



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ADICCIONES EN NIÑOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

VIRIDIANA CASTRO ALTAMIRANO

MARÍA DE LA LUZ GONZÁLEZ BONFIL

Director: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

Dictaminadores: Lic. Irma Herrera Obregón

Lic. Laura Castillo Guzmán

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016.





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.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CONCEPTOS BÁSICOS	6
1.1 ¿Qué son las drogas?	6
1.2 Tipos de drogas, panorama epidemiológico y los daños que producen	7
1.2.1 Tabaco	7
1.2.2 Alcohol.....	9
1.2.3 Cocaína y crack.....	13
1.2.4 Anfetaminas - metanfetaminas.....	14
1.2.5 Éxtasis	16
1.2.6 Derivados del opio (morfina, heroína y codeína).....	17
1.2.7 Tranquilizantes	18
1.2.8 Inhalables.	19
1.2.9 Alucinógenos.....	21
1.3 Definición de Adicción	23
1.3.1 Fases de la Adicción.....	24
1.4 ¿Qué es la Prevención?	26
1.4.1 Niveles de Prevención.....	28
1.4.2 Factores de Riesgo	30
1.4.3 Factores de Protección	34
1.5 Modelos de Prevención	36
1.6 Definamos quién es un niño	38
1.6.1 Antecedentes	38
1.6.2 Formas de enseñanza.....	39
1.6.3 Concepto actual de niño	44
MODELOS PREVENTIVOS	45
2.1 Modelos Preventivos Jóvenes y Adultos.....	45
2.1.1 Descripción y forma de aplicación del Modelo de prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo.....	45

2.1.2 Descripción y forma de aplicación del Modelo de educación para la vida y el trabajo, “Aguas con las adicciones”	48
2.1.3 Descripción y forma de aplicación del Modelo de Prevención de Centros de Integración Juvenil	52
2.1.4 Descripción y forma de aplicación del Modelo Preventivo “Construye tu Vida sin Adicciones”	53
2.1.5 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI	55
2.1.6 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo ECO2.....	58
2.2 Modelos preventivos para niños.....	60
2.2.1 Descripción y forma de aplicación del Programa de educación preventiva contra las adicciones.....	60
2.2.2 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias CHIMALLI-DIF	62
2.2.3 Descripción y forma de aplicación del Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria, “Yo quiero, yo puedo”	64
2.2.4 Descripción del Programa de prevención de habilidades sociales Dejando huellitas en tu vida.....	65
APLICACIÓN DEL MODELO “DEJANDO HUELLITAS EN TU VIDA”	67
3.1 Descripción del programa	67
3.2 Bases teóricas del programa	68
3.3 Temas y forma de trabajo.....	70
3.3.1 La gran aventura.....	71
3.3.2 Juguemos a detectives	74
3.3.3 Bienvenidos al circo	78
3.3.4 Yo podría ser diferente	80
MÉTODO.....	83
RESULTADOS.....	92
CONCLUSIONES	98
PROPUESTAS.....	103
REFLEXIONES.....	113
REFERENCIAS.....	122
ANEXOS.....	132

RESUMEN

Se realizó una investigación de modelos de prevención de adicciones escogiendo uno de ellos para su aplicación en la Fundación San Felipe de Jesús, IAP. Los objetivos del trabajo fueron: a) Elegir un modelo de prevención de adicciones en niños; b) Aplicar el modelo seleccionado de prevención de adicciones en niños y c) Evaluar si el programa elegido tiene resultados significativos en el grupo piloto. La población con la que se trabajó fueron 12 niños de edades entre los 6 y 10 años. Finalmente los resultados no fueron significativos, por lo que se realizaron propuestas de trabajo a futuro, en su mayoría basadas en el enfoque Humanístico Integral, para que en futuras aplicaciones se pueda implementar en conjunto con el programa “Dejando Huellitas en tu Vida”.

Palabras Clave: Drogas, Adicciones, Modelos, Prevención, Niños, Cuerpo-Emoción.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las adicciones son un tema de interés para los profesionales de la salud, esto se puede observar en las diversas investigaciones que se realizan enfocadas en los tratamientos, así como en la elaboración de modelos preventivos. Este tema se ha trabajado principalmente desde el área de rehabilitación, donde se busca que la persona con adicción logre dejar las drogas.

Sin embargo es de suma importancia tratar el tema antes de que se vuelva un problema de salud, donde se requiera la rehabilitación de la persona, es decir, es necesario enfocarse en la prevención de las adicciones.

Por lo tanto en nuestro trabajo nos enfocaremos en la parte de la prevención, en la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los factores de riesgo, individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, evitando el inicio del uso de estas, a crear conciencia e informar acerca de sus efectos nocivos para la salud y la sociedad. Así mismo fomentar ciertas habilidades personales y sociales que les permitan desarrollar actitudes contrarias al consumo de drogas.

En la actualidad los niños son una población en riesgo de adquirir una adicción a las drogas, esto se puede ver en las encuestas realizadas en el país, en donde uno de los datos alarmantes es que la edad de inicio de consumo de drogas empieza a los 8 años, por ello se buscara un modelo preventivo enfocado en niños, ya que en México existen diferentes modelos de prevención de adicciones que tienen distintas formas de trabajo y poblaciones. Estas diversas formas de trabajo se basan en conceptos internacionales, por lo tanto se hace necesaria su revisión, así como cada uno de los modelos que son utilizados en nuestro país.

Lo anterior con la finalidad de elegir el programa más adecuado, para su aplicación en la población de la Fundación San Felipe de Jesús IAP y validar si el modelo tiene resultados significativos para que su aplicación permanezca en la institución. De resultar contrario, se buscarán propuestas que se puedan implementar para el trabajo con niños.

CONCEPTOS BÁSICOS

1.1 ¿Qué son las drogas?

La definición de droga ha tenido diversas modificaciones a través de los años. Diversos autores contemporáneos han reemplazado el término droga por el de sustancia psicoactiva, es por ello que se hace preciso exponer las definiciones que existen en la actualidad.

Una primera definición es la utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual dice que droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones, es decir, aquella con efectos psicoactivos que es capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento, susceptible de ser auto administrada (Kramer y Cameron, 1975 citado en Tavera y Martínez, 2008).

Así mismo en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 (OMS, 1992) podemos encontrar la sustitución de la palabra droga por la de sustancia, especificando que existen dos tipos de acuerdo con su nivel de abuso, que puede o no, causar dependencia. Dentro de las que no causan dependencia, se encuentran una amplia variedad de medicamentos y remedios autóctonos, pero los grupos particularmente importantes son: a) las drogas psicotrópicas que no producen dependencia, b) laxantes y c) analgésicos. Las drogas o sustancias que pueden provocar dependencia son el alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes como la cafeína, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles.

Estas últimas sustancias, causan en la persona una fuerte motivación para consumirla, se desarrollan síntomas de dependencia o abstinencia, provocando diversos trastornos y enfermedades como el síndrome amnésico orgánico, trastornos mentales y de comportamiento, trastorno psicótico, delirios como la alucinosis, celotipia, paranoia, psicosis, entre otros.

En el DSM- 5 (2013) las drogas o sustancias son capaces de producir diversos trastornos como la ansiedad, la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros. Provocando la activación del sistema de recompensa del cerebro, el cual participa en el refuerzo de los comportamientos y de la producción de recuerdos, la problemática es que a través del uso de drogas se logra la activación del sistema de recompensa por medio de comportamientos adaptativos que producen placer y activan las vías de recompensa, afectando el proceso normal que debería de ser para su activación.

Hasta el momento hemos visto las definiciones que a nivel internacional se utilizan. La definición empleada en México está basada en la Norma 028; la cual fue creada por la Secretaría de Salud (SSA) teniendo su última modificación en el año del 2009 y la cual utiliza la definición de la OMS de 1975, añadiendo que droga es un término que se refiere a un gran número de sustancias que cumplen con las siguientes condiciones: al entrar en el cuerpo de un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas; las drogas impulsan a las personas que las consumen a repetir su utilización por los efectos placenteros que generan, independientemente de los daños a la salud que también producen. Su consumo no tiene que ver con alguna indicación médica y, en caso de tenerla, la persona que la utiliza lo hace con fines distintos a los terapéuticos.

Con base en la Norma 028, la Comisión Nacional de Adicciones (CONADIC), utiliza la definición antes expuesta y la cual se empleara a lo largo del trabajo. De acuerdo con Tavera y Martínez (2008) añaden que en la actualidad desde la perspectiva médica y científica se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las condiciones anteriormente mencionadas.

Ahora pasaremos a revisar los diferentes tipos de drogas o sustancias, que de acuerdo con el CIE 10, pueden causar dependencia.

1.2 Tipos de drogas, panorama epidemiológico y los daños que producen

1.2.1 Tabaco

La primera droga a revisar es el tabaco, Hawks (1980) comenta que la prehistoria del tabaco tiene su origen en América Central aproximadamente hace unos 2000 años, para Ortiz (1973) fue en Cuba en donde los españoles vieron por primera vez fumar tabaco, en

el caso de México, Morales (2002) comenta que en el México prehispánico el tabaco estaba al alcance de los grupos sociales y formaba parte de los ritos y manifestaciones religiosas. El origen del vocablo proviene de las islas caribeñas y se usaba para designar a cierto tipo de puro. Cabe señalar que esta planta, en América era usada con fines curativos y ceremoniales, tuvo diferentes nombres entre los indígenas, por ejemplo, en Yucatán lo conocían como “Yelt”, en Brasil se le llamaba “Petun”, y los Chorotegas lo llamaban “Yapoquete”.

En relación con lo anterior, Morales (2002) comenta que con el descubrimiento de América, en el siglo XVI se tienen testimonios de la presencia del tabaco en todo el continente, es a mediados de este siglo en donde los marinos introducen la costumbre de fumar y con ello se extiende su consumo hacia Europa. En el siglo XVII, el tabaco es reconocido como planta fumable en casi todo el mundo, por lo cual las principales potencias de la época decidieron monopolizar su cultivo. A finales del siglo XIX con la revolución industrial, surge la explotación tabacalera dando lugar a su crecimiento y modernización. Para el siglo XX, en los años 50 se llevaron a cabo los primeros informes sobre la relación entre el tabaquismo y la salud, encontrándose que era causante de enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

En la actualidad el tabaco es considerado como una droga debido al efecto adictivo que produce su principal activo, la nicotina. Se encuentra dentro de la clasificación de los estimulantes y produce varios efectos secundarios en la mente y el cuerpo de la persona que lo consume, ya que además de la nicotina, también contiene alquitrán y otras miles de sustancias tóxicas que tienen potencial cancerígeno.

Siguiendo la línea de las consecuencias negativas del tabaco, Tavera y Martínez (2008) mencionan que los efectos inmediatos a partir del consumo del cigarro se producen en la áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación, ya que la nicotina causa una descarga de dopamina en esas áreas y dependiendo de la dosis, puede tener un efecto contrario, es decir, como sedante. El papel de la nicotina en éste punto es que se distribuye en el organismo, llegando al cerebro diez segundos después de la inhalación. Con la exposición a la nicotina, se estimula la producción de adrenalina, provocando una descarga de glucosa que incrementa la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardiaco.

En la actualidad, datos de la Organización Mundial de la Salud (2015) señalan que hay casi 1,100 millones de fumadores en el mundo, de los cuales 300 millones son de países desarrollados y 800 millones de países en vías de desarrollo. Del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones de personas fallecen al año.

En México, desde 1988, con la primera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, aplicada en todo el país a personas de áreas urbanas de entre 12 y 65 años de edad, se empieza a tener una vigilancia epidemiológica más del comportamiento del tabaquismo. Hoy en día son 17.3 millones de fumadores, de los cuales 12 millones son hombres y 5.3 son mujeres. Muestra una presencia mayor en el Distrito Federal, en donde tres de cada 10 personas entre los 12 y los 65 años de edad fuman. Le sigue la región occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit), en la cual una de cada cuatro personas en el grupo de edad, declara ser fumador activo; mientras que en tercer lugar aparece la región nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) con una prevalencia de 24.6% (Fuentes, 2014).

Con esto podemos observar de manera detallada las tendencias que tiene la llamada epidemia del tabaquismo. Estas se resumen en una prevalencia estable del consumo, en una disminución de la edad promedio de inicio, en donde su consumo es mayor en menores de edad y finalmente consumido preferentemente por mujeres. Consideramos que se deben de tomar en cuenta a los fumadores pasivos, ya que son personas expuestas involuntariamente al humo del tabaco y al igual que los fumadores, pueden sufrir algunas de las enfermedades relacionadas con esta adicción.

1.2.2 Alcohol

La segunda droga a revisar es el alcohol, catalogada por la CONADIC como un depresor del sistema nervioso central y la droga legal de más alto consumo. Esto último conlleva a una enorme cantidad de adictos y siendo que su consumo se encuentra muy arraigado en la cultura mexicana, refuerzan su adicción apoyándose en la aceptación social que tiene, sin embargo tiene consecuencias físicas, familiares y sociales muy importantes.

Adentrándonos a la historia del alcohol tanto griegos como romanos sólo conocían la elaboración del vino, entre los cuales había algunos que perfumaban con hierbas aromáticas. En este sentido no hay mucho que decir, mundialmente se tenían procesos de destilación y fermentación similares para la creación del alcohol. Lo que provoca la embriaguez es el alcohol etílico que contienen las bebidas, el cual se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras. De acuerdo con Muñoz de Cote (2010) históricamente la destilación y fermentación del alcohol era poco conocida a nivel mundial hasta fines del siglo XVI.

Torres (1985) menciona que la historia del alcohol en México comienza con las bebidas alcohólicas elaboradas con maíz fermentado, hasta el descubrimiento del pulque. Su consumo estaba relacionado con los ritos de carácter mítico - religioso, en donde en algunas de las culturas como los Toltecas y Aztecas mencionan a sus dioses creadores de tal bebida, Xóchitl y Mayahuel, respectivamente. Diferente de lo que se pudiera pensar, en ambas culturas se rechazaba y castigaba el uso inmoderado de la bebida, en donde era un deber del emperador exhortar a su pueblo sobre los problemas que atraía el beber en exceso.

Con la llegada de los españoles a México, las medidas que se tenían en nuestras culturas para evitar el abuso de las bebidas alcohólicas, fueron cambiadas por azotes y esclavitud. Al suavizarse estos últimos castigos el problema se agravó, pero fue conveniente debido a que la explotación de la clase baja en los tiempos de Porfirio Díaz, fue tan grande que el pulque y el aguardiente fueron grandes aliados ante tal opresión. Más adelante, trayendo consigo un ingreso económico al gobierno, el desarrollo de la industria alcoholera y la publicidad incrementó el consumo de las bebidas alcohólicas.

Ante tal situación se toman medidas para reprimir el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas. Una de las medidas fue expuesta como ley en la Constitución de 1917 en el artículo 38, fracción IV, en donde se señala que el ciudadano pierde sus derechos y prerrogativas por vagancia y ebriedad. En el artículo 73, fracción XVI - 4ta, se menciona que es facultad del Congreso de la Unión apoyar las medidas que el Consejo de Salubridad aplique en relación a la campaña para combatir el alcoholismo (Secretaría de Gobernación, 1917).

Después de lo establecido en 1917, en el Código Sanitario publicado por el General Plutarco Elías Calles en 1926 y teniendo su última actualización en 1976 bajo la presidencia de Luis Echeverría, se definió a la bebida alcohólica como aquella que contiene un 2% de alcohol, también se reglamentó todo lo referente a la producción, distribución, venta y consumo de las mismas. De acuerdo con Torres (1985) este documento fue un apoyo legal y de gran importancia en la lucha contra el alcoholismo, pero por otra parte, en la actualidad su aplicación es deficiente ya que la industria alcoholera sigue siendo un importante ingreso a la economía del país.

Lo anterior se afirma con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2012) en donde se quiso conocer el incremento en el consumo de alcohol en México durante los años 2000 y 2012. La prevalencia en los adolescentes fue de 24.8% en el año 2000 mientras que el 25% en el 2012, en donde el 28.8% fueron hombres y 21.2% mujeres. En el caso de los adultos se observa un aumento en el porcentaje total de los que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012). Entre los hombres, el aumento fue de 56.1% en el año 2000 a 53.1% en 2006, y a 67.8% en 2012, y entre las mujeres de 24.3% en el año 2000 a 18.5% en 2006, y a 41.3% en 2012.

Estudios como los de Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003) muestran que la edad de inicio de consumo de Alcohol en México es entre los 14 y 18 años, sin embargo dos años después, el estudio de Ramírez y Andrade (2005) dicen que la edad de inicio se redujo a los 8 años. En la actualidad la edad de inicio se mantiene a los 8 años.

De acuerdo con Tavera y Martínez (2008) las consecuencias negativas de la ingesta del alcohol, se presentan en cinco etapas:

La primera de ellas es cuando la persona ve relajada, comunicativa, sociable y desinhibida debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.

En la segunda etapa su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.

La tercera se manifiesta cuando el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.

En la cuarta etapa la persona no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.

La quinta etapa es muy peligrosa ya que es en la cual se sufre de inconsciencia y ausencia de reflejos. La persona puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Cuando una persona ingiere una copa, parte del alcohol presente en esa bebida es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa directamente a la sangre. La otra parte es absorbida lentamente y también lo hace desde el intestino delgado para circular en la sangre. Si la ingestión de bebidas alcohólicas se detiene o continúa en forma moderada, las concentraciones de alcohol en la sangre se mantendrán bajas, pues un hígado sano podrá metabolizarlas y eliminarlas a través de la orina y el aliento. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad tomada rebasan la capacidad de eliminación, se alteran la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan la memoria y el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en riesgo la vida.

Después de un tiempo de abusar del consumo de bebidas alcohólicas ocurre un deterioro gradual en diversos órganos como estómago, hígado, riñones y corazón, así como en el sistema nervioso. Existe una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas; la mayoría de ellas son causas principales de mortalidad en nuestro país, como la cirrosis hepática y los padecimientos cardiacos.

Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes tienen una expectativa de vida cinco o diez años menor que quienes no siguen esta conducta, así mismo las consecuencias sociales que se tienen por el abuso en la ingesta de alcohol son mayores accidentes automovilísticos peleas, ausentismo laboral/escolar, accidentes laborales, violencia y maltrato intrafamiliar, disolución del núcleo familiar, entre otras.

1.2.3 Cocaína y crack

La historia de nuestra tercera droga a revisar comienza con el descubrimiento del químico alemán Albert Niemann, el cual extrajo un alcaloide de la hoja de coca a la cual nombró cocaína, popularmente conocida en la actualidad como polvo, nieve, talco, perico o pase. Niemann publicó su tesis en 1860 y desde entonces fue reconocido como el creador de la cocaína, a la cual consideraban como un gran milagro médico.

Enciso (2015) menciona que el furor europeo por esta sustancia provocó que el médico mexicano Vicente Gómez y Couto se interesara en estudiar la cocaína, sin embargo no se encontraba disponible la nueva novedad médica en México, así que tras varios estudios e intentos fallidos para crearla, pudo tener éxito y realizar un reporte de los efectos fisiológicos, entre los cuales destacaba la disminución del hambre, respiración acelerada y aumento de las pulsiones. Así mismo, el estudio realizado por Gómez y Couto, terminaba con el breve comentario de su uso en indígenas para aguantar el hambre durante sus jornadas largas de trabajo.

Sin embargo no fue hasta el periodo de 1940 a 1980, en donde ya siendo de uso ilegal, la cocaína fue introducida a México por grupos colombianos a quienes se les habían cerrado las rutas a través del Golfo de México, fortaleciendo a los grupos mexicanos que controlaban las rutas estratégicas para acceder a los EUA (Valdés, 2013).

Al respecto Velasco y Velasco (2003) mencionan que la cocaína es, junto con las anfetaminas, el prototipo de las drogas estimulantes, se extrae de una planta llamada Eritroxilon coca y en su forma pura, la cocaína es un polvo blanco que generalmente se aspira por la nariz, también puede inyectarse diluido en agua. Se encuentra dentro de las drogas ilegales por los daños que provoca al individuo, en su cuerpo y en su mente, sin dejar de lado el daño a la familia y a la sociedad.

Posteriormente la CONADIC (2014), en contraste con Velasco y Velasco (2003) explican uno de los derivados de la cocaína: el crack. Este es sacado de la base con la que se produce la cocaína, que al ser fumado genera una reacción rápida, pero de corta duración en comparación con la de la cocaína. Su consistencia en forma de cristal lleva por nombre

cocaína base o piedra, se prepara mediante un sencillo método que libera a la cocaína del ácido clorhídrico utilizando una base (sal alcalina).

El consumo de esta droga, fue la de mayor prevalencia con un 0.5%. En el caso de los hombres la prevalencia aumentó de 0.8% en el 2008 a 0.9% en el 2011 y para las mujeres la prevalencia se mantuvo con un 0.1% en ambos años. La edad de inicio de consumo va de los 8 y 10 años de edad, concluyendo que en los últimos años se ha visto que la edad de inicio va disminuyendo cada vez más (Cruz, 2009 & Encuesta Nacional de Adicciones ENA, 2011).

Los daños generados por este tipo de drogas son excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución. Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca.

1.2.4 Anfetaminas - metanfetaminas.

Conocidas también como anfet, corazones, elevadores, hielo, tacha, píldora del amor, cranck, éxtasis, speed, fuego, vidrio, cruz blanca, cristal o ice, Tavera y Martínez (2008) dicen que se presentan en tabletas o cápsulas de tamaño, forma y color diferentes. Se trata de potentes estimulantes fabricados en laboratorio que se venden por lo general en trozo o en polvo, de forma que pueden ser inhalados, tragados, inyectados o fumados mediante una pipa.

De acuerdo con la CONADIC (2014) tienen su origen en Japón en el año 1919, donde tomaron como modelo la molécula de anfetamina para ser sintetizada, sin embargo, fue hasta 1938 cuando comenzó a comercializarse con el nombre de Methedrina. Su elaboración proviene de algunos medicamentos utilizados como descongestionantes nasales e inhaladores bronquiales.

Tanto Tavera y Martínez (2008) junto con el CONADIC (2014) concuerdan en que la amenaza de las drogas sintéticas constituye un gran problema; después de la marihuana los estimulantes de tipo anfetamínico ocupan el segundo lugar entre las drogas que más se consumen en todo el mundo. Su consumo supera a la cocaína y a la heroína. Entre los

países que fabrican ilícitamente estas drogas, México ocupa los primeros lugares en la incautación de precursores químicos utilizados para producir estas drogas.

Su mecanismo de acción es por medio de la liberación de dopamina donde la percepción de estímulos placenteros, una conducta de refuerzo y sus efectos de larga duración, llevan a la repetición del consumo, tanto que en los últimos años ha incrementado. De acuerdo con el CONADIC (2014) la edad de inicio de consumo es en la adolescencia y se da más frecuentemente en hombres. Los más vulnerables para experimentar con el uso de estas drogas son: niños en situación de calle, jóvenes en situación de encarcelamiento, niños que sufrieron abuso sexual, jóvenes sin empleo, trabajadores sexuales y algunos otros que trabajan la industria del entretenimiento (como en los casinos), gente joven que acude a centros nocturnos y discotecas, así como en el grupo de homosexuales.

A nivel mundial, según el World Drug Report (WDR) de 2012 (citado en CONADIC 2014), los estimulantes de este tipo se han convertido en el segundo lugar de consumo en cuanto a drogas ilegales, con rangos del 0.3 al 1.2 %. Un año más tarde, en el 2013 el WDR reportó una prevalencia muy similar al reporte 2012 (6%). Esto sucede principalmente en las regiones del norte y occidente de México, mismas que están asociadas a las rutas del narcotráfico. El último reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2011 citado en CONADIC, 2014), coloca a la metanfetamina (cristal) como la tercera droga de gran impacto, únicamente superada por el alcohol y la marihuana. Incluso en el caso de la región norte del país, ocupa el primer lugar con el 31.2 % (droga de impacto). Para el año 2000 la edad de inicio se daba a los 17 años, para el 2014 es los 14 años (CONADIC, 2012 y CONADIC, 2014).

Cuando se consumen este tipo de drogas se pueden tener diversos efectos y daños como lo son excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante, insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión. Su efecto es muy rápido (unos cuantos segundos), lo que intensifica la sensación de energía acelerada y de que “todo se puede hacer”; cuando disminuye el efecto (“el bajón”) se puede experimentar paranoia y agresión. Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, sequedad de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios

de persecución y alteraciones cardíacas. El uso crónico genera alucinaciones, desórdenes mentales y emocionales, e incluso la muerte.

1.2.5 Éxtasis

Esta droga es de diseño de laboratorio, derivada de las anfetaminas y es conocida como adam o mdma, éxtasis, X-TC, X, rola, o la droga del amor. De acuerdo con su composición, puede tener propiedades alucinógenas y se toma en forma de tabletas, cápsulas o polvo (Tavera y Martínez, 2008).

De acuerdo con la National Institute on Drug Abuse, NIDA (2006) su historia comienza en Alemania, en el siglo XX. Es un derivado de la síntesis de otros fármacos y durante la década de los setenta, se usó sin aprobación por algunos psiquiatras como una herramienta terapéutica, la llamaban “la penicilina del alma”. En 1985, la Agencia Estadounidense para el control de estupefacientes (DEA) prohibió la droga, colocándola en la lista de sustancias controladas, correspondiente a sustancias sin valor terapéutico comprobado. Hasta el año 2000 la institución que regula las drogas y alimentos en los Estados Unidos, la FDA por sus siglas en inglés, aprobó el primer ensayo clínico para saber si podía ser usado en casos de trastorno de estrés posttraumático, obteniendo resultados negativos.

Velasco y Velasco (2003) en concordancia con Tavera y Martínez, mencionan que el éxtasis tiene una estructura similar a la de la metanfetamina (droga estimulante que disminuye el apetito), y es considerada como una de las drogas de diseño o “drogas de discoteca” que más se consumen entre los jóvenes. Así mismo, difieren de lo expuesto por la National Institute on Drug Abuse, ya que mencionan que antes de que fuera utilizada por los psiquiatras en la década de los setentas, en 1914 se empleaba para disminuir el apetito.

Su forma de consumo es de manera oral por medio de tabletas, cápsulas o polvo, aunque también puede inyectarse y combinarse con otras sustancias; esta droga por lo regular es enviada desde Holanda y Alemania y su inicio consumo, de acuerdo con estudios de la UNAM, es a partir de los 12 años, se concentra en jóvenes de entre 17 y 30 años de edad, sin embargo se tienen datos de personas de 65 años que lo ingieren, es decir un 0.1%

de los mexicanos lo consume (Instituto Para el Estudio de las Adicciones, 2003 y Facultad de Psicología, 2013).

Los efectos y daños que se suscitan por consumir éxtasis son la sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales. Aceleración del ritmo cardiaco; puede provocar deshidratación y calambres musculares. Se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad o, por el contrario, sueño y depresión.

1.2.6 Derivados del opio (morfina, heroína y codeína)

Desde tiempos remotos el Opio es y ha sido muy conocido, esto se puede observar en hechos de la historia como lo son en la Odisea de Homero y la Guerra del Opio en China. El opio y sus derivados también son llamados estupefacientes o reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache). Es una droga analgésica narcótica que se extrae de las cabezas verdes de la adormidera, “*Papaver somniferum*”, es una planta que recibe el nombre de amapola, llega a crecer metro y medio y presenta flores blancas, violetas o fucsia (Tavera y Martínez, 2008; CONADIC, 2012).

No todos los opiáceos son de origen natural. Muchos de ellos son productos químicos sintéticos (metadona, buprenorfina, fentanilo, codeína y otros) que se utilizan en la medicina. Se elaboran a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de la flor adormidera o amapola. Su venta y consumo se realiza en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, de color amarillento, rosado o café, de consistencia áspera. También se pueden presentar en forma de tabletas o pequeños bloques y en jarabe. Es importante señalar que hace algunos años hubo una escasez lo cual provocó la poca producción de esta droga, por lo que los adictos empezaron a consumir krokodril o también llamada la heroína de los pobres (CONADIC, 2012).

