



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

PROGRAMA PARA LA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

TESIS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE

**“LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES A LAS DROGAS
EN NIÑOS DE 4º GRADO DE PRIMARIA”**

Para obtener el título de:

Licenciada en Psicología Educativa

Presenta:

MIRIAM LILIANA MÉNDEZ MORENO

Con la asesoría de:

Lic. Magdalena Norma Rasso Sánchez

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres:

Quienes son lo mejor que me ha sucedido en la vida, les regalo esta tesis que es el producto de todos y cada uno de sus esfuerzos y de su dedicación hacia mi durante toda mi vida, los amo y por todo serán gracias por siempre.

A mis hermanