesos por año. Para sostener su hábito muchos usuarios recurren al crimen. Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. A veces para poder sufragar los gastos de la adicción se ve obligado a recurrir a actividades ilegales.

Relaciones: La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

Trabajo: Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo.

Conducta: Como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.

Según el Nivel

Individual: son los daños experimentados por el propio consumidor de drogas.

Comunidad: el consumo de drogas genera multitud de consecuencias negativas para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos, etc.

Sociedad: en la sociedad produce efectos sobre la estructura y organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad, presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes).

Efectos de la droga en la familia:

Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometido por el adicto a la droga. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja.

Los miembros de la familia que niegan que exista un problema o permiten que el adicto continúe con el uso de la droga se consideran co-dependientes.

La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de consumo de drogas.

2.5 Adicción a las drogas.

2.5.1 Definición de adicción.

La (Secretaria de Salud Instituto Mexiquense contra las Adicciones, 2013) define a la adicción como, el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto en que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo...

La adicción es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo, dependiendo del tipo de droga que se consuma; siendo por ejemplo menos tiempo

en el caso del tabaco y la cocaína, por ser sustancias altamente adictivas; y un mayor tiempo para generar dependencia en el caso de alcohol.

2.5.2 *Fases del proceso adictivo.*

El proceso adictivo pasa por 3 etapas: Uso, Abuso y Dependencia o Adicción.

2.5.2.1 *Uso.*

El uso se define como consumo experimental u ocasional que no tiene regularidad en tiempo. Quienes incurren en el uso experimental de la droga, generalmente lo hacen impulsados por la presión social del entorno o por simple curiosidad, para saber lo qué se siente.

2.5.2.2 *Abuso.*

Podemos decir que alguien abusa de sustancias adictivas cuando ésta pasa a acompañar los diferentes momentos de su vida, cuando se programa su presencia en ciertas circunstancias precisas, cuando se la empieza a vincular con las instancias gratas de la vida.

En ocasiones, el uso regular induce a pensar en la sustancia como una diversión ya que el organismo no manifiesta por el momento ningún efecto molesto relevante. En el cerebro, las alteraciones en el centro de la estimulación se han iniciado de modo tal, que, es imposible prever el instante en que se dará el paso decisivo hacia el uso adictivo de la sustancia psicoactiva.

En esta etapa, el individuo se encarga de proveerse por sí mismo la droga, que consume en general una o dos veces a la semana. Aunque todavía no siente la compulsión de consumir droga, necesita asegurarse de que la tiene, y de que tendrá acceso a ella.

2.5.2.3 *Dependencia o Adicción*

En esta etapa la persona se considera adicta cuando presenta una necesidad imperiosa de consumir una sustancia, a la que trata de conseguir al costo que sea, sin medir las posibles consecuencias negativas que pueda tener.

. Cualquier uso de sustancia psicoactiva se puede convertir en una adicción.

Estamos en presencia de una adicción cuando ésta ejerce una influencia destructiva sobre el individuo que la padece. Debe tratarse de un hábito que entorpece la relación con el entorno social e impide el desenvolvimiento normal de la vida.

La adicción surge cuando el ciclo adquiere regularidad y se hace permanente. En el caso de las drogas, sean éstas legales o ilegales, el uso adictivo se instaura cuando la voluntad deja de dominar los actos del individuo y su objetivo primordial pasa a ser el conseguir y consumir la sustancia de la cual depende, aun cuando ese consumo no le proporcione la euforia que obtuvo en otro momento.

Este nivel adictivo se caracteriza por las modificaciones biológicas que se producen en el metabolismo, que conducen a los denominados síndromes de abstinencia y tolerancia.

2.5.3 Síndrome de tolerancia.

A medida que los sistemas metabólicos y de neurotransmisores involucrados en los procesos catabólicos de las drogas van —acostumbrándose” a funcionar en su presencia, el sujeto siente la necesidad de consumir mayores dosis para lograr los mismos efectos anímicos que aparecían en un primer momento. Cuando esto sucede significa que el individuo ha desarrollado una capacidad fisiológica para consumir mayores cantidades, lo que es denominado tolerancia.

La tolerancia es una característica que forma parte del conjunto de efectos asociados con el consumo de drogas. Consiste en la necesidad de incrementar sucesivamente la cantidad de droga administrada para obtener el mismo efecto.

La tolerancia se desarrolla después del uso frecuente de las drogas, aunque su intensidad y efecto varía dependiendo del tipo de químico. La tolerancia en los opiáceos (morfina y heroína), puede ser muy grande, llegando a requerirse

concentraciones de 10 a 30 veces mayores para obtener los efectos experimentados en las etapas iniciales del consumo de la droga.

2.5.4 Síndrome de abstinencia.

De acuerdo con (Comunidad Científica en Psicología, 2008) El síndrome de abstinencia es el conjunto de manifestaciones orgánicas y conductuales que se presentan cuando un individuo que ha estado consumiendo una droga, interrumpe su uso. Las neuronas tienen la capacidad de adaptarse a condiciones nuevas, en este caso, la presencia en el cerebro de una sustancia extraña que la estimula en forma sostenida. Es decir, las neuronas se han acostumbrado a recibir la droga, y al ya no obtenerla, su función se ve alterada, provocando, por una parte, una necesidad imperiosa de recibirla de nuevo, y por otra, en caso de no conseguirla, se desencadenan una serie de trastornos tanto físicos como emocionales.

2.6 GENERALIDADES DE LAS DROGAS INHALABLES

2.6.1 Definición.

Existen hoy en día existen miles de sustancias que al ser introducidas al cuerpo provocan que el sistema nervioso central modifique su funcionamiento, de acuerdo al (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas, 2011) Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes.

2.6.2 Tipos de drogas inhalables.

Es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son proporcionadas por el (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas, 2011) que a continuación se describen: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

2.6.2.1 Disolventes volátiles.

Son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, (tinner), líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos de contacto, tolueno, benceno, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro, entre otros.

2.6.2.2 Gases.

Los gases incluyen las anestésicos de uso médico así como aquellos gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen el éter, el cloroformo, el altano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como “gas hilarante”. Entre estos, el óxido nitroso es el gas más abusado y se puede encontrar en los dispensadores de crema batida y los productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera. Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, los tanques de gas propano y los refrigerantes.

2.6.2.3 Aerosoles.

Son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger entre otros.

2.6.2.4 Nitritos.

Los nitritos a menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. Los nitritos, que incluyen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo), comúnmente se conocen como *“poppers”* (“reventadores”) o *“snappers”* (“cojidores”). El nitrito amílico se utiliza en algunos procedimientos diagnósticos y anteriormente se recetaba a ciertos pacientes con angina de pecho. La Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo actualmente prohíbe la comercialización de los nitritos, pero aún se pueden comprar en pequeñas botellas que en ocasiones están etiquetadas como “inhaliador de video”, “desodorante ambiental”, “inhaliador de cuero” o “aroma líquido”. Por lo general, las personas que abusan de los inhalantes usan cualquier sustancia a su alcance. Sin embargo, como los efectos producidos por los diferentes inhalantes varían, algunas personas hacen lo imposible para conseguir su inhalante preferido

2.6.3 Formas de consumo.

Los usuarios inhalan los gases o vapores a través de la nariz (insuflación) y/o de la boca (aspiración).

El (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2012, pág. 13) Describe varios métodos que emplean los adictos a estas sustancias para poder experimentar los estados de intoxicación, aquí se enlistan.

- Mojan con el toxico un pedazo de papel (periódico, estraza, baño) de tela, o estopa al que llaman “mona”. Y se lo llevan a la nariz y/o la boca para inhalarlo. A esto se le conoce como “monear”. La palma de la mano la utilizan con el fin de evitar que se evapore rápidamente, así como para ocultarlo.
- Las mangas o puños de su suéter o camisas las emplean para mojarlas con el inhalables, y se lo llevan a la nariz y/o la boca para respirarlo.

- Emplean una bolsa en la cual vierten el pegamento o la pintura en aerosol, cubren con ella su boca y nariz para respirar directamente de ella.
- Otro métodos, es el °bolsazo° colocan la sustancia toxica en la bolsa, cubren la nariz y/o la boca, soplan en ella y luego aspiran los vapores del producto.
- Aspiran directamente de los embaces de los productos, por ejemplo, el tolueno (thinner) a través de botellas de plástico o refresco; pegamentos, directamente de las latas o tubos, a los cuales les hacen pequeñas perforaciones. para su aspiración.
- El óxido nitroso se inhala directamente respirando el gas de los globos previamente cargados, o de latas que lo contienen.
- También es común que los usuarios los utilicen rociando directamente las sustancias toxicas en la nariz y/o en la boca.

2.6.4 ¿Por qué se consumen?

Existen múltiples situaciones por las cuales se consumen drogas inhalables algunas pueden ser las siguientes que el (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2012, pág. 14) aporta:

- **Están disponibles:** Los productos están en casa, en la escuela, en el trabajo. Pueden comprarse fácilmente, e incluso robarse sin grandes dificultades.
- **Son legales:** Se comercializan de manera legal, aunque en nuestro país está prohibido el venderlos a menores de edad, es fácil que los jóvenes los adquieran.
- **Son baratos:** Comprar corrector líquido, °thinner°, aerosoles, aguarrás, entre otros, no requiere de grandes cantidades de dinero.
- **Efectos inmediatos y de corta duración:** Los efectos se registran en cuestión de segundos, no hay que esperar mucho tiempo para sentirlos. En pocas horas se disipan los efectos.
- **Se emplean en actividades sociales:** lamentablemente en nuestro país, cada vez más jóvenes consumen inhalables para actividades de convivencia, por ejemplo, los llamados °perreos° o °reggetón° (fiestas clandestinas).
- **Difíciles de detectar:** Los efectos desaparecen rápidamente, así como las señales de consumo.

- **Se ocultan fácilmente:** En la ropa, en las mochilas, en recipientes, por mencionar algunos ya que son muchos los lugares donde se pueden ocultar fácilmente.
- **Desconocimiento de los riesgos y daños:** Tanto adultos como jóvenes y niños, desconocen los diversos daños y riesgos que trae consigo el consumo de inhalables. Generalmente no se identifican como sustancias de abuso.

En otras ocasiones, se ha escuchado mencionar a usuarios de estas drogas que las utilizan por que cortan el apetito, es decir si la persona cuenta con solo 5 pesos para alimentarse prefieren comprar drogas inhalables para contener su hambre, ya que menciona que con poco dinero no satisfacen su necesidad de alimento, pero al ingerir la droga por lo menos olvidan esa necesidad.

2.6.5 Drogas Inhalables más utilizados en México.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en diversos centros de prevención de consumo de drogas, y específicamente en la encuesta nacional de adicciones en centramos las siguientes estadísticas entorno a las sustancias que los comunidad mexicana utiliza para provocarse un estados intoxicado de si, de corta duración y bajo costo.

<i>DROGAS INHALABLES MÁS UTILIZADOS EN MÉXICO.</i>	
<i>“Thinner” (tinaco)</i>	45 %
<i>Tolueno (Activo)</i>	25 %
<i>Pegamento de contacto (Chemo)</i>	12 %
<i>Otros pegamentos (PVC)</i>	5 %
<i>Pinturas en spray</i>	5 %
<i>Artículos escolares (marcadores permanentes, correctores líquidos adhesivos, entre otros)</i>	1 %
<i>Gasolina</i>	1 %

Diagrama de inhalables más utilizados en México (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2012, pág. 8).

2.6.6 Efectos de las drogas inhalables.

Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y llegan a la sangre donde son distribuidas rápidamente al cerebro y a otros órganos. Pocos segundos después de la inhalación, el usuario experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los del alcohol. Estos efectos incluyen dificultad para hablar, incapacidad para coordinar movimientos, euforia y mareo, además, los usuarios pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios, ya que la intoxicación dura apenas unos minutos, los usuarios a menudo tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas, lo que constituye una práctica muy peligrosa. Las inhalaciones sucesivas pueden causar la pérdida del conocimiento e incluso la muerte. Cuando menos, el usuario se sentirá menos inhibido pero también con menos control de sí mismo o de la situación. Después del uso intenso de inhalantes, el usuario puede sentirse somnoliento durante varias horas y sufrir de dolor de cabeza constante.