De acuerdo con el Informe Mundial Sobre las Drogas proporcionado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, por sus siglas en inglés UNODC

(2012) la prevalencia del opio y sus derivados se encuentra entre el 0.3% y el 0.4% y entre el 0.3% y el 0.5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad, en particular la heroína es la que se consume más.

En México, los resultados de la ENA (2008 y 2011, citado en CONADIC 2012) la incidencia acumulada del consumo de heroína, en la población de 12 a 65 años de edad a nivel nacional, es de 0.1% (106, 939 personas). Es esas encuestas marcaban la edad de consumo a los 12 años, sin embargo en un artículo más reciente realizado por Velasco (2014) la edad de inicio de consumo ha disminuido a los 10 años.

Diversos son los efectos que tienen sobre el cuerpo estas drogas, pero a la larga también producen daños. Dentro de los efectos que podemos mencionar es que calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión. Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social.

1. 2. 7 Tranquilizantes

Los tranquilizantes son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores; también en ampollas ingeribles o inyectables, se conocen como pastas, roche, pastillas, rufis. El abuso de esta sustancia es debido a los efectos que produce en el sistema nervioso central, además de que mitigan algunas molestias como son el dolor y la ansiedad, la mayoría de las veces son autoadministrados, es decir, sin una supervisión médica sobre su uso. Lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con la carencia de servicios de atención en salud mental ya que las personas que lo consumen más son aquellas que padecen trastornos como la ansiedad o el insomnio (Tavera y Martínez 2008 y CONADIC, 2012).

Otra de las causas por las que se produce la adicción es debido al efecto que tienen sobre los sistemas de recompensa cerebral (principalmente a expensas del neurotransmisor dopamina), los que están íntimamente relacionados con la percepción del placer. Lo anterior, favorece que aún a pesar de haber sido prescritos por un profesional de la salud, tras el consumo repetitivo, los consumidores pudieran presentar tolerancia y síndrome de abstinencia al suspenderlos. Finalmente una de las causas de la adicción es la amplia disponibilidad y sistemas de control deficientes para la venta de algunos medicamentos que tienen potencial adictivo. Lo que favorece el consumo de estas sustancias con fines recreativos, (CONADIC, 2014).

El panorama epidemiológico sobre el uso de tranquilizantes, de acuerdo al World Drug Report (2013, citado en CONADIC, 2014), México se encuentra entre los países con prevalencias más altas de consumo de tranquilizantes y sedantes. Con una prevalencia anual en la población general del 7.8 %. El más reciente estudio epidemiológico publicado donde se reporta el consumo de medicamentos de prescripción en la población general de México es la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (citado en CONADIC, 2014) la cual describe prevalencias del 0.34% para el último año y del 1.03% para alguna vez en la vida. Para el año 2014 el inicio de consumo de tranquilizantes que se registró fue entre los 12 y 17 años.

Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos. Sus efectos son parecidos a los que producen los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte. Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte.

1.2.8 Inhalables.

En los últimos años los adolescentes han hecho uso de una droga que es popular entre ellos: los inhalables. También conocidos como chemo, cemento, mona, activo, pvc,

goma, thinner, o gasolina, son una serie de sustancias químicas volátiles, es decir, que se desplazan por el aire, se usan de forma casera, comercial o industrial. La historia del consumo de inhalables empezó en la década de 1960, como un problema de salud limitado a población marginada, en situación de calle o cuyo oficio los exponía al efecto de estas sustancias químicas. A mediados de la década de 1980 y parte de 1990, los esfuerzos realizados para atender esta problemática parecían exitosos y de acuerdo a las encuestas, había reducido de manera consistente (Tavera y Martínez, 2008 y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012).

En 2003, las Encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de La Fuente Muñiz en escuelas de nivel secundaria y bachillerato ofrecieron un panorama diferente. A partir de esa fecha en la ciudad de México se da un repunte importante en el consumo de inhalables, de tal manera que para 2009 llegó casi a los mismos niveles de la marihuana. Los datos arrojados por esta misma Encuesta realizada en 2009, además de demostrar que ya no se trata de personas en condiciones marginales o de calle, reveló tres tendencias alarmantes: aumentó la prevalencia en el consumo de inhalables entre adolescentes, el incremento fue mayor entre mujeres y disminuyó la edad promedio de inicio en el uso indebido de inhalables (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2012).

El inicio de consumo de este tipo de droga se calcula entre los 10 y 14 años de edad. Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 muestran que los inhalables representan el 40.4% del uso de sustancias que alguna vez se ha consumido. Así mismo que el grupo más afectado es el de los 12 a 14 años de edad (45.5%) y el nivel de uso frecuente es alto (20 días o más en el último mes) en el 34.3% de los casos. Cabe señalar que el 14.1% de las personas que acuden a recibir tratamiento para erradicar alguna adicción, es porque usaban inhalables.

Cuando se hace uso de los inhalables ocurre una sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones. Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardiaco, convulsiones y destrucción neuronal.

1.2.9 Alucinógenos

Este tipo de drogas son plantas alucinatorias que a lo largo de la historia han tenido un gran impacto en la humanidad. De acuerdo con Quirce, Badilla, Badilla, Martínez y Rodríguez (2010) fueron utilizadas en el medievo europeo por los grupos de aquelarre y brujería, en América fue en la etapa precolombina que se usaron estas plantas.

Los alucinógenos como la marihuana, peyote, hongos y dietilamida del ácido lisérgico (LSD) los describimos a continuación, con base en el estudio de Tavera y Martínez (2008):

Marihuana

Se le conoce también como pasto, hierba, mota, toque, sin semilla. Se obtiene de una planta llamada cannabis, cuyas hojas de color verde, largas, estrechas y dentadas son trituradas; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria.

Los efectos y daños de esta droga son el enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardíaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre. Trastornos de la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes.

Peyote

Conocido como cactus, mezcla o botones, es una cactácea cuyo principal ingrediente activo es la mezcalina, responsable de los efectos que produce; se presenta en cápsula o en líquido color café que se bebe.

Al hacer uso del peyote en el cuerpo ocurre una dilatación de las pupilas, temblor de manos y fotofobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas; desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento. Angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, temblores, fiebre, alteraciones mentales con reacciones psicóticas.

Hongos (Psilocibina).

Popularmente conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos; la psilocibina es la sustancia que provoca los efectos alucinógenos. Pueden ser ingeridos en forma natural, en polvo o como solución. Dentro de esta categoría también se incluyen al PCP o polvo de ángel (un anestésico).

Al consumir hongos existe una dilatación de las pupilas, temblor de manos y fotofobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas; desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento. Angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, temblores, fiebre, alteraciones mentales con reacciones psicóticas.

Dietilamida del ácido lisérgico.

Más conocida como LSD, cubo de azúcar, ácidos, cielo azul o rayo blanco, se obtiene de un hongo llamado cornezuelo de centeno. Comúnmente tiene la apariencia de un líquido incoloro, inodoro e insaboro; también puede encontrarse en polvo, en píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada y de tono gris plateado que se ingieren.

Cuando se ingieren LSD se tienen alucinaciones visuales, auditivas y táctiles; variaciones extremas de estado de ánimo, disminución de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardíaca, temblor de manos, sudoración, “carne de gallina”; dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, ideas delirantes. Se sufren distorsiones de la imagen del propio cuerpo, lo que puede provocar ataques de pánico. Trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención, deterioro de las habilidades académicas. Las alucinaciones pueden reaparecer espontáneamente (sin consumir la droga) días y hasta meses después de la última dosis.

De acuerdo con Tavera y Martínez (2008) el consumo de éstas drogas fue del 17.8 % iniciando su consumo a los 12 años.

1.3 Definición de Adicción

Para este trabajo el concepto de adicción será revisado desde los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas proporcionadas por las instituciones de salud pública.

Desde el ámbito médico la adicción es considerada como una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal; se caracteriza por episodios continuos de descontrol con consecuencias negativas y distorsiones del pensamiento; el consumo de este tipo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales de la persona. También es conocida como drogodependencia y fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética (Cruz, 1998 citado en Martínez, Gómez y Ortega, 2005).

El Instituto Nacional de Salud por sus siglas en inglés NIH (2014) la define también, como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.

Por otro lado la Norma 028 refiere que la adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (Secretaría de Salud SSA, 2009).

Tavera y Martínez (2008) y Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, et al. (2011) consideran el abuso de sustancias, como un patrón desadaptativo de consumo que

conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los síntomas siguientes:

- ❖ Necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para conseguir el efecto deseado, aunque el efecto disminuye aun consumiéndola constantemente.
- ❖ El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (ansiedad, temblores, entre otros) por lo tanto se administra la misma sustancia (o una parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- ❖ La sustancia es administrada con frecuencia en cantidades mayores o por un periodo más largo.
- ❖ Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes.
- ❖ Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- ❖ Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia (se emplea mucho tiempo en la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos).

1.3.1 Fases de la Adicción

Como se ha mencionado previamente, el consumo de sustancias es un fenómeno universal que afecta a todas las culturas e individuos que las utilizan en algún momento de su vida. Sin embargo, el paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso más complejo, que de acuerdo con Becoña et al. (2011) pasa por seis etapas:

- ❖ Fase previa o de predisposición: hace referencia a una serie de factores de riesgo y protección que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, y que podemos clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales.
- ❖ Fase de conocimiento: está vinculada a la disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo, consiste en el conocimiento de la misma, así como de sus efectos psicoactivos, tanto de forma activa como pasiva.

- ❖ Fase de experimentación: tras el conocimiento puede tener lugar la experimentación e inicio al consumo de sustancias, o bien que el sujeto continúe sin consumir. La elección de una u otra opción está relacionada con una serie de factores de riesgo y protección (constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos) ligados a la adolescencia y a la adultez temprana, que suele ser la etapa del desarrollo en que se inicia el consumo de sustancias (Becoña et al., 2011).
- ❖ Fase de consolidación: es el período en que se da un paso del uso al abuso y a la dependencia, lo que dependerá fundamentalmente de las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo, y que estarán relacionadas con sus iguales, con su familia y con la propia persona. Es, además, en esta fase donde puede producirse un aumento del consumo y la transición a otro tipo de sustancias más peligrosas. Cuando la dependencia se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada.
- ❖ Fase de abandono o mantenimiento: requiere una conciencia del individuo de que las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas, pudiendo producirse aquélla por causas externas, como la presión del entorno (familiar, pareja, legal, sanitario), o internas. Es en esta fase donde los distintos tratamientos para el abandono del consumo cobran una especial importancia en la consecución y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.
- ❖ Fase de recaída: muy habitual en el proceso de abandono de las sustancias, y que puede producirse incluso años después del último consumo.

Como se puede observar se tienen diversas definiciones de adicción, ante tal situación autores como Godínez (2010) mencionan que es por esta situación que el fenómeno se hace más complejo el fenómeno.

Los efectos de la adicción dependerán del tipo de sustancia, del tipo de persona que lo consume, del tipo de apego que se le tenga y del medio donde se encuentre la persona. Por lo que es recomendable que las adicciones pueden estudiarse como un desorden de sí mismo, como una enfermedad, como factores de riesgo para la manifestación de otros

problemas sociales o de salud y así su definición dependerá de la postura que se toma para definir las como un objeto de estudio (Godínez, 2010).

1.4 ¿Qué es la Prevención?

El término prevención es de origen latino y relaciona dos conceptos previos. Por una parte hace referencia a la acción anticipada, por otra se plantea el objetivo de evitar males o daños inminentes (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Este concepto, a veces es utilizado de modo muy genérico, cuando el término se utiliza vagamente su variedad de significados se puede hacer infinita, y va a depender de la actitud, perspectiva y cultura. En nuestro trabajo se mencionara una definición enfocada en la parte médica y otra desde un enfoque psicológico para después centrarnos en el concepto que será utilizado para nuestra tesis.

Según la OMS (1998) la prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

En relación con la OMS, Escalante (2004) señala que la prevención es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Así mismo afirma que la prevención implica promover la salud, diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, así como rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención. Dentro de este concepto entra la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria, se entiende como la actividad de evitar la enfermedad o el daño en personas sanas; hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo. La prevención secundaria refiere a todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño pero con referencias a una determinada población que previamente se identifica como población de riesgo. En lo que difiere, es en el grado de riesgo del sujeto sobre el que se hace prevención. Del mismo modo la

prevención terciaria en términos generales se entiende como aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previenen estados más avanzados de la enfermedad. Y para finalizar estos conceptos, se entiende por prevención cuaternaria la intervención que se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación, dependiendo del tipo de enfermedad, validando sus efectos más nocivos y, se cree que las posibilidades de recaída son muy altas (Santacreu, Márquez y Rubio,1997).

Ahora bien, siguiendo nuestra línea sobre la prevención de adicciones, la Comisión Nacional de Adicciones (CONADIC), define a la prevención como al conjunto de acciones que permiten evitar el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños que ocasiona el uso de estas sustancias (Tavera y Martínez, 2008).

Así mismo la Norma 028 (Secretaría de Salud SSA, 2009) menciona que la prevención, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

Los autores Alonso, Salvador y Suelves (2004) la definen en un sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas, como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo se dirige a crear conciencia e informar; acerca de las drogas, de sus efectos nocivos para la salud y la sociedad, a promover conductas prosociales y normas contrarias al consumo de drogas. También a capacitar a las personas y los grupos para adquirir habilidades personales y sociales que les permitan desarrollar actitudes contrarias a las drogas y evitar su consumo; así como promocionar ambientes de apoyo y alternativas saludables, con conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del uso de drogas. Esta será la definición que tomaremos en el trabajo.

1.4.1 Niveles de Prevención

El Modelo de Atención de diferentes centros parte del principio de que la prevención puede desarrollarse en tres modalidades de intervención, por lo que es importante identificar cuál es el nivel más apropiado en función del nivel de consumo, estos son (Secretaría del Trabajo y Previsión Social STPS, 2011):

Prevención universal.

De acuerdo con la literatura el primer nivel son los programas de prevención universal; dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención (Secretaría de Salud SSA, 2009).

Los programas universales son aquellos que se dirigen a población general (nacional, regional, comunidad local, escuela, etc.) con mensajes y programas destinados a prevenir el abuso de sustancias psicoactivas. Este tipo de programas se caracteriza por estar diseñados para alcanzar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales, se dirige a grandes grupos de personas, requieren menos tiempo y esfuerzo. Así mismo el personal suele estar formado por profesionales de otros campos, tales como profesores, que han sido entrenados para aplicar el programa. Así mismo el costo por persona suele ser más bajo que en los selectivos o indicados y pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención (escolar, familiar, comunitario) (Alonso, Salvador y Suelves, 2004 y Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA, 2004).

Prevención selectiva.

En la Norma 028 (Secretaría de Salud SSA, 2009), mencionan que la prevención selectiva se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

El conocimiento de los factores de riesgo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a estos factores, generalmente se desarrollan en períodos largos de tiempo, requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales; es implementado por el personal con formación específica ya que debe trabajar con jóvenes multiproblemáticos, familias y comunidades de riesgo, en este tipo de programas los costos por persona son mayores y las actividades están más relacionadas con la vida diaria de los participantes e intentan cambiar su camino a una dirección concreta (Alonso, Salvador y Suelves, 2004 y NIDA, 2004).

Una de las ventajas de estos programas es que se dirigen solamente a quienes necesitan desarrollar alguna de las habilidades que se consideran importantes para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas; por lo tanto, las intervenciones de prevención selectiva permiten un uso más eficiente de los recursos.

Prevención indicada

Es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción (Secretaría de Salud SSA, 2009).

Es decir personas que han mostrado indicios de consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar o laboral, ausencias en clases o en el trabajo, agresividad, etc.) (STPS, 2011).

Alonso, Salvador y Suelves (2004) y NIDA (2004) mencionan que los programas son considerados extensos e intensivos, es decir se desarrollan en largos períodos de tiempo (meses) con altas frecuencias (una hora diaria, cinco días a la semana) y requieren un gran esfuerzo por parte de los participantes, intentan cambiar las conductas de los participantes y requieren de un personal muy especializado, con entrenamiento clínico, por lo tanto sus costos son mayores que los universales o los selectivos.

1.4.2 Factores de Riesgo

Para la OMS (2015) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Tavera, y Martínez (2008) consideran que son aquellos agentes interpersonales, sociales e individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que se está expuesto, mayor es la probabilidad de que una persona abuse de las drogas.

Para nuestro trabajo tomamos la definición de la Norma 028 la cual menciona que es el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud, 2009).

Estos factores, bajo determinadas condiciones ambientales desfavorecidas, pueden facilitar para un determinado grupo de personas el inicio, la continuidad o el agravamiento de la adicción. Hay estudios que indican que determinados factores se podrían asociar más al inicio en el consumo, mientras que otros provocan el aumento del consumo una vez iniciado este. Es decir algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia (NIDA, 2004 y Martínez, Trujillo y Robles, 2006).

Para Martínez, Trujillo y Robles (2006) existen varios principios generales cuando se habla de factores de riesgo:

- ❖ La ausencia de un solo factor de riesgo no garantiza que la persona no haga uso de las drogas. El hecho de que alguien consuma drogas es resultado de la confluencia de multitud de factores.
- ❖ La mayoría de factores de riesgo y protección tienen varias dimensiones que se pueden medir de forma independiente, y cada una de ellas influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.

- ❖ Las intervenciones directas estarían indicadas en los que pudiera eliminarse un determinado factor de riesgo, sabiendo que con esta acción se disminuiría la probabilidad del consumo de drogas.

Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) mencionan que los factores al ser una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los niños y adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas, ya que les sitúan más cerca de la influencia por tres grupos principales de factores de riesgo:

- ❖ Factores de riesgo individuales: Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse, por lo tanto un sujeto se conforma por la edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, entre otros.
- ❖ Factores de riesgo relacionales: Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.
- ❖ Factores de riesgo sociales: Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo.

Con el objetivo de acotar lo que hasta ahora se conoce con respecto al riesgo, tomaremos como referencia el siguiente listado de factores de riesgo en donde se agrupan en individuales (características temperamentales, cognitivas y afectivas), familia y sociales (escuela, compañeros y comunidad) completándolo con las aportaciones de otros autores (Martínez, Trujillo y Robles, 2006 & Tavera, y Martínez, 2008):

Individuales

- ❖ Características temperamentales: aislamiento, enfado y actitud apática, excesiva sensación de control, falta de orientación y metas en la vida, confusión de valores, evasión de la realidad.

- ❖ Características cognitivas y afectivas: atrasos en las habilidades del desarrollo (baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo), baja resistencia a la frustración, apatía, excesiva o baja autoestima, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, desesperanza, baja satisfacción o capacidad de divertirse, expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas.

Familiares

- ❖ Deseo de salir de la casa, reconocimiento del fracaso familiar, aislamiento y marginalidad en la casa, relaciones tensas o violentas en el hogar, mala relación con los padres o entre los hermanos, familia disfuncional, frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación hacia la familia, no adquisición de la independencia), falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores, disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites, ausencia de límites, desinterés por la educación de los hijos, crianza poco efectiva, ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos, ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros, mala comunicación entre padres e hijos, vínculos débiles entre padres e hijos, padre o cuidador que consume drogas, eventos estresantes en la vida familiar, desorganización familiar, sobreprotección.

Sociales

- ❖ Escuela: comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, fracaso académico, asociación con compañeros que consumen drogas, ausencia de compromiso por la escuela, falta de comunicación con los padres de familia, énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante, problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo, prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes, disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela, promoción del individualismo y la competitividad.

- ❖ Compañeros: asociación con amigos o conocidos que consumen drogas, rechazo del círculo inmediato de compañeros, búsqueda de la identidad a través del grupo, presión hacia el consumo de drogas.
- ❖ Comunidad: leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes, circunstancias de la comunidad (desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo), disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad, problemas interpersonales (aislamiento y rechazo de los demás), actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas, falta de información sobre los efectos de las drogas, publicidad de drogas legales.

Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Después cuando pasa de la primaria a la escuela media, a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en la adolescencia temprana, que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas. Cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de drogas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias (NIDA, 2006).

Algunas de las señales de riesgo son evidentes desde la infancia o en la niñez temprana, tales como la conducta agresiva, la falta de autocontrol o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y la comunidad pueden influir en el riesgo de que usen drogas en el futuro. Cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad pero no de determinación (Tavera, y Martínez, 2008).

1.4.3 Factores de Protección

Los factores de protección son considerados como rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo (Secretaría de Salud SSA, 2009).

Estos factores que pueden estar tanto en el entorno como en el propio individuo ejercen un efecto de moderación del peso específico que pudiese tener un factor de riesgo.

Son aplicados en programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo; están orientados hacia el logro de estilos de vida saludables, que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo (Tavera, y Martínez, 2008).

El peso de los factores de protección depende en gran medida de su capacidad para modular o neutralizar los factores de riesgo, así mismo no sólo se deben dirigir a la reducción o eliminación de los factores de riesgo, sino también a su potenciación (Martínez, Trujillo y Robles, 2006).

Como se mencionó en el apartado anterior, considerando que existen diversas clasificaciones de los factores de protección, decidimos tomar como referencia a Tavera, y Martínez (2008) quienes agrupan de la misma forma es decir: Individuales (características temperamentales, cognitivas y afectivas), Familia y Sociales (escuela, compañeros y comunidad), los cuales son:

Individuales

- ❖ Características temperamentales: adecuado desarrollo o madurez, tendencia al acercamiento, actitud positiva, autocontrol, ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.
- ❖ Características cognitivas y afectivas: habilidades cognitivas (coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos), aptitudes sociales, habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones, empatía, conciencia/reconocimiento del valor personal, capacidad de frustración y de

postergar la satisfacción, adecuada autoestima, planificación del tiempo libre, motivación al logro, sentimiento de autosuficiencia, tendencia a sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.

Familiares

- ❖ Ambiente cálido, existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen, comunicación abierta y asertiva, estructura familiar con capacidad para superar las dificultades, buena relación con padres y hermanos, cohesión o unión familiar, aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo, límites claros y una disciplina aplicada consistentemente, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática), manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad en familia, relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona, expectativas claras, responsabilidades establecidas, lazos seguros con los padres, altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos, compartir intereses y tiempo libre, promoción de hábitos sanos.

Sociales

- ❖ Escuela: buenas relaciones con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales), grandes expectativas del personal de la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, promoción de actividades de servicio social y comunitario, compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela, fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela, utilización máxima de las instalaciones, fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.

- ❖ **Compañeros:** lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos, buscar la independencia personal en relación con el grupo.
- ❖ **Comunidad:** buena relación con la comunidad, participación activa dentro de la comunidad, leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes, apoyo social, instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, áreas que favorezcan la convivencia.

En ciertas etapas del desarrollo, algunos de los factores de protección, como el fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en la reducción de los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, de manera que haya más factores de protección que situaciones de riesgo (Tavera, y Martínez, 2008).

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro (NIDA, 2004).

1.5 Modelos de Prevención

Dado que en México existen diferentes modelos de prevención es necesaria la revisión de los tipos de modelos que son utilizados a nivel internacional, ya que cada modelo está diseñado con base en ellos, así como en los conceptos que se tienen de las adicciones, prevención, entre otros.

Los cuatro modelos que en materia de prevención propone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) citado en Tavera, y

Martínez (2008) son el modelo biopsicosocial, medico-sanitario, ético-jurídico y sociocultural.

En el modelo psicosocial se concibe a las adicciones como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para enfrentarlo. Considerando a la familia o al grupo de compañeros como agentes básicos que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones. En este modelo la adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto. No distingue entre tipos de drogas, puesto que lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia y ésta puede ser experimental, ocasional o controlada; se centra en la formación de actitudes de autocuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, mediante programas alternativos de actividades para la salud integral, el desarrollo humano y personal.

En el segundo modelo médico-sanitario se califica a las drogas como si fueran “gérmenes” o “virus” que infectan el cuerpo de quien las consume. Considera a la prevención como una defensa ante la amenaza externa que significa la droga, a semejanza de la prevención que suministra la vacunación en las enfermedades. Pone énfasis en que se conozcan los efectos y consecuencias de cada sustancia en el organismo y, desde la perspectiva epidemiológica, las distribuciones del consumo, el perfil de los usuarios, las repercusiones en morbilidad y mortalidad. Fomenta la prevención brindándoles a padres y madres de familia información sobre los síntomas que delaten la “infección” por medio de campañas de salud.

El modelo ético-jurídico está centrado en la definición, clasificación y regulación legal de las drogas y todas las actividades con ellas relacionadas: producción, distribución, consumo, etcétera. Divide a las drogas en lícitas e ilícitas y, de acuerdo con esto, están controladas legalmente de manera diferente; siendo el consumo de drogas ilícitas el objeto de sanción como defensa del orden social. En él se determina que el consumidor es una víctima, un enfermo que se debe referir a las instituciones pertinentes para su tratamiento. Centrado en los aspectos legales y de control social, enfoca las actividades de prevención en el acatamiento de las leyes, así como en el combate y castigo al narcotráfico.

Por último el modelo sociocultural enfoca su atención en el contexto en el que se desarrollan los individuos, es decir la familia, la escuela y la comunidad; bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas y socioculturales son las variables importantes que influyen en la aparición de las adicciones. Centrada su estrategia de intervención en la promoción de oportunidades de estudio y empleo, participación comunitaria, cambio en las estructuras y relaciones sociales, entre otros. Los programas de prevención generalmente están diseñados para dar cobertura a las poblaciones objetivo en su ambiente primario.

1.6 Definamos quién es un niño

1.6.1 Antecedentes

En la prehistoria, de acuerdo con la escritora Auel (2001) nuestros antepasados concebían al niño y niña como una bendición, un miembro del clan al que se debe proteger a cualquier costo producto de la alta tasa de mortalidad de las primeras tribus de homo sapiens de Europa. Así mismo a diferencia de las sociedades más avanzadas la crianza y desarrollo de los niños y niñas recae en la madre y el padre, pero también es compartida con los miembros del clan que ven en el niño y niña la preservación de la tribu.

En México también existe una transformación en el concepto de niño, el cual se refleja en la reseña que hace Jackson (2006) del libro “Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México”, en el cual el autor examina los cambios por los que atravesó el concepto de niñez en México durante las décadas finales del siglo XIX hasta 1920, plantea que la niñez es una categoría social construida por las miradas médica y pedagógica y divulgada por la prensa, ser niño es un concepto que cambia según el contexto histórico y social, y muchas veces es un concepto sujeto a las ideas del Estado.

En el siglo XIX el niño es concebido desde dos perspectivas, en una se le relaciona con la inocencia y en la otra por sus rasgos biológicos, por su capacidad mental y psicológica.

Al iniciar la fase armada de la Revolución Mexicana, el niño se convirtió en una metáfora de la Revolución, un ser militarizado y politizado. La Revolución Mexicana representó un momento de enormes cambios en lo que toca a la representación y realidad

de la niñez capitalina. Las demandas revolucionarias que iluminaron las injusticias sociales pusieron a la vista de todos, la realidad de los niños trabajadores, niños que con el desarrollo de la lucha armada tomaron las calles participando en huelgas y en otros movimientos sociales de la mano de los adultos. Fue precisamente durante los años revolucionarios cuando la imagen intocable del niño inocente sufrió una importante transformación; en la prensa, el niño comenzaba a aparecer como un agente de la historia; la cobertura que la prensa realizó y resalta que los infantes aparecen como participantes activos en las imágenes, como personas no sólo indignadas, sino también, politizadas.

Aunado a lo anterior, Jackson (2006) resalta de qué manera los llamados “papeleros” se convierten en una verdadera metáfora de la revolución: el pequeño distribuidor de noticias es el responsable de circular las mismas imágenes de sus compañeros para diseminar los ideales de la lucha social por toda la ciudad. La imagen del niño guerrero prevaleciente durante la época revolucionaria confunde las ideas de inocencia y agresión, muchas veces dentro de la misma representación. El niño militarizado, posando en las fotos con su escopeta y sus balas, representa a la vez la naturaleza omnipresente de la violencia que llegaba a la niñez, y justifica la lucha armada como una causa pura y moral en la que hasta los niños participaban.

En la etapa de la Revolución el concepto de niño desaparece, en ese momento es un adulto que tiene que llevar a cabo actividades que requieren que crezca de manera rápida, tome decisiones para sobrevivir y sea participe de la lucha, imitando actividades de adulto como el uso de armas, la ingesta de alcohol, entre otras. Es en este momento donde se aprecia más el comienzo de las adicciones en los niños.

1.6.2 Formas de enseñanza

Referente al tema de cómo aprende un niño, Enesco (2000) argumenta que el interés por educar y criar a los niños es tan antiguo como la historia, pero las ideas sobre cómo hacerlo y las prácticas de crianza han sido muy diferentes en distintos momentos históricos. También ha habido una tendencia a dividir el curso de la vida en etapas o periodos, desde el nacimiento a la muerte. La forma de dividir estos periodos tenía que ver con la concepción dominante de cada sociedad y momento histórico:

❖ Antigua Grecia y Roma.

Es en donde nace el concepto de educación liberal y de desarrollo "integral" de la persona (cuerpo-mente). Algunos filósofos expresan la necesidad de que la educación se adapte a la naturaleza humana. Asimismo, se desarrolla la medicina e interés por la salud infantil. En muchos de sus escritos expresan su interés por problemas educativos, con el fin de contribuir a la formación de hombres libres, hablan de distintos periodos para la educación infantil, refiriéndose a que se les debe permitir bastante movimiento para evitar la inactividad corporal; y este ejercicio puede obtenerse por varios sistemas, especialmente por el juego, pero este debería ser de imitaciones de las ocupaciones serias de la edad futura.

Es en Roma donde pierde relevancia la educación liberal que se tenía en Grecia ya que hay menos atención a la educación física y el deporte. El objetivo de la educación es formar buenos oradores, “embellecer el alma de los jóvenes mediante la retórica” y para ello la escolarización se divide en tres etapas: "Ludus" o escuela elemental (7-12 años), “Gramática” (12-16 años): prosa, teatro, poesía; "Retórica" (desde los 16 años): estudio de técnicas de oratoria y declamación. Acceden a la educación los ciudadanos libres. Hasta los 12 años, las escuelas eran mixtas y, a partir de esa edad, el destino de niños y niñas se separaba, sólo seguían sus estudios los varones de familias acomodadas y, excepcionalmente, alguna joven con un preceptor, lo cual dependía exclusivamente de la voluntad de su padre. Pero por lo general, el que la mujer estudiara filosofía o similares contenidos se consideraba una senda “peligrosa”, “próxima al libertinaje”.

Para Grecia y Roma, la institución social más importante y la encargada de la educación era el Estado.

❖ Edad Media.

Por influencia del cristianismo desaparece la idea de educación liberal. No se trata ya de formar a “librepensadores” sino que el objetivo de la educación es preparar al niño para servir a Dios, a la Iglesia y a sus representantes, con un sometimiento completo a la autoridad de la Iglesia. Se elimina la educación física ya que se considera que el cuerpo es fuente de pecado y el niño en este caso representa el concepto de "pecado original" que a su

vez lleva la idea de que el niño es un ser perverso y corrupto que debe ser socializado, redimido mediante la disciplina y el castigo. Como se puede observar, en esta época no hay una preocupación por la infancia y la educación no se adapta al niño, un claro ejemplo es que la enseñanza de contenidos religiosos es en latín, debido a que la lengua materna se considera totalmente inapropiada para transmitir conocimiento.

Por tanto en la edad media el niño es concebido como un hombre en miniatura, no hay evolución, cambios cualitativos, sino cambio desde un estado inferior a otro superior, adulto. Educar y criar implican cuidado físico, disciplina, obediencia y amor a Dios pero no hay referencias a la necesidad de amor para el buen desarrollo infantil. Sólo acceden a la educación algunos varones, no las mujeres. Durante toda la Edad Media el niño es utilizado como mano de obra.

❖ Siglo XVII.

Surgen muchas de las ideas clásicas sobre la educación infantil. Se produce un auge de las observaciones de niños que revelan un nuevo interés por el desarrollo infantil. Esta idea es central en Comenius, que insiste en que se debe educar tanto a niños como niñas, y en el papel de la madre como primera educadora. Defiende la escolarización obligatoria hasta los 12 años, y señala las ventajas de la enseñanza elemental en lengua materna, no en latín. En esta época el uso del castigo físico era visto como útil, ya que se creía que le hacía un bien al niño. Más tarde surge un cambio en las concepciones de la naturaleza humana y, en consecuencia, del niño, viene de la corriente empirista en filosofía. Locke insiste en la importancia de la experiencia y los hábitos, proponiendo una visión del recién nacido como tabula rasa o pizarra en blanco, donde la experiencia va a ir dejando sus huellas. Es decir, el niño no nace bueno ni malo sino que todo lo que llegue a hacer y ser, dependerá de sus experiencias.

❖ Revolución Industrial.

La emergencia de la burguesía disminuye drásticamente la necesidad de mano de obra infantil y, por tanto, muchos niños dejan de tener que ir a trabajar, por lo tanto les quedan “demasiadas horas de ocio” que deben ocupar con alguna actividad. De ahí que la necesidad de escolarizarlos se convierta en un objetivo primordial.

Una de las figuras más importantes del siglo XVIII es Jean-Jacques Rousseau. Su obra “*Émile ou de l’éducation*” contiene una serie de principios básicos sobre cómo educar a los niños, y se convierte en un libro muy de moda en la alta sociedad francesa. Entre sus ideas más influyentes y conocidas está la de que el niño es bueno por naturaleza. Nace así, al menos, y es la sociedad la que puede llegar a pervertir las buenas inclinaciones del niño; defiende con vigor que toda educación debe adaptarse al nivel del niño, la importancia de la acción y experiencia, y no sólo de la palabra, para adquirir el conocimiento.

Frente a la perspectiva medieval del niño como homúnculo, Rousseau sostiene que es un ser con características propias, que sigue un desarrollo físico, intelectual, moral y resume estas ideas en la frase: El pequeño del hombre no es simplemente un hombre pequeño. Para Rousseau, la educación debe ser obligatoria y debe incluir a la mujer. Otras ideas innovadoras de pedagogos y filósofos son las de Pestalozzi, Tiedemann y Froebel. Este último promueve la idea del "kindergarten" (escuela preescolar) y destaca la continuidad educativa entre escuela-hogar-comunidad, la importancia del juego infantil para su desarrollo y la necesidad de interacción y contacto entre padres e hijos.

En estos dos siglos (XVIII y XIX) proliferan las observaciones de niños, cada vez más sistemáticas, realizadas por pedagogos, filósofos y hombres de ciencia, muchas de ellas con sus propios hijos. Charles Darwin, con la publicación del *Origen de las especies* provocó una revolución conceptual en las ciencias y en la concepción del hombre y una aproximación naturalista al desarrollo humano, y una psicología comparada. Se puede decir que el estudio científico del niño empieza en la segunda mitad del siglo XIX, además, a finales de ese siglo se plantean una serie de problemas prácticos en relación con las técnicas de crianza y educación de los niños.

En algunos países se ha planteado ya la necesidad de una educación obligatoria generalizada, lo cual trae la necesidad de identificar a los niños que tienen un desarrollo "normal" diferenciándolos de los retardados. Esto llevará a desarrollar los primeros instrumentos de medida del desarrollo (primer test de inteligencia de Binet y Simon, 1905).

De acuerdo con Hernández (2005) el aprendizaje que se suscita durante la historia en México se convirtió en uno de los recursos que disponían y utilizaban para eliminar el

régimen colonial; en la educación de los niños y jóvenes encontraban el control de este, gracias a su eficiente organización y gran número de representantes. En ese momento la iglesia logró un monopolio cultural ejerciendo una influencia en la atrasada población a través de la educación que es descrita como una tortura para la niñez ya que se hacía uso de tormentas físicas y morales, por lo cual la educación fue uno de los principales elementos para someter al pueblo.

En las escuelas de los pueblos se dividían los alumnos por castas, uno grupo llamado los niños de razón, y el otro los indígenas, no existía instrucción ni moral. Ante la precaria situación Maximiliano procuró el mejoramiento de las condiciones de vida, sin embargo no obtuvo buenos resultados ya que durante su imperio el área educativa tuvo su periodo más decadente.

Estos acontecimientos más las luchas constantes entre conservadores y liberales llevaron a los gobiernos a una situación de pobreza que impedían canalizar los recursos económicos a la creación de escuelas públicas, por lo que solo algunas instituciones de carácter privado, encabezados por filántropos, se ocuparon de fomentar la enseñanza pública primaria, ya que su objetivo era brindar instrucción a la niñez sin fines de lucro. Entre estas instituciones se encuentran la Compañía Lancasteriana, el hospicio y la sociedad de Beneficencia para la Educación y Amparo de la Niñez Desvalida. Existían otras con fines de lucro, destinadas a los niños de clases acomodadas.

Cabe señalar que la preparación de los maestros era insuficiente o nula en todo el país, por lo que se creó la Escuela Normal, la cual tenía como objetivo brindar un método a los maestros que les permitiera comunicarles lo que sabían, adquiriendo los conocimientos práctico y la facilidad para explicárselo, sin embargo había muy poco interés en esa carrera.

Referentes a los métodos de enseñanza en México predominaban los sistemas importados de Europa, entre los cuales incluía el sistema de Enrique Pestalozzi, recalándose la importancia de formar hombres de razón y no máquinas de memoria. Otros de los sistemas fue el sistema Lancasteriano o mutuo creado en Inglaterra para dar solución a la falta de maestros, ya que hacía posible que un solo maestro estuviera a cargo de una escuela, en donde los alumnos más adelantados se convierten en auxiliares de los demás.

Sin embargo se tenían formas de castigo como las orejas de burro, pesas de plomo en las manos, azotes con cáñamo o alambre.

No fue sino hasta 1857 que existieron propuestas a favor de la libertad de enseñanzas, la educación obligatoria y gratuita. Pero como puede observarse hasta este momento no existen programas de prevención, ya que la complejidad por la que estaban pasando en el sistema educativo, hacía impensable que en algún momento se abarcara más allá de enseñar a leer y a escribir.

1.6.3 Concepto actual de niño

En la actualidad Pavez (2012) señala que en la RAE, la palabra niño o niña proviene de la voz infantil o la expresión onomatopéyica *ninno*, que refiere al que está en la niñez, que tiene pocos años, que tiene poca experiencia o que obra con poca reflexión y advertencia, entre otras características. Por otra parte, la niñez es definida por la RAE como: a) el período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento a la pubertad; b) el principio o primer tiempo de cualquier cosa; y c) la niñería, acción propia de niños.

También la palabra niño o niña presenta una polisemia muy amplia, aunque en general alude a la condición de las personas con pocos años de edad o que se encuentran en posición de subordinación social (servidumbre). La palabra niña también se utiliza para designar a la pupila del ojo, ya que “pupila” proviene del latín *pupilla* que significa huérfana menor de edad y que está bajo la autoridad de una persona tutora (Wasserman, 2001 citado en Pavez, 2012).

Por otro lado la Norma 028 (Secretaria de Salud, 2009) argumentan que los niños, son las personas de hasta 12 años incompletos, sin embargo para Papalia, Wendkos y Duskin (2009) señalan que no existe un momento único y definible, en forma objetiva, en que un niño se convierte en adolescente. Por ende el periodo de la niñez se define por la construcción social, es decir una idea acerca de la naturaleza de la realidad que aceptan los miembros de una sociedad particular, en un momento específico, con base en percepciones o suposiciones subjetivas compartidas.

MODELOS PREVENTIVOS

2.1 Modelos Preventivos Jóvenes y Adultos

En México existen diferentes modelos de prevención de adicciones que trabajan con los adolescentes, las familias, los trabajadores y los niños. Para adentrarnos en el tema se hace necesaria una revisión de cada uno utilizado en nuestro país. Como se podrá observar, la mayoría de los modelos están bajo el enfoque cognitivo -conductual, se enfocan en dar información sobre las conductas que pueden causar problema, como lo son el fumar, beber alcohol y consumir drogas. En todos los modelos se puede ver que existe un diagnóstico, una intervención y resultados.

Los temas que se abordan frecuentemente son las adicciones como tal, el género y la sexualidad, así mismo se fundamentan con base en los factores de riesgo y de protección, los estilos de vida e invitan a concientizarse sobre los tipos de situaciones que los pueden poner en peligro de adquirir alguna adicción.

La salud será un tema que abarcan la mayoría de los modelos, con el objetivo de promover la misma, también se puede encontrar la invitación a que la sociedad forme movilizaciones en pro de la salud y en contra de las adicciones. Sin embargo, uno de los puntos que pueden llamar la atención, es el hecho que en varios de los modelos se menciona que cualquiera que se motive puede ser un facilitador.

Por la anterior, es de gran importancia desmenuzar cada uno de los modelos y encontrar algunos estudios que puedan validar lo que dicen sus autores, con la finalidad de encontrar uno que pueda aplicarse a niños de 6 a 10 años.

2.1.1 Descripción y forma de aplicación del Modelo de prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo.

Este modelo fue diseñado por el Dr. Sverre Fauske, el cual es considerado por Johannesen y Assland (2008) como uno de los mejores especialistas en salud ocupacional, dado su interés por implementar la detección y la intervención breve en varios sitios de trabajo. El Dr. Fauske introdujo el test AUDIT en el Centro del Estrategias para la

Prevención de Alcohol, en Estados Unidos, en donde el lugar de trabajo es todavía un escenario importante para la prevención secundaria.

La Comisión Nacional Contra las Adicciones (2003) afirma que el abuso y la dependencia de tabaco, alcohol y de otras drogas afecta seriamente la salud, la calidad de vida y el rendimiento del trabajador, disminuyendo la calidad de su trabajo, la de su equipo, su productividad y la de la empresa. Añadiendo que es causa frecuente de conflictos del trabajador con sus superiores y/o con sus pares, ausentismo laboral, accidentes e incapacidad por enfermedades asociadas al consumo, por no mencionar los daños a la planta laboral que en ocasiones se producen como consecuencia de los accidentes de trabajo.

Ante los serios problemas que se producen en el trabajo a causa de las adicciones, Carreño, Medina-Mora, Ortíz, Natera, Tiburcio y Vélez (2003) proponen la aplicación del modelo de prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. Fue aplicado en México con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

El modelo se adaptó a las condiciones culturales de los mexicanos a partir de la investigación llevada a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, fue extendido a la familia y a la comunidad, basándose en la teoría cognitivo conductual, específicamente en el ciclo del cambio, que de acuerdo con Carreño et al. (2003) propone dar información al individuo acerca de las conductas que le causan problemas como fumar, beber o consumir otras drogas aun cuando no existan síntomas de dependencia. Se trata de algo que la gente aprende a hacer de la misma forma en que aprende a realizar muchas otras actividades.

A lo anterior Hernández y Sánchez (2007) agregan que cualquier acción dirigida a ayudar a una persona a cambiar requiere conocer en qué fase o ciclo de cambio se encuentra ésta antes de dar inicio formal al proceso terapéutico. Las etapas de cambio de hábitos adictivos de Prochaska y DiClemente (1983, 1986, citado en Hernández y Sánchez,

2007) cumplen con este propósito; y son: precontemplación y contemplación (antes de cambiar), acción (el acto de cambiar), mantenimiento y recaídas. Las tres podrían arreglarse linealmente; así, un cambio exitoso implicaría progresar de la etapa de precontemplación a la de contemplación, y luego a la de acción, para finalmente llegar a la fase de mantenimiento del cambio.

Sin embargo, el principal problema en el tratamiento de conductas adictivas es que la mayoría de los individuos, cuando intentan sobreponerse a problemas de adicciones, no suelen progresar de manera lineal a través de estas etapas (Ayala y Cárdenas, cit. en Hernández y Sánchez, 2007), sino que típicamente siguen un patrón cíclico, ya sea con auxilio profesional o por sí solos.

Por consiguiente, antes de programar una intervención terapéutica específica es necesario conocer, en cada caso individual, en qué etapa de cambio se encuentra el individuo y el número de intentos previos que ha realizado para modificar su patrón de hábitos. Con base a lo anterior se plantean los objetivos del modelo de prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo; el primero habla sobre establecer una base firme que integre al trabajador, al departamento de recursos humanos y a la comunidad; el segundo se enfoca en desarrollar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas dirigido a los trabajadores, familia y comunidad, para ponerlo en marcha y evaluarlo.

Carreño et al. (2003) plantean que para asegurar la utilidad, continuidad y permanencia del modelo, éste se divide en nueve etapas que son:

- ❖ Formar un comité con la participación de todos los sectores.
- ❖ Establecer una política laboral en torno al consumo.
- ❖ Desarrollar un programa de prevención con énfasis en los niveles primario y secundario.
- ❖ Diseñar estrategias de intervención para trabajadores.
- ❖ Identificar y manejar los problemas.
- ❖ Entrenar a supervisores y personal de salud.
- ❖ Establecer un programa de referencia a tratamiento.

- ❖ Dar seguimiento a las acciones del programa.
- ❖ Realizar la extensión de los programas a la familia y a la comunidad.
- ❖ Cabe señalar que en el proceso del establecimiento de las estrategias preventivas se tiene que realizar una etapa de sensibilización y como recomendación se tiene adaptar del Modelo a la empresa, así como el desarrollo de las estrategias de acuerdo con las necesidades específicas a la problemática de cada lugar de trabajo.

La meta fundamental en el establecimiento de las políticas públicas en materia de prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano, es que los trabajadores en quienes sea detectado el uso, abuso o dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas, puedan seguir contando con su fuente de trabajo, al mismo tiempo que la empresa implemente acciones de prevención y se invite al trabajador a hacer uso de los servicios de salud, encaminados al tratamiento y rehabilitación y, por lo tanto, el mejoramiento en su desempeño personal, familiar y laboral (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2011).

2.1.2 Descripción y forma de aplicación del Modelo de educación para la vida y el trabajo, “Aguas con las adicciones”

El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA, 2015) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por decreto presidencial desde 1981. Propone y desarrolla modelos educativos, realiza investigaciones sobre la materia, elabora y distribuye materiales didácticos, aplica sistemas para la evaluación del aprendizaje de los adultos, así como acredita y certifica la educación básica para adultos y jóvenes de 15 años y más que no hayan cursado o concluido sus estudios en los términos que se solicitan.

Mendoza (2003) menciona que dentro de los modelos educativos que ofrece el INEA se encuentra el llamado “Educación para la Vida y el Trabajo”, el cual tiene como finalidad ofrecer a jóvenes y adultos, un proceso educativo en donde se vean reflejados sus necesidades e intereses, en particular cuestiones de adicciones, género y sexualidad. Busca ofrecer una educación pertinente a las condiciones en que se desenvuelven las personas

jóvenes y adultas de 15 años de edad o más, que por diferentes razones no pudieron iniciar o concluir su educación básica, o que simplemente desean seguir aprendiendo.

El modelo es flexible, por lo tanto facilita que las personas se organicen en lo que será su carrera educativa, ya que derivado de esta organización dependerán sus constancias y la correspondiente certificación. De los resultados obtenidos entre el año 2007 y 2012, el INEA (2012) menciona que éste programa logró una mayor equidad en el acceso y tránsito a los servicios y beneficios de la educación básica y la alfabetización de la población en situación de rezago, involucrando en ello opciones tecnológicas modernas, acordes a los nuevos tiempos, buscando más y mejores opciones para ingresar con diversas competencias al campo laboral.

Los contenidos del modelo educativo se estructuran en 42 módulos de aprendizaje que giran alrededor de temas de interés relacionados con áreas del conocimiento o con el ámbito de diversos grupos de población. Se dividen dentro de tres niveles: inicial, intermedio y avanzado, permitiendo dar un marco a los procesos de acreditación y certificación. Cada módulo contiene un paquete de materiales integrado por libros, revistas, folletos, juegos, mapas, o lo que el tema requiera.

Es fundamentalmente preventivo; parte de los estilos de vida, factores de riesgo y sobre todo, factores de protección que se presentan y se pueden asumir en su entorno, por lo que retoma la capacidad que las y los jóvenes tienen para enfrentar condiciones adversas; contempla situaciones, ejemplos e imágenes positivas y sugerentes; pretende favorecer la perspectiva de hablar de joven a joven, partiendo de sus vivencias y evitando los consejos y la descalificación; promueve la reflexión, la toma de decisiones informadas y la recuperación de los valores propios, en un contexto propositivo y de cultura de equidad de género, derechos humanos y educación para la paz.

Uno de los 42 módulos fue creado por Mendoza (2003) en conjunto con el INEA y lleva por nombre “Aguas con las Adicciones”, éste cuenta con un paquete de materiales como lo son el “Libro de los y las jóvenes”; seis fichas técnicas para desarrollar las actividades que se proponen en el libro y que son referentes a los temas de los sentimientos, el cerebro, el uso y abuso de la marihuana, la cocaína, los inhalables y sus efectos,

tranquilizantes y anfetaminas. Por último se tienen los folletos relacionados con el tema, un cuaderno de trabajo y una revista.

La revista está elaborada para los jóvenes que están interesados en leer y conocer más sobre temas relacionados con los riesgos que implican las adicciones, cómo se vinculan éstas con la imagen y cuidados que tenemos de nosotros mismos, así como con las relaciones con nuestra familia y amigos. En ella se incluye información retomada de libros, revistas y artículos de periódicos, la cual está relacionada con problemáticas de los jóvenes y, por lo mismo, va dirigida a ellos (INEA, 2000).

El Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (2015) da a conocer los temas que se trabajan en este módulo y son los siguientes:

- ❖ Reconoce como son los jóvenes.
- ❖ Identifica las características de la personalidad de los jóvenes.
- ❖ Analiza la educación que nos han dado como hombres y como mujeres.
- ❖ Aprende qué es la autoestima.
- ❖ Reflexiona acerca de la imagen que tenemos de nosotros mismos.
- ❖ Conversa acerca de cómo es nuestra vida familiar.
- ❖ Identifica las relaciones con nuestros amigos y amigas.
- ❖ Conoce qué son las adicciones.
- ❖ Identifica las causas por las que los jóvenes adquieren una adicción.
- ❖ Conversa acerca de si se consume alcohol o tabaco en la familia.
- ❖ Identifica la publicidad que motiva el consumo de alguna droga.
- ❖ Conversa acerca de cómo los medios de comunicación promueven el consumo de alguna droga.
- ❖ Reflexiona acerca de que formamos parte de un grupo.
- ❖ Analiza las razones de que todos actuemos de acuerdo con lo que pensamos y sentimos.
- ❖ Comenta por qué debemos saber decir sí o no.
- ❖ Aprende cómo aprovechar mejor el tiempo libre.
- ❖ Identifica actividades que pueden realizarse para divertirnos y mantenernos sanos.

- ❖ Aprende que las drogas si dañan a nuestro cuerpo, a la vida, a la familia y a la sociedad.

El material enfatiza el desarrollo de habilidades que permitan a las y los jóvenes una mejor comunicación, vinculación afectiva y reflexión sobre cómo abordar los problemas familiares y sus propias conductas de riesgo; la responsabilidad de cada uno de los miembros de la familia y el análisis de sus estilos de vida, es decir, organización y comunicación familiar, hábitos de consumo, actividades recreativas, ámbitos en los que viven y se desenvuelven, entre otros. Esto último les permitirá hacer una evaluación más objetiva de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos (Mendoza, 2003).

La metodología del programa se sustenta en el trabajo con situaciones de aprendizaje por medio de la interacción, para que ésta permita el desarrollo de competencias, ya sea dentro de un grupo de estudio o con otras personas que forman parte del entorno del sujeto que aprende, en donde existe la posibilidad de trabajar tanto con materiales elaborados ex profeso, como con aquéllos que el propio medio proporciona: folletos informativos, carteles, trípticos, historietas, cuentos, videos y películas, información especializada disponible en libros o la Internet.

De acuerdo con Mendoza (2003) la metodología tiene tres momentos, el primero es la recuperación de conocimientos y experiencias de las personas adultas, en relación con el tema a través de actividades como relatos y anécdotas, preguntas directas, escritura de historias, entre otras. El segundo momento es una búsqueda y análisis de información, reflexión y confrontación con lo que ya se sabe, mediante actividades de intercambio, lectura, indagación en diversos materiales y fuentes, comparaciones, discusiones y preguntas. El tercer momento es el cierre, conclusión y aplicación de lo aprendido, con base en actividades de elaboración de conclusiones, lectura y elaboración de textos, resolución de situaciones reales o hipotéticas, así como relatos.

Su enfoque de trabajo está basado en las siguientes intencionalidades educativas: la identidad y pertenencia, los valores, géneros, derechos humanos y visión de futuro; logrando centrarse en la prevención de riesgos y en los factores de protección, por medio de

recuperar la experiencia de los jóvenes. Favoreciendo así a la reflexión, el desarrollo de competencias, la comunicación de riesgos y la toma de decisiones informadas.

2.1.3 Descripción y forma de aplicación del Modelo de Prevención de Centros de Integración Juvenil

Cruz y Serrano (2007) hacen hincapié en que el incremento de la farmacodependencia ha propiciado la generación en nuestro país de cerca de 800 instituciones, entre ellas se encuentran los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los cuales se conforman en una asociación civil no lucrativa, incorporada al Sector Salud. Las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

Desde hace más de 30 años, en los CIJ, se realiza una atención prioritaria en diversas zonas consideradas como de alto riesgo y se caracterizan por dar una atención dirigida a las adicciones. Esta atención se fundamenta en las líneas marcadas por los planes nacionales de salud y los programas contra las adicciones, se basa en los principios derivados de la Salud Pública, la epidemiología y los sistemas de salud mediante dos estrategias fundamentales: la educación para promover la salud, así como la movilización de la sociedad y fue establecida por Solís, Gómez y Ponce (2003).

El modelo utilizado en estos centros se concibe a partir de la definición de farmacodependencia y prevención, que en el caso de ésta última se toma con base en la conceptualización del Instituto de Medicina (IOM 1994, cit. en CONADIC, 2003) que clasifica la prevención en tres dimensiones: universal, selectiva e indicada. Por ello es que se estratifican las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas. Así mismo cuentan con su propia definición de farmacodependencia, que para Cruz y Serrano (2007) solo dan a notar su visualización biológica y lineal de la misma.

El objetivo general del modelo es disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo mediante la promoción de una cultura que evite el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas en sus diferentes momentos del ciclo de la vida por medio “del qué hacer” al “cómo hacerlo” y de la reflexión de conductas

concretas. Se identifica como población prioritaria la comprendida entre los 10 y 18 años, por ser el rango de mayor frecuencia para iniciar el uso de drogas.

2.1.4 Descripción y forma de aplicación del Modelo Preventivo “Construye tu Vida sin Adicciones”

El modelo “Construye tu vida sin adicciones” fue diseñado por el Doctor Agustín Vélez Barajas, el Doctor Ángel Prado y la Profesora María Teresa Sánchez Fragoso, a petición del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y con ayuda del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR). Es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos, considera que tanto la recuperación, como la prevención de las adicciones se vincula más con las actitudes y comportamientos que integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, que simplemente con inhibir el consumo de determinada sustancia.

Ésta propuesta preventiva está basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo la cual afirma que nuestros pensamientos y emociones tienen un fuerte impacto en nuestra salud y bienestar, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones; por medio del desarrollo de habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas (Vélez, Prado y Sánchez, 2003).