2.6.7 ¿Cómo producen sus efectos los inhalantes?

Son muchos los sistemas del cerebro que pueden estar implicados en los efectos anestésicos, tóxicos y de refuerzo de los diferentes inhalantes. Casi todos los inhalantes de abuso, con excepción de los nitritos, producen su efecto placentero al reducir la actividad del sistema nervioso central (SNC). En contraste, los nitritos dilatan y relajan los vasos sanguíneos en lugar de actuar como agentes anestésicos.

La evidencia obtenida de estudios realizados en animales sugiere que varios de los disolventes volátiles y gases anestésicos comúnmente abusados poseen efectos neuro-conductuales y mecanismos de acción similares a aquellos producidos por los depresores del SNC, entre los cuales se encuentran el alcohol y los medicamentos tales como los sedantes y los agentes anestésicos.

Un estudio en animales realizado en el 2007 indica que el tolueno (un disolvente encontrado en muchos inhalantes comúnmente abusados, incluyendo el pegamento para aviones a escala, los rociadores y removedores de pintura y los

quitaesmaltes) activa el sistema de dopamina cerebral. Se ha demostrado que el sistema de dopamina desempeña un papel en los efectos de gratificación de casi todas las drogas de abuso.

2.6.8 Efectos a corto y largo plazo del uso de inhalantes

Aunque las sustancias químicas encontradas en los inhalantes pueden producir diversos efectos farmacológicos, la mayoría de los inhalantes producen una euforia rápida que se parece a la intoxicación alcohólica, con una excitación inicial, seguida por somnolencia, desinhibición, aturdimiento y agitación. Si se inhala una cantidad suficiente, casi todos los disolventes y gases producen anestesia (pérdida de sensibilidad) y pueden llegar a inducir un estado de inconsciencia. Las sustancias químicas encontradas en los disolventes, aerosoles y gases pueden producir una variedad de efectos adicionales al momento de usarlos o poco tiempo después.

Los efectos relacionados con la intoxicación por inhalantes pueden incluir beligerancia (actitud de oposición), apatía, juicio deteriorado y desempeño inapropiado en el trabajo o en situaciones sociales. Otros efectos secundarios comunes son la náusea y el vómito. La exposición en dosis altas a esas sustancias puede causar confusión y delirio. Además, puede causar mareos, somnolencia, dificultad para hablar, letargo, falta de reflejos, debilidad muscular general y estupor.

Por ejemplo, las investigaciones demuestran que el tolueno puede producir dolor de cabeza, euforia, sensación de tambaleo e incapacidad para coordinar los movimientos.

Los nitritos inhalados dilatan los vasos sanguíneos, aumentan el ritmo cardíaco y producen una sensación de calor y excitación que puede durar varios minutos. Otros efectos pueden incluir rubor, mareo y dolor de cabeza.

Muchas personas reportan una fuerte necesidad de continuar utilizando inhalantes, especialmente si los han abusado por periodos prolongados durante muchos días.

El abuso prolongado de inhalantes puede causar el uso compulsivo y llevar a síntomas leves del síndrome de abstinencia, si se les deja de usar repentinamente. Un estudio reciente comparó a 43,000 adultos americanos con problemas de abuso de drogas. Este estudio sugiere que, en promedio, las personas que usaban inhalantes comenzaron a consumir cigarrillos, alcohol y otras drogas a edades más tempranas y además tenían una mayor prevalencia de por vida de tener trastornos por consumo de sustancias adictivas, incluyendo el abuso de medicamentos de prescripción, en comparación con las personas que abusan de sustancias pero que no tienen un historial de uso de inhalantes.

2.6.9 Otras consecuencias médicas del abuso de inhalantes

Los abusadores de inhalantes corren el riesgo de sufrir una serie de consecuencias médicas devastadoras.

La alta concentración de las sustancias químicas que se encuentran en los disolventes o aerosoles puede provocar ritmos cardiacos rápidos e irregulares que pueden ocasionar insuficiencia cardiaca mortal pocos minutos después de una sesión de inhalación prolongada. Este síndrome, conocido como “*muerte súbita por inhalación*”, puede resultar de una sola sesión de uso de inhalantes por parte de un joven en condiciones saludables.

La muerte súbita por inhalación se asocia principalmente con el abuso del butano, propano y las sustancias químicas que se encuentran en los aerosoles. El abuso de inhalantes también puede causar la muerte por:

- **Asfixia**—por inhalaciones repetidas, lo que hace que las altas concentraciones de los vapores inhalados reemplacen el oxígeno disponible en los pulmones.
- **Sofocación**—al bloquear la entrada de aire a los pulmones cuando se inhalan los vapores de una bolsa de plástico colocada sobre la cabeza.
- **Convulsiones**—causadas por descargas eléctricas anormales en el cerebro.
- **Coma**—el cerebro desconecta todas las funciones del cuerpo menos las más vitales.

- **Atoramiento**—al inhalar el vómito producido después de usar inhalantes.
- **Trauma mortal**—por accidentes causados por la intoxicación, lo que incluye las muertes por accidentes automovilísticos.

Según estudios independientes llevados a cabo durante un periodo de 10 años en tres estados distintos, el número de accidentes mortales relacionados con el uso de inhalantes en los Estados Unidos es de entre 100 y 200 por año, aproximadamente. Las investigaciones realizadas en animales y en humanos muestran que los inhalantes son sumamente tóxicos.

Tal vez el efecto tóxico más significativo de la exposición crónica a los inhalantes es el daño extensivo y duradero en el cerebro y en otras partes del sistema nervioso. Por ejemplo, el abuso crónico de disolventes volátiles, tales como el tolueno o el naftaleno (el ingrediente volátil de las bolitas de naftalina usadas para eliminar las polillas), daña la capa protectora que rodea ciertas fibras nerviosas en el cerebro y en el sistema nervioso periférico. Esta destrucción extensiva de las fibras nerviosas es clínicamente similar a la que se ve en enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple.

Los efectos neurotóxicos del abuso prolongado de inhalantes incluyen síndromes neurológicos que reflejan daños a partes del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anomalías cognitivas pueden ir de un leve deterioro a una demencia grave. Asimismo, los inhalantes son muy tóxicos para otros órganos. La exposición crónica puede producir daños significativos en el corazón, los pulmones, el hígado y daños producidos por los inhalantes tanto en el sistema nervioso como en otros órganos pueden ser parcialmente reversibles cuando cesa el abuso de los inhalantes, muchos de los síndromes causados por el abuso repetido o prolongado son irreversibles.

El abuso de los inhalantes durante el embarazo también puede aumentar el riesgo de que el bebé sufra alguna complicación en su desarrollo. Los estudios en animales diseñados para simular los patrones humanos de abuso de inhalantes sugieren que la exposición prenatal al tolueno puede producir un peso más bajo al nacer, defectos ocasionales del esqueleto, retraso en el desarrollo neuro-conductual y alteraciones en la regulación del metabolismo y la composición

corporal en los varones, así como aumento en la ingesta de alimentos y en el peso en ambos sexos.

Algunos informes de casos muestran defectos en los recién nacidos de madres que abusan crónicamente de disolventes, además de un deterioro en el desarrollo subsiguiente en algunos de estos niños. Sin embargo, no se han llevado a cabo estudios prospectivos bien controlados en humanos sobre los efectos de la exposición prenatal a los inhalantes, por lo que no es posible vincular trastornos en el desarrollo o defectos congénitos específicos con la exposición prenatal a una sustancia química en particular. Finalmente, en el 2008 se realizó una encuesta a más de 13,000 estudiantes de secundaria de ambos sexos, en la cual se identificó una asociación entre el uso de inhalantes y una alteración en la alimentación (definida como una respuesta positiva a una o más preguntas acerca de la participación en conductas inapropiadas de control de peso, durante los 30 días anteriores a la encuesta).

2.6.9.1 Riesgos específicos asociados con el abuso de nitritos.

Los nitritos son abusados principalmente por adolescentes mayores y por adultos. Por lo general, las personas que abusan de los nitritos están buscando intensificar el placer y la función sexual. Las investigaciones demuestran que el abuso de estas drogas en este contexto está ligado a prácticas sexuales peligrosas que aumentan enormemente el riesgo de contraer y de transmitir enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis. Las investigaciones en animales plantean la posibilidad de que haya un vínculo entre el abuso de nitritos y la aparición y desarrollo de enfermedades infecciosas y tumores (Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas, 2011).

El consumo de drogas suele avanzar por etapas, desde el uso experimental u ocasional, hasta una etapa de marcada dependencia, sin embargo conviene señalar que el consumo es factible de ser detenido en cualquier etapa. Los niños que experimentan con drogas, generalmente lo hacen después de haber usado cigarrillos y alcohol que estas últimas en México son también drogas socialmente aceptables, para posteriormente utilizar distintas drogas ilegales como, solventes inhalables, marihuana entre otras.

Aunque como resultados de las primeras experiencias con drogas, los niños no mostrarán —~~atr~~acciones manifiestas”, estas sustancias pueden alterar sus pensamientos y sensaciones. No obstante, una mirada atenta puede reconocer con facilidad las señales y los síntomas que pueden indicar si un niños está consumiendo drogas, por ejemplo: ausentarse de la casa sin razón aparente, presentar cambios súbitos de comportamiento y crisis de mal humor (irritabilidad, actitud defensiva, etcétera), bajo rendimiento escolar y otros problemas escolares como inasistencia o indisciplina, no cumplir con sus deberes u obligaciones alterando la disciplina familiar, robar dinero u objetos en la casa o escuela, pedir frecuentemente dinero prestado o gastar demasiado, cambio de amistades y renuencia para presentar a sus nuevos amigos, desinterés por las cosas que anteriormente le gustaban, falta de entusiasmo, usar un lenguaje extraño o ininteligible, alteraciones físicas, (ojos irritados) o mentales, como pérdida de memoria, falta de concentración, y encontrar alcohol u otras sustancias entre sus pertenencias.

En la actualidad, es innegable el consumo de drogas entre los niños; más aún, en los años recientes pareciera haber aumentado el número de niños implicados en esta problemática, y por otra parte se han advertido cambios en el perfil de uso, involucrando ahora sustancias como: cocaína -crack y pasta base- y derivados de anfetaminas, que se suman al uso de solventes inhalables, tabaco, alcohol, marihuana y sustancias de uso médico.

De acuerdo a investigaciones realizadas por los centros de integración juvenil y otras instituciones como (CAPA e IMCA) reportan que las drogas con las que el niño inicio el consumo y que fueron más frecuentemente utilizadas son: los

solventes inhalables, casi la mitad de los niños que asistieron a tratamiento los utilizaron, una cuarta parte inicio con alcohol, y una proporción menor con otras drogas (tabaco, marihuana, cocaína y tranquilizantes). Si únicamente se considerara el inicio de consumo con drogas ilegales, conviene señalar que los solventes inhalables ocupan el primer lugar, y que los niños que utilizaron solventes son cuatro veces más que los que usaron marihuana.

Al considerar el promedio de edad en que iniciaron el consumo de drogas (10 años) los niños ya acusan condiciones deficitarias (bajo rendimiento, o exclusión del sistema escolar, marginación, etcétera) que señalan circunstancias que anticipan la evolución del problema hacia formas de “consumo problemático”. Por eso es importante que los padres, la familia, las instituciones y otros actores sociales contribuyan a prevenir el problema y, en su caso a procurar la atención oportuna que posibilite la revisión de este problema, que como ya se indicó, dadas las condiciones “relativamente benignas” del consumo infantil, tendría un pronóstico de éxito. (Guisa Cruz, Diaz-Barriga Salgado, Fernández Cáceres, Alpizar Ramírez, & Gómez Martínez, 2005, págs. 37-38).

Capítulo 3

CONDUCTA ASERTIVA.