En el año 2003 Campollo y López realizaron un análisis a este modelo, puntualizando que para cada rubro de la población con la que se pretende trabajar, adolescentes, jóvenes y adultos, se tiene el material necesario para llevar a cabo la intervención. El material va dirigido a la persona encargada de las sesiones, el primer libro es la “Guía para el Facilitador”; para el trabajo con adolescentes se tiene el “Manual del Facilitador. Población objetivo: adolescentes y jóvenes” así como el “Manual de autoayuda para adolescentes y jóvenes”; el video “Construye tu Vida sin Adicciones” y finalmente

para el trabajo con adultos se proporciona el “Manual del Facilitador, población objetivo: adultos”.

De acuerdo con Vélez, Prado y Sánchez (2003) la metodología para el trabajo con los diferentes grupos establece como tarea inicial la elaboración de un diagnóstico del estilo de vida para identificar en su actuar cotidiano prácticas de riesgo susceptibles de ser mejoradas y desarrollar habilidades autogestivas e incorporar factores de protección a su estilo de vida para incrementar el grado de satisfacción personal. Con el propósito de incidir en actitudes, comportamientos, usos y costumbres que integran el estilo de vida, se seleccionaron una serie de recursos que se utilizan en las sesiones preventivas y facilitan la identificación de aspectos en el estilo de vida susceptibles de cambio estos son:

- ❖ Dispositivo grupal. Éste da la posibilidad de fortalecer el sentimiento de pertenencia y vinculación positiva para trabajar sobre actitudes usos y costumbres.
- ❖ Trabajo vivencial. Está orientado a llevar a la población atendida a adoptar acciones y actitudes que mejoren su estilo de vida, a partir de la toma de conciencia y una percepción diferente sobre el riesgo.
- ❖ Trabajo con imágenes. Se crea una imagen de un problema previo a su solución, permitiendo contemplarlo desde diferentes posiciones y perspectivas.
- ❖ Trabajo psicocorporal. Este recurso trabaja las llamadas esferas del estilo de vida, las cuales se explican a continuación:
 - a) Equilibrio psicocorporal: Se invita a los participantes a reflexionar y se enfatiza que ciertas técnicas de relajación y meditación son una excelente alternativa para el manejo de la tensión.
 - b) Autoconcepto: Se pretende promover el reconocimiento de las capacidades individuales, grupales y sociales que refuercen el establecimiento del propio concepto.
 - c) Hábitos alimenticios: Tiene como cometido crear conciencia sobre la importancia de una adecuada nutrición ya que ésta incrementa la energía disponible, así mismo da un sentido de bienestar.

- d) Uso y abuso de sustancias tóxicas: Se revisa cómo el uso de drogas legales afectan la salud y provoca adicciones.
- e) Tiempo libre: Se tiene como objetivo aprender a utilizar el tiempo libre y distribuirlo de tal manera que se obtenga placer, diversión y relajación sin necesidad de recurrir al uso de drogas.
- f) Expresividad: Se trata de que los participantes puedan expresar el afecto, así como identificar lo que se siente para después comunicarlo.
- g) Creatividad: Esta sección fomenta la reflexión sobre la propia capacidad de las personas para ser flexibles, imaginativas y ser creativas en la vida cotidiana, elemento importante para un desarrollo pleno.

Una característica particular es que puede ser aplicado tanto individual, en el caso del trabajo con adolescentes, como grupalmente. En la aplicación individual (autodidacta) solo se entrega el manual y el joven lo pone en práctica, como una especie de cuadernillo de tareas, en este caso el facilitador estará disponible para cuando requiera una asesoría o un consejo, y para evaluar el programa; en la aplicación grupal (en escuelas, centros comunitarios, colonias, entre otros) se abre el espacio para la reflexión y la búsqueda compartida de opciones de desarrollo.

Este programa cuenta con instrumentos de evaluación como son: cuestionario de evaluación del plan de acción, evaluación histórica, cuestionario de reflexión y cuestionario de detección precoz de conductas adictivas y estilo de vida riesgosos. La evaluación de resultados intenta medir el grado en que se cumplieron los objetivos del plan de acción. La medición de resultados puede iniciarse durante el desarrollo del plan de acción y al finalizar las sesiones (Campollo y López, 2003).

2.1.5 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI

Fue elaborado por la Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Jorge Llanes y el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., interviene en las áreas de Uso de Drogas y Conducta Antisocial, Eventos Negativos de la Vida y Estilo de Vida. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades, con duración aproximada de quince

semanas en comunidades, como lo son escuelas, centros comunitarios y de desarrollo, barrios, unidades habitacionales, colonias, entre otros.

Chimalli tiene como fin producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico; para Castro y Llanes (2003) la resiliencia es entendida como la actitud de tener plasticidad, de aguantar los choques de la vida y adaptarse a la adversidad cotidiana, es la capacidad de desarrollar competencia social, de dar resolución adecuada al estrés. En concordancia con Castro y Llanes, Cabrera (2007) menciona que la resiliencia afirma que cada persona brilla con luz propia entre todas las demás; se edifica desde la zona luminosa del ser humano, desde sus fortalezas, asumiendo la potencialidad de cada individuo para desarrollarse y cobra significado a partir de la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante adversidades, que implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación a pesar de los riesgos.

Es por ello que desde esta perspectiva teórica Castro y Llanes (2003) articulan su hipótesis básica la cual dice que a mayor resiliencia, es decir vínculos afectivos al servicio del desarrollo humano y la promoción social que transformen los ambientes proximales de las comunidades donde se llevan a cabo planes de acción, encontramos menor prevalencia de conductas de riesgo. Es así que Chimalli se construye en contacto con otros seres humanos por lo que se afirma que el vínculo interpersonal es un componente básico en tanto promueve el desarrollo de habilidades y competencias socioafectivas.

La metodología propone el desarrollo de 26 acciones para contrarrestar las conductas de riesgo con habilidades y actitudes de protección por intervenciones que abarcan las técnicas psicocorporales como lo son la respiración, la relajación y el trabajo con imágenes; las técnicas psicosociales por medio del empleo de viñetas en tercera persona, construidas por el propio grupo intervenido; y las técnicas psicoeducativas y juegos de educación preventiva y acción social educativa que se expresan en prácticas comunitarias solidarias.

Para Castro y Llanes (2003) los tres componentes primordiales del modelo son:

- ❖ Red voluntaria: vecinal, escolar y/o de grupos específicos, como pueden ser menores trabajadores.

- ❖ Trabajo grupal: para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección.
- ❖ Autoevaluación: con instrumentos sistematizados de resultados, de proceso y de impacto que permiten observar la disminución del consumo experimental, evitar del primer contacto y reducir el abuso.

Sin embargo, a diferencia de Castro y Llanes, Segura (2004) menciona que los tres componentes básicos son la investigación, la intervención preventiva y la participación comunitaria. El primero, la investigación, sirve para el diagnóstico y la evaluación de resultados, es por ello que se cuenta con dos instrumentos el IRPA (Inventario de riesgo-protección para adolescentes) y la “Escala de actitud Chimalli”. La aplicación de estos instrumentos retroalimenta la investigación que surge a partir de la aplicación del modelo y permite una evaluación constante. El segundo componente es la intervención preventiva a través de dispositivos grupales con técnicas psicocorporales, psicosociales y psicoeducativas. La intervención se realiza mediante una sesión semanal con los adolescentes en su aula de estudio y bajo la dirección del profesor quien cuenta con el manual del maestro y la carpeta del joven en donde se especifican los ejercicios a realizar por la población y por último, el tercer componente es la participación comunitaria mediante la creación de redes vecinales o escolares.

Así mismo, Segura (2004) menciona que el modelo presenta la facilidad de ser aplicado directamente por un profesor, un padre de familia, un promotor comunitario o bien por un estudiante. Dentro de las limitaciones exige una total fidelidad en la aplicación del modelo, para lograr resultados favorables en todas las áreas de intervención, esto último representa cierto problema pues exige la formación de la red, la cual debe funcionar durante todo el proceso, también exige la participación de los padres de familia de forma constante en grupos de reflexión en donde se practican técnicas psicocorporales, todo esto lleva gran cantidad de horas de trabajo

Es un modelo que se basa en redes de apoyo que generen en la persona confianza y resiliencia para salir de cualquier adversidad y poder tener una adaptación adecuada. Está dirigido a adolescentes que tienen conductas antisociales, eventos negativos en su vida. Cabe mencionar que este modelo ya es impartido en la Fundación en la que se tiene

pensado aplicar un nuevo modelo, sin embargo fue importante revisarlo para retomar y guiarnos en el nuevo modelo a elegir.

2.1.6 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo ECO2

El Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional para realizar una investigación en la acción, convocado y coordinado por Cáritas Arquidiócesis de México I.A.P. con tres organizaciones civiles: Hogar Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil Promoción Integral A.C. y Cultura Joven A.C. (Machín, 2003).

Machín (2010) explica que el nombre del modelo ECO2 se construyó como un juego de palabras, a partir de algunos de sus elementos esenciales: Epistemología de la Complejidad (ECO), Ética y Comunitaria (ECO), por lo tanto ECO2. La palabra ECO hace referencia también a la raíz griega que significa “Casa” y está en la etimología de Ecumenismo y Ecología, aludiendo a los procesos de inclusión social que promueve el modelo. Epistemología de la complejidad, más que a una teoría determinada y acabada, hace referencia a un metanivel (disciplina o reflexión de segundo orden) que brinda la posibilidad de enlazar los aportes que diversas ciencias hacen para entender la realidad humana (las personas, los grupos, las comunidades y fenómenos como las farmacodependencias, las situaciones de calle, entre otras).

Este programa de intervención, se implementa en 26 organizaciones mexicanas y centroamericanas. Sus principales acercamientos teóricos son la Psicología de Comunidad, la Psicología Social, la Sociología, la Antropología Social, la Teoría Psicoanalítica, la Fenomenología y la Epistemología de la Complejidad. El Centro busca formar en la acción a equipos de agentes sociales para incrementar la eficacia de la acción social así como crear una cultura consensuada en torno a fenómenos de sufrimiento social, desde una epistemología de la complejidad e incidir en las políticas públicas relacionadas.

ECO2 es un modelo de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y tratamiento de situaciones de sufrimiento social, en particular, pero no exclusivamente, aquellas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. El modelo

plantea que el equipo de operadores realice una serie de iniciativas de investigación en la acción, que permitan producir una organización comunitaria que incluya los siguientes elementos:

- ❖ Diagnóstico de comunidad
- ❖ Diagnóstico de personas
- ❖ Red subjetiva comunitaria
- ❖ Red operativa
- ❖ Red de recursos comunitarios

En la intervención, algunos de los elementos esenciales son el empleo de instrumentos como lo son los diarios de campo, el sistema de diagnóstico estratégico, la hoja de iniciativas, entre otros. También la planeación estratégica con base en el diagnóstico, la revisión de la tarea ya sea en equipo o en supervisiones externas, y la coherencia de objetivos en los diferentes niveles. Así mismo se interviene en territorios sobre redes y representaciones sociales, sistemas simbólicos de control social y finalmente en la construcción de minorías activas (Machín, 2003).

Machín (2010) menciona que a partir de su experimentación en contextos de exclusión social, este modelo tiene como finalidad acompañar a las personas y comunidades para que recuperen la capacidad de soñar como primer paso hacia el conocimiento de sí mismos, y entonces al cambio y mejoramiento de sus vidas. Los objetivos generales del tratamiento comunitario pueden ser considerados como fases y estas son el detener el agravarse de los procesos de autodestrucción, disminuir la peligrosidad de las conductas de riesgo, incrementar la seguridad en las conductas de riesgo, mejorar las condiciones de vida, iniciar procesos de salida de la exclusión grave y vivir un proceso de cambio.

Es uno de los modelos que por su descripción abarca el área social, trabajando con la epistemología de la complejidad, también hace ver que es un proceso de intervención complejo, además de que solo se dirige a adultos y no es exclusivo para tratar temas de adicción.

2.2 Modelos preventivos para niños

2.2.1 Descripción y forma de aplicación del Programa de educación preventiva contra las adicciones

El Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA) fue por la Dra. Patricia Leonardo y Ramírez, Lic. Patricia Bermúdez Lozano, la Lic. Nancy Gigliola Amador Buenabad, junto con la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.

El objetivo del programa es incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico (Leonardo, Bermúdez y Gigliola, 2003).

Esta propuesta educativa está organizada para desarrollarse en la escuela y la familia, encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones. Tiene como finalidad trascender a la comunidad, favoreciendo así la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables. Constituye una estrategia que atiende los diversos niveles que integran la Educación Básica, promueve la construcción de valores humanos, se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los participantes la capacidad para tomar decisiones de forma consciente y reflexiva, para que les permita resistir la presión de iniciarse en un proceso adictivo.

El programa se fundamenta en tres bases teóricas y metodológicas que son la humanista, el modelo ecológico de desarrollo humano y el enfoque riesgo - protección. Dentro de la base teórica humanista se considera al individuo como un ser integral, no predeterminado; en el modelo ecológico de desarrollo humano se considera de vital importancia entender al individuo en su relación con el medio circundante y se favorece el fortalecimiento de la personalidad, donde se busca potencializar el desarrollo humano, finalmente en el enfoque riesgo-protección, se considera importante enfatizar la identificación de factores de riesgo, con la finalidad de generar factores de protección que permitan neutralizar a los primeros (Leonardo, Bermúdez y Gigliola, 2003).

Se trabaja con una metodología preventiva la cual plantea la forma en que se puede realizar la labor contra las adicciones desde la actividad escolar, esta tarea de informar, recae en los docentes, así como coordinar y dirigir las actividades en cada escuela, de tal manera que las acciones se extiendan a la comunidad, buscando que lleguen a los hogares para promover la participación conjunta entre los maestros, alumnos y padres de familia. El estilo del docente es, no directivo, donde lejos de ser el maestro tradicional, se convierta en el facilitador del aprendizaje.

Leonardo, Bermúdez y Gigliola (2003) menciona que el PEPCA, plantea que antes de emprender acciones encaminadas a la prevención, es necesario realizar un análisis sobre el estilo de vida de los individuos, es decir contemplar desde un punto de vista objetivo el conjunto de hábitos, costumbres y formas de afrontar la vida; el docente y padre de familia debe convertirse en observadores agudos, capaces, tanto de detectar oportunamente los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que algún niño o adolescente se inicie en un proceso adictivo, como de conocer los factores protectores que nos permiten neutralizar o mitigar esos riesgos.

Actualmente el PEPCA se instrumenta en Educación Secundaria a través de dos estrategias (Leonardo, Bermúdez y Gigliola, 2003):

1. Estrategia General de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo.
2. Estrategia Focalizada de Prevención de Adicciones y Conductas de Riesgo.

Así como la estrategia de movilización comunitaria en donde se realizan eventos que estimulen la participación ciudadana y comunitaria necesaria para la formación de ambientes proactivos, servicio de orientación y difusión de campañas de comunicación social.

Finalmente, se ha previsto que la actualización de los programas y la coordinación interinstitucional, incidirán de manera preventiva desde edades más tempranas, abarcando niveles de educación preescolar y primaria como los ejes que nos permitirán obtener mayores y mejores resultados a futuro, pues estaremos propiciando desde pequeños la formación de un pensamiento crítico, de habilidades sociales y de una toma de decisiones

que redunde en la generación de estilos de vida saludables (Leonardo, Bermúdez y Gigliola, 2003).

Lara (2015) menciona en uno de sus artículos que el PEPCA también considera un esquema de evaluación que opera en tres fases:

- ❖ Cumplir con los compromisos que adquiere el consejo escolar en orientación y capacitación, habilitación efectiva y plataforma de comunicación social.
- ❖ Desarrollar un modelo de investigación para saber si se combate eficazmente a los elementos de riesgo identificados en los alumnos, en la familia y en la comunidad.
- ❖ Evaluación cualitativa del impacto del PEPCA en el cambio de actitudes; así como en las tendencias de los índices de consumo, la percepción de riesgo y la tolerancia social.

Este programa funciona en primaria, secundaria y bachillerato y se guía bajo los siguientes presupuestos: a) Los jóvenes se inician en las adicciones porque ignoran lo peligroso que pueden ser. b) Los jóvenes consumen drogas debido a la influencia de factores personales y sociales y c) Los jóvenes no se iniciarán en las adicciones si consiguiera satisfacciones vitales no sólo permitidas, sino estimuladas por la sociedad.

2.2.2 Descripción y forma de aplicación del Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias CHIMALLI-DIF

Este modelo fue creado por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (2003); constituye una adaptación del modelo “Chimalli - Escuelas” del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR); está diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares y dentro de comunidades cerradas.

Sus bases provienen de la aproximación Riesgo-Protección y de la Teoría de la Resiliencia, la cual pone mayor énfasis en el éxito de las personas y las comunidades para enfrentar estresores, crisis y adversidad, es decir, se orienta hacia el incremento de habilidades de protección y resolución de problemas, enseñando al individuo a centrarse en las soluciones y no en los problemas.

El Modelo Chimalli-DIF se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr competencia social, resolución de problemas y adopción de un sentido propositivo en las familias de niñas, niños, y adolescentes, y sus familias. Asimismo, constituye una base o punto de arranque para el desarrollo de materiales preventivos y programas regionales específicos de prevención del uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida, abordando todo esto de forma integral y con la participación de la comunidad misma; ello supone modificar viejos paradigmas para el diseño de los planes de acción o intervenciones preventivas, cambios en nuestras maneras de enfocar el fenómeno y de hacerle frente (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, 2003).

El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios. Este modelo constituye una adaptación del Modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), diseñado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

La intervención se inicia con la reunión de personas en pequeños grupos para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social y de resolución de problemas con un sentido propositivo, considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas.

En la primer área se habla sobre el uso de drogas y conducta antisocial, en donde se les enseña a disfrutar sin drogas, a realizar una meditación activa, a unificar sentimientos, pensamientos y acciones, a desarrollar el sentido de pertenencia y brindar ayuda a un compañero adicto. La segunda área es la que abarca los eventos negativos de la vida, se trabaja con el conocimiento del cuerpo del hombre y la mujer, los tipos de relaciones y la comunicación significativa. Por último, la tercer área se enfoca a los estilos de vida en donde se les fomenta a establecer relaciones sexuales sanas, así como a tener relaciones afecto-protectoras, a que sepan cómo cuidar su alimentación, a conservar la salud, además de la enseñanza de gestiones administrativas y de negociación con el dinero y el trabajo (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, 2003).

Cada una de las sesiones preventivas tiene cuatro momentos básicos, divididos en información, concientización, modelamiento y práctica semanal. En la parte de información se habla sobre factores de riesgo y de protección, en donde se expone el tema y se fomenta la habilidad correspondiente. La concientización se realiza a través de técnicas de reflexión de tipo psicocorporal e información de la vida cotidiana; así mismo el modelamiento se refiere a ejemplificar los tipos de habilidades protectoras, para que al finalizar se realice una práctica semanal, en donde en cada sesión el promotor infantil comunitario especifica una tarea semanal en relación con la habilidad que se pretende moldear.

Actualmente el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus familias, Chimalli-DIF opera en 24 estados de la República: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Aguascalientes, Colima, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán; abarcando 80 municipios, 197 comunidades, en donde 160 redes comunitarias trabajan con 202 grupos con 5398 niñas, niños y adolescentes, y 94 grupos con 2926 adultos y padres de familia (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, 2003).

2.2.3 Descripción y forma de aplicación del Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria, “Yo quiero, yo puedo”

Elaborado por el Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población, IMIFAP (2003) el programa favorece el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, con el fin de prevenir problemas de educación y salud. Se aplica en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores ya que son ellos los replicadores del programa. Su objetivo es desarrollar en los niños y las niñas habilidades que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, con la intención de prevenir las conductas antisociales como lo es el abuso de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el IMIFAP (2003) para replicar el programa el personal capacitado se apoya en la serie de libros del modelo, que abarcan desde preescolar hasta tercero de secundaria. La serie cuenta con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para

docentes, de nivel preescolar y primaria, así como tres videos que presentan propuestas educativas.

En un estudio realizado por Pick y Givaudan (2006) comentan la forma de aplicación del programa, la cual se basa en la reflexión, la capacidad de análisis y de pensamiento crítico, así como la iniciativa y la creatividad. Esas habilidades son aplicadas a diferentes situaciones sentando las bases para el inicio de las actividades del programa. Los contenidos y actividades de “Yo quiero, yo puedo” han sido diseñados para aplicarse a distintos entornos culturales y sociales. Las actividades que se incluyen son acordes al nivel de desarrollo, intereses y necesidades de cada grado escolar.

En el reporte anual de la institución correspondiente al año 2012, se puede observar que más del 90% de los participantes rechazaron sustancias dañinas como el alcohol y las drogas ilegales, así mismo 60% de los participantes muestran aumentos en conocimientos (39%) en actitudes favorables hacia la prevención del uso de sustancias (20%); 78% de los participantes reporta replicar lo que ha aprendido. Los participantes demostraron además un mayor conocimiento acerca de las adicciones, de disposición al cambio, auto-eficacia y capacidad de expresar sus sentimientos (IMIFAP, 2003).

2.2.4 Descripción del Programa de prevención de habilidades sociales Dejando huellitas en tu vida

De acuerdo con Gutiérrez, Villatoro, Gaytán y Álamo (2009) es un programa de prevención para niños y niñas de 1° a 4° grado de primaria del Sistema Educativo Nacional, privado u oficial, que pretende reforzar sus habilidades sociales, detectando y atendiendo los problemas de salud mental en ellos; involucrando directamente a padres, maestros y profesionales de la salud. Las bases conceptuales del programa son: contexto social, desarrollo psicosocial, el modelo cognitivo conductual y habilidades sociales.

Trabaja con cuatro cuadernillos, los cuales contienen actividades adicionales, que van de cinco a nueve por cada cuadernillo, presentadas en dos bloques para cada uno; y con cinco carteles, los cuales retoman la temática. A través de este material los niños comparten una serie de aventuras con un conejo llamado “Huellitas”, abordando diferentes temas,

elaborados de tal forma que los niños entienda su contenido y les permita reflexionar sobre sí mismos y su entorno.

Su aplicación consiste en trabajar cada mes con un cuadernillo diferente y cada uno de los temas que aparecen en éstos se reforzará con aproximadamente dos actividades adicionales. Al igual que se colocará cada mes un cartel dentro del salón de clases y la escuela, cuyo contenido estará relacionado con el cuadernillo correspondiente, de esta forma se estarán fortaleciendo también los temas trabajados.

Al inicio de la intervención, realiza una evaluación a los grupos sobre sus habilidades sociales y algunos otros aspectos que se manejan en los cuadernillos.

Gutiérrez et al. (2009) mencionan que una vez realizada dicha evaluación, se espera una semana para entregar a los niños el primer cuadernillo, para posteriormente pasar a los otros, enseguida se muestran cada uno de los cuadernillos:

1. “La Gran Aventura”, junto con el primer cartel: “¿Qué rayos es MIPCA?”.
2. “Juguemos a detectives”, con el cartel “MIPCA y los detectives”.
3. “Bienvenidos al circo”, se coloca el tercer cartel: “MIPCA en el circo”.
4. “Yo podría ser diferente”, “MIPCA vs. Discriminación”.
5. Después de un mes de haber trabajado con el último cuadernillo, se pega el quinto y último cartel “¡MIPCA!”.

Al terminar un cuadernillo, durante las siguientes dos semanas del mes, se sugiere programar un día a la semana para crear pequeños espacios de aproximadamente entre 60-90 minutos. Esto se repite para cada uno de los cuadernillos, modificando las actividades y de acuerdo con los temas que aborde el cuadernillo que se haya entregado.

APLICACIÓN DEL MODELO “DEJANDO HUELLITAS EN TU VIDA”

3.1 Descripción del programa

El programa “Dejando Huellitas en tu Vida” fue elaborado por Gutiérrez, Villatoro, Gaytán y Álamo (2009) el modelo trabaja desde la prevención, enfocado en niños y niñas de 1º a 4º grado de primaria del Sistema Educativo Nacional, privado u oficial, que pretende reforzar sus habilidades sociales, detectando y atendiendo los problemas de salud mental en ellos; involucrando directamente a padres, maestros y profesionales de la salud.

La elaboración del programa comenzó a partir de los resultados que encontraron los autores en las encuestas aplicadas a la población escolar de la Ciudad de México y de otros estados del País; así como las encuestas nacionales de adicciones, ya que en ellas observaron una problemática importante en las nuevas generaciones de adolescentes, entre las que se encuentra que la edad de inicio del consumo de las diversas drogas ha disminuido paulatinamente, que el consumo de algunas drogas se ha venido incrementando, especialmente la mariguana, y otros problemas de salud mental (Medina-Mora, 2003, Villatoro, 2004, citado en Gutiérrez et al., 2009).

Su propuesta va encaminada en incidir en una mejor salud mental de las futuras generaciones, ya que para los autores, el avance tecnológico, los conflictos políticos, una creciente falta de fe y una menor credibilidad inciden en la decisión de empezar el consumo de una sustancia.

Las aplicaciones recientes de este programa muestran resultados favorables, tal es el caso realizado por Gutiérrez y Villatoro (2012) los cuales encontraron que después de la intervención de los programas de prevención los niños y las niñas habían desarrollado una mejor asertividad en sus relaciones, habían aumentado su autoestima, sus conductas positivas, tenían mejor manejo de emociones, mayor tolerancia a la frustración, y menos discriminación a los otros; esto fue respaldado por los comentarios realizados por los maestros hacia los aplicadores, lo cuales observaron los cambios en conductas claras como la disminución de burlas, comportamientos discriminatorios, se preocupaban por los

estados emocionales de los compañeros así mismo los familiares de los niños recibieron una plática para que en casa reforzarán el trabajo positivo que se había llevado a cabo.

Otra de las aplicaciones con resultados favorables son las realizadas en Tlaxcala (2008) y D.F (2009) en donde se puede observar una mejora en el ambiente escolar, se promovieron positivamente las habilidades sociales logrando con ello una disminución en robos y agresiones entre compañeros y un aumento en conductas prosociales, también se logró promover estilos de vida más saludables (Gutiérrez, Villatoro, Gaytán, Sandoval y Sánchez, 2010)

3.2 Bases teóricas del programa

Contexto Social

Gutiérrez et al., (2009) consideran que el contexto social en el que se desenvuelve un niño impactará en la decisión de tomar o no sustancias psicoactivas, por ello toman en cuenta los factores de riesgo y protección durante la intervención para que cuando los niños lleguen a la adolescencia cuenten con herramientas que les permitan enfrentar y actuar de la manera más adecuada ante el consumo de sustancias.

Un factor de riesgo de suma importancia, que en el modelo se menciona es el cambio en la dinámica familiar, el cual en los últimos 40 años ha traído consecuencias en el tema de las adicciones, debido a que un gran número de mujeres han tenido que salir a trabajar para cubrir las necesidades básicas de su familia, afectando la convivencia con los hijos y de este modo facilitando que los menores se vean expuestos a múltiples factores de riesgo que los orillen a consumir alguna droga.

Desarrollo Psicosocial

Referente al desarrollo psicosocial nos mencionan que en la preadolescencia y adolescencia son más vulnerables ante ciertas situaciones de riesgo, ya que en estas etapas empieza a desarrollarse una mayor independencia y autonomía, y así adquirir una identidad propia. También es cuando se acrecienta la susceptibilidad frente a las influencias sociales, de tal forma que si el uso de sustancias psicoactivas (fumar, beber, etc.) van con las normas del grupo de amigos, existe el riesgo de una dependencia a este grupo y se incrementa la

probabilidad de que el joven ceda a la presión por consumir (Macía, 1998 citado en Gutiérrez et al., 2009).

Así mismo señalan que los individuos con problemas de socialización, que carecen de habilidades sociales para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad; son personas claramente identificables como de “alto riesgo” para iniciar el consumo de drogas. Santacreu y Froján (1994 citado en Gutiérrez et al., 2009) afirman que probar alguna droga, en especial las ilegales, no es otra cosa que un intento más de solución en la vida del adolescente en su lucha por conseguir unas fuentes de refuerzo alternativas a las ofrecidas por el mundo de los adultos.