El interés por las habilidades sociales y la conducta asertiva se ha venido manifestando, desde hace ya varias décadas, en la psicología. Este interés no es de extrañar ya que una de las partes más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales. (Flores Galaz, 2002, pág. 34) Menciona que, encada una de las cosas que hacemos cotidianamente estamos relacionándonos con los demás, y la manera en que lo hacemos permite que estas relaciones se faciliten o se entorpezcan.

En este capítulo se revisaran definiciones y dimensiones que se han formulado entorno a la asertividad, cabe mencionar en este punto que no existe una definición que se tome como universal ni un grupo de dimensiones establecidos definitivamente, así también mostrara un bosquejo general de las raíces y las tendencias actuales referente a la asertividad, finalmente se especificaran los elementos que son comunes a la mayoría de las definiciones de la conducta asertiva, se enunciaran ejemplos de conductas asertivas, principios para consolidar una conducta asertiva y revisaremos la teoría propuesta por Yagoesky

El término de asertividad tiene sus raíces en la terapia de conducta, sobre todo en el trabajo de Andrew Salter, Joseph Wolpe y Arnold Lazarus. El primero en usar la palabra —~~se~~erción” es Wolpe en su libro psicoterapia por inhibición recíproca en el año 1958 citado en, (Caballo, 1983, pág. 52)

Siguiendo con la historia del término asertividad, es a partir de los primeros años setenta que el constructo adquiere mayor expresión y popularidad y a mediados de la década de los setenta, alcanza tal repercusiones que se forman asociaciones dedicadas exclusivamente al entrenamiento asertivo, cobra gran importancia que se llega a considerar un tipo de tratamiento ideal para prácticamente todo tipo de problema de relación social y se intenta desvincular de la terapia de conducta.

3.1 Definición del término asertividad.

Hablemos de la definición del término asertividad, dicho termino comenzó a emplearse más frecuentemente en la década pasada, es un constructo que aún no tiene una definición universalmente aceptada como es el caso de muchos otros vocablos en psicología, dadas las crecientes investigaciones que todos los días aportan ideas nuevas a mencionado termino. Para algunos autores y sobre todo a nivel popular, le dan un sentido limitado o le confunden con otros términos como es la agresividad, y está asociado para muchos con el atrevimiento social de acuerdo a Rathus 1979 citado en (Caballo, 1983, pág. 52)

Para no errar en la contextualización de dicho término revisaremos algunas de las definiciones formuladas por algunos autores que nos permitirán visualizar un bosquejo general de lo que es la conducta asertiva.

De acuerdo a (Flores Galaz, 2002, pág. 36), en psicología, el concepto de asertividad surge originalmente en Estados Unidos, en el contexto clínico, afines de la década de 1940, también dicha autora cita del (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, 1980; Enciclopedia Universal Ilustrada, 1973; Gran Enciclopedia Larrouse, 1973; Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1986; Diccionario de la Lengua Española, 1956) la siguiente definición etimológica de aserción que proviene del latín *-assertio-tionis*, que es la acción y efecto de afirmar una cosa, es la proposición en la que se afirma o se da por cierto una cosa”.

Desde la perspectiva psicológica existen varias definiciones de la conducta asertiva aquí algunas de ellas.

Para (R. E. & M. L., 1978, pág. 69) la conducta asertiva es: *–al conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes defendiéndose sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros”.*

Otras definiciones las recatamos del documento de (Caballo, 1983, pág. 54) que nos podrán aclarar el panorama respecto a la conducta asertividad.

Brown define a la conducta asertiva como: *–al conducta que ocurre en un contexto intemporal que se interesa principalmente por la adquisición de refuerzo*

personal y que minimiza la pérdida de refuerzo por parte del (los) receptor(es) de la(s) conducta(s).

Otra definición que podemos encontrar es la propuesta por McDonald (1978), define a la asertividad como “la expresión abierta de la preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta”.

En 1974, Rimm y Master formularon la siguiente definición “la conducta intemporal que indica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos”

Mientras que para (Wolpe, 1977, pág. 81) considera que la conducta asertiva es: “la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”.

En este mismo año Alberti y otros psicólogos y educadores construyeron la siguiente definición “se define la conducta asertiva como ese conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de la(s) otra(s) personas. Esta conducta puede incluir la expresión de emociones tales como la ira miedo, aprecio, esperanza, alegría, desesperación indignación, perturbación, pero en cualquier caso se expresa de una manera que no viola los derechos de los otros. La conducta asertiva se diferencia de la conducta agresiva en que esta, mientras expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona no respeta estas características en los otros.

Mientras que el término mismo de asertividad ha sufrido numerosos ataques, muchas veces se ha intentado su sustitución por otros vocablos, ya desde su comienzo de su expansión, a principios de los años setenta, uno de sus creadores y difusores propone el cambio del término “asertividad” por el de libertad emocional; posteriormente Wolpe citado en (Caballo, 1983, pág. 52) propone modificar el concepto de la asertividad en su libro psicoterapia por inhibición por el termino personalidad excitatoria, pero el término que realmente se cree está desplazando hoy en día al de la asertividad y que probablemente acabara sustituyéndolo es el de “habilidades sociales”.

De todas estas definiciones hay algunas que enfatizan la auto expresión de uno mismo sin herir a los demás y puede que esta sea la característica común que deben llevar todas las definiciones de la conducta asertiva; sin embargo, otras definiciones insisten principalmente en la efectividad de esa conducta, en conseguir los objetivos propuestos.

De acuerdo a las definiciones citadas anteriormente podemos proponer la siguiente definición: la conducta asertiva es aquella conducta que expresa los sentimientos y pensamientos de un individuo de manera honesta sin agredir los derechos y sentimientos de los demás y que normalmente alcanza los objetivos propuestos a lo largo de su vida.

3.2 Dimensiones de la conducta asertiva

La mayoría de las conductas poseen dimensiones que hacen que estas se diferencien unas de otras, dentro de la conducta asertiva autores proponen una diversidad de características las cuales observaremos en el siguiente diagrama comparativo.

Cuadro comparativo de las dimensiones de la conducta asertiva (fuente elaboración propia)

AUTOR	DIMENSIONES
Alberti 1978.	1.- Es una característica de la conducta, no de las personas. 2.- Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal. 3.- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras
	Variables situacionales. 4.- Esta basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.

	5.- Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina.
Lazarus 19973.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- La capacidad de decir NO. 2.- La capacidad de pedir favores o hacer peticiones. 3.- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos. 4.- La capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.
Galassi, Delo, Bastien 1974.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Asertividad positiva, que consiste en expresión de sentimientos de amor, afecto, admiración, aprobación y estar de acuerdo. 2.- Asertividad negativa, que incluye la expresión de sentimientos justificados de ira desacuerdo, insatisfacción y aburrimiento. 3.- Auto negación, que incluye un excesivo disculparse, excesiva ansiedad intemporal y exagerado interés por los demás.
Ganbrill y Riche 1975.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Rechazo de peticiones. 2.- Expresión de limitantes personales.
	<ol style="list-style-type: none"> 3.- Iniciación de contactos sociales. 4.- Expresión de sentimientos positivos. 5.- Manejo de las críticas. 6.- Diferir con los demás. 7.- Aserción en situaciones de servicio. 8.- Dar retroalimentación negativa.
Liberman y Cols 1976.	1.- Conductas no verbales discretas como el contacto ocular, la expresión facial, la rapidez del habla, la latencia de la respuesta, volumen y

	<p>tono de voz, la duración de la respuesta, la fluidez de la conversación, los gestos y la postura.</p> <p>2.- El contenido de la conversación, como pedir algo a otra persona, alabar, agradecer o a ser cumplidos a otras personas, decir no a una persona irrazonable, como sufrir una entrevista de trabajo, reaccionar oportunamente a la crítica y manejar otros encuentros afectivos e instrumentales diarios.</p> <p>3.- Reciprocidad en la comunicación, como el dar reforzamiento al otro al mantener una conversación, incitar conversaciones, terminar conversaciones y regular la entrada o salida de grupos sociales.</p>
Tuner y Adams 1977.	<p>1.- Conducta de rechazo.</p> <p>2.- Expresión de sentimientos positivos (asertividad —comendatoria”).</p> <p>3.- Capacidad de adquirir la información solicitada.</p>
Rinn y Markle.	<p>1.- Habilidades auto expresivas.</p> <p>2.- Habilidades que mejoran a los otros.</p> <p>3.- Habilidades asertivas en un sentido restrictivo usado por algunos autores, como el hacer peticiones simples, estar en desacuerdo con la opinión del otro, negarse a peticiones irrazonables.</p> <p>4.- Habilidades comunicativas.</p>
Wolpe 1977.	<p>1.- Conducta asertiva positiva (comendatorias”).</p>

	2.- Conducta asertiva negativa (–hostil”).
Lor y Cols 1981.	<p>1.- Asertividad social es una disposición y capacidad para iniciar, mantener o terminar las interacciones sociales fácil y cómodamente en situaciones que implican amigos o conocidos, extraños o figuras de autoridad.</p> <p>2.- Defensa de los derechos: Refleja la capacidad de defender los derechos propios o rechazar peticiones irracionales.</p>
Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes.	<p>3.- Independencia: Es la disposición de resistir activamente la presión individual o de grupo para conformarse y obedecer así como para expresar las opiniones y creencias propias.</p> <p>4.- Liderazgo: es la disposición para conducir, dirigir o influenciar a los otros en relaciones interpersonales problemáticas que exijan acción, iniciativa o asunción de responsabilidades.</p>
	<p>1.- Autoestima: la asertividad implica siempre defender los derechos propios sin agresividad y considerándolos siempre tan importantes como los de los demás.</p> <p>2.- Persistencia: insistir en que lo que se piensa o desea, sin enojarse o apenarse debido a que otros piensen diferente.</p> <p>3.- Aceptación de elogios y críticas razonables: escuchar el punto de vista de los demás, ya sean elogios, o críticas, con la actitud serena para aprovechar en beneficio propio los elementos razonables.</p> <p>4.- Proposición se alternativas: considerando los</p>

	tres puntos anteriores, cuando no haya un acuerdo inicial buscar creativamente una posibilidad adecuada para conciliar diferentes intereses y formas de pensar.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se observa en el cuadro anterior no hay dimensiones de la asertividad universalmente aceptadas; pero si cabe mencionar que para evaluar si una conducta es asertiva o no asertiva se deben considerar tres aspectos propuestos por Galessi 1978 citado en (Caballo, 1983, pág. 57)

- ❖ El primero es el aspecto conductual, donde están comprendidas las conductas que ejecuta el individuo como son: defender los derechos propios, iniciar y rechazar peticiones hacer y recibir cumplidos, iniciar mantener y terminar conversaciones expresar amor y afecto, expresar opiniones personales incluyendo el no estar de acuerdo, y expresar ira y enfado justificado.
- ❖ El segundo aspecto es el personal, incluirá a las personas a quienes van dirigidas las conductas, como son: amigos y conocidos (del mismo y distinto sexo), esposo- a, novio-a, extraños y relaciones de negocios.
- ❖ El tercer aspecto es el situacional, incluirá las situaciones en que tendrá lugar la conducta, como por ejemplo privado-publico.

El estudio de la conducta asertiva cobra gran relevancia, ya que es una manera de comportarnos que permite la satisfacción personal al atacar las cosas que generan angustia o inconformidad y promover la realización de deseos y el establecimiento de relaciones positivas con los demás, estas últimas deberían ser el pilar principal para mover a nuestra sociedad y no las relaciones creadas por el materialismo y capitalismo.

3.3 Conducta asertiva en la vida diaria

Desenvolverse en cada una de las diferentes situaciones interpersonales requiere una gran destreza social, muy probablemente, en alguna ocasión hayamos tenido dificultad en defender nuestros derechos, expresar sentimientos, opiniones y defender nuestro punto de vista sin agredir a los demás, iniciar nuevas relaciones o simplemente poner punto final a una conversación. Todas estas conductas nos habrán sucedido en más de una ocasión. A continuación algunos ejemplos de situaciones para conocer mejor a que nos referimos cuando hablamos de personas asertivas y personas no-asertivas.

- Usted se sienta en un restaurante a cenar, cuando el mesero le trae lo que pidió se da cuenta de que el vaso está sucio, con marcas de pintura de labios de otra persona, entonces arma una gran escándalo y le dice al mesero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.
- Hace tiempo que quiere un pequeño aumento de sueldo y no se atreve a decirle a su jefe, Pidiéndole disculpa y con un enorme cargo de conciencia, finalmente lo hace y ve que durante tres meses estuvo pensando cómo decirlo y que no fue tan difícil obtener una respuesta.
- Le piden prestado dinero, usted no desea darlo, pero no puede decir que no.

Son situaciones muy cotidianas que a cualquier persona le pueden suceder, y en ninguno de estos ejemplos las personas se han comportado como personas asertivas, por ello el interés de enseñar las conductas asertivas a las personas en especial a los (niños) para que desde edades tempranas, sepan que una mejor comunicación comienza con saber expresar nuestras necesidades y deseos sin agredir a los de los otros.

Menciona (Murqueta Reyes, s.f.) que existen dos formas de asertividad una positiva y la otra negativa:

- I. Asertividad de aprobación: cuando se expresa el agrado, el acuerdo o la conformidad con lo que los demás hacen o respecto a las cosas que se perciben en el ambiente o en las personas.
- II. Asertividad de rechazo: cuando se expresan los sentimientos de desagrado, desacuerdo o inconformidad con la conducta o las ideas de otra persona o acerca de determinadas situaciones.

Como se ha observado estas dos características son propuestas implícitamente por la mayoría de los autores que han tenido el interés por el estudio de la conducta asertiva pero las hemos expuesto con mayor claridad.

De acuerdo a (Murueta Reyes, s.f.) Muchas personas tienen dificultad para detectar y expresar sus emociones e ideas, o para actuar como desean, debido a la manera en que fueron educados por sus padres, sus maestros y por la historia de sus interacciones sociales. Esa inhibición les genera inseguridad, sentimientos de inferioridad, insatisfacción y frustración. Generalmente dicen o hacen lo que creen que los demás esperan o consideran adecuado, lo cual frecuentemente los hace víctimas de la manipulación o el chantaje. De manera complementaria, otras personas continuamente se mantienen en una actitud defensiva o francamente agresiva, lo que también altera sus relaciones con los demás. Esto produce sentimientos de soledad que aumentan el grado de tensión emocional.

Pocos son quienes desarrollan de manera natural la capacidad para expresar directamente y en forma oportuna y correcta, lo cual juega un papel clave para el éxito en la vida y el sentimiento de estabilidad y satisfacción personal.

El individuo asertivo suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales. Está satisfecho en su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo. El individuo asertivo es expresivo, espontáneo, seguro, y es capaz de influenciar y guiar a los otros; según Galassi y Cols citados en (Caballo, 1983, pág. 58) algo fundamental para ser asertivo es el darse cuenta tanto respecto a sí mismo como al contexto que le rodea. El darse cuenta sobre uno mismo consiste en mirar “dentro” para saber lo que quiere antes

de mirar alrededor, para ver lo que los demás quieren y esperan de uno en un situación dada.

Ya desde 1949, Santer citado en (Caballo, 1983, pág. 58) menciona que el individuo asertivo actúa sin pensar, estamos en desacuerdo, ya un individuo que se pueda considerar asertivo no actúa de forma impulsiva, para nuestro parecer son individuos que saben cómo comportarse en cada situación, pero también mencionado autor comenta que una persona asertiva, es directo, cuando se enfrenta a un problema toma de inmediato una acción constructiva, le gusta la gente sincera, pero no le importa lo que puedan pensar, habla de él mismo de manera no afectada, toma decisiones rápidas y le gustan las responsabilidades, sobre todo está libre de ansiedades, es verdaderamente feliz.

Complementario a esto Jakubowski en 1977 también citado en (Caballo, 1983, pág. 59) afirma que la gente emocionalmente sana, que funciona totalmente, cree que puede producir un impacto efectivo en su ambiente, no siente que son víctimas desamparadas de los sucesos de la vida o de las exigencias de otras personas, al contrario, se sienten responsables de ellos mismos porque creen que pueden entregarse a la conducta directa que afectara a los demás en forma constructiva.

3.4 Teoría de Yagosesky.

Renny Yagosesky, citado en (Cabezas Ramos, 2015) Menciona que la conducta asertiva se trata de una categoría de comunicación compleja vinculada con la alta autoestima y que puede aprenderse como parte de un proceso amplio de desarrollo emocional. La define como una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia. Plantea también, que la asertividad es necesaria y conveniente a causa de los beneficios que genera, entre los que destaca los siguientes.

- a) Favorece enormemente la confianza en la capacidad expresiva.
- b) Potencia la autoimagen positiva, pues favorece el sentido de eficacia personal.
- c) Genera bienestar emocional.
- d) Mejora la imagen social pues promueve el respeto de los demás.
- e) Favorece las negociaciones y el logro de objetivos que dependan de la comunicación en general.

La teoría de Yagoesky citado en (Cabezas Ramos, 2015) propone tres estilos de comunicación, diferenciados por la actitud que revelan hacia el interlocutor: pasivo, asertivo y agresivo.

Pasividad o no-asertividad. Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás.

Agresividad. Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, caracterizándose por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.

Asertividad. Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y honesta.

A menudo se habla de un cuarto estilo comunicativo, el **pasivo-agresivo**. Consiste en la evitación del conflicto mediante la discreción, evitando las situaciones que puedan resultarle incómodas o enfrentarles a los demás con excusas, falsos olvidos o retrasos entre otros medios. Así no asume la necesidad

de hacer valer sus propios derechos (pasividad), aunque tampoco se muestra receptivo hacia los de la otra parte (agresividad).

Esta teoría sustenta todo lo antes citado sin hacer menos las aportaciones de cada autor ya que cada una de estas permite la consolidación de esta teoría, la cual toca los puntos esenciales de la conducta asertiva y da una visión general y acertada que facilita el estudio, la comprensión, análisis y práctica de la asertividad.

3.5 Poniendo en práctica la asertividad.

(Murqueta Reyes, s.f.) Propone algunas recomendaciones sencillas y a la vez eficaces para comenzar a poner en práctica la conducta asertiva y desde luego mejoran nuestras relaciones interpersonales, esto a su vez favorecerá a nuestro desarrollo y crecimiento personal en todas las áreas de nuestra vida, ejemplo: trabajo, escuela, amigos, familia etc.

- I. Externa los sentimientos de una forma espontánea. Por ejemplo: —~~Me~~ siento feliz” —~~Te~~ quiero mucho”, —Eres un buen amigo”, —~~Tu~~ presencia me es grata”, —~~Es~~ la orden que pedí”, —~~Me~~ me hable de esa forma”. Contraejemplo: Quedarse callado, titubear o mostrarse agresivo.
- II. Acompaña tus frases con expresiones corporales adecuadas. Muestra la emoción en la cara y con ademanes cuando sea apropiado. Por ejemplo, manifiesta serenidad y seguridad al hacer algún reclamo justo; puedes sonreír cuando haces un comentario positivo.
- III. Contradice directamente. Cuando estés en desacuerdo con alguien contradícelo directamente de manera razonable. Por ejemplo: —~~Particularmente~~ en ese punto no estoy de acuerdo”, —~~Tengo~~ un punto de vista diferente al respecto”. Contraejemplo: —~~Como~~ usted diga”, —~~es~~ verdad”.
- IV. Utiliza en lo posible la palabra —~~Yo~~”. Cada persona habla en términos de lo que piensa, siente o desea, independientemente del criterio de otros. Por ejemplo:

- ~~Yo~~ pienso que esa idea es equivocada”. Contra ejemplo: —~~La~~gente dice...”, —~~parece~~ que...”.
- V. Reconoce, acepta y goza los elogios que recibas. Por ejemplo: sonreír y expresar estar de acuerdo. Contra ejemplo: —~~N~~ es verdad...”, —~~N~~ me diga eso...”, —~~Fa~~vor que usted me hace. . .”
 - VI. Pregunta por qué y opina. No te limites a escuchar durante una conversación.
 - VII. Mira a los ojos cuando te dirijas a cualquier persona.
 - VIII. Valora tus opiniones: No te sientas obligado a obtener la aprobación de los demás. No busques necesariamente el respaldo de otros y ten confianza en tus propios argumentos. Expresarte es ya muy valioso.
 - IX. Procura siempre hacer y lograr lo que realmente deseas. Ejemplo: proponer actividades o lugares que resulten agradables o interesantes, no te dejes llevar fácilmente por lo que otros proponen cuando no es algo que tú realmente desees.

A manera de conclusión del capítulo podemos expresar lo siguiente:

La asertividad permite decir lo que uno piensa y actuar en consecuencia, haciendo lo que se considera más apropiado para uno mismo, defendiendo los propios derechos, intereses o necesidades sin agredir u ofender a nadie, ni permitir ser agredido u ofendido y evitando situaciones que causen ansiedad. Además de reflejarse en el lenguaje verbal y se manifiesta en el lenguaje no verbal, como por ejemplo en la postura corporal, en los gestos del cuerpo, en la expresión facial, y en la voz.

Una persona asertiva suele ser tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles sin ira, se encuentra segura de sí misma y frena pacíficamente a las personas que les atacan verbalmente.

La asertividad impide que seamos manipulados por los demás en cualquier aspecto y es un factor decisivo en la conservación y el aumento de nuestra autoestima, además de valorar y respetar a los demás recíprocamente.

Capítulo IV

Toma de decisiones.

Para abordar el tema sobre toma de decisiones debemos de tener en cuenta todos y cada uno de los aspectos que ella abarca. Es importante saber que las decisiones se presentan en todos los niveles de la sociedad, sean de mayor o menor relevancia; pero estas implican una acción que conlleva a un determinado fin u objetivo propuesto.

4.1 Definiciones del término decisión.

En principio para entender la toma de decisiones es necesario saber a qué nos referimos con el término decisión que será expuesto de manera más sencilla con las definiciones de los siguientes autores citados en (Castaño Duque, s.f.)
Freemont e. Kast: Decidir significa adoptar una posición, implica dos o más alternativas bajo consideración y la persona que decide tendrá que elegir entre ellas. Sin embargo, para Moody la decisión es una acción que debe tomarse cuando ya no hay más tiempo para recoger información. Mientras para Leon Blank Buris se puede decir que una decisión es una elección que se hace entre varias alternativas. En cambio Harold Koonts decisión es la elección de un curso de acción entre alternativas, se encuentra entre el núcleo de planeación. Y para Stephen P. Robbins es una Forma de como el hombre se comporta y actúa conforme a maximizar u optimizar cierto resultado, las decisiones se toman como reacción ante un problema. Existe una discrepancia entre el estado corriente de las cosas y el estado deseado la cual requiere que se considere otros cursos de acción.

4.2 Definiciones toma de decisiones

Es de gran utilidad conocer que procesos se deben abarcar y aplicar para tomar decisiones efectivas, de aquí la importancia de conocer las distintas definiciones que han formado algunos autores en torno a esta habilidad del los seres humanos y continuación se enuncian.

(Castaño Duque, s.f.) Realiza una recopilación de distintos autores que brindan una serie de definiciones por ejemplo:

Idalberto Chiavenato: La toma de decisiones es el proceso de análisis y escogencia entre diversas alternativas, para determinar un curso a seguir.

Samuel C. Certo: La toma de las decisiones es la mejor elección de la mejor alternativa con el fin de alcanzar unos objetivos, basándose en la probabilidad

Freeman Gilbert JR: La toma de las decisiones es el proceso para identificar y seleccionar un curso de acción, está enfocada bajo los parámetros de la teoría de juegos y la del caos.

De modo que cuando actuamos de manera impulsiva estamos dejando a un lado el proceso de toma de decisiones que puede implicar llegar hacia un fin de manera más efectiva, y con mejores resultados.