Modelo Cognitivo Conductual

El programa se apoya principalmente en elementos que trabajan Albert Bandura y Aaron Beck, estos autores se enfocan en dos teorías psicológicas; la teoría de la conducta y aprendizaje y la teoría cognitivo conductual.

De acuerdo con Bandura (1978 citado en Gutiérrez et al., 2009) la conducta humana se debe a una relación recíproca que implica factores conductuales, cognoscitivos y ambientales. Los tres factores operan como determinantes entrelazados entre sí; aunque los estímulos ambientales influyen en la conducta, los factores personales individuales tales como las creencias y las expectativas también influyen en la manera en que nos comportamos; y es aquí donde parte del programa de prevención empieza a trabajar.

Esto quiere decir que los niños al estar haciendo algún comportamiento, también lo están pensando, por lo tanto sus pensamientos influyen en el modo en que su conducta es afectada por el ambiente.

Los autores también tomaron a algunos elementos que propone Aaron Beck, para la elaboración del diseño y organización de las actividades utilizadas en el programa, el autor propone, a través de la terapia cognoscitiva, experiencias de aprendizaje específicas. Asimismo, en el desarrollo de los cuadernillos y sus actividades, hacen uso de algunas técnicas cognoscitivas.

Por otro lado, investigaciones que han abordado la problemática de consumo de sustancias (Barkin, 2002; Hawkins, 1999 y Adalbjarnardottir, 2000 citado en Gutiérrez et al., 2009) encontraron que una intervención temprana en el desarrollo de habilidades fortalece los factores de protección de los niños y seguramente tendrá un mayor impacto que una intervención tardía pues cambia la trayectoria de la vida del niño facultándolo para hacer frente saludablemente a los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas. Es decir, mientras más temprano se realice la prevención, su terapéutica será más accesible y efectiva.

Habilidades Sociales

El interés por las habilidades se debe a que buscan promover en el niño respuestas prosociales ante situaciones de riesgo a las que pueden estar expuestos cuando llegan a etapas posteriores, tratando de fortalecerlos y ayudarlos para que sean capaces de desarrollar respuestas asertivas.

El niño se desarrolla en el entorno social, por tanto, necesita habilidades para poder adaptarse al medio y obtener el mayor provecho, esto tiene que ver con su capacidad para afrontar las diferentes situaciones sociales que se le presentan. Cuando el niño cuenta con dichas habilidades se dice que es capaz de pedir ayuda cuando lo necesite, compartir sus emociones, expresar sus deseos, ser perseverante en sus objetivos, defender sus opiniones, crear y mantener un círculo de amigos, alcanzar sus metas, etcétera (Acero, 2002 citado en Gutiérrez et al., 2009).

El desarrollo de estas habilidades, son el resultado del aprendizaje a lo largo de la interacción, ya que los niños observan e imitan a los miembros de su familia, amigos, maestros, es decir su entorno social. Las habilidades sociales en el área de prevención, son una estrategia que incorpora conocimientos y crea habilidades de promoción en diferentes áreas del desarrollo en los niños es por eso su importancia.

3.3 Temas y forma de trabajo

Se trabaja con cuatro cuadernillos, los cuales contienen actividades, presentadas en dos bloques para cada uno; con cinco carteles, los cuales retoman la temática, elaborados de tal forma que los niños entiendan su contenido y les permita reflexionar sobre sí mismos y

su entorno. Lo que hace diferente a este modelo es su personaje, un conejo llamado “Huellitas”.

Las áreas que comprenden los cuadernillos están diseñadas para que permitan a los niños darse cuenta y reconocer sus emociones; además, se enfocan a situaciones de la vida diaria, promoviendo un factor de protección al ayudarlos a tomar mejores decisiones en su vida.

Su aplicación consiste en trabajar cada mes con un cuadernillo diferente y cada uno de los temas que aparecen en éstos se reforzará con aproximadamente dos actividades adicionales, las cuales se trabajarán durante el mes, con el fin de que los niños tengan más opciones y elementos que refuercen cada tema, también se colocará cada mes un cartel dentro del salón de clases y la escuela, cuyo contenido estará relacionado con el cuadernillo correspondiente, de esta forma se estarán fortaleciendo también los temas trabajados.

Al terminar un cuadernillo, durante las siguientes dos semanas del mes, se sugiere programar un día a la semana para crear pequeños espacios de aproximadamente entre 60-90 minutos, esto con la finalidad de reforzar los mensajes y actividades del cuadernillo con las actividades adicionales, facilitando la interacción y participación del niño. Esto se repite para cada uno de los cuadernillos, modificando las actividades y de acuerdo con los temas que aborde el cuadernillo que se haya entregado.

Al inicio de la intervención, es importante realizar una evaluación a los grupos sobre sus habilidades sociales y algunos otros aspectos que se manejan en los cuadernillos. Una vez realizada dicha evaluación, se espera una semana para entregar a los niños el primer cuadernillo, para posteriormente pasar a los otros, enseguida se muestran cada uno de los cuadernillos y lo que trabaja cada uno.

3.3.1 La gran aventura

En este primer cuadernillo se trabaja y fortalece en los niños, aspectos internos (planeación de metas, conductas y actitudes positivas, la autoestima y la asertividad) que les permitirán expresar sus sentimientos, actitudes, deseos opiniones y derechos de manera adecuada ante las circunstancias, con la finalidad de que reflexione sobre su forma de

pensar y actuar frente a ciertas situaciones o problemas sociales, logrando afrontar ciertos conflictos de manera inteligente y eficaz.

Con el cuadernillo se busca involucrar a los niños en una aventura donde conocerá cuatro diferentes lugares del planeta. Acompañados por Huellitas, analizarán distintos aspectos de sí mismo en cada uno de estos lugares. Encontrando pequeñas soluciones ante las diferentes situaciones que se les van presentando. Sin dejar a un lado las actividades en donde podrán trabajar en conjunto con sus padres o algún familiar, con la finalidad de abrir un espacio de convivencia entre ellos, para involucrarlos de manera positiva, en las tareas que están desarrollando sus hijos.

Las actividades que se encuentran en este cuadernillo son:

Metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo

Actividad 1 “El cofre”. El objetivo es fortalecer, la habilidad de toma de decisiones, a partir del establecimiento de metas o de objetivos, mediante el análisis de necesidades, dificultades y recursos para lograr dichas metas.

Actividad 2 “El mapa del tesoro”. Mediante el planteamiento de una meta, el niño sea capaz de establecer ciertos pasos a seguir para lograrlo. Acercándolo, mediante un sencillo ejercicio, a los conceptos de organización y planeación.

Conductas y actitudes positivas

Actividad 3 “Pares de figuras”. Que el niño logre distinguir las actividades negativas y positivas en función de la relación que tiene con los demás; para después, analizar sus propias acciones y actitudes frente a situaciones vinculadas con las relaciones interpersonales.

Autoestima

Actividad 4 “Mensaje en el espejo”. Resalta la definición de autoestima como algo muy valioso que debemos fortalecer constantemente.

Actividad 5 “Pizza”. El objetivo de esta actividad es llevar al niño a reflexionar sobre sus habilidades; así como a identificar en las que debe prestar más atención con el fin de desarrollarlas hacia algo positivo, nunca como defectos.

Asertividad

Actividad 6 “Señales de tránsito”. Su objetivo es que el niño reflexione sobre su manera de responder frente a ciertas situaciones que le son familiares y pudieran hacerle sentir enojo o frustración; llevando éstas a su propia experiencia y buscando ejemplos similares dentro de su vida cotidiana.

Actividades para desarrollar con la familia

Actividad 7 “Juego de palabras”. Esta actividad consiste en organizar una serie de palabras para encontrar la frase escondida. Dicha frase refuerza el papel de la familia como valor primordial para el apoyo y desarrollo de las habilidades del niño.

Actividad 8 “Laberinto”. La actividad consiste en encontrar, dentro de un laberinto, el camino correcto que nos guíe hacia el tesoro. Refuerza la noción de trabajo y esfuerzo para lograr lo que cada quien se propone, aunque puedan aparecer barreras que dificulten el trayecto para lograrlo.

A continuación se muestran las actividades complementarias de este módulo:

Actividad 1 “Planea tu vida para llegar a la meta”. Se basa en un problema que se le presenta a Huellitas: no sabe patinar. Este planteamiento permite enseñar a los niños que la organización y planeación es una estrategia útil para obtener algo que desean.

Actividad 2 “Las conductas positivas son un gran tesoro”. Esta historia se desarrolla a partir de que Huellitas encuentra el mapa del tesoro, enseñándoles que el mejor tesoro que cada uno tiene son sus actitudes y conductas positivas (respetar, ayudar, entender a los demás, etcétera).

Actividad 3 “Tú no eres sólo una hoja, eres todo un árbol”. Esta actividad trata de destacar la importancia que cada persona tiene, y resalta el hecho de que cada persona tiene cualidades únicas y diferentes. De esta manera se comienza a trabajar la autoestima.

Actividad 4 “¿Y cómo te sientes hoy?”. Esta actividad trata de la importancia de expresar los sentimientos para obtener una comunicación favorable con el entorno y, por otro lado, el desarrollo de la asertividad.

Actividad 5 “Buscando soluciones”. En esta actividad se trabaja la tolerancia a la frustración dirigida a las actitudes positivas.

Actividad 6 “El regalo para mamá”. Esta historia permite seguir con la idea de reafirmar la noción de planeación de metas en los niños, enseñándoles a realizar los pasos organizados y así alcanzar sus propósitos.

Actividad 7 “¿Y tú, cómo te relacionas con la gente?”. En esta actividad se vuelve a trabajar con las conductas o actitudes positivas.

Actividad 8 “Descubriendo quién soy”. Inicia con un cuento sobre la tortuguita Chopecas que se siente mal consigo misma al darse cuenta que unas materias se le dificultan más que otras, a pesar de ser muy estudiosa y responsable, a través de este relato se les enseña que pueden tener habilidades para unas cosas, pero que para otras les pueden costar más trabajo. Sin embargo, con esfuerzo y dedicación puede mejorar en eso que se le dificulta; reforzando de esta manera el trabajo con la autoestima y la tolerancia a la frustración.

Actividad 9 “La tienda de Francisco”. Refuerza el tema de la asertividad y les enseña que las demás personas deben respetar sus decisiones siempre y cuando sean las correctas y no les causen ningún daño a ellos o a otras personas.

3.3.2 Juguemos a detectives

El tema central del segundo cuadernillo va enfocado a que identifique y se proteja de los diferentes tipos de abusos (físico, psicológico y sexual), usando como principal herramienta las habilidades sociales.

Cuando los niños sufren algún tipo de abuso, suelen desarrollar problemas a nivel emocional, debido a que no saben cómo actuar ante tal situación, además de que en la mayoría de los casos, los agresores son personas cercanas a ellos y esto les provoca sentimientos encontrados (vergüenza, miedo, culpa, desconfianza, etc.). No logran

distinguir si es correcto o no lo que les hacen; además, muchas veces no saben con quién acudir y, por lo general, en más de una ocasión no se atiende de forma adecuada (Papalia y Besten, 1997 citado en Gutiérrez et al., 2009). Asimismo, el abuso puede afectarles en su desarrollo psicológico y salud mental, generando consecuencias que pueden manifestarse en: depresión, intento de suicidio, adicciones, baja autoestima, aislamiento social o dificultad para relacionarse, ansiedad, entre otras.

Las habilidades sociales proporcionan elementos que les permiten iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar peticiones, expresar opiniones personales, manifestar amor, agrado, afecto, expresar sentimientos negativos, desacuerdos, etcétera, lo cual es de gran utilidad para prevenir y defenderse de los diferentes tipos de abuso (Ballester, 2002 citado en Gutiérrez et al., 2009). Es por ello que en este cuadernillo se refuerzan algunas habilidades para que puedan identificar y protegerse de estas situaciones de abuso; teniendo la suficiente confianza en sí mismos para que conozcan sus derechos, sepan cómo defenderlos e identifiquen a las diferentes personas en las que pueden confiar y otorgarles seguridad.

En este cuadernillo, Huellitas es detective y ayudará e involucrará al niño para prevenir y protegerse del abuso, siguiendo seis pistas. Además, identificará los distintos tipos de abuso y encontrará algunas pistas para poder detectarlos; por otra parte, aprenderá a pedir ayuda a las personas que lo quieren y que lo respetarán. Es importante que antes de comenzar a trabajar con este cuadernillo el Aplicador coloque la lámina del cuerpo humano en el pizarrón, en la cual están dibujados el cuerpo de una niña y el de un niño; esto con el fin de que juntos revisen las partes del cuerpo.

Las actividades en este cuadernillo son:

Ubicación y reconocimiento de personas en quienes confiar

Pista 1 “Identificando a tus aliados”. El objetivo es que el niño identifique a las personas en quienes puede confiar. Si necesita ayuda es posible que acuda con las personas en quienes confía, y a quienes identificará a partir de este momento como su (Equipo de detectives).

Identificación de sensaciones personales: agradables y desagradables

Pista 2 “Identificando sentimientos”. Su objetivo es que el niño aprenda a detectar las situaciones que lo hacen sentir bien y aquellas que lo hace sentir mal, y fomentar que exprese sus sentimientos con las personas en las que confía; es decir, con su (Equipo de detectives).

Pista 3 “Recordando a tus aliados”. Se busca lograr que el niño confíe en su (Equipo de detectives) cuando se sienta inseguro ya sea en el ámbito familiar, escolar o social, recordándole que él es muy importante.

Pista 4 “Detectando el peligro”. El objetivo es que identifique y tenga muy claro las cosas que le incomodan y lo hacen sentir mal, y que puede tener varias opciones para solucionar su situación y se pueda sentir mejor; además de que puede pedir ayuda a alguien de confianza o a su (Equipo de Detectives) y no pasar por esa situación solo.

Concepto y tipos de secretos: positivos y negativos

Pista 5 “Los secretos” El objetivo es que sepa identificar y seleccionar qué secretos se deben guardar y cuáles no.

Concepto y tipos de abuso: físico, sexual y psicológico

Pista 6 “Formas de abuso”. Que el niño conozca e identifique lo que es un abuso, reflexione sobre su manera de actuar frente a ciertas situaciones que lo incomodan y sepa pedir ayuda a las personas en quien confía.

Actividades para desarrollar con la familia

Pista 7 “Agenda secreta”. Esta actividad consiste en escribir todos aquellos teléfonos de las personas importantes para ellos y que pudieran apoyarlo ante alguna emergencia.

Pista 8 “Sopa de letras”. En esta actividad deberá buscar en una sopa de letras 10 palabras como: confianza, cariño, enojo, tristeza, felicidad, abrazo, gritos, insultos, ayuda, abuso. Lo cual le permitirá recordar lo aprendido en este cuadernillo.

Como en el cuadernillo anterior se mencionaran las actividades complementarias:

Actividad 1 “¿Alguna vez te ha pasado?”. En esta actividad se busca concientizar a los niños del abuso físico y psicológico que pueden recibir por parte de sus compañeros de escuela, amigos, familiares o conocidos. Esto con la finalidad de alentarlos a expresar su inconformidad.

Actividad 2 “¿Cómo te sientes?”. Se enfoca en ayudarlos a identificar sus sentimientos y emociones tanto positivas como negativas, como alegría, tristeza, aburrimiento, entusiasmo, enojo y miedo; así como los momentos o situaciones que los provocan.

Actividad 3 “Las cosas que no podemos ver”. Pretende explicarles el maltrato psicológico, para que ellos lo puedan identificar y puedan hacer algo al respecto.

Actividad 4 “Conociendo nuestro cuerpo y derechos en la playa”. Se trabaja nuevamente la prevención del abuso sexual, resaltando la importancia de que reconozcan y cuiden cada parte de su cuerpo incluyendo sus genitales (partes privadas).

Actividad 5 “El armario de la abuela”. Aborda el tema de la violencia física en casa como forma de educación y enseña a los niños que esta estrategia no es la mejor opción.

Actividad 6 “¡Di lo que sientes!”. También aborda el tema del abuso sexual hacia los niños. Como en las demás actividades se les anima, en primera instancia, a externar lo que sienten en ciertas situaciones.

Actividad 7 “¿Sabes cuántas casas tienes?”. En esta actividad se trabaja la prevención del abuso sexual, por medio de habilidades como la expresión de sentimientos, la comunicación con las personas a las que más confianza se tiene, conocido como el “Equipo de Detectives”, el respeto hacia el propio cuerpo y la capacidad de decir No. De manera didáctica se les enseña que deben cuidar de su cuerpo, y se hace una analogía entre su cuerpo y su casa, a la que tienen que proteger y cuidar.

Actividad 8.”¡No tengo amigos!”. En esta actividad también se refuerza el tema de maltrato psicológico y esta vez se centra en el maltrato causado por adultos o familiares adultos.

3.3.3 Bienvenidos al circo

El tercer cuadernillo va enfocado a que el niño trabaje aspectos para mejorar su relación con el entorno (familiar, escolar y social); es decir, que establezca una adecuada socialización.

Busca fomentar el desarrollo, herramientas y habilidades para el apego escolar y un sentido de pertenencia e identidad del niño con la escuela para fortalecer factores de prevención, trabaja la comunicación familiar y la repartición de actividades o quehaceres cotidianos en el hogar de una forma equitativa, trata de proporcionar a los niños habilidades para el manejo de emociones negativas, como el afrontar el estrés; esto es mediante el autocontrol en los momentos que se sienta enojado o triste y el desarrollo para postergar la gratificación de sus necesidades. Asimismo, se trabaja el manejo de la ansiedad o miedo, a través de la autorrelajación, de tal forma que sea capaz de asumir cierta dosis de frustración.

En seguida se muestran las actividades de este cuadernillo, al igual que las actividades complementarias.

Comunicación familiar

Actividad 1 “Nuestras responsabilidades”. El objetivo es que el niño identifique las responsabilidades y obligaciones que cada quien desempeña dentro de su familia, y lo benéfico que es respetarse y apoyarse entre ellos.

Actividad 2 “Aprender a comunicarnos”. En esta actividad se busca reconocer la importancia de la comunicación familiar y fortalecerla, una vez que el niño ha detectado la responsabilidad que tiene dentro de su casa.

Apego escolar

Actividad 3 “El regreso a clases de Firulina”. Su objetivo es que el niño identifique la importancia de asistir a la escuela, ayudándolo a reflexionar en los beneficios que obtiene al estar en ella, promoviendo el apego escolar.

Actividad 4 “La diferencia”. A través de esta actividad se le mostrará, de forma divertida, la diferencia de hacer la tarea en un lugar apropiado y en un lugar inapropiado, intentando provocar en ellos reflexión sobre lo que quieren para sí mismos.

Tolerancia a la frustración

Actividad 5 “La actuación de Firulina”. El objetivo es que aprenda a controlarse cuando no le salen las cosas como quisiera (tolerancia a la frustración), recordando que cuando sea necesario puede y debe pedir ayuda a sus seres queridos (Equipo de Detectives) y no sentirse solo.

Autocontrol de emociones

Actividad 6 “Un acto de magia”. El objetivo es que identifique cuándo se siente tenso, ansioso o preocupado y aprenda a controlar estas emociones.

Actividades para desarrollar con la familia

Actividad 7 “Atrévete”. Esta actividad se convierte en juego y convivencia con la familia.

Actividades Complementarias

Actividad 1 “¡Sorpresa!”. Esta actividad tiene como objetivo reforzar en los niños la comunicación familiar.

Actividad 2 “¡El gran día!”. Refuerza el apego escolar a través de la motivación hacia las actividades y situaciones relacionadas con la escuela, además le ofrece algunas recomendaciones para mejorar su rendimiento escolar como poner atención, preguntar, ser paciente, etc.; por otro lado, resalta la importancia de algunos hábitos como estudiar, comer bien, hacer deporte, dormir temprano, ayudar a los demás y respetar a la naturaleza.

Actividad 3” ¿Unos Patines?”. Trabaja la respuesta que han dado en relación con la frustración o el enojo, fomentando la tolerancia y la asertividad

Actividad 4 “De paseo por la feria”. Está pensada para trabajar el control de emociones, por medio de técnicas de relajación como una habilidad que ayude en la tolerancia a la frustración y poder sobrellevar o controlar algunos sentimientos como el miedo, la ansiedad, etcétera.

Actividad 5 “¿Conoces tu árbol?”. En esta actividad se les ayudará a los niños a conocer mejor a su familia.

Actividad 6 “El primer día de clases”. Fomenta el apego escolar.

Actividad 7 “¿Dónde están las joyas?”. Esta actividad se enfoca en reforzar hábitos que les ayudarán a aprovechar mejor la escuela.

Actividad 8 “El día de Campo”. Con esta actividad se continúa trabajando la tolerancia a la frustración y el control de emociones.

Actividad 9 “Controlando mi enojo”. Esta actividad tiene como objetivo principal que los niños aprendan a controlar sus emociones, en especial el enojo.

3.3.4 Yo podría ser diferente

El tema central de este cuadernillo va enfocado a que el niño identifique y comprenda el concepto de discriminación, desde la perspectiva de ser discriminado y discriminar a los otros; es decir, sensibilizarlos mediante el aprendizaje de habilidades que promuevan el concepto de igualdad, fortaleciendo el respeto a los demás y a sí mismos. Todo esto logrado a través de escuchar y reconocer las emociones de los demás; así como la aceptación de sí mismos, la expresión de sus emociones y el poder solicitar a otros un cambio de conducta cuando algo les está molestando o haciendo daño. Por otro lado, también se trabaja con el autoconcepto, debido a que las percepciones, creencias y actitudes que cada persona tiene sobre sí misma influye considerablemente en su comportamiento (Dörr, 2005 citado en Gutiérrez et al., 2009), y esto se encuentra muy relacionado con la discriminación.

Las actividades del cuadernillo se describen a continuación.

Discriminación

Actividad 1 “La historia de Casimiro”. El objetivo es que a través de las conductas de Casimiro (personaje de una de las historias), el niño identifique, ubique y reflexione sobre las actitudes de discriminación y lo que conlleva esto.

Actividad 2 “¿Qué es discriminación?”. Después de haber visto varias situaciones de discriminación, aquí se intenta que el niño conozca e identifique el término de discriminación.

Autoconcepto: percepción de las propias capacidades y habilidades

Actividad 3 “Diferencias vs. Semejanzas”. Su objetivo es reforzar la percepción que tiene de sí mismo, en relación con otras personas. Además, se trabaja con su comprensión del concepto de igualdad.

Actividad 4 “El camino”. En esta actividad se pretende que el niño refuerce y asimile el concepto de discriminar y de discriminación, y que aprenda que lo más importante es quererse, aceptarse y respetarse a sí mismo y a los demás, no importando sus diferencias.

Actividades para desarrollar con la familia

Actividad 5 “El arco iris”. Deberá encontrar una palabra escondida, que ha sido clave durante todo el cuadernillo. El niño debe continuar coloreando de acuerdo con la correspondencia de cada número. Una vez que haya coloreado todos los números con su respectivo color, podrá leer la palabra escondida “RESPECTO”.

Actividad 6 “Una nueva historia”. Se intenta que aplique lo aprendido en el cuadernillo, mediante la elaboración de una historia, utilizando como guía algunas palabras clave que se trabajaron a lo largo de este cuadernillo. Las palabras clave son: Respeto, Amor, Cualidades, Amigos, Diferencias, Observar, Criticar, Familia, Valorar y Rechazar.

Actividades complementarias.

Actividad 1 “¿Por qué somos diferentes?”. Esta actividad refuerza la tolerancia que se debe tener ante las diferencias físicas, económicas o sociales de las personas. Los niños aprenderán a respetar y aceptar a la gente que no comparte las mismas cualidades o apariencia física. Pero también aprenderán que nadie tiene derecho a rechazarlos por el hecho de ser diferentes.

Actividad 2 “Y tú, ¿cómo te consideras?”. Esta actividad trabaja el autoconcepto, ayudándoles a reconocerse como personas que tienen virtudes y errores, lo que contribuye a que se acepten y tengan un concepto o imagen positiva de sí mismos.

Actividad 3 “¿Has hecho sentir mal a alguien por ser diferente?”. Sigue reforzando la tolerancia y respeto entre personas con diferencias, ya sean físicas o de pensamiento, a través de habilidades para no tener conductas discriminatorias.

Actividad 4 “El castillo de los Espejos Mágicos”. Esta actividad trabaja el tema del autoconcepto y aceptación de sí mismo. Es una historia en la cual les otorga una introducción sobre lo que es la autoimagen, incluyendo la apariencia o aspecto físico, por un lado, y, por otro lado, el cómo se comporta y cómo se sienten, mostrándoles que estas dos cosas se complementan y forman parte de su personalidad.

Actividad 5 “¿Cómo soy?”. Se sigue buscando reforzar la autoaceptación y se les explica a los niños los roles o papeles que desempeñan en su familia y en la sociedad.

MÉTODO

Como hemos visto, un tema de gran relevancia desde la década de 1970 ha sido la prevención de adicciones, derivado de los diversos problemas sociales y de salud que genera la drogadicción. Así como la sociedad se ha transformado a lo largo de nuestra historia, el consumo de las sustancias psicoactivas también ha sufrido cambios, ya que antes era solamente la población marginal la que consumía este tipo de sustancias. Sin embargo en nuestros días este consumo se da en todas las clases sociales, además de que se ha observado un decremento en la edad de inicio de consumo, afectando desde los 8 años de edad.

En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas. Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. A nivel mundial, se calcula que entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita (UNODC, 2014).

En México existen datos estadísticos relevantes por cada droga consumida por la población, en el caso del tabaco de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2014), se estima que son 17.3 millones de fumadores. Teniendo una mayor presencia en el D.F en donde 3 de cada 10 personas entre los 12 y 65 años de edad fuman, la edad de inicio de consumo es a los 12 años. Como consecuencia existen datos que señalan que el tabaco provoca cáncer de pulmón, boca, faringe, entre otros, así como enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del corazón, derrames cerebrales y embolias.

Referente al alcohol la ENSANUT (2012) muestra una prevalencia en los adolescentes del 25%, estudios como los de Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) muestran que la edad de inicio de consumo de alcohol en México es entre los 14 y 18 años, sin embargo dos años después, el estudio de Ramírez y Andrade (2005) dicen que la edad de inicio se redujo a los 8 años. Los efectos negativos de la ingesta de alcohol se ven reflejados en diversos órganos como el estómago, hígado, riñones, corazón y sistema nervioso. Las enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado son la cirrosis

hepática y padecimientos cardiacos; cabe señalar que quienes se inician en el abuso del alcohol a edades muy tempranas tiene una expectativa de vida de 5 y 10 años menor de lo normal.

En cuanto a la cocaína y el crack la ENA (2011) muestra que este tipo de sustancias fue la de mayor prevalencia con un 0.5%. Así mismo Cruz (2009) menciona que el inicio de consumo empieza entre los 8 y 10 años de edad. Los daños generados son problemas en el sistema circulatorio, nervioso, perforaciones en el tabique nasal, debilidad física y problemas en el corazón.

Las anfetaminas y metanfetaminas en México ocupa uno de los primeros lugares en consumo de acuerdo con el World Drug Report (2012) con rangos del 0.3 al 1.2 % dándose principalmente en las regiones del norte y occidente de México. La edad de inicio de consumo de acuerdo con el Consejo Nacional de Adicciones (2014) es los 14 años. Algunos de los efectos y daños que producen son problemas en el sistema nervioso, agresividad, paranoia, problemas físicos, alteraciones cardiacas y trastornos alimenticios.

De acuerdo con el Instituto para el Estudio de las Adicciones (2003) y la Facultad de Psicología (2013) refieren que en el caso del éxtasis el 0.1 % de los mexicanos lo consume, la edad en la que se empieza a consumir es a los 12 años, concentrándose en los jóvenes de entre 17 y 30 años de edad. Algunos de los daños relacionados con su consumo son los cambios en el comportamiento de la persona, problemas musculares y cardiacos, así como alteraciones en la capacidad de concentración y coordinación, entre otros.