4.3 Toma de decisiones en niños.

De acuerdo a (Cáceres, 2006, pág. 131). El proceso de desarrollo de los niños les lleva a tomar decisiones en la vida diaria que pueden ser simples, como que ropa ponerse o que programa de televisión ver, etcétera, hasta, aquella que implicar un alto grado de responsabilidad, por ejemplo que estudios realizar, cuando iniciar una actividad, aceptar o rechazar el consumo de drogas, involucrarse con distintos tipos de personas. Sin embargo los niños no siempre están preparados para tomar este tipo de decisiones, pues desarrollar este tipo de habilidades requiere considerar varios aspectos y en este punto del proceso los adultos juegan un papel importante para orientarlos.

(Cáceres, 2006, pág. 131) propone el siguiente diagrama en el cual coloca los principios generales para tomar una decisión, menciona que una decisión conlleva el expresar a otras personas lo que se quiere de forma clara y directa, esto es, de manera asertiva; también implica la negociación, esto es, considerar los intereses y necesidades de otras personas. El niño debe ser capaz de identificar las situaciones que pueden ser perjudiciales para él y rechazarlas.



Debe considerarse que la toma de decisiones de los niños y adolescentes puede estar influenciada por la necesidad que tienen de ser aceptados por algún grupo de amigos. Si encuentran formas de relacionarse con otros adecuadamente, se sentirán bien con ellos mismos y estarán en mayores posibilidades de tener autonomía en sus resoluciones, protegiendo su salud y la de otros, de lo contrario, los niños y jóvenes quizá decidan cosas que atenten contra su bienestar, con tal de lograr ser aceptados y no serán capaces de rechazar la influencia de otras personas.

Tomar buenas decisiones puede ser una habilidad bastante compleja e incluso para los mayores, de modo que, apoyar a los niños durante este proceso se vuelve sumamente valioso.

Tomar decisiones requiere de pensar las cosas adecuadamente, pero también de tener habilidades para controlar las emociones (calmarse, poner atención e identificar la emoción). Podrían ser muy distintas las cosas, que una persona haga o elija si esta se encuentra, por ejemplo, molesta o profundamente triste; en otras palabras, el estado emocional afecta la forma en que cada individuo percibe aquello que le rodea y la manera en que actúa.

A continuación revisaremos algunos elementos que intervienen en la toma de decisiones, cinco preguntas que podríamos formular a los niños escolares,

antes de que tomen decisiones que puedan marcar de forma negativa la vida de los infantes.

De acuerdo a (Cáceres, 2006, págs. 134-135) estas son las cinco interrogantes:

- ❖ **¿Qué quieres?** Preguntar qué cosas deseas y cuales quiere evitar.
- ❖ **¿Qué opciones tienes?** Es, observar las talidades con las que cuentas, buscar información, recuento de los recursos materiales que puede tener, recuerde experiencias similares.
- ❖ **¿Qué te conviene más?** Pregúntate por los posibles resultados a corto, mediano y largo plazo, evaluar cuanto esfuerzo implica una decisión u otra y el riesgo que conlleva cualquiera de ellas.
- ❖ **¿Qué escoges?** La decisión es solo tuya y nadie más puede elegir por ti, es mejor decidir y equivocarte, que nunca haber decidido nada, no temer al error, esto es un proceso de aprendizaje.
- ❖ **¿Hay algo que corregir?** No dejar las cosas al aire, preguntarte después de la decisión tomada, ¿cómo te fue?, si los resultados fueron deseables o no, si la solución no fue acertada, es necesario buscar otra.

4.4 Ejemplo de un modelo para tomar una decisión mejor.

Tras varios años de estudio (Johnson, 2003, pág. 9), autor del reconocido libro titulado *¿Quién se ha llevado mi queso? Y SI o No Guía práctica para tomar mejores decisiones*, descubrió que las malas decisiones se basan en ilusiones que en su momento tomamos por realidades, mientras que las decisiones acertadas se basan en realidades reconocidas a tiempo. Descubrió un sistema fiable para saber decidir “SI” a lo que nos funciona bien y “NO” a lo que no nos funciona. Un sistema perfectamente aplicable tanto al ámbito profesional como al de la vida privada.

Dicho sistema se basa en forma un mapa que contiene preguntas clave que deberán ser contestadas para poder elegir la mejor opción de acuerdo a lo que más nos convenga.

El Mapa para una decisión mejor.

<< SI o NO >>
El mapa para una decisión mejor.

}

Evito la indecisión y las medias decisiones basado en medias verdades.

Utilizó ambas partes de un sistema fiable para tomar mejores decisiones de forma constante: cabeza fría y corazón caliente. UTILIZO MI CABEZA formulándome una pregunta practica
Y
CONSULTO MI ORAZON
Formulándome una pregunta de índole privado.

Luego, tras haberme escuchado a mí mismo a los demás, tomo una decisión mejor y actué de acuerdo con ella.

Para utilizar la cabeza, me formulo una pregunta práctica, ¿estoy atendiendo a la necesidad real, me estoy informando de las opciones disponibles, lo estoy pensando a fondo?
SI_ o NO_

¿Se trata de un mero deseo o de una necesidad real? ¿Qué información necesito? ¿He creado opciones? ¿Qué pasaría si hiciera <X>? ¿Y luego?

Para consultar el corazón, me formulo una pregunta de índole privado.
<< ¿Refleja mi decisión que estoy siendo honesto con migo mismo, que confié en mi intuición y que me merece algo mejor?>>
SI_ o NO_

¿Me estoy diciendo a mí mismo la verdad? ¿Me hace sentir bien? ¿Qué decidiría si no tuviera miedo? ¿Qué haría si me mereciera algo mejor?
Si la respuesta es <<SI>>, procedo
Si la respuesta en <<NO>> lo pienso de nuevo.

¿Cuál es mi decisión mejor?

Citado en (Johnson, 2003, pág. 172)

Como nos podemos darnos cuenta existen métodos que nos pueden facilitar el proceso para tomar una decisión mejor. Lo que necesitamos es poner atención en que es lo que queremos lograr y que situaciones queremos evitar para poder llevar una vida más equilibrada y ser mucho más asertivos en aquellas decisiones que pueden cambiar de forma radical el curso de nuestra vida y así arruinar el éxito para el cual estamos destinados.

Capítulo V

Método.

5,1 TEMA.

Habilidades de comunicación asertiva y la toma de decisiones, una propuesta de prevención en el consumo de drogas inhalables en edad escolar.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Es la falta de **habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones**, lo que genera el consumo de drogas inhalables en niños de 5to grado de la Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México?

5.3 OBJETIVO GENERAL.

Conocer si la falta de habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones, es lo que genera el consumo de drogas inhalables en niños de 5to grado de primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

5.4 OBJETIVOS PARTICULARES.

Identificar el nivel de habilidades de comunicación asertiva que presentan los niños de 5to grado de primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

Analizar el nivel de toma de decisiones que poseen los niños de 5to grado de primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

Brindar una propuesta de modelo de prevención para disminuir el consumo de drogas (inhalables), que pueda ser aplicada en centros educativos como (primarias).

5.5 HIPÓTESIS.

H0: El no desarrollar habilidades de comunicación asertiva positiva y toma de decisiones es un factor que genera el consumo de drogas inhalables en niños de 5to grado de primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

H1: La falta de percepción de riesgo genera el consumo de drogas inhalables en niños de 5to grado de primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

5.6 SITUACIÓN EXPERIMENTAL.

Escuela primaria de tiempo completo Emiliano Zapata, clave de incorporación 15DPR0429Z ubicada en calle Benito Juárez, en San Juan Tepecoculco municipio de Atlautla de Victoria, código postal 56970, en el Estado de México.

5.7 POBLACIÓN:

667 alumnos 339 niños y 338 niñas de educación básica de entre 6 y 12 años de edad, que asisten a la Escuela primaria de tiempo completo Emiliano Zapata.

5.8 MUESTRA:

47 alumnos, 24 niños y 23 niñas de entre 10 y 12 años de edad, que cursan el 5to grado en la escuela primaria de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México.

5.9 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación con un Método Transversal. (Cozby, 2005) , ya que se centra en analizar las habilidades en la comunicación asertiva y toma de decisiones que poseen los alumnos en un solo momento.

5.10 DISEÑO:

Se aplicó un diseño cuasi-experimental, —diseño de un grupo con solo post-test”, ya que se utilizó una variable independiente y una variable dependiente, la medición se realizó en un solo tiempo, de acuerdo a (Cozby, 2005) este tipo de diseño se puede considerar como evidencia de la eficacia de un programa o modelo, con este diseño también se puede tener una idea amplia de la forma que se desempeñara un grupo.

5.11 VARIABLES:

5.11.1 Variable independiente.

Definición conceptual:

Toma de decisiones y conducta asertiva

Toma de decisiones: “Evaluar distintas alternativas, teniendo en cuenta necesidades, criterios y las consecuencias de las decisiones, no sólo en la vida propia sino también en la ajena.

Decidir significa hacer que las cosas sucedan en lugar de simplemente dejar que ocurran como consecuencia del azar u otros factores externos. Continuamente estamos tomando decisiones, escogiendo qué hacer tras considerar distintas alternativas, en nuestra vida cotidiana o en situaciones de conflicto.

Esta habilidad ofrece a las personas, herramientas para evaluar las diferentes posibilidades en un momento dado, teniendo en cuenta, entre otros factores, necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras, tanto en la propia vida como en la de otras personas” (Edex, 2007)

Conducta asertiva: —La persona que se comunica asertivamente, expresa en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hacer valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas.

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones con las

demás personas. Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos” (Edex, 2007)

Definición operacional: El inventario seleccionado para medir la conducta asertiva del blogger titulado Grupo 2, está compuesto por 10 preguntas de tipo situacional y respuestas de opción múltiple, con un tiempo de resolución de 30 minutos y está dirigido a personas de 7 años de edad en adelante.

El inventario seleccionado para evaluar la toma de decisiones propuesto por la Universidad de Cádiz, consta de 18 reactivos de opción múltiple y tiempo de resolución de 30 minutos, los participantes deben leer cuidadosamente los reactivos y contestar de acuerdo a sus intereses para saber el nivel de toma de decisiones y conducta asertiva.

5.11.2 Variable dependiente:

Definición conceptual.

Consumo de drogas.

Es el consumo repetido de una droga que suele provocar una necesidad urgente e inevitable de seguir usándola sin importar las consecuencias. Es importante considerar que el uso de drogas modifica el carácter y comportamiento del individuo consumidor, generando cambios en el estado de ánimo, los hábitos alimenticios, las ocupaciones diarias y las reacciones, entre otras cosas. Es un proceso anormal, prolongado y compulsivo, que tiene dos características esenciales: se presenta la tolerancia, es decir, el consumidor (adicto) requiere usar cada vez mayor cantidad de la droga para obtener los mismos efectos –o sensaciones- placenteros. Así mismo se genera el síndrome de abstinencia, que es el conjunto de síntomas que se presentan al dejar de consumir o reducir la dosis de la droga a la que se es adicto, estos síntomas tiene diversos niveles de gravedad, pueden ir desde un nerviosismo difícil de controlar, hasta malestares mayores que pueden llevar a la muerte. Solo cuando se identifica que una persona ha desarrollado tolerancia y tiene el síndrome de abstinencia, puede decirse que es adicto o dependiente a una droga.

Algunos elementos que hacen importante el consumo de drogas para la vida de ciertos individuos es el hecho de que desean, o esperan, una sensación de bienestar acompañada de: excitación, relajación y modificación de la percepción, los sentimientos o

la conducta. Así como sentirse importante o parte de algún grupo”. (Solis Rojas, Sánchez Guerrero, & Cortés Fuente, 2003, pág. 14)

5.12 MATERIAL:

- Ψ Inventario de habilidades de conducta asertiva ,
- Ψ Inventario de toma de decisiones,
- Ψ Aula, lápiz, gama, sacapuntas, pupitres.

5.13 PROCEDIMIENTO:

Paso 1: el aplicador reunirá a todos los participantes en el aula asignada.

Paso 2: se les preguntara a los participantes que si ya han satisfecho sus necesidades fisiológicas y si aún no lo han hecho se les dará permiso (10 minutos), para satisfacerlas.

Paso 3: se les entregara a los alumnos del grupo el inventario de comunicación asertiva y se les darán la instrucciones clara y precisas, si algún participante no las comprende se le explicara nuevamente.

Paso 4: se les pedirá a los participantes que comiencen a leer el inventario, se les dará un tiempo estimado de 30 minutos para que lean y resuelvan el inventario

Paso 5: pasados los 30 minutos se les recogerá a los participantes el inventario resuelto, en seguida se les entregara el segundo inventario que corresponde a la toma de decisiones.

Paso 6: el aplicador les dará la instrucciones clara y precisas, si algún participante no las comprende se le explicara nuevamente.

Paso 7: se otorgaran 30 minutos para leer y resolver del inventario, una vez pasados estos se recogerá el inventario resuelto.

Paso 8: se les agradecerá la cooperación de los participantes y saldrán a relajarse para continuar con sus clases normales.

Paso 9: se procederá a calificar y analizar los inventarios para hacer las comparaciones pertinentes de cada uno de los participantes.

Paso 10: se elaborara una carpeta con el reporte que contendrá los resultados y conclusiones de la actividad.

Análisis de resultados.

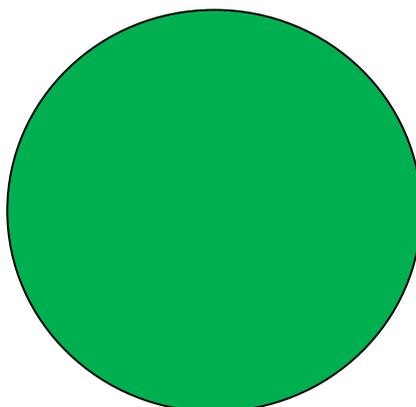
Se aplicaron dos inventarios a 47 alumnos del quinto grado de la escuela de tiempo completo Emiliano Zapata del municipio de Atlautla de Victoria, Estado de México, el primer inventario es referente a la conducta asertiva el cual se resuelve de manera escrita y está compuesto por 10 reactivos de tipo situacional y de opción múltiple.

De acuerdo al método de interpretación de datos del inventario y del programa estadístico SPSS se obtuvieron las siguientes tablas de frecuencia con sus respectivos gráficos.

En la presente grafica se muestra que todos los datos obtenidos son valores válidos con un porcentaje nulo de valores perdidos, en otras palabras las edades, los puntajes obtenidos y el género de los alumnos son funcionales para la investigación y no hubo alumnos que no cumplieran con las condiciones para ser evaluados.

Valores válidos.

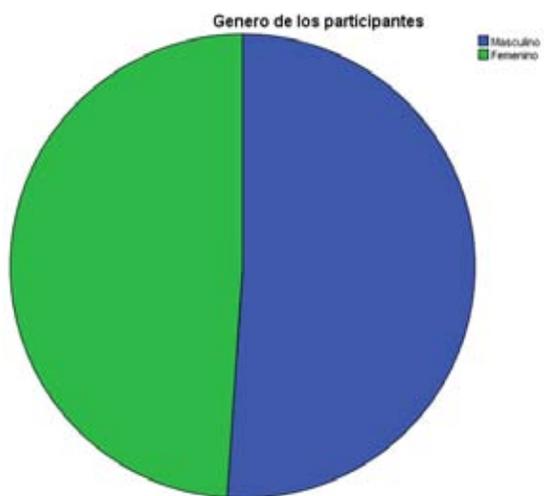
		Puntuación por categoría	Puntaje total	Edad del Alumno	Genero de los participantes
N	Válido	47	47	47	47
	Perdidos	0	0	0	0



Los datos que muestra la gráfica corresponde al porcentaje de alumnos de cada género, siendo el 51.1 % corresponde al género masculino que se encuentra levemente por encima el género femenino que obtuvo el 48.9 %.

Género de los participantes.

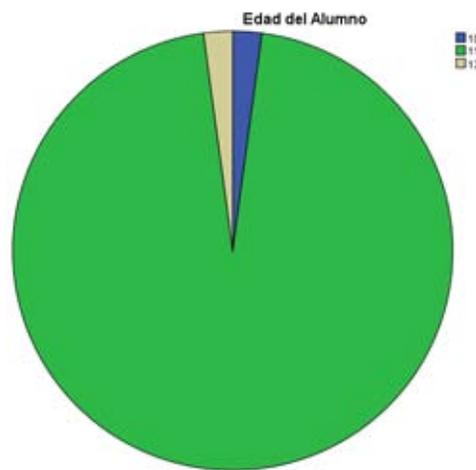
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Masculino	24	51.1	51.1	51.1
Femenino	23	48.9	48.9	100.0
Total	47	100.0	100.0	



En esta gráfica se observan las edades de los alumnos y los porcentajes de cada una de ellas, 2.1 % corresponde a la edad de 10 años, 95.7 % es para la edad de 11 años siendo esta la edad predominante en la investigación y por último el 2.1 % es el valor para la edad de 12 años.

Edad del Alumno.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	10	1	2.1	2.1	2.1
	11	45	95.7	95.7	97.9
	12	1	2.1	2.1	100.0
	Total	47	100.0	100.0	



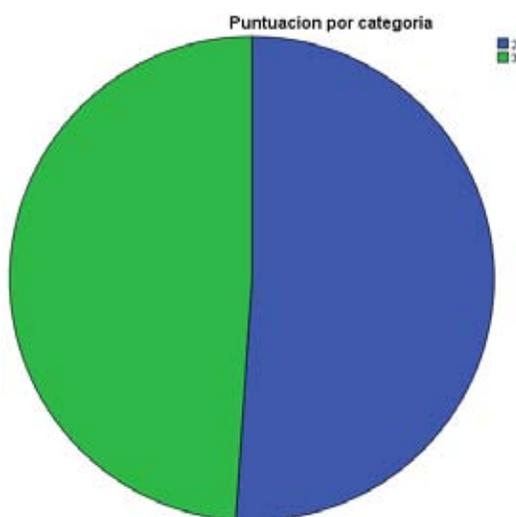
El inventario de asertividad aplicado plantea tres posibles resultados en su resolución donde un puntaje de 10 a 16 equivale a la categoría 1 la cual corresponde al estilo de comunicación pasiva, de 17 a 24 puntos corresponde a la categoría 2 que se refiere al estilo de comunicación agresivo y de 25 a 30 puntos corresponde a la categoría 3 que contempla el estilo de comunicación asertiva positiva.

Para el análisis se tomaron en el programa estadístico SPSS las tres categorías ya descritas y en la tabla siguiente encontramos que el porcentaje que corresponde a la categoría 1 es nulo, ya que no hubo alumnos con estilo de comunicación pasivo, en cambio en la categoría 2 el porcentaje fue de 51.1 % de alumnos que poseen un estilo de comunicación asertiva agresiva y por último en

la categoría 3 el porcentaje fue de 48.9% lo cual señala que los alumnos tienen un estilo de comunicación asertiva positiva.

Puntuación por categoría.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	24	51.1	51.1	51.1
	3	23	48.9	48.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	



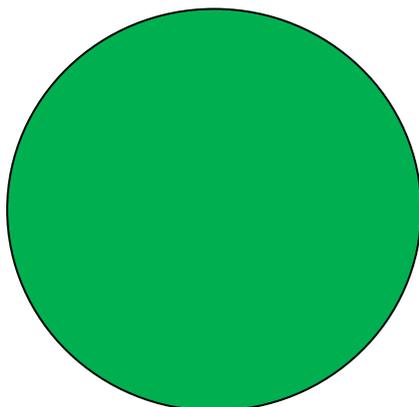
El segundo inventario aplicado sirvió para evaluar la toma de decisiones, compuesto por 18 reactivos de tipo situacional y opción múltiple que se resuelve de forma escrita, al igual que en el inventario de asertividad obtenemos la mismas graficas en cuestión de valores válidos, edad y genero del alumno ya que estos son los mismos datos para ambos inventarios.

En la presente gráfica se muestra que todos los datos obtenidos son valores válidos con un porcentaje nulo de valores perdidos, en otras palabras las edades, los puntajes obtenidos y el género de los alumnos son funcionales para la

investigación y no hubo alumnos que no cumplieran con las condiciones para ser evaluados.

Valores validos.

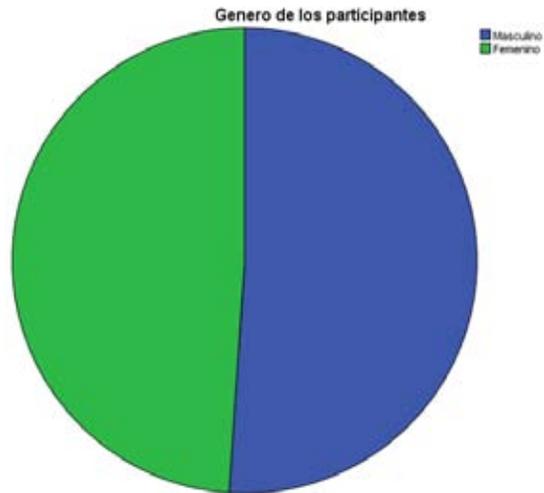
		Puntuación por categoría	Puntaje total	Edad del Alumno	Genero de los participantes
N	Válido	47	47	47	47
	Perdidos	0	0	0	0



Los datos que muestra la gráfica corresponde al porcentaje de alumnos de cada género, siendo el 51.1 % corresponde al género masculino que se encuentra levemente por encima el género femenino que obtuvo el 48.9 %

Genero de los participantes.

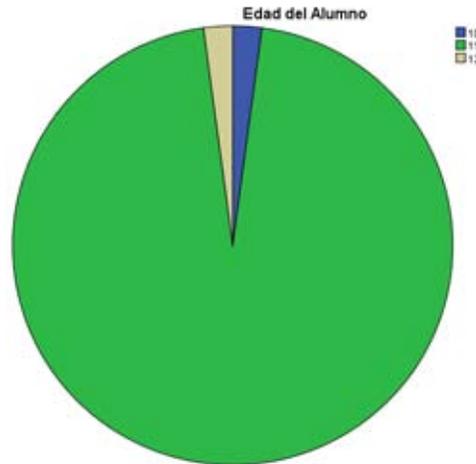
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	24	51.1	51.1	51.1
	Femenino	23	48.9	48.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	



En esta gráfica se observan las edades de los alumnos y los porcentajes de cada una de ellas, 2.1 % corresponde a la edad de 10 años, 95.7 % es para la edad de 11 años siendo esta la edad predominante en la investigación y por último el 2.1 % es el valor para la edad de 12 años.

Edad del Alumno.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10	1	2.1	2.1	2.1
11	45	95.7	95.7	97.9
12	1	2.1	2.1	100.0
Total	47	100.0	100.0	

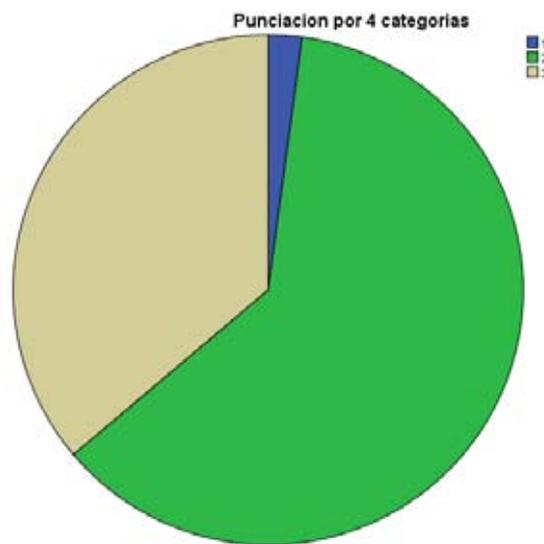


El inventario de toma de decisiones aplicado, plantea cuatro posibles resultados en su resolución donde un puntaje de 0 a 15 equivale a la categoría 1 la cual indica que hay un nulo proceso de toma de decisiones, de 16 a 30 puntos corresponde a la categoría 2 que indica que solo algunas veces se toma tiempo para realizar un proceso de toma de decisiones y de 31 a 45 puntos corresponde a la categoría 3 que indica que la mayoría del tiempo se elabora un proceso de toma de decisiones y por último de 46 a 54 puntos corresponde a la categoría 4 que indica que siempre se elabora un proceso de toma de decisiones.