Los derivados del opio tienen como consecuencia enfermedades como el VIH y Hepatitis C. El hecho de compartir equipos de inyección expone especialmente a quienes se inyectan drogas a estas enfermedades, otras de las consecuencias son problemas en el sistema nervioso y respiratorio, así como trastornos alimenticios por la desnutrición que provoca, además de sufrir trastornos emocionales y de comportamiento. En México, de acuerdo con la Velasco (2014) la edad de inicio para consumir este tipo de sustancias se da alrededor de los 10 años, en la actualidad el 0.5% de la población en el país consume algún derivado del opio.

Nuestro país se encuentra entre los lugares con prevalencias más altas en el uso de tranquilizantes y sedantes, con un porcentaje de 7.8 en donde la edad de inicio se da a los 12 años. Las consecuencias negativas son parecidas a los que producen los derivados del opio, como lo son alteraciones en los cinco sentidos, problemas de comportamiento, así como problemas en el sistema respiratorio y nervioso (CONADIC, 2014).

Una de las drogas que se encuentran en auge en la actualidad dentro la población de jóvenes son los inhalables. La ENA (2011) muestra una prevalencia del 40.4% en donde la edad de inicio es entre los 10 y 14 años. Los efectos que produce son agresivos para el cuerpo, entre los que se encuentran los relacionados con el sistema respiratorio y nervioso, así como diversos trastornos de conducta.

Por su parte los alucinógenos en nuestro país, de acuerdo con Tavera y Martínez (2008) se mantienen en un 17.8 % iniciando a la edad de 12 años su consumo. Algunas de las repercusiones son alteraciones en la percepción de la realidad, problemas del corazón, trastornos de la memoria, del sueño, así como deterioro de las relaciones interpersonales y cambios en el estado de ánimo.

Ante este panorama diversas instituciones públicas y privadas han elaborado modelos de prevención de adicciones enfocados en adolescentes y adultos, sin embargo como hemos visto la edad en la que una persona empieza a consumir o tiene el primer contacto con las drogas es a los 8 años de edad. Pero la mayoría de los modelos de prevención de adicciones a nivel universal, que en la actualidad se imparten son deficientes ya que son dirigidos para personas de 12 años en adelante y muy pocos se enfocan a trabajar con personas de edades menores, es decir con niños.

Por lo anterior se decidió investigar y aplicar un modelo de prevención universal, dado que se tiene que trabajar con edades entre los 6 y 10 años, o en su defecto con aquellas personas que no han tenido contacto con alguna sustancia psicoactiva. Uno de los modelos que de acuerdo con su descripción abarca los puntos mencionados es el creado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) llamado “Dejando Huellitas en tu Vida” el cual permite a los niños reconocer y expresar su emociones, trabajando con el cuerpo mediante aplicación de técnicas de relajación, así mismo trabaja

con sus hábitos dentro de su familia, les permite realizar una reflexión sobre sí mismos y su entorno, fomentando la creación de un proyecto de vida. Además de que mencionan factores que otros modelos no toman en cuenta, como lo son la fe y el cambio en la dinámica familiar.

Objetivos:

- ❖ Elegir un modelo de prevención de adicciones en niños.
- ❖ Aplicar el modelo seleccionado de prevención de adicciones en niños.
- ❖ Evaluar si el programa elegido tiene resultados significativos en el grupo piloto.

Población: Se trabajará con 12 niños de edades entre los 6 y 10 años, provenientes de diversas escuelas (Ángela Peralta, Justo Sierra y Privada) las cuales se ubican en la zona de Tacubaya del Distrito Federal. Los participantes se seleccionarán de manera no probabilística por medio de la convocatoria que realizará la Fundación San Felipe de Jesús, IAP para iniciar el taller que se impartirá en el Centro CAPTA. Los criterios de inclusión refieren a la edad, así mismo se tendrán que dirigir con la persona asignada para su inscripción, entregar la documentación requerida por la fundación, que los padres brinden su consentimiento para que los niños participen en el taller, que tanto niños como papás contesten los instrumentos de medición de en tiempo y forma (pres test y post test) de manera adecuada. Los criterios de exclusión refieren a que el niño no quiera participar en el taller, que haya tenido un primer contacto con alguna droga y que no contesten de manera adecuada los instrumentos.

Materiales: Dentro de los materiales que se utilizaran son lápices, plumas, gomas, colores, plumones, pinturas, tijeras, sacapuntas, hojas de colores, pinceles, platos de plástico, conos de papel, cartulinas, pliegos de cartón, lentejuela, estambre, limpiapipas, grabadora, imágenes impresas, pegamento, cinta, crayolas, láminas del cuerpo, cuadernillos para cada niño, fotos de los participantes, espejo, carteles de cada cuadernillo y manual del aplicador.

Lugar de aplicación: Auditorio de la Fundación San Felipe de Jesús IAP, así como la sala de juntas, en el cuarto de la mesa de trabajo y el patio de la institución.

Sistema de evaluación: Los instrumentos que se aplicaran son los del programa “Dejando Huellitas en tu Vida” que son dos tipos de cuestionarios para niños y niñas, el de Habilidades Sociales y el de Evaluación Final, estos resultados se vaciaran en la base de datos del programa SPSS 21. De acuerdo con los autores, el Cuestionario de Habilidades Sociales mide las conductas de relación de los niños y niñas con su entorno. Este cuestionario se compone de diez áreas: Apego escolar, Asertividad, Autoestima, Conductas positivas, Motivación al logro, Uso de la Agresión, Manejo de emociones, Identificación de emociones, Tolerancia a la frustración y Discriminación. De lo anterior se obtienen seis áreas de habilidades sociales, comunicación/socialización (6 reactivos), autocontrol (3 reactivos), habilidad para planificar (3 reactivos), asertividad (4 reactivos), empatía (5 reactivos) y conocer y expresar los sentimientos (5 reactivos). El Cuestionario de Evaluación Final, consiste en una serie de preguntas que recaban información acerca de la percepción de los niños y niñas hacia el Programa; se les pedirá que den su propuesta para mejorar.

Con los padres de familia (o familiar encargado), se utilizarán dos tipos de cuestionarios. El primero de ellos, es la Ficha de Identificación, donde se les pedirá que llenen un registro para conocer el entorno donde vive el niño o niña y algunos datos sobre los integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo. Esta Ficha de Identificación también es de ayuda para el seguimiento de cada caso. Además, se les pedirá que contesten el Cuestionario para Padres, las áreas que valora éste son: percepción de los padres sobre las habilidades sociales y conductas que poseen sus hijos o hijas, los estilos de crianza que llevan a cabo con sus hijos o hijas.

Y por último para cada una de las sesiones se entregaran los resultados mediante una carta descriptiva, con el objetivo de tener una planeación y al final observaciones de cada una de las sesiones. La carta descriptiva contiene, apartados como son los objetivos generales y los de cada actividad, así como el material y su procedimiento, para finalizar con un apartado en el que se pueden anotar observaciones del desarrollo de la aplicación.

Variables:

ÁREA: CONVIVENCIA Y RELACIONES INTERPERSONALES

HABILIDAD: Escuchar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Poner atención a lo que se oye o dicen los demás.

HABILIDAD: Iniciar y mantener una conversación.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Iniciar a conversar con una o más personas.

HABILIDAD: Dar las gracias.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Comportamiento de cortesía que transmite reconocimiento y amabilidad.

HABILIDAD: Hacer y recibir cumplidos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se expresa el gusto por algún aspecto de la otra persona o alguno de los comportamientos que realiza. Aceptación de logros propios.

HABILIDAD: Pedir ayuda.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se expresa el gusto por algún aspecto de la otra persona o alguno de los comportamientos que realiza. Aceptación de logros propios

HABILIDAD: Iniciar y mantener la interacción.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Comenzar a relacionarse con otras personas a través del juego, la actividad, la conversación y relacionarse durante cierto tiempo que resulte agradable a los interlocutores.

ÁREA: AUTOCONTROL Y ASERTIVIDAD

HABILIDAD: Empezar el autocontrol

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Capacidad para regular los propios impulsos y reacciones para actuar de acuerdo con lo que se desea evitando las consecuencias negativas.

HABILIDAD: Defender los propios derechos

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Conservar, mantener o proteger los principios y normas justos para uno mismo dentro de una sociedad.

HABILIDAD: Responder a una queja

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Contestar o reaccionar a una reclamación. (Queja: lamento, gemido, redara, descontento). Expresión verbal con la que se manifiesta dolor, pena o molestia.

HABILIDAD: Responder a una acusación

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Contestar ante un juicio o imputación sobre algún hecho. (Inculpación, imputación, cargo, reproche, delación y queja). Atribución a una persona de un delito, una culpa o una falta. Cargo del que se culpa a una persona.

HABILIDAD: Responder a la persuasión

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Escuchar lo que se dice, compararlo con lo que se desea y después tomar decisión por uno mismo, escogiendo lo más conveniente.

HABILIDAD: Decir no

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Negarse con determinación ante algo o alguien.

ÁREA: EXPRESIÓN EMOCIONAL

HABILIDAD: Conocer los propios sentimientos

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Lograr identificar lo que se siente sin confundirse.

HABILIDAD: Expresar los sentimientos

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Manifestación del sentimiento, como se da a entender.

HABILIDAD: Comprender los sentimientos de los demás

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Capacidad cognitiva de percibir o reconocer en un contexto común lo que otro individuo puede sentir.

HABILIDAD: Demostrar afecto

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Demostración de los sentimientos experimentados subjetivamente.

HABILIDAD: Resolver el miedo

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Estrategias de afrontamiento sobre aquello que perturba o causa angustia, ya sea por un riesgo real o imaginario.

ÁREA: MALTRATO FÍSICO

Es considerado como los actos infligidos de manera accidental por un cuidador, que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo, que coloca al niño en grave riesgo de padecer alguna enfermedad, así como daños físicos y emocionales.

ÁREA: MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL

Actos que incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil como son los insultos, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento o autorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

ÁREA: NEGLIGENCIA

Se produce cuando uno o ambos padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño (estando en condiciones de hacerlo) en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo, la higiene y las condiciones de vida seguras.

Diseño de investigación: Se realizará una investigación cuantitativa de tipo experimental, en donde se empleara una medición antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención con el programa “Dejando Huellitas en tu Vida”.

Procedimiento: Se realizará una revisión de los modelos de prevención de adicciones y así elegir el más adecuado para trabajar con niños. Cuando se elija el mismo,

se presentarán ante el equipo de trabajo de la Fundación San Felipe de Jesús para que aprueben su aplicación.

Una vez obtenida la aprobación se contactará a los creadores del programa elegido, para obtener una capacitación sobre la aplicación adecuada y así mismo obtener el material e instrumentos a utilizar. A la par, se dará a conocer a los directivos y maestros de las escuelas, los contenidos y la estructura del programa.

Posteriormente, se organizará en coordinación con la Fundación San Felipe de Jesús IAP una junta con los padres de familia para darles la bienvenida, presentarles el programa y tener el consentimiento de que sus hijos o hijas participen.

Posteriormente se llevará a cabo la aplicación del programa elegido, para obtener los resultados correspondientes y validar si es adecuado seguir implementando dentro de la fundación o realizar modificaciones de acuerdo a la población.

Se aplicará el pre test y post test para obtener los resultados y así vaciarlos en la base de datos del SPSS21.

Se analizarán los datos para saber si hubo un cambio significativo, de no ser esto se harán propuestas para futuras aplicaciones.

RESULTADOS

Derivado de que los instrumentos utilizados en la aplicación del programa son propiedad de los creadores del mismo, pertenecientes al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el análisis de los resultados obtenidos fue proporcionado por los autores como apoyo a la Fundación San Felipe de Jesús IAP, por ser una prueba piloto y en el entendido de que se estaba aprendiendo el uso de la base de datos en el programa SPSS 21.

La información se revisó de manera aislada, es decir, primero se analizaron los pretest de los 12 participantes iniciales y al final los posttest de los 11 niños que concluyeron el programa, después de esto se compararon los mismos. Con lo anterior se decidió poner la información en conjunto ya que era muy similar.

Como se sabe para que se puedan obtener resultados altamente significativos se necesita una muestra mayor a 12 niños, se afirma que el análisis de los resultados fue complicado, por lo que él mismo es en suma descriptivo ya que no hubo forma de cuadrar la información para poder comparar los resultados. Hubo errores de aplicación y derivado de las inasistencias de los participantes en los días de aplicación del post test así como la baja de un participante a mitad de la intervención, no se pudo realizar la comparación, ya que se tenía que realizar la misma con los resultados del pre test y post test. Así mismo existieron casos en los que los niños no contestaron de manera adecuada los instrumentos, por lo que se tuvieron que eliminar del análisis. Por lo anterior de una muestra de 12 niños, solo se pudieron contabilizar los resultados de 6 niños.

Los resultados correspondientes a la medición de las habilidades sociales de los niños, se contemplaron las seis áreas que son: a) Comunicación y socialización, b) Autocontrol, c) Planificación y organización; d) Asertividad; e) Empatía y d) Conocer y expresar sentimientos.

En la Tabla 1 se puede observar las seis áreas que se midieron en el pre test y post test, en donde la “N” es la cantidad de niños que contestaron el área correspondiente. Se puede ver una diferencia de 6 a 5 niños, dependiendo del área ya que no todos contestaron

todas las preguntas por un error en la aplicación del instrumento. Es así como 5 niños no contestaron en las áreas de Comunicación y Socialización, Autocontrol, Planificar y Organizar. Con la revisión de los resultados en estas áreas se puede decir que, haciendo la comparación, no hubo diferencias entre el pre test y el pos test.

En lo concerniente al área de “Comunicación y Socialización”, cuando se mide como eras al principio y cómo concluyes después de la intervención, se ve una diferencia a la baja entre una y otra, es decir, en el pre test se obtuvo 5.6667 y en el post es 5.1667. Esta reducción se puede explicar porque al momento de contestar en el pretest contestaron la opción de “Siempre” y en el post test la respuesta fue “algunas veces” en ciertas preguntas (Tabla 1).

En el área de “Planificación y organización” hubo una reducción del pre test al post test de 8.1667 a 6.5000 y se señala como cambio importante, más no significativo. Esto pudo haber sido porque la edad de los niños y sus características refieren a que ellos no pueden tener una participación activa en las decisiones y organización de su tiempo libre, ya que estas deben de incluir la organización de las labores, de la actividades de los fines de semana, entre otras, las cuales en su mayoría siguen siendo organizadas por los papás, muchos otros viven al día, como se vayan presentando las cosas lo cual impide que puedan estructurar esta habilidad (Tabla 1).

Un cambio favorable dentro de los resultados, se pudo contemplar en área de “Asertividad” ya que en el pre test tuvo una puntuación de 5.8000 y en el post test de 6.6000, cabe aclarar que esto es desde el punto de vista de los niños. Se puede decir que aunque no fue un cambio significativo a nivel cuantitativo, se pudo observar dentro de las sesiones que algunos niños iban cambiando su forma de dirigirse con sus compañeros. Así mismo podemos decir que sus respuestas solo abarcaron el “Siempre” o “Algunas Veces”, no hubo en los resultados las respuestas “Nunca” Tabla 1.

Referente a los resultados obtenidos de los padres, en donde se midieron las mismas habilidades, pero no de los papás, si no la percepción que tenían ellos de sus hijos respecto a estas habilidades, se observó un cambio en todos los papás (Tabla 2).

Lo anterior es un punto importante ya que en aplicaciones anteriores del programa “Dejando Huellitas en tu Vida” los papás, en su mayoría, mostraban respuestas negativas, pero en este caso se han tenido resultados estadísticamente significativos a favor, ya que los papás pudieron observar un cambio.

Por lo tanto las diferencias antes de la intervención y después de la misma, tuvieron cambios en los resultados de cada área que se midió. En Comunicación y Socialización de 6.4583 subió a 7.0139; en Autocontrol inició con un puntaje de 6.0714 y finalizó con 7.1429; en Planificación y Organización la diferencia no fue tan significativa pero si subió de 7.2222 a 7.4306; en el área de Asertividad fue de 5.5556 y terminó con 6.3889; hubo un cambio significativo en el área de Empatía, ya que el puntaje del pre test muestra 3.9375 y los papás observaron un cambio en sus hijos mostrándose el mismo con el último puntaje que fue de 5.0625 y finalmente en el área de Conocer y Expresar Sentimientos fue de 6.3889 y finalizó con 7.0833 (Tabla 2).

También se pudo observar con los papás que hubo un cambio en las prácticas que tienen con sus hijos. En la Tabla 3 podemos observar en el área de “Maltrato Físico en el Último Mes” que el post test muestra a 5 papás que llevaban a cabo esas prácticas y 4 no lo hacían. Sin embargo en el post test se invirtieron los números, es decir, un papá dejó de tener esas prácticas para con sus hijos, 5 papás no llevaban a cabo esas prácticas, mientras que 4 papás seguían aplicando el maltrato físico,

Posteriormente esto se ve reflejado en los resultados de “Maltrato Físico en el Último Año”, en donde en el pre test todos los papás contestaron que sí ejercían ese tipo de prácticas con sus hijos, pero ya en el post test 2 papás lo dejaron de hacer, mientras que 7 seguían en lo mismo. En el área de “Maltrato Físico Severo” ningún papá reportó tener hechos de éste tipo. Esta área tiene que ver con marcas, con haberlo tenido que llevar al doctor por haber golpeado al niño o situaciones de violencia familiar. Otra área a evaluar fue la de “Maltrato Emocional en el Último Mes”, en donde se observó que en el pre test todos los papás contestaron haber realizado alguna acción que abarcara este punto, sin embargo en el post test dos papás dejaron de tener estas prácticas. Dentro del mismo punto, pero referente al Último Año, todos los papás mencionaron haber tenido conductas que afectan al niño emocionalmente (Tabla 3).

Dentro de la Tabla 3 también se puede observar un área que corresponde a las conductas que provocan un maltrato, ya sea por negligencia o abandono, en donde ningún papá reconoce haber hecho algo referente al tema, sin embargo, bajo la experiencia vivida durante la aplicación, hubo casos en que los niños llegaban enfermos y los papás no los llevaban al doctor, también llegaban tarde por ellos a la hora de salida del taller, entre otras situaciones. Atribuimos al tipo de preguntas que tiene el instrumento, estas situaciones, ya que puede ser que no sean muy claras o son los padres quienes tratan de ocultar estas situaciones.

En general, los resultados cuantitativos muestran que no hubo cambios significativos, pero dentro de nuestras observaciones y entregas de cartas descriptivas acerca de la sesiones, a la Fundación San Felipe de Jesús, anotamos ciertos resultados referentes a cómo se había vivido la sesión dentro del grupo, pero como su nombre lo dice solo era descriptivo, por lo que a continuación se muestran las observaciones.

Hubo un alto porcentaje de inasistencia, un participante dejó de asistir, por lo cual se consideró como baja del grupo piloto y alrededor de tres niños que no terminaron de cursar el programa. Solo tres papás estuvieron al pendiente de sus hijos, la mayoría dejaba a su hijo para que les ayudáramos a modificar sus conductas, hubo negligencia en la salud, aseo y trato emocional hacia sus hijos. Cuando se impartían los temas, los niños mencionaban que si entendían y que no era nuevo lo que les decíamos, que no sabían en realidad porque no podían dejar de ser así, porque sabían que estaba mal, pero seguían haciéndolo, así mismo que cómo pretendíamos que ellos cambiaran si su padres les seguían pegando o gritando. Unos mencionaban sentirse solos o abandonados, en su defecto con responsabilidad de cuidar a sus hermanos y poco escuchados en sus necesidades pero si exigidos para sacar buenas calificaciones o portarse bien.

Hubo un participante que no se sentía a gusto en las sesiones y era un distractor importante, ya que ninguna actividad le gustaba. Acto seguido se hablaba con su mamá y justificaba su situación con el argumento de que estaban pasando por un divorcio desde hace dos años. En la misma temática de divorcio estaba otro participante, solo que la mamá ya había comenzado una relación con una persona de su mismo sexo, además de que el

niño tenía problemas psicomotrices, la mamá generaba miedo y por medio de miradas enérgicas trataba de controlar a su hijo.

También se tuvo el caso de uno de los niños, que tenía comportamientos agresivos durante los juegos al inicio de la intervención, pero durante el desarrollo de las sesiones esta agresividad se fue moderando, a partir de que en una de las sesiones se hablará de aquello que nos hacía sentir mal, en donde algunos de los niños expresaban su sentir cuando él en algún momento de las actividades se mostraba agresivo con ellos.

Durante la aplicación del pre test se pudo ver la impuntualidad de los papás, su poco interés y que así como los niños, contestaban de acuerdo a lo socialmente aceptado, es decir, no había honestidad en sus respuestas, ya que si la pregunta hablaba sobre la tolerancia, ellos decían ser muy tolerantes, pero durante el trabajo se pudo ver cómo los niños y papás no aplicaban lo que respondían.

Se tuvieron diversas problemáticas que atrasaron y afectaron la intervención. Inicialmente se tuvo un retraso en la entrega de los cuadernillos de trabajo para cada uno de los niños, así como la entrega de los instrumentos por parte de los autores, esto generó que en las sesiones se improvisara con actividades que en parte permitieran la interacción entre ellos, en la cual se pudo observar violencia, competencia y poca tolerancia a la frustración. Así mismo, durante las actividades se tuvo conocimiento de la situación familiar de cada niño, en donde predominaban los divorcios, las familias monoparentales, violencia intrafamiliar, falta de interés por parte de los padres y muertes de estos mismos, también se pudo observar a los niños que no fueron planeados, resultando con ello la poca paciencia con la que eran tratados.

Ya en la intervención se pudo hacer notar que el cuadernillo de trabajo contenía demasiado texto, lo cual para los niños era tedioso y lo hacían notar por su apatía, ansiedad, conteo de las actividades restantes y preguntas constantes acerca de la hora de salida. El trabajar con diferentes edades ocasionó que los niños con problemas de lecto escritura, en su mayoría los niños de 6 años, se atrasaran en las actividades, mientras que los niños que cumplían con los tiempos se aburrían y distraían a los demás, por lo que se tomó la iniciativa de actividades adicionales, sin embargo, observamos que ellos preferían ayudar a

los demás a terminar las actividades. En las actividades adicionales de cada bloque, los niños decían que era muy repetitivo. El trabajo con las papás solo constó de cuatro actividades, de las cuales en solo dos, se observó la participación activa del 60% papás, ya que en ocasiones eran los hermanos mayores los que hacían la actividad.

El trabajo con las emociones solo constaba de dos actividades, en las cuales los niños demostraron mucho interés, pero derivado de la escasez de ejercicios, no se pudo dar continuidad al tema. Durante el tema de la sexualidad, hubo repulsión a trabajar las partes del cuerpo. En el post test hubo errores en la aplicación, no todos los papás asistieron y los niños no mostraron interés por contestar las preguntas abiertas.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo pudimos observar que el consumo de drogas ha existido desde hace muchos años, la mayor parte se iniciaba por motivos de religión, teniendo una transformación en el que su consumo se hace por una presión que generaba la industria del trabajo, esto para aliviar el malestar de las largas jornadas laborales. No es hasta en la década de los 70, que en México el tema de las adicciones y su prevención viene a ser un parteaguas para que se generen modelos de intervención, derivado de los grandes problemas de salud por su ingesta, que abarca desde una cáncer de pulmón, hasta la muerte por sobredosis. Por lo tanto varias instituciones de salud se han dedicado a la investigación y actualización de los conceptos, de drogas, tipos de drogas, adicciones, prevención, intervenciones y tratamientos.

Ante esta búsqueda por encontrar los factores de riesgo y protección, así como la actualización de la información pudimos darnos cuenta, que hay conceptos que son confusos, ya que la mayoría parten de una visión médica, como en el caso de la prevención y sus niveles, que al inicio de la búsqueda nos encontramos con la clasificación “primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria”; pero entre más nos acercábamos a la parte de las adicciones nos encontramos con la clasificación de “universal, selectiva e indicada”, la cual se tomó de referencia en este trabajo, ya que sus términos están relacionados a las adicciones. También observamos que en la parte de los factores de riesgo y protección la familia toma un papel importante, esto porque los individuos desde pequeños necesitan de un guía y porque es en ese contexto en donde suele darse el primer contacto con alguna droga.

Acerca de los modelos nos encontramos con formas de trabajo similares, en una primera instancia se puede observar, que la mayoría de los modelos parten de una visión médica, en gran parte elaborados por especialistas en el área de la salud buscando una detección mediante el uso de pre test y pos test, con intervenciones que oscilan de un mes hasta cuatro meses de duración, entendiéndose que esto sea para que los gastos generados por las instituciones que los aplican sean bajos, sin embargo esto provoca que el problema no sea atacado desde su origen. Además de que no todos aplican el tipo de prevención

universal, es decir no trabaja con toda la población solo con aquella que está en riesgo, la que ya tuvo un contacto con la sustancia, esto hace que sean modelos selectivos o indicados.

También se pudo leer que en uno de los modelos a la persona se le deja de lado y solo se preocupan por la productividad y la calidad del trabajo, previniendo que los trabajadores no generen un gasto extra a la empresa, ya sea por incapacidad, por accidentes laborales o enfermedades ocasionadas por la adicción. En otro de los modelos se especifica que fue adaptado a la sociedad mexicana, por ser un modelo de origen extranjero.

Por otra parte existen modelos esencialmente educativos, que se basan en la idea de que las personas al estar informadas continuamente con mensajes e imágenes positivas crearán un juicio que estará enfocado en evitar las drogas. Ellos recibirán la información en un ambiente parecido al de una escuela, en donde se abordarán temas que son de interés para los adolescentes, como son el género, la sexualidad y las adicciones, por medio de libros, fichas técnicas, trípticos, entre otros. Parten de sus vivencias en donde el facilitador, evitará dar consejos y hacer uso de la descalificación; solo se dedicará a promover la reflexión.

Consideramos que algunos modelos son generados para que las personas puedan compartir sus vivencias, sin embargo antepone temas que ellos consideran importantes para los adolescentes, es decir, dejan de lado al individuo y ellos toman el poder para decidir que tiene que aprender y que información no es necesaria para su vida; así como lograr la movilización de la sociedad para que ayude a disminuir el problema. Sus intervenciones son planeadas de acuerdo a las características de la población a intervenir, sin embargo uno de los obstáculos es que sus intervenciones también se basan en el concepto propio que tienen de farmacodependencia, la cual es muy biológica y lineal. Su prevención no tiene como meta evitar el consumo, solo intenta remediar y en el caso de los niños, retardar el consumo de drogas.

Solo uno de los modelos fue considerado como uno de los más completos, este fue el Chimalli, ya que promueve el desarrollo humano, tiene una propuesta preventiva universal, hace énfasis en que las emociones, pensamientos, hábitos alimenticios, entre

otros, afectan o ayudan a las personas, es un modelo muy integral, sin embargo solo está dirigido a adolescentes y adultos, así mismo, en la actualidad se imparte en la Fundación San Felipe de Jesús, IAP. Existe un derivado de este modelo, llamado Chimalli DIF, trabaja con niños, pero no fue considerado ya que el modelo sería repetitivo.

También hay un modelo que trabaja desde una estrategia de educación preventiva, consideran que al darles la información pertinente, los adolescentes evitan todo aquello que los pueda dañar, parten de la idea de que la persona debe verse desde una manera integral, trabaja con corriente humanista, modelo ecológico y la relación con la sociedad. Resalta el enfoque riesgo- protección, sin embargo no hay temas estructurados, parten de la psicología compleja.

La mayoría de los modelos se trabajan dentro de la escuela y toman como facilitador al maestro, tal es el caso del programa “Yo quiero, Yo puedo” en donde su trabajo está dirigido a realizar las actividades desde un ámbito escolar, en donde el maestro debe quitarse el papel de profesor y convertirse en su amigo; lo cual a nuestro parecer le exige demás al docente, confundiendo a los jóvenes, ya que en una cierta hora el maestro es directivo y en la siguiente hora ya no, con el objetivo de que confíen en él.