Para el análisis se tomaron en el programa estadístico SPSS las cuatro categorías ya descritas y en la tabla siguiente encontramos que el porcentaje es de 2.1 % que corresponde a la categoría 1 en la cual los alumnos no realizan un proceso de toma de decisiones, en cambio en la categoría 2 el porcentaje fue de 61.7 % siendo esta la categoría de mayor porcentaje que indica que los alumnos en algunas ocasiones realizan un proceso de toma de decisiones, en la categoría 3 el porcentaje fue de 38.2 % la cual señala que los alumnos tienden a evaluar el resultado de una decisión y por último en la categoría 4 no se encontraron porcentajes lo cual se refiere a que no hubo alumno que siempre llevaran a cabo un proceso de toma de decisiones.

Puntuación por 4 categorías

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	2.1	2.1	2.1
	2	29	61.7	61.7	63.8
	3	17	36.2	36.2	100.0
	Total	47	100.0	100.0	



Cabe mencionar que durante la aplicación de los inventarios el grupo se encontrabas con buena disposición, las dudas fueron aclaradas en el momento de la aplicación, de modo que con los presentes datos podemos realizar las conclusiones pertinentes para esta investigación.

Conclusión.

En el transcurso de la vida, la comunicación asertiva tanto como la toma de decisiones es vital, pues la solución de problemas y circunstancias, involucran un proceso de obtención, evaluación y aplicación de información para cada situación. Una adecuada conducta asertiva y un proceso bien elaborado de toma de decisiones por parte de las personas, resulta trascendental, pues esto puede llevarlas al éxito, además de la creación de nuevas ventajas competitivas y un alto nivel de bienestar psicosocial. Contrario a esto la falta del desarrollo de las habilidades de asertividad y toma de decisiones, pueden traer consigo consecuencias negativas y el desequilibrio emocional y social del individuo, llevando al sujeto a situaciones de frustración que no le permitan ser ecuánime y por ende es susceptible al consumo de drogas que lo llevarían al fracaso.

Debido a la comunicación de tipo agresivo y de tomar decisiones impulsivas y a su vez por expresar sus emociones y necesidades de manera negativa, las cuales fueron respuestas obtenidas de los inventarios de toma de decisiones y asertividad aplicados a los alumnos del 5 grado de primaria de la escuela de tiempo completo Emiliano Zapata, me lleva a la conclusión de aceptar nuestra hipótesis nula que menciona que **“el no desarrollar las habilidades de comunicación asertiva positiva y toma de decisiones es un factor que genera el consumo de drogas inhalables”**.

Finalmente es necesario señalar que en la actualidad existe la necesidad de una enseñanza de las habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones a edades tempranas, por lo tanto es de suma importancia la elaboración de un proyecto de prevención del consumo de drogas inhalables, el cual tenga como objetivo fomentar la conducta asertiva positiva y la habilidad de toma de decisiones a través de materiales audio visuales que estimulen los tres canales de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y este a su vez, puedan replicarse las veces que sean necesarias en los centros educativos e instituciones diversas, y

lograr que los infantes no cometan el error de iniciar en el consumo de drogas inhalables.

Dicho modelo de prevención debe contar con información clara y concreta que pueda ser entendida por los participantes, también debe incluirse material audio-visual, que llame la atención de los estudiantes, complementario a esto, es necesario incorporar dinámicas grupales para reforzar la comprensión de la información y así lograr los objetivos planteados que son la prevención del consumo de drogas inhalables en niños del 5to grado de primaria.

Sugerencias.

A pesar de las muchas formas en que se ha tratado el tema del consumo de drogas inhalables, con diversos métodos y actividades, aún sigue presente la problemática en nuestro país, y lamentablemente esta va en aumento día tras día, por lo que se recomienda a futuros investigadores y estudiantes, que encuentren atractivo este proyecto lo apliquen en muchos más centros educativos tantos como sea posible, desde la educación básica ya que permite trabajar o fortalecer la asertividad y toma de decisiones de manera temprana para guiar, orientar y mejorar el desarrollo adecuado de la persona y si procurar un éxito personal y/o profesional. También invitar a Instituciones, dedicadas a la salud pública a que conozcan y hagan parte de sus tratamientos modelo de prevención de consumo de drogas inhalables en su estructura de trabajo desde el nivel básico (primaria) no sólo a partir del Nivel Medio Superior, como actualmente se realiza.

Como ya es conocido la ciencia avanza día con día a pasos agigantados motivo por el cual se sugiere que se realicen las actualizaciones necesarias tanto en la información que aquí se maneja como en las dinámicas de grupo, de modo que el modelo de prevención siga cumpliendo con sus objetivos y se encuentre vigente durante mucho tiempo a fin de prevenir el uso de drogas inhalables en los menores.

Por último, es importante mencionar que los resultados de la presente investigación dan apertura a nuevas líneas de investigación sobre la relación causal del inicio del consumo de drogas inhalables, la familia y la educación básica.

ANEXOS.

Propuesta de un modelo de prevención para disminuir el consumo de drogas (inhalables).

Como consecuencia de las cambiantes necesidades derivadas de la dinámica del consumo de sustancias en México, el modelo preventivo de consumo de drogas inhalables ha sido estructurado en busca de mejores resultados y de mayor impacto en los niños y adolescentes, como una alternativa más de enseñanza del peligro latente de las drogas inhalables, así como la práctica de la conducta asertiva y mejorar la toma de decisiones.

Objetivo del modelo: Empoderar a los niños(as) y adolescentes con conocimientos, y a su vez estimular las habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones como una estrategia de prevención del consumo de drogas en especial la (inhalables) así como la promociones de estilos de vida saludables

Número de asistentes: Grupos de 20 a 25 personas.

Perfil de los participantes: Niños y adolescentes estudiantes de primaria.

Duración: 10 sesiones de 60 minutos.

Impartido por: Profesionales de la salud, (psicólogos), médicos, trabajadores sociales, psiquiatras, profesores, etc. Con conocimientos en el tema de las adicciones, habilidades de comunicación y toma de decisiones.

Recursos materiales: Cañón, laptop, proyector de diapositivas y materiales que se mencionan en cada actividad.

Lugar: Un espacio amplio, cómodo, ventilado, con un ambiente propicio para hacer proyecciones.

Primera sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
20 min.	<p>1. Bienvenida y Presentación.</p> <p>Objetivos.</p> <p>Dar la bienvenida a los asistentes y explicar los objetivos del mismo.</p> <p>Que los participantes conozcan a sus compañeros a través de una dinámica de integración.</p> <p>Generar un ambiente agradable para el desarrollo del curso.</p>	<p>Dinámica de grupo.</p> <p>La telaraña.</p> <p>Objetivo: Favorecer la integración y la toma de decisiones, generando un ambiente propicio para el buen desarrollo del curso.</p> <p>Desarrollo: los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos, una bola de cordel; el cual tiene que decir su nombre, procedencia, una cualidad etc. Luego, este toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero, a su</p>	<p>Una bola adecuada de cordel, estambre etc.</p>

		<p>vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña. Después deben regresar la bola a la persona que se las haya enviado y repetir los datos que haya mencionado, esto se repite hasta que la bola llegue con el compañero que inicio.</p>	
30 min.	<p>2. Evaluación inicial y encuadre del curso.</p> <p>Objetivos:</p> <p>Evaluar los conocimientos de los participantes en materia de drogas, comunicación y toma de decisiones.</p> <p>Que los participantes planteen</p>	<p>Aplicación del cuestionario de evaluación inicial.</p> <p>Realizar una lluvia de ideas sobre las expectativas necesidades e intereses de los participantes con respecto al tema y anotarlas en el rotafolio.</p>	<p>Rotafolio.</p> <p>Plumones.</p> <p>Cuestionario de evaluación inicial.</p>

	<p>sus expectativas del curso, necesidades e intereses con respecto al tema.</p> <p>Explicar el objetivo del curso.</p>	Motivar a los participantes sobre las ventajas del curso	
10 min.	<p>3. Preguntas, retroalimentación y despedida</p> <p>✓ Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar dudas que se hayan suscitado durante la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	
Segunda y tercera sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
50 min.	<p>1. Comunicación y conducta asertiva.</p> <p>✓ objetivo::</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los participantes en qué consiste la comunicación y conducta asertiva a fin de estimular y desarrollar en ellos la mejor convivencia en el aula. • Explicar que la comunicación asertiva es 	<p>Presentación en PowerPoint:</p> <p>Se explicara detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en su totalidad, la presentación cuenta con material audio visual para cubrir los tres estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y así reforzar los aprendizajes de los participantes. Una vez explicada la presentación, se</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación en PowerPoint.

	una habilidad que debe ponerse en práctica a lo largo de la vida.	procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.	
25 min.	<p>2. Dinámica grupal. ✓ Objetivo. Reforzar los aprendizajes a través de una serie de situaciones de la vida cotidiana en las cuales se pone a prueba la comunicación y conducta asertiva.</p>	<p>Dinámica de grupo: Soy Asertivo: Tortuga, Dragón y Persona. Objetivo: • Enseñar a los niños y niñas a expresarse y defenderse sin hacer daño a los demás. • Educar para una comunicación positiva e inteligente. • Fomentar la capacidad de perder el miedo a expresarse sin ser agresivos. Desarrollo: Las instrucciones y material se encuentra en el archivo de Microsoft Word, en la carpeta correspondiente a esta sesión</p>	<p>➤ Fichas de estilos comunicativos : Tortuga, Dragón, Persona.</p>
15 min.	<p>3. Preguntas, retroalimentación y despedida ✓ Objetivo: • Aclarar dudas que se hayan suscitado durante la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	

Cuarta y quinta sesión			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
50 min.	<p>1. Tomo de decisiones. ✓ Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes tomen conciencia de que la toma de decisiones siempre está presente en la vida diaria y de ella depende en gran parte lo que somos y llegaremos a ser. • Dar a conocer a los participantes el modelo a seguir para poder tomar una mejor decisión. 	<p>Presentación en PowerPoint: Se explicara detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en su totalidad, la presentación cuenta con material audio visual para cubrir los tres estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y así reforzar los aprendizajes de los participantes. Una vez explicada la presentación, se procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación en PowerPoint.
20 a 25 min.	<p>2. Dinámica grupal. ✓ Objetivo. Reflexionar acerca del peligro del consumo de drogas.</p>	<p>Dinámica grupal: ❖ Fotoproyección Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Permitir a cada quien expresar su manera de ser □ Describir cómo cada persona se expresa según su propia historia. <p>Desarrollo: 1. El Facilitador muestra una fotografía "cada equipo recibirá una foto", cada uno de ustedes tendrá 5 minutos para</p>	<p>Una fotografía por equipo que manifieste una situación de consumo de drogas en forma poco oscura para que su significado no sea evidente, pero no en forma</p>