En lo que se refiere al programa aplicado, “Dejando Huellitas en tu Vida”, podemos aprender de éste para posteriores aplicaciones. Nuestras conclusiones sobre el programa parten desde la elección del modelo, con base en la investigación que se realizó y anteponiendo las necesidades de la población con la que trabaja la Fundación San Felipe de Jesús, IAP, se escogió la mejor forma de intervenir con niños, tomando en cuenta la disminución de la edad de inicio de consumo para poder prevenir a un nivel universal.

Bajo la descripción del programa, se tomaron en cuenta varios puntos mencionados, entre los cuales destacan el trabajo en el contexto familiar, el desarrollo psicosocial, el trabajo con las habilidades sociales, lo llamativo y lúdico de su cuadernillo de trabajo, en donde se busca que el niño tenga un apego escolar, desarrolle su creatividad, genere una reflexión acerca de sí mismo y posteriormente de su entorno, así como la importancia que tienen las emociones y la fe que pudiera tener el niño, entendida como un factor de protección muy importante. Además se contaba con un cronograma de trabajo, un manual

para el aplicador, el cuadernillo de trabajo y el apoyo de los autores del programa, los cuales nos proporcionaron diversos materiales.

Uno de los puntos importantes y que no se observó en los demás modelos fue el trabajo con abuso sexual y discriminación, pero de acuerdo con los resultados obtenidos no fue significativo y existieron problemas derivados de la concepción que se utiliza de niño, ya que al ser dividido en cuerpo y mente, desde esta visión el cuerpo es visto como algo sucio y por lo tanto solo se tiene que trabajar con la mente, por lo tanto el cuerpo no es valioso ni importante, en el entendido de que existen partes vergonzosas de tu cuerpo que se tienen que tapar por eso los niños no trabajaron adecuadamente esta área.

Los resultados solo mostraron las tendencias que llega a tener la población de Tacubaya y por lo tanto no se genera un cambio que pueda ayudar en el futuro a los niños para tomar la decisión de consumir o no sustancias. Al final por lo que lo escogimos fue por el trabajo que describían, enfocándose en el manejo de emociones, la cual solo abarcó tres actividades y no tuvo el impacto que se creía tener, aunque para los niños fue una forma de trabajo diferente y de su agrado.

En lo que respecta al trabajo con la familia, no hubo la participación de los padres y así mismo las temáticas no eran significativas, por el hecho de que no se trabajaban temas en relación con el apoyo que los papás buscaban, por ejemplo el manejo de las emociones, como lo son el miedo, la ira, la ansiedad, la tristeza, la apatía, entre otras. Aunado a esto los padres ponía a los valores como algo deseable, pero que no era llevado a la práctica, es decir, ese adulto cree que lo que piensa es importante pero no es congruente con lo que hace porque está dividido en cuerpo y mente.

Ahora podemos observar, que finalmente el programa aplicado no varía de los demás se trabaja en la misma línea, con una metodología similar y solo se enfoca en los resultados del programa a nivel general, esto se puede ver en el análisis de resultados el cual dice que debido a la muestra no se pudo observar cambios significativos, es decir dejan de lado a la persona, en este caso al niño. No sin antes, revisar el concepto que se tiene de él.

Las limitantes de los modelos parten desde los conceptos con los que trabajan, pero también de la división que hacen del cuerpo y la mente. En el caso de los programas revisados en este trabajo, pero específicamente en el modelo “Dejando Huellitas en tu Vida”, se puede señalar que existe una incongruencia en su descripción, ya que si el modelo considera que el niño en su concepción está dividido en cuerpo y mente, pero con lo que se tiene que trabajar es con la mente, entonces se afirma que su límite va a ser la mente. Por lo tanto no se podrá intervenir con el cuerpo, con las emociones o con otros elementos.

Por lo tanto se puede decir que en este trabajo se lograron los objetivos planteados, acerca de las variables se abarcaron los temas, pero se encontraron resultados significativos, lo que muestra que el programa no tuvo el impacto que se esperaba, es decir no se logró visualizar el conocimiento de su cuerpo, la identificación de sus emociones, entre otras; esto se explica ya que el método utilizado no tubo modificaciones, es decir se aplicó como el modelo lo sugiere, con esto no dejamos de lado que hubo errores en la aplicación, sin embargo concluimos que es casi imposible poder concebir que un niño deja de serlo porque ya cumplió con las etapas de desarrollo o porque ya tiene la edad que se establece en la cultura. No podemos hablar que un niño, sigue siendo niño si éste realiza actividades de un adulto, si fuma, si toma, si se droga, si tiene actividad sexual, aun teniendo 8 años, tal y como lo marcan las estadísticas, que es la edad en la que se empieza a consumir sustancias, es por ello que se necesita replantear el concepto de niño y las formas de trabajo que se utilizan con ellos.

Este replanteamiento requiere de un cambio en el concepto que se tiene de niño, para que la forma de trabajo sea funcional, en la medida de que el concepto cambia se derivan las prácticas, es decir ver al niño como un ser integral. Cambiar la noción que se tiene desde el siglo XIX de que será valioso a medida de lo que logre ser y hacer, dicho de otra forma, el niño es valioso en la medida de que llegue a ser un adulto que cumpla los requerimientos que la sociedad le demanda, desde ser un profesional o buen comerciante, tomando más en cuenta lo que llegue a ser y no lo que el niño ya es, un ser completo y valioso solo por el hecho de existir. Por consiguiente de estas conclusiones se derivan las siguientes propuestas.

PROPUESTAS

Diversas teorías han sido replanteadas porque lo que se consideraba como verdad en siglos anteriores, en la actualidad ya no son funcionales para la vida. En este caso los Modelos de Prevención de Adicciones no son la excepción en cierta parte la problemática del consumo de drogas nos ha rebasado y se ha convertido en un gran problema de salud, las explicaciones tradicionales ya no resultan suficientes para aquellos que se preocupan por ayudar a las personas con adicción y a los que están en riesgo de convertirse en uno de ellos, llámese niño o cualquier persona.

Ante esta situación, el paradigma que divide al cuerpo de la mente, debe ser revisado y trascendido para realizar nuevas propuestas que abarquen al ser humano como un todo, es decir, no fragmentado y para esto se debe tomar en cuenta desde sus enfermedades, procesos emocionales, ambiente, así como recuperar la vinculación con la naturaleza, es decir la persona debe de ser vista y tratada de manera integral.

Por más de 30 años, se han propuesto y aplicado diversos modelos con el objetivo de erradicar el consumo de sustancias que generan problemáticas sociales y de salud, sin embargo sigue en incremento el número de personas dependientes de una sustancia. Desde nuestra perspectiva esto se debe a que la mayoría de los modelos son aplicados por profesionales de la salud, que se rigen bajo el paradigma mente - cuerpo, es decir, se erigen como los únicos dueños del conocimiento del cuerpo respecto al bienestar físico y mental, apropiándose del cuerpo a través del poder que sus conocimientos le brindan, ejercen sobre la persona con adicción el poder de la toma decisiones, del cambio de comportamientos y hábitos, dejando de lado su historia de vida y sus emociones.

La historia de éste pensamiento, de acuerdo con Nieto (2010) se vincula con el pensamiento racional el cual nace junto con la sociedad moderna, surgió de la filosofía y fue llevado a la creciente clase burguesa industrial. La separación que hizo Descartes de la mente y el cuerpo dio paso a la fragmentación no sólo del pensamiento sobre la realidad, sino de una estructura laboral rentable para el modo de producción capitalista. Con esto se dio inicio a una forma de pensar diferente en donde el hombre construye mediante la razón

es decir todo lo real es racional con esto la vida es cuestionada por el pensamiento racional y olvida lo intuitivo o emocional en todos los aspectos.

Es así, que solo basta mirar al pasado para saber de dónde proviene esta construcción, de acuerdo con Chaparro y Herrera (2010), se da durante la Segunda Guerra Mundial con el proceso de industrialización que experimentó México y que produjo el llamado Milagro Mexicano; durante este periodo las máquinas manuales fueron sustituidas por automáticas, lo que incrementó la productividad, pero en el caso de los tejedores textiles, acostumbrados a considerar sus diseños como parte creativa de su trabajo, los problemas de alcoholismo y violencia familiar aumentaron. Esta condición sometió al nuevo obrero a una competencia con sus compañeros que a la larga generó el desgaste laboral pues se movían al ritmo de una máquina siendo sus energéticos los carbohidratos y el azúcar.

Esta separación de cuerpo - mente trae consigo que la persona se convierta en un ser extraño a sí mismo, a los otros, al cuerpo y a las emociones lo que da forma a un carácter con tendencias y valores que facilitan el arraigo de las adicciones en el cuerpo. Es por ello que se deben crear nuevos programas de prevención de adicciones que consideren al individuo como un ser integral, para ello se deben de dejar de lado las concepciones que se utilizan en la actualidad, partiendo del concepto de niño, ya que como se pudo observar en este trabajo la edad de inicio de consumo ha disminuido, por lo que la población para poder prevenir debe ser menor de 8 años y en la medida en que se cambie esta noción se podrán cambiar las formas de trabajo, recordando que de acuerdo al concepto son mis acciones, es decir si el límite en el programa de prevención es la mente, no se podrán trabajar con el cuerpo y las emociones.

En concordancia con lo anterior Godínez (2010) comenta que no es extraño que las adicciones sean un tema de interés actual, a sí mismo refiere que las adicciones son una buena disculpa para los problemas que nos acontecen hoy en día. Respecto al tema de los modelos dice que entre las diversas perspectivas que abordan a las adicciones y sus tratamientos, cada modelo tiene sus propias ventajas y limitantes lo que tiene que ver con el sustento epistemológico del que parten; así abarcan y solucionan solo una parte de este fenómeno.

Respecto a las limitantes epistemológicas de los modelos de prevención se tiene que considerar las demandas actuales que tienen las personas con adicción para comprender aún más sobre este fenómeno y así poder hablar de prevención. Hace más de 20 años la OMS refirió, que el concepto de salud necesitaba abarcar el bienestar fisiológico, psicológico y espiritual de las personas, reconociendo que se deberían promover los factores que nos llevarían a ello.

Por lo tanto, la propuesta para trabajos posteriores consiste en realizar la prevención de adicciones en niños partiendo de la modificación del concepto de niño, de las formas de trabajo con ellos, así como el trabajo físico y emocional del psicólogo para realizar esta tarea.

Para realizar la modificación de la concepción de niño es necesario explicar los procesos actuales que vive dentro de la sociedad empezando por definir el comienzo y fin de la niñez. Nieto (2010) realizó un análisis del desarrollo de la sociedad moderna, la cual engendra tres características importantes a tomar en cuenta en la estructura individual:

- 1) La modernidad establece la ambivalencia como parte de la vida cotidiana donde los sujetos se hallan en la constante incertidumbre de lo dual no como complemento sino como la inquietud de una vida dividida la cual es delimitada por los procesos sociales interpretándolo como bueno o malo, amenazante o prometedor, entre otros juicios.
- 2) La modernidad acentúa la enajenación del hombre esto es el sentimiento de ser ajeno a sí mismo y no sentirse parte de la sociedad que lo creó.
- 3) La sociedad moderna establece la adaptación del sujeto y la subjetividad a la interpretación de valores lucrativos, que conllevan a determinar el carácter social ajustado a un ritmo moderno, a una sociedad cuya finalidad está establecida para fines comerciales.

Tomando en cuenta lo dicho por Nieto en su primer punto, se puede decir que el comienzo de la infancia es a partir de su nacimiento y el fin de la misma será decidido por los sucesos que el propio niño viva, por ejemplo: fumar o no, drogarse o no drogarse, entre

otros. Esta ambivalencia se crea con los procesos sociales o construcciones que vive la persona, es por ello que se propone que el niño sea visto como un adulto en potencia.

Reafirmando lo anterior García (2011) menciona que desde la visión de los cambios a nivel fisiológico, psicológico o emocional, resulta insuficiente para abordar el tema de la niñez, por lo tanto se hace necesario incluir la cultura, el ambiente donde se vive y el ambiente familiar, a fin de conocer las maneras de vivir, morir, enfermarse y de relacionarse con otros seres humanos dentro de la ciudad y al interior de las familias; de esa forma dar cuenta de cómo se construye un cuerpo con esta influencia cultural, económica y política.

En el caso específico de los niños de ciudad, de acuerdo con Rivera (2011) se puede afirmar que viven en medio de una realidad artificial desvinculada de la naturaleza, donde las mejores apariencias son las que triunfan y dominan los estilos de vida. Así pues la televisión, la radio, la mensajería electrónica, el internet, los videojuegos, el sexo, las drogas, la inactividad, la violencia, la ambición y el dinero son asuntos que ocupan y preocupan la mente de los niños de ciudad. Esto en gran medida afecta su desarrollo corporal y emocional al proponer un estilo de vida basado en el vicio y el confort. Esta problemática no sólo es tolerada por las familias de los niños, sino que en muchas ocasiones es solapada, olvidada o incluso desconocida para aquellos que conviven diariamente con ellos; así la responsabilidad de las consecuencias de estos estilos de vida es dejada a los propios niños, desligándose de ella los demás miembros de la familia.

La ciudad es, pues, un lugar donde el cuerpo, la mente y espíritu se someten a formas de vida artificiales; por otra parte existe una variedad de limitaciones culturales al interior de las familias acerca de temas como sexo, las drogas, la muerte, entre otros más, dejando así grandes lagunas de información en los niños que buscarán llenar por diversos caminos, que no siempre son los más adecuados u orientados (García, 2011).

En los conceptos actuales de niño, se hace poca referencia a las emociones y su importancia. De acuerdo con Kostelnik, Whiren, Soderman y Gregory (2009) en la infancia las emociones abarcan desde la alegría y el afecto hasta la ira y la frustración, son un tipo de comunicación e influyen en el niño, por lo que las emociones, pueden apoyar u

obstaculizar sus actividades como lo son el aprendizaje, la toma de decisiones, su construcción como persona, su alimentación, en sí su vida cotidiana. Es por ello su importancia ya que de las emociones vividas en la infancia, así como de los hechos y personas con las que conviven, entiéndase esto último como el contexto social y principalmente los padres, pueden deteriorar su Ser.

Con lo anterior se puede decir que el cuerpo humano es el único receptor de una cultura con formas de socialización elaboradas de acuerdo a los procesos de información a los que está expuesto: los padres, los hermanos, entre otros, los cuales cumplen un papel fundamental en la construcción de ese cuerpo, de sus emociones y percepciones. Así, crear una idea de lo que son los otros y tratar de comportarnos o parecernos a ellos, es una forma de reproducir y perpetuar el mensaje instituido en lo corporal y en los espacios sociales que se materializan en formas de vida y acciones concretas (Auge, 1996 citado en Rivera, 2011).

Por lo tanto, de acuerdo con García (2011) el niño es un sistema integral, más allá de solo un conjunto de órganos, músculos y articulaciones; más que respuestas aprendidas o una maraña de pensamientos, el cuerpo se conforma de lo que concibe, conoce y consume, a través de los símbolos provenientes de la cultura y el ambiente, al mismo tiempo que tiene la oportunidad de construir su formas de sentir y vivir, a través de la alimentación, las emociones y las acciones.

Con esto se reafirma que el niño es una persona que está aprendiendo a ser adulto, por lo que necesita de una guía que le enseñe a respetar en principio su cuerpo y el de los demás, por consiguiente el respeto a la vida lo cual debe de tener como base la integración de la mente y el cuerpo para que sea congruente en su forma de pensar, sentir y actuar. A medida de que se logre esto, se pueden evitar acciones que dañen su bienestar físico y emocional, es decir evitarán hacer uso de drogas en el entendido que va en contra de su naturaleza, ya que esta será vista como algo que se tiene que respetar y no como un recurso que puedes explotar. Sin embargo, si se piensa de forma contraria se actuará a manera de que la vida puede ser algo que se puede destruir, llámese animales, plantas y por lo tanto personas, debido a que se tiene la idea de que el cuerpo está hecho para soportar dejando de

lado el sentir. Esto también deja en claro que el niño tiene que ser visto como un ser valioso por el solo hecho de existir y no por lo que puede llegar a ser.

A medida que cambiemos la noción de niño, se cambiarán las formas de trabajo, de acuerdo con López (2014) el perfeccionamiento de las mismas radica en conseguir que los niños se adapten a su cultura, es decir que se hagan conscientes de su tiempo, espacio, geografía y su compromiso con la tierra, empezando por conocer su cultura para poder transformarla. Al hacerlo se transformarán a sí mismos y podrán incidir en la historia de su comunidad para construir nuevas historias de las personas que comparten el espacio, ya sea la colonia, los municipios, entre otros, esto para los niños significaría tener una actitud ante la vida y valorar a los otros, de ahí la importancia de que la enseñanza inicial tenga toques humanistas.

En contraste con López, el autor García (2011) menciona que en la actualidad el trabajo que se lleva a cabo con los niños, se enfoca a los problemas que están causando o padeciendo, incluyendo la familia como medio de asistencia o como única responsable de los mismos. Así se dejan de lado algunos aspectos implícitos en la forma de vivir del niño, como la propia ciudad, que por sí misma representa un ambiente hostil a los sentidos y hacia la propia vida, o como el poco tiempo libre que se tiene para la convivencia con los demás y consigo mismo, creando más conflictos que diálogos con otras personas.

López (2014) dice que este proceso de la educación que menciona García se conoce como un proceso en el cual se apoderan del conocimiento por medio del método de la racionalidad occidental la cual solamente busca que esta sea de utilidad para la sociedad de consumo; conceptos como el éxito trastocan al cuerpo y es así como la ansiedad se hace un proceso del aprendizaje la cual caracterizan personas con lesiones en el estómago y el intestino grueso. Estos tipos de estudios se le conocen como occidental, el cual fomenta la competitividad, que si lo vemos desde un principio, va en contra de la vida en el cuerpo siendo esta preservada por la cooperación entre todos los órganos, esto tiene como consecuencias un impacto en el planeta.

Es por ello que la forma de trabajo occidental con los niños para prevenir las adicciones debe de ser cambiada a un modelo integral. Existen varias maneras de realizar

actividades con los niños que se basan en teorías, como lo son la teoría del Yin Yan y la teoría de los cinco elementos, por mencionar algunas, siendo estas las propuestas para incluir en las nuevas formas de trabajo con ellos y que explicaremos a continuación.

De acuerdo con Porkert (citado en Calles, 2011) la teoría del Yin Yan habla de la energía, de la cual existen dos tipos que son opuestas, pero que al combinarse buscan un equilibrio. Ambas energías son susceptibles de sufrir cambios. El Yin corresponde todo lo que es contractivo, sensible y conservador, sus símbolos son relacionados con la tierra y la luna, la noche e invierno, frío y el interior, mientras que el Yan abarca todo lo que es expansivo, agresivo y exigente, sus símbolos son el cielo, el sol, el día, el verano, el calor, lo exterior. Estos polos no se relaciona con valores morales porque desde este punto de vista el bien no solo se haya solamente en alguno de los dos, sino en el equilibrio entre ambos; se cree que todas las personas pasan por fases Yin y Yan, por lo que su personalidad no es estática, sino dinámica.

De acuerdo con Calles (2011) de las polaridades del Yin y el Yan surgen las energías que conforman a los cinco elementos. La teoría de los cinco elementos considera todo (personas, animales, objetos, entre otros) como algo integral. No considera hechos aislados y ve el desarrollo del ser humano como algo que puede ser afectado por diversas variables, como la alimentación, los olores, las emociones, los sabores, la familia, las estaciones del año, entre otras. Las variables o factores son clasificados en cinco categorías, tomando los cinco elementos (madera, fuego, tierra, metal y agua) cada uno de ellos relacionado con los órganos del cuerpo.

A lo anterior, García (2011) menciona que esta relación entre elemento y órgano, le corresponden dos de ellos, “Madera es vesícula biliar e hígado; fuego es corazón e intestino delgado; tierra es bazo, páncreas y estómago; metal es pulmón e intestino grueso y finalmente agua es vejiga y riñón.” (pp. 80). Así mismo con la emociones, la madera es ira, el fuego es alegría, la tierra es ansiedad, metal es melancolía y agua es pánico y miedo.

Basados en estas teoría se muestra la importancia del trabajo con las emociones ya que puede haber una significación práctica en la explicación de actividades y cambios fisiológicos, psicológicos y espirituales. Por lo tanto se propone las siguientes actividades

para abarcar estos puntos las cuales van desde la meditación, hasta cualquier trabajo que implique al cuerpo y las emociones, como el yoga, el reiki, entre otras disciplinas, así mismo talleres que incluyan a los alumnos y sus padres.

Uno de los estudios que respalda esta propuesta es el trabajo comunitario realizado por López, Herrera, Chaparro y Rivera (2012) en el cual se trabajó durante 8 meses en un kínder con 75 niños de 3 a 5 años de edad, su objetivo fue prevenir el desarrollo de enfermedades degenerativas por medio de la intervención de metodología cualitativa. Se buscó detectar la expresión y el manejo de los procesos emocionales en los niños y que ellos confiaran y se acostumbraran a la presencia de los psicólogos, así como la sensibilización de sus padres y maestros ante estos procesos. También fortalecer en el niño el reconocimiento de la necesidad de expresar sus procesos emocionales y no guardarlos en el cuerpo, por medio de dos talleres, en los cuales participaron los niños, maestros y padres de familia.

En el taller para padres se buscó sensibilizar respecto a los procesos emocionales de sus hijos, también se les dio información de los beneficios de una buena nutrición y el crecimiento de los niños. En el taller para niños y maestros se trabajó con el cuerpo a través de juegos, representaciones con títeres, cuentos, escenificaciones de teatro que se fueron modificando y adaptando de acuerdo a las características y dinámicas generadas en el grupo, encontrando como resultados en los pequeños algunos elementos presentes en el proceso de construcción emocional, es decir, resistencia e incapacidad de los padres de familia para reconocer, expresar y sobre todo identificar sus procesos emocionales: siempre antepusieron procesos cognitivos o reflexivos, dificultándose decir la palabra “siento ...”. En la parte de la nutrición, la dificultad se presentó para relacionarlos con los procesos emocionales.

En el taller de niños el proceso fue muy enriquecedor y formativo, pues a pesar de partir de la imposibilidad de detectar sus emociones, reconocerlas o ponerles nombre, a lo largo de las sesiones, estos procesos se fueron dando de manera articuladora con su cuerpo y claramente pudieron detectar, admitir y expresar sus emociones, como la ira, miedo, tristeza y ansiedad. Para finalizar los padres realizaron comentarios positivos y se

encontraban sorprendidos de que los niños fueran más claros y precisos para manifestar sus emociones.

La aplicación de trabajos como el que se menciona, nos permite darnos cuenta de la necesidad de cambiar el tipo de intervenciones y de enseñanza, este último punto referido a la educación que recibimos los psicólogos, desde la educación inicial, ya que en este mundo globalizado la educación ha sido una parte fundamental para fragmentar al ser humano. Es por ello que se propone que la educación busque otros panoramas, por ejemplo como la que propone la visión no occidental, la cual ve al cuerpo como parte del proceso de construcciones del saber donde participa el método cognitivo y el cuerpo.

La importancia de que los psicólogos cambien su percepción de la persona dará como resultado que cambien sus formas de trabajo. Autores como Solís y Herrera (2014) mencionan que el psicólogo se ubica como el profesional que tiene el conocimiento y el dominio de las problemáticas de la sociedad, quedando ajeno al contexto, sin embargo esto no nos excluye a nosotros los psicólogos pues también somos parte del proceso y que durante la formación que recibimos sucede una conversión y esto se reflejara en la atención psicológica que se brinde a la población.

Sin embargo en la actualidad al seguir con la visión occidental se pueden ver a los psicólogos con problemas emocionales, un deterioro en su salud física y mental, así como con adicciones y con dependencias, carencias afectivas, depresiones, problemas familiares, así como la pérdida de la capacidad de asombrarse indignarse y enamorarse de lo que se hace cotidianamente.

López (2014) dice que este tipo de situaciones no permiten aprender ni con la cognición ni con el cuerpo y por lo tanto proporcionar un servicio psicológico congruente y funcional. De tras de esto existen psicólogos enfermos de colitis insomnio y problemas visuales entre otros. También menciona que esto no es responsabilidad totalmente del psicólogo, esto se deriva desde su formación académica ya que dentro del aula existieron profesores enfermos ya sea con colesterol, hipertensión arterial, fumadores o alcohólicos.

De esto se han derivado propuestas como las de Rivera (2014) en donde por medio de cursos, diplomados y maestrías se enseña a los psicólogos interesados en cambiar sus

formas de trabajo la llamada pedagogía de los corporal la cual tiene como fundamento básico dos puntos, que son las teorías y terapias ancestrales, el llamado volver a casa, es decir volver al cuerpo con trabajo y no con deseos.

Esta propuesta se justifica en el entendido de que los procesos educativos se viven a través del cuerpo ya que es el que recibe la información, la almacena, la manipula y crea nuevos códigos. Esto da como resultado psicólogos que predicán con el ejemplo y visualizan a las personas como un ser integral, lo cual da como resultado el cambio de juicios y actitudes propias, con esto fomentan el cambio en los pacientes y los llevarán a trabajar constantemente en sí mismos, por lo tanto alejarse de lo que pudiera provocarles alguna adicción ya que serán conscientes de su cuerpo y de sus emociones. La finalidad de estas propuestas no es excluir lo que ya está vigente, ya que la inclusión siempre será la mejor opción para tener buenos resultados.

REFLEXIONES

Reflexiones de María de la Luz González Bonfil

Elaborar este trabajo y aplicar el modelo me permitió observar la necesidad que existe en el mundo de un cambio, desde la formación de los nuevos profesionistas hasta los conceptos que hoy en día son utilizados, también de la importancia de crear nuevamente una vinculación con la naturaleza, de ver al ser humano como un ser integral y transformar esa forma de trabajo en la que surge la separación del cuerpo y mente.

La mayoría de las personas dedicadas a la elaboración de modelos de prevención están interesados en averiguar si su modelo produce resultados significativos, pero no toman en cuenta a la persona en su totalidad, es decir si el modelo es aplicado a solo un individuo y si hay cambios, estos no serán significativos porque la población no es numerosa y para ellos entre más personas, más eficiente será el modelo, aunque si analizáramos realmente cada uno de los casos nos daríamos cuenta de que solo aprendieron lo que moralmente nos enseñan y como sabemos esto se olvida, ya que no lo interiorizamos, lo hacemos ajeno a nosotros por la falta de un conocimiento propio.

Así mismo considero que la aplicación tuvo deficiencias porque nos guiamos con lo que ya sabíamos, con lo establecido y en un intento por encontrar el modelo adecuado, repetimos el error de dejar de lado al niño. Teníamos que habernos adentrado a su mundo, para modificar nuestro propio concepto de niño y con esto proporcionarles lo que requerían, y ser así una de las guías en ese momento, el trabajo se puede rescatar si los futuros aplicadores toman en cuenta las propuestas que hacemos en nuestro trabajo, siempre y cuando ellos lo consideren relevante.

Considero que es necesario trabajar en uno mismo, es decir aprender a escuchar nuestro cuerpo, dejar que las emociones fluyan, cambiar nuestra alimentación, realizar la meditación, entre otras cosas, para posteriormente servir y ayudar a las personas que lo necesitan, y así enseñarles estos nuevos caminos, en donde podrán conocerse y encontrar un

amor propio, que será como un efecto dominó, donde al existir un cambio en uno mismo, tendrá un efecto en las personas que nos rodean.

Trabajar con los niños es de mi interés, me gustaría poder brindarles una nueva forma de vida, en donde más allá de decirles que hacer y qué no hacer, les pudiera enseñar a cuidarse, desde una buena alimentación, hasta lograr un desarrollo espiritual, que desde mi propia percepción y retomando lo que escuche en el congreso Cuerpo Autosustentable, será uno de los factores importantes para que los niños no desarrollen una dependencia a alguna sustancia nociva para su cuerpo; o alguna otra enfermedad.