		<p>escribir qué sucedió antes de esa foto, qué está pasando en ella y que va a suceder después.</p> <p>2. Van pasando así uno tras otro, hasta que pasen todos los voluntarios. El Facilitador estará atento para aportar su crítica en forma oportuna, Es conveniente que él haga también autocrítica y sea criticado.</p> <p>3. Cuando cada participante haya escrito su narración comentará en forma verbal, por lo menos durante tres minutos, con sus compañeros de equipo su percepción del antes, el ahora y el después de la foto.</p> <p>4. Cuando cada quien haya dicho su percepción, el Facilitador pedirá a cada grupo que surja un voluntario para participar en un plenario breve.</p> <p>5. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida</p>	<p>tan velada, que su significado sea totalmente vago, es decir, una fotografía que ayude a la imaginación y a la proyección personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papel ➤ Lápiz para cada participante ➤ Plumones y Rotafolio
15 min.	<p>3. Preguntas, retroalimentación y despedida</p> <p>✓ Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar dudas que se 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	

	hayan sucintado durante la sesión.		
Sexta Sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
40 min.	<p>1. Prevención de adicciones. ✓ Objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los participantes los diferentes tipos de drogas que existen, así como los riesgos y consecuencias que existen por su consumo. • Explicar ejemplos de conductas saludables que mantengan a los participantes lejos del consumo de drogas. 	<p>Presentación en PowerPoint: Se explicara detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en su totalidad, la presentación cuenta con material audio visual para cubrir los tres estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y así reforzar los aprendizajes de los participantes. Una vez explicada la presentación, se procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación en PowerPoint.
10 min.	<p>2. Dinámica grupal. ✓ Objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar acerca del peligro del consumo de drogas. 	<p>Dinámica grupal : ❖ Sosteniendo mis sueños Objetivo: favorecer la reflexión de cuidar y alcanzar nuestras metas y sueños propuestos en la vida. Desarrollo: A cada uno de los participante se le da un globo, lo inflaran y con el plumos escribirán en el un</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plumones ➤ Globos de colores

		sueño o meta por lograr en la vida, el encargado inflar un globo más el cual los participantes no deben dejar caer al piso, se les indica que lancen su globo al aire y no lo dejen caer, pero tampoco dejen caer el globo extra. Al final se retroalimenta comentando a quien se le cayó su globo y se comenta que el globo extra es como el consumo de drogas que en cualquier momento puede arruinar su sueño.	
10 in.	3. Preguntas y despedida ✓ Objetivo: • Aclarar dudas que se hayan suscitado durante la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	
Séptima y octava Sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
50 min.	1. Prevención del consumo de drogas inhalables. ✓ Objetivo: • Dar a conocer a los participantes el peligro del	Presentación en PowerPoint: Se explicara detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación

	<p>uso de drogas inhalables, analizando tanto los tipos de sustancias como las posibles consecuencias en la salud, familia, escuela, sociedad que estas provocan, afín de evitar que estas se utilicen para otro fin, distinto para el que fueron creadas.</p>	<p>su totalidad, la presentación cuenta con material audio visual para cubrir los tres estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y así reforzar los aprendizajes de los participantes. Una vez explicada la presentación, se procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.</p>	<p>en PowerPoint.</p>
<p>30 min.</p>	<p>2. Dinámica grupal. ✓ Objetivo. Reforzar los conocimientos del peligro de consumo de drogas inhalables atreves de ejemplos vivenciales.</p>	<p>Dinámica grupal: ❖ Juego de roles. Objetivo. Poner a prueba las habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva del participante en situaciones de peligro, de modo que se reflexione acerca del peligro del consumo de drogas inhalables. Desarrollo: Organiza algunos juegos de roles. Asigna a uno de los niños para que sea la persona que ofrece las drogas, o hazlo tú mismo. Hazlos trabajar sin un guion. Considera detener la obra en los puntos clave para preguntar a la clase sobre lo que debería de hacer una persona en esa</p>	<p>Tarjetas con diferentes ejemplos de situaciones de peligro de consumo de drogas inhalables (calle, escuela, familia etc.)</p>

		situación. Diles que deben de alejarse de cualquier situación que los haga sentir incómodos, y que siempre deben de preguntar qué es lo que les están ofreciendo. Mantenlo divertido y dinámico.	
20 min.	3. Preguntas, retroalimentación y despedida ✓ Objetivo: • Aclarar dudas que se hayan sucintado durante la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	
Novena Sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
30 min.	1. Sensibilización a padres del peligro de las drogas. ✓ Objetivo. • Dar a conocer recomendaciones para evitar que los menores consuman drogas.	Presentación en PowerPoint: Se explicara detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en su totalidad, la presentación cuenta con material audio visual para cubrir los tres estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico) y así reforzar los	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación en PowerPoint.

		aprendizajes de los participantes. Una vez explicada la presentación, se procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.	
20 min.	<p>2. Dinámica grupal.</p> <p>✓ Objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a los participantes a adquirir un compromiso para ayudar a sus hijos a practicar conductas saludables y mantenerse lejos del consumo de drogas. 	<p>Dinámica grupal.</p> <p>❖ Carta de un adicto a sus padres.</p> <p>Objetivo: sensibilizar a los padres del riesgo que trae consigo el uso de drogas, General el dialogo entre padres e hijos a fin de construir una fuerte relación familiar que permita mantener lejos de las drogas a los menores.</p> <p>Desarrollo: pedir a los participantes que se coloquen en una posición cómoda, que cierren los ojos y que a subes vayan recreando en su imaginación la historia que escucharán, pidiéndoles que se pongan en el lugar de los padres del chico que esta arranando la historia como si esta fuera la suya, una vez terminada la historia, pedir que en una hoja en blanco escriban un compromiso sencillo que llevaran a cabo para evitar que sus hijos utilicen las drogas, mencionar algunos de los compromisos hechos.</p>	<p>➤ Audio de —bla carta de un drogadicto a sus padres”.</p>

10 min.	3. Preguntas, retroalimentación y despedida ✓ Objetivo: • Aclarar dudas que se hayan suscitado durante la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	
Decima Sesión.			
Duración.	Tema.	Actividad.	Materiales e instrumentos
30 min.	1. Capacitación a profesionales de las salud, profesores e interesados. ✓ Objetivo: • Instruir a toda persona que se interese por replicar este modelo afín de enseñar a los participantes a ser personas asertivas y realizar mejores procesos de toma de decisiones, para la prevención y disminución del consumo de drogas inhalables en menores de edad.	Presentación en PowerPoint: Se explicará detenidamente la información contenida en las diapositivas, poniendo énfasis en que el participante entienda la información en su totalidad,	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Proyector multimedia ➤ Bocinas ➤ Presentación en PowerPoint.

15 min.	<p>2. Dinámica grupal. ✓ Objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a los participantes a interesarse por prevenir la situación de consumo de inhalables, afín de replicar el modelo las veces que sea necesario. 	<p>Dinámica grupal. ❖ Video reflexivo.</p> <p>Objetivo: que los interesados en aplicar el modelo se sensibilicen a través del video de inhalables y así entender mejor la situación que se desea prevenir. Desarrollo: Una vez explicada la presentación, se procede a proyectar el video informativo como complemento de la explicación.</p>	➤ Video
15 min.	<p>3. Preguntas, retroalimentación y despedida ✓ Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar dudas que se hayan suscitado durante la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo visto en la sesión. • Agradecer la participación de grupo 	

Referencias bibliográficas.

- Alcántara Moreno, H., Reyes Munguía, M. d., & Cruz, S. (2002). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Asetividad. (24 de Octubre de 2013). Recuperado el 21 de Octubre de 2014, de Asetividad: <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/11CPM2T3-Asetividad-sf-Wikipedia.pdf>
- Caballo, V. E. (1983). *Asetividad definiciones y dimensiones*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2014, de *Asetividad definiciones y dimensiones*: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F65876.pdf&ei=Ru8zVPK5OoSqyATe-IA4&usq=AFQjCNGrtXEFFXAirDBPjR4bwUDULdT2Tw>
- Cabezas Ramos, E. P. (5 de Julio de 2015). *Comunicación Asetiva*. Recuperado el 6 de Agosto de 2015, de <http://documents.mx/documents/comunicacion-asetiva-55993d1fc265f.html>
- Cáceres, C. F. (2006). *Habilidades Para La Vida Guía Para Educar Con Valores*. México: Centros De Integración Juvenil, A.C.
- Castaño Duque, G. A. (s.f.). *Universidad Nacional de Colombia Cede Manizales*. Recuperado el 18 de Octubre de 2014, de *Universidad Nacional de Colombia Cede Manizales*: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo2/Pages/2.2/22Definicion_decision.htm
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. (2012a). *Guía para la prevención del abuso de Inhalables*. México.
----- (2012b). *Habilidades para la vida Guía práctica y Sencilla para Promotores(as) Nueva Vida*. México.
- Comunidad Científica en Psicología. (17 de Marzo de 2008). Recuperado el 20 de Agosto de 2013, de *Comunidad Científica en Psicología*: <http://infopsicologia.wordpress.com/2008/03/17/el-proceso-adictivo/>

- Cozby, P. C. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Craig, G. J., & Don, B. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- E. Papalia, D., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. Mexico: McGrawHill.
- Edex. (2007). *Habilidades Para La Vida*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de *Habilidades Para La Vida*: http://www.habilidadesparalavida.net/es/comunicacion_asertiva.html
- Edex. (2007). *Habilidades Para La Vida*. Recuperado el 2 de Mayo de 2013, de www.habilidadesparalavida.net: http://www.habilidadesparalavida.net/es/toma_de_decisiones.html
- *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. (2012). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaria de Salud .
- Flores Galaz, M. M. (2002). *Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy*. Recuperado el 2 de Octubre de 2014, de www.cirsociales.uady.mx: <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/221/ru2214.pdf>
- Gállico, F. C. *Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología Y Valoración del consumo*.
- Grace J, C. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Mexico: Pearson.
- Guisa Cruz, V. M., Diaz-Barriga Salgado, L., Fernández Cáceres, C., Alpizar Ramírez, G., & Gómez Martínez, P. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones, una mirada desde la prevención*. Mexico: Centros de Integracion Juvenil A.C.
- Hourmilougué, M. C. (1997). *Temática del Uso Indebido de Drogas*. Recuperado el 22 de Junio de 2013, de www.oocities.org: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf
- Instituto Nacional sobre el Abuso de drogas. (2011). *Abuso de Inhalables*. Recuperado el 12 de Agosto de 2014, de www.drugabuse.gov: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/nota-de-la-directora>

- Johnson, S. (2003). *Sí o no: guía práctica para tomar mejores decisiones*. Empresa Activa.
- López Betancurt, E. (9 de Febrero de 2011). *Brevísima historia de la prohibición de las drogas en México*. La Jornada Guerrero .
- Murueta Reyes, M. E. (s.f.). *Asertividad: expresión libre y segura* . Recuperado el 3 de Noviembre de 2014, de www.amapsi.org: http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=110
- Philip Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano Estudio del Ciclo Vital*. Mexico: Pearson.
- R. E., A., & M. L., E. (1978). *Your Perfect Right: A Guide is to Assertive Behavior*. California: Impact.
- R. Lefranciois, G. (2001). *El ciclo de vida*. México: THIMSON.
- Schwarz, A. M. (2000). *La niñez media*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2014, de [Nosotros2.com](http://www.nosotros2.com): <http://www.nosotros2.com/FAMILIA-BEBES-Y-NINOS/021/articulo/2281/la-ninez-media>
- Secretaria de Salud Instituto Mexiquense contra las Adicciones. (2013). *Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de Secretaria de Salud Instituto Mexiquense contra las Adicciones*: <http://salud.edomex.gob.mx/imca/adiccionario.htm#A>
- Serrdell C., A. (s.f.). *Educacion emocional e intelectual*. Barcelona España: OCEANO.
- Solis Rojas, L. R., Sánchez Guerrero, A., & Costés Fuentes, R. (2003). *Drogas: las 100 preguntas mas frequententes*. Mexico: Centros de Integracion Juvenil, A.C.
- Solis Rojas, L., Sánchez Guerrero, A., & Cortés Fuente, R. (2003). *DROGAS: las 100 preguntas más frecuentes*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Velasco Landa, R. N. (1999). *La identidad sexual como eje de la formacion integral de los niños de 9 a 12 años de edad de colegio Diaz Escudero en*

Buenavista de Cuellar Guerrero. Recuperado el 23 de Septiembre de 2014, de <http://132.248.9.195/pd1999/278234/Index.html>

- *Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & D. Jackson, D. (1985). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: HERDER.*
- *Wolpe, J. (1977). La práctica de la terapia de conducta. Mexico: Trillas.*
- *Woods, K. (s.f.). Desarrollo cognitivo en la infancia temprana, media y tardía. Recuperado el 17 de Septiembre de 2014, de eHow en Español: http://www.ehowenespanol.com/desarrollo-cognitivo-infancia-temprana-media-tardia-sobre_92689/*
- *World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado el 16 de Octubre de 2014, de [www.who.int](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf): http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf*
- *www.publispain.com. (s.f.). Recuperado el 3 de Agosto de 2013, de www.publispain.com: http://www.publispain.com/drogas/consecuencias_de_la_drogadiccion.html*