Terminar este trabajo me llena de mucha alegría ya que llegar aquí requirió de mucho esfuerzo y trabajo, me siento contenta con la finalización de nuestra tesis, aunque sé que no obtuvimos resultados favorables del modelo, aprendí que no solo es necesario encontrar un programa que en apariencia nos brinde lo que buscamos, si no que debemos poner atención a las necesidades de la población, es decir tomar en cuenta la cultura y al ser humano, así como sus procesos emocionales, que no solo debemos enfocarnos en nuestros deseos personales, si lo que queremos es lograr un cambio positivo en los niños.

Hace algunos años tome mi primera clase de Psicología Social, jamás me imagine que ese sería el inicio de un gran cambio en mi vida, ese día conocía que existe otra forma de ver la vida y que la carrera no solo es lo que nos habían enseñado hasta ese momento, fue cuando comprendí la importancia de realizar un trabajo personal, que no podíamos recomendar o enseñar algo que no conocíamos o que no habíamos vivido, que el verdadero cambio está en nosotros mismo, que todo se logra con un trabajo diario, quisiera decir que desde esa clase me enfoqué en mí pero, no, tuve que pasar por diversas situaciones para llegar hasta este punto en el que por fin después de varios meses, comienza el fin de una etapa, pero que al mismo tiempo inicia otra.

Para casi finalizar me gustaría decir que poco a poco entendí y acepté porque las cosas tenían que pasar de esta manera, gracias Dios por brindarme a la hermosa familia que tengo, por darme salud, amor, por guiarme en todo momento, pero sobre todo por nunca dejarme sola. Te amo

Mamá y Papá les agradezco todo lo que han hecho por mí, porque sé que no fue fácil este camino, gracias por todo el amor, por los cuidados y regaños, porque siempre han estado para mí, sé que esto apenas comienza y solo espero que Dios los conserve con mucha salud y me permita estar con ustedes en todo momento; los amo muchísimo.

Mari y Vic, mis hermanitos muchas gracias por estar conmigo, gracias por ser como son, porque cada uno me apoya a su manera, porque siempre me demuestran su amor, gracias por ser mis pequeños hermanos, deseo estar ahí para ustedes siempre. Los amo mucho.

Muchas gracias a toda mi familia, pero en especial a mi tía Elvira, mi tío Roberto, mi tía Eva, mi tío Jorge, a mis abuelos Roberto y Gregoria, a mis primos Erick, Abraham, Evelyn, Zaira, Moisés, Nancy, Johana y Paola, gracias por todo su apoyo, por sus palabras, por su cariño. Los amo

A ti Julio, muchas gracias por todo tu apoyo, por tu tiempo, por tus palabras y por todo ese amor y cariño, por brindarme un pedacito de ti, porque nuestro bebé, vino a cambiar mi vida, porque siendo tan pequeño me enseñó grandes cosas y aunque no esté aquí con nosotros sé que va a estar muy orgulloso de sus padres. Muchas gracias amor, te amo.

A mis amigos, Diana, Daniela, Víctor, Brenda, Paola, Adolfo y Alicia porque cada uno en su momento aportó un granito de arena, cada uno de ustedes me enseñó algo y me ayudó cuando más lo necesitaba, que Dios los bendiga, los quiero mucho.

Viridiana, gracias amiga por invitarme a realizar este proyecto juntas, gracias por todo tu apoyo, por tus palabras, por guiarme, porque ahora sin duda sé que te puedo llamar amiga, te quiero mucho.

Gracias a todos los miembros de la Fundación San Felipe de Jesús que nos permitieron realizar este trabajo, por su apoyo durante el proceso.

A mis maestros, en especial al profesor Chaparro y a las maestras Irma y Laura, por compartir su tiempo, sus conocimientos y cariño; así como al grupo Victoria.

Sé que esto aún no termina, que es el comienzo de más trabajo, lo cual agradezco, considero que debemos trabajar por despertar esa necesidad de mirar al que está a nuestro lado, llámese humano, animal o planta, no podemos seguir en el mismo camino de destrucción, creo que es de gran importancia trabajar en una reconciliación con la naturaleza y con nosotros mismos; sé que no es sencillo, pero también sé que todo es posible si existe Fe y Acción.

Reflexiones Viridiana Castro Altamirano

A lo largo de este proceso tome la iniciativa, junto con mi compañera y amiga María de la Luz González Bonfil, de iniciar el proceso de documentar nuestro trabajo dentro de la Fundación San Felipe de Jesús, IAP. Creíamos que sería un camino fácil ya que sería algo que solo se trataba de investigar, intervenir y reportar si había funcionado o no el modelo. Sin embargo conforme se fue desarrollando el trabajo esta percepción cambió.

Desde mi vivencia, el trabajo no solo implicaba aplicar, se tenía que compartir, interactuar y entender a los niños con los que estábamos trabajando. Se empezó a dar un acercamiento, pero también ciertos choques con los niños que no querían participar, que eran violentos y que no les interesaba nada. Lo importante hasta este momento era solo sacar el número, realizar el trabajo, lo que se nos pedía y eso fue un grave error. Sumergida en el egoísmo y poca entrega hacia éste trabajo, las sesiones fueron haciéndose más y más largas, tomamos el rol de maestras y pintaba para bien, porque ahora teníamos la imagen de alguien directivo, la jornada de su horario escolar se había ampliado, solo cambiaban de sede.

¿En dónde quedó lo innovador? Tal vez sentía que cumplía los estándares que me habían enseñado en la escuela, ahí nunca se me habló de pasión, de entrega, creo yo que eso no es importante para un trabajo que en suma racional o tal vez piensen que se dé por entendido, ya que se supone escogiste tu carrera porque te gustaba ¿O no?

En realidad este proceso me confrontó con mi vida, me hizo realizar un inventario y llegar a la conclusión de que a pesar de que los maestros me lo habían advertido al momento de iniciar la licenciatura, no hice caso, pero ahí estaba, terminando la carrera de Psicología para arreglar mis problemas personales. Entonces supe que no podía dar lo que no tenía y mucho menos lo que no conocía, no podía dar entrega si desde hace mucho me había abandonado, no podía profundizar en la temáticas porque era más fácil lo superficial, no podía decirle a un niño que no tuviera miedo si yo estaba llena de ese miedo, miedo a la vida, miedo a la muerte, miedo a todo.

Y es en éste punto que existe un quiebre y se empalma con la aplicación de “Dejando Huellitas en tu Vida”. Un día me desperté, mi pareja llegó y me preguntó si alguna vez yo había sentido miedo, al momento solo sentí como despertaba en mí eso de lo que me hablaba y que había estado dormido por mucho tiempo. A la par recibo la noticia de que un gran amigo tenía VIH y eso hizo que mi miedo tuviera nombre.

Fueron días espantosos, no podía cumplir con la aplicación del programa, el miedo me paralizaba, no me dejaba salir de mi cama, llanto, dolor, ansiedad y gritos me abordaron. No sabía darle un nombre, solo veía la cara de mi hijo con preocupación, a mi esposo perdido en su proceso y a una compañera de aplicación que también estaba pasando por una pérdida. ¿Cómo realizar la intervención sin que los problemas personales de los facilitadores afecten a la misma? Creo que nadie tenía la respuesta, pero teníamos un compromiso y lo teníamos que cumplir.

La congruencia es un elemento esencial de toda intervención, si el facilitador no la tiene, difícilmente puede llegar a tener el impacto deseado. Este había sido un factor de suma importancia desde el principio, y en lo personal, no se había cumplido. Cuando los niños realizaban las preguntas de “¿Cómo quiere que cambie? si mi mamá me sigue golpeando”, me hacían volver a mí y a decir verdad yo tampoco era una madre ejemplar y mucho menos había aceptado, que en el tema de las adicciones, yo tenía una y que no la había trabajado.

Cuando el alcohol ya no tiene el efecto de ponerte feliz y mucho menos de quitarte el miedo, es cuando sabes que estás muerto en vida. Terminó la intervención del programa, con muchos deseos por cumplir, preguntas sin contestar, procesos que quedaron inconclusos, niños fastidiados del programa y fastidiados de su vida familiar, escolar y emocional. Esto me permitió darme cuenta de que tenía un problema emocional, que ni el alcohol, ni el psicoanálisis, ni el apoyo moral me podían sacar del fondo.

De algo estaba segura, tenía que trabajarlo y es cuando me acerqué a mis maestros, a los cuales en diversas ocasiones les han comentado que lo que hacen no sirve, que no es científico; por experiencia propia puedo decir que tal vez no sea altamente científico, pero como ayuda. Ellos me guiaron para darme cuenta que tenía una adicción y que debía

trabajar para poder dejarla, ya que solo iba encaminada a repetir patrones familiares que no habían servido de mucho, pero que si los habían llevado a la muerte a edades muy tempranas. Cerré ciclos y me enfrenté a la vida que hasta ese momento había llevado.

Pude aprender de esto mucho, pude darme cuenta de que no siempre el camino que parece fácil lo es, aprendí a trabajar mi adicción para poder compartir con otros que sí se puede vivir sin esas sustancias que lo único que hacen es matar lentamente, encontré otra forma de vivir que no conocía, pero que me da paz y me hace tener una vida útil y feliz, en donde no importa si tu papá fue alcohólico, tus papás se divorciaron, viviste violencia o abuso, al final la decisión es tuya.

Pude percatarme del gran abandono que hoy en día tienen los niños bajo un sistema en donde los padres están ausentes, que sus niñeras son la televisión y el internet. Niños violentados y que ejercen la violencia para arreglar sus problemas, que no son escuchados, son relegados, apartados, que necesitan atención y guía, cargo que los padres no quieren tomar, porque se les hace más cómodo que otros lleguen y lo arreglen, que otros trabajen, pero que si decidieran dejar sus deseos personales y tomar el cargo que les corresponde como guía de sus hijos, tal vez no habría porque prevenir. Esta guía debe de tener como principio el respeto por la propia vida y la de los demás.

Porque no basta un modelo de prevención de adicciones que se dé a la tarea de explicar temas, si lo padres no los llevan a cabo o si en vez de prevenir son un tutorial de cómo te puedes drogar y caer en el fondo, al fin y al cabo para todo hay un remedio. Se necesita aprender de los adictos, escuchar sus necesidades, sus vivencias, utilizar esa experiencia para en verdad saber que se debe trabajar y no ser solo un resultado significativo o no.

El trabajo tuvo diversas problemáticas desde que inició, desde sus facilitadoras hasta el proceso para encontrar un director de tesis que pudiera escuchar y leer lo que teníamos que decir, pero gracias a éste trabajo es como obtengo esa pasión por realizar un servicio hacia los otros, es en éste momento en que la Psicología llega a tener un sentido, ese sentido de ayuda y servicio a los demás. Regresó esa alegría de vivir y a la par me pude

dar cuenta de todas aquellas personas que estuvieron en este proceso, que formaron parte importante del cambio.

Gracias Carlos Miguel, eres mi gran maestro de vida. Gracias por esas tardes en la universidad en las que te quedabas calladito para que no nos regañaran los maestros, por dejarme verte sonreír cuando jugabas en los gises, por esas noches en las que te quedabas a mi lado mientras yo hacía tarea y me decías que nos fuéramos a dormir, que tenía que descansar. Gracias por ser mi hijo, te amo.

Gracias a mi pareja Carlos Germán por ser un guerrero que quiso compartir este camino. Por tu apoyo, tu paciencia y tolerancia que fueron claves para este logro. Contigo entendí que el amor no es un sentimiento, sino una decisión. Que el amor no son esas mariposas en el estómago, son las acciones. Que el amor es compartir y crecer juntos, lejos de los deseos personales, placeres mundanos e instintos descoyuntados y por eso solo por hoy estamos juntos.

Gracias Jacqueline por ser mi mamá, por darme la vida, tu cariño y entrega, por ocuparte de mí y confiar en que podía lograrlo. Por tus cuidados y gran trabajo pude caminar y llegar hasta aquí, ¡vamos por más! Te admiro y te amo mamá, eres una gran mujer y tus enseñanzas son infinitas.

Gracias abuelita Magdalena, porque a tus 70 años me muestras tus ganas de vivir y de querer cambiar tu vida.

Tío Alberto, gracias por tocar guitarra para mí, para que bailara cuando era niña, pero sobre todo por tu apoyo moral, por tus consejos y enseñanzas que dejan huella y me ayudan a vivir.

Tía Lety, gracias por mostrarme el lado amoroso de los Castro, porque en un momento difícil con la canción "*Stop Crying Your Heart Out*" me dijiste que todo estaría bien, y no te equivocaste. Gracias por tu apoyo, te amo.

Tío Nacho, te amo, admiro y respeto, eres un gran guerrero, luchaste por la vida y has estado conmigo, jugando, regañándome, consintiéndome, apoyándome y enseñándome con esa forma tan Castro de querer.

Gracias a Diana Juárez por existir, porque es bueno saber que tienes y que cuentas con una hermana, te quiero.

A mis compañeros y amigos de la Fundación San Felipe de Jesús gracias porque me dejaron conocer una forma de ayudar y servir al otro, me enseñaron su entrega y me mostraron que por ahí era el camino.

Yessi, Dano, Richard, Alberto y Dianita L. Gracias por el trabajo en equipo, pero sobre todo por ser amigos.

Gracias a Gerardo A. Chaparro, por guiarme hacia una nueva forma de vivir.

A mis compañeros victorianos que me apoyaron y me dijeron que poco a poco se llegaba lejos y que solo por hoy viviera. Gracias Grupo Victoria.

Luz, gracias por compartir y vivir esta etapa conmigo, por tu tolerancia ante mis defectos y por las enseñanzas generadas. Gracias por la confidencialidad, pero sobre todo por ser mi amiga.

A cada una de las personas que han estado en mi camino, porque han sido grandes maestros.

Tal vez no ha sido fácil, pero como diría Miguel Ángel Castro Jiménez: “Si fuera fácil, todos lo harían” Gracias a ti papá por ser mi gran maestro, por haber confiado en mí, por alentarme, por enseñarme a vivir y a como no morir.

Gracias a Dios.

REFERENCIAS

Alonso, S. C., Salvador, L. T. y Suelves, J. J. M^a. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Adaptado*. Mexico: United Nations International Drug Control Programme.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Auel, J. (2001). *Los hijos de tierra*. México: Océano.

Becoña, I. E., Cortés, T. M., Arias, H. F., Barreiro, S. C., Berdullas, B. J., Iraurgi, C. I. (...) y Villanueva, B. V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Ministerio de Sanidad, 305.

Cabrera, V. M. R. (2007). *El Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli como herramienta del profesor para fomentar la Autoestima en los preadolescentes*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F.

Calles, R. (2011). Una mirada a la adolescencia. En M. Rivera (Eds). *El adolescente y sus procesos corporales II. La construcción de sus padecimientos* (pp. 27 – 52). México: CEAPAC Ediciones.

Campollo, O. y López. M. (2003). Análisis Comparativo de Programas de Prevención de Adicciones en México. En Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones (Eds), *Anuario de Investigación en Adicciones* (pp. 11-20). México: Universidad de Guadalajara.

Carreño, G. S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M. y Vélez, A. (2003). Modelo de prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. En Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 14 – 22). México: Secretaría de Salud Pública.

Castro, S. M. E. y Llanes, J. (2003). Modelo preventivo de riesgos psicosociales CHIMALLI. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 45-51). México: Secretaría de Salud Pública.

Chaparro, G. y Herrera, I. (2010). Notas y reflexiones sobre un ambiente sano. En G. Chaparro e I. Herrera (Eds). *Una aproximación al Proceso Órgano - Emoción 2* (pp.15 - 26). México: CEAPAC Ediciones.

Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2003). *Modelos Preventivos*. México: CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2011). *Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano*. México: Secretaría de Salud Pública, 74.

Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2012). *Informe ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias en México. Opiáceos*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_opiaceos.pdf

Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2014). *Informe ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias en México*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_anfetaminas.pdf

Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2014). *Informe Ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias. Tranquilizante*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_medicamentos.pdf

Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo, CONEVyT. (2015). *Que vamos a aprender en el módulo*. Recuperado de http://www.conevyt.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=274&Itemid=493

Criollo, M. E. y Guerrero, J. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. (Tesis de Psicología Clínica inédita). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Cruz, P. S. y Serrano, R. C. A. (2007). *La farmacodependencia como un proceso de construcción psicosomático que inicia en el sistema familiar*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cruz, A. (2009). El consumo de drogas empieza hoy desde los 12 años, advierten los CIJ. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/19/politica/007n2pol>

Enciso, F. (2015). *Nuestra historia narcótica. Pasajes para (re)legalizar las drogas en México*. México: Grupo Editorial México.

Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. (2011). *Drogas Ilícitas, 2011*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT. (2012). *Consumo del Alcohol en México, 2000-2012: estrategias mundiales para reducir su uso nocivo. Evidencia para la política pública en salud*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoAlcohol.pdf>

Enesco, I. (2000). En *El concepto de infancia a lo largo de la historia*. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/La_infancia_en_la_historia.pdf

Escalante, R. P. (2004). *Prevención de la enfermedad. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W. y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 9-17.

Facultad de Psicología. (2013). *Adicciones. Las cifras*. Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/adicciones/efectos/extasis.html>

Fuentes, M. L. (9 de septiembre de 2014). México social: Tabaquismo, muertes evitables. *Excelsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/09/980757#imagen-2>

García, A. (2011). El adolescente sus emociones y el vínculo con los elementos en la sociedad urbana actual. En M. Rivera (Eds). *El adolescente y sus procesos corporales II. La construcción de sus padecimientos* (pp. 71 – 106). México: CEAPAC Ediciones.

Godínez, G. (2010). Las adicciones. En G. Chaparro e I. Herrera (Eds). *Una aproximación al Proceso Órgano - Emoción 2* (pp.249 - 263). México: CEAPAC Ediciones.

Gutiérrez, M. L y Villatoro, J. A. (2012). Desarrollo de habilidades sociales en la escuela: experiencia de una estrategia de prevención. *Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud*, 3 (5), 34 - 39.

Gutiérrez, M. L., Villatoro, J. A., Gaytan, L. y Álamo, A. (2009). Infancia, Adicciones y Salud Mental: Manual del Programa de Prevención “Dejando Huellitas en tu Vida”. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Gutiérrez, M. L., Villatoro, J. A., Gaytán, L., Sandoval, A. y Sánchez, V. (2010). *Programa preventivo, Dejando Huellitas en tu Vida*. Recuperado de <file:///C:/Users/Vica/Downloads/presentacion-reporte-de-dejando-huellitas.pdf>

Hawks, F. N. (1980). *Tabaco*. Madrid: Servicio Nacional de Cultivo y Fermentación del Tabaco. 255.

Hernández, M. T. (2005). *La educación primaria y la psicología en el periodo de 1857 a 1867*. En S. López Ramos (Eds). *Historia de la Psicología en México* (pp. 59-131). México: CEAPAC Ediciones.

Hernández, N. y Sánchez, J. C. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo - conductual para trastornos de la salud*. México: Editores Unidos. 116 - 119.

Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población, IMIFAP. (2003). Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de

primaria, yo quiero, yo puedo. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 30 – 36). México: Secretaría de Salud Pública.

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. (2000). ¡Aguas con las adicciones! *Revista. D.R. INEA*. 3, 9 -23.

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. (2012). *Libro blanco del programa Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo*. México: Secretaría de Educación Pública.

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. (2015). *¿Quiénes somos?*. Recuperado de <http://www.inea.gob.mx/index.php/inicio-portal-inea/nquienesbc.html>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA. (2004). *Cómo Prevenir el Uso de DroAgas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA. (2006). *Abuso de la MDMA. Breve historia de la MDMA*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-mdma-extasis/breve-historia-de-la-mdma>

Instituto Para el Estudio de las Adicciones. (2003). *Aumenta el consumo de éxtasis en el país*. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/core/noticias/2146/mexico-aumenta-consumo-de-extasis-en-el-pais.html>

Institutos Nacionales de Salud, NIH. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. México: NIDA, 31.

Jackson, A. E. (2006). *Estudios de historia moderna y contemporánea de México, 1880-1920*. México: Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora, 290.

Johannesen, A. y Assland, O. G. (2008). Screening and brief intervention for alcohol problems in Norway. Not a big hit among general practitioners. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 6(25), 515-521.

Kostelnik, M., Whiren, P. A., Soderman, A. K. y Gregory, K. M. (2009). *El desarrollo social de los niños*. México: Delmar, 499.

Laespada, T., Iraurgi, L. y Aróstegui, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Madrid: Universidad de Deusto, 125.

Lara, P. (2015). Programas educativos para la prevención de adicciones. En Fundación de Investigaciones Sociales. *Alcohol- Informate*. Recuperado de <http://alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=319>

Leonardo, P., Bermúdez, P. y Gigliola, N. (2003). Programa de educación preventiva contra las adicciones. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 27 -30). México: Secretaría de Salud Pública.

López, S., Herrera, I., Chaparro, G. y Rivera, M. (2012). Prevención de enfermedades crónicas degenerativas en niños preescolares. En S. López (Eds). *Una formación metodológica en psicología* (pp. 33 – 40). México: DGAPA.

López, S. (2014). *Metodología del aprendizaje por medio del cuerpo*. México: DGAPA.

Machín, J. (2003). Modelo de preventivo ECO2H. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 50 – 56). México: Secretaría de Salud Pública.

Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(12). Recuperado de http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_12.htm

Martínez, G. J. M., Trujillo, M. H. M. y Robles, L. L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. México: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 381.

Martínez, L. P., Gómez, S. M. A. y Ortega, P. S. (2005). Adicciones y Patrones Familiares de Conducta. *Psicología Iberoamericana*, 13 (1), 5-11.

Mendoza, O. S. E. (2003). Modelo de educación para la vida y el trabajo, aguas con las adicciones. En Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (Eds). *Modelos Preventivos* (pp. 41 – 45). México: Secretaría de Salud Pública.

Morales, K. (2002). Tabaquismo en México. En Secretaría de Salud (Eds). *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas* (pp. 27 – 28). México: Secretaría de Salud.

Muñoz de Cote, J. (2010). *Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad*. México: AAPAUNAM, 42 – 52.

Nieto, C. (2010). La construcción de una enfermedad étlica emocional. En G. Chaparro e I. Herrera (Eds). *Una aproximación al Proceso Órgano - Emoción 2* (pp. 263 - 278). México: CEAPAC Ediciones.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC. (2014). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Décima Revisión, Volumen I*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015) *Salud del niño*. Recuperado de http://www.who.int/topics/child_health/es/

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015*. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

Ortíz, F. (1973). *Contrapunto Cubano del Tabaco y el Azúcar*. Barcelona: Editorial Ariel, 37.

Papalia, E. D., Wendkos, O. S. y Duskin, F. R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Pavez, S. I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de sociología*, 27, 81-102.

Pick, S. y Givaudan, N. (2006). Yo quiero, yo puedo: Estrategias para el desarrollo y habilidades y competencias en el sistema escolar. *Psic. da Ed.* 23 (2), 203-221.

Quirce, C. M., Badilla, B., Badilla, S., Martínez, M. y Rodríguez, J. (2010). Los alucinógenos: su historia, antropología, química y farmacología. *Psicogente*, 13(23), 174 - 192. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/614/Los%20Alucin%C3%B3genos%20su%20historia%2c%20Antropolog%C3%ADa%2c%20Qu%C3%ADmica%20y%20Farmacolog%C3%ADa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, M. y Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Revista Latino*, 13, 813 - 818. Rivera, M. (2011). *El adolescente y sus procesos corporales II. La construcción de sus padecimientos*. México: CEAPAC Ediciones.

Rivera, M. (2014). Pedagogía de lo corporal: una propuesta metodológica de formación para estudiantes de psicología. En S. López (Eds). *Metodología del aprendizaje por medio del cuerpo* (pp. 119 – 146). México: CEAPAC Ediciones.

Santacreu, J., Márquez, M.O. y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92.

Secretaría de Gobernación. (1917) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/conshist/pdf/1917.pdf>

Secretaria de Salud, SSA. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2011). *Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano*. México: Secretaría de Salud.

Segura, T. A. M. (2004). *Evaluación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para niños “Aprender Jugando”*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Social inédita). Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. (2003). Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias CHIMALLI-DIF. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (Eds), *Modelos Preventivos* (pp. 22 – 27). México: Secretaría de Salud Pública.

Solís, A y Herrera, I. (2014). ¿Para qué te ha servido la psicología en tu vida?. En S. López (Eds). *Metodología del aprendizaje por medio del cuerpo* (pp. 91 – 96). México: CEAPAC Ediciones.

Solís, L., Gómez, P. y Ponce, M. (2003). Modelo de Prevención de Centros de Integración Juvenil. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (Eds), *Modelos Preventivos* (6 – 14). México: Secretaría de Salud Pública.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2012). *Consumo de inhalables en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/1268-consumo-inhalables-mexico.html>

Tavera, S. y Martínez, M. (2008). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de “Nueva Vida”*. Recuperado de www.conadic.gob.mx

Torres, V. (1985). *Alcoholismo*. (Tesis de Médico Cirujano inédita). Universidad Veracruzana, México.

Valdés, G. (2013). *Historia del narcotráfico en México*. México: Aguilar.

Velasco, M. A. (2014). Consumo de opio se extiende en México. *Excelsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/04/29/956480>

Velasco, R. y Velasco, B. (2003). *¿Qué dice la ciencia? Cocaína*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/cocaina1final.pdf>

Velasco, R. y Velasco, B. (2003). *¿Qué dice la ciencia? Éxtasis (tacha)*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/extasis1final.pdf>

Vélez, B. A., Prado, A. y Sánchez F. T. (2003). *Modelo Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones*. En Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. *Modelos Preventivos* (pp. 2 – 6). México: Secretaría de Salud Pública.

ANEXOS

Habilidades sociales de los niños

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Comunicación/Socialización	Pre	5,6667	6	1,50555	,61464
	Post	5,1667	6	1,16905	,47726
Autocontrol	Pre	8,1667	6	,98319	,40139
	Post	8,0000	6	1,54919	,63246
Planificar, organizar	Pre	8,1667	6	1,94079	,79232
	Post	6,5000	6	1,51658	,61914
Asertividad	Pre	5,8000	5	1,78885	,80000
	Post	6,6000	5	2,19089	,97980
Empatía	Pre	6,0000	5	1,41421	,63246
	Post	5,6000	5	,89443	,40000
Conocer y Expresar sentimientos	Pre	6,5000	6	2,16795	,88506
	Post	5,6667	6	2,25093	,91894

*N= 6 niños

Tabla 1: Resultados del pre test y post test de habilidades sociales aplicados a los niños.

Habilidades sociales de los niños percibida por sus los padres

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Comunicación/Socialización	Pre	6,4583	9	1,25000	,41667
	Post	7,0139	9	,60739	,20246
Autocontrol	Pre	6,0714	7	1,33631	,50508
	Post	7,1429	7	,60994	,23053
Planificar, organizar	Pre	7,2222	9	,32940	,10980
	Post	7,4306	9	,20833	,06944
Asertividad	Pre	5,5556	9	1,54504	,51501
	Post	6,3889	9	2,20479	,73493
Empatía	Pre	3,9375	8	,56300	,19905
	Post	5,0625	8	1,59099	,56250
Conocer y Expresar sentimientos	Pre	6,3889	9	1,15995	,38665
	Post	7,0833	9	,88388	,29463

*N= 9 padres

Tabla 1: Resultados del pre test y pos test de habilidades sociales aplicados a los padres.

Maltrato de los padres

		Pre %	Post %
Maltrato Físico UM	Si	55.6	44.4
	No	44.4	55.6
Maltrato Físico UA	Si	100	77.8
	No	--	22.2
Maltrato Físico Severo	Si	--	--
	No	100	100
Maltrato Emocional UM	Si	100	77.8
	No	--	22.2
Maltrato Emocional UA	Si	100	100
	No	--	--
Maltrato por Negligencia y Abandono	Si	--	--
	No	100	100

*N= 9 padres

Tabla 1: Resultados del pre test y post test de maltrato de los padres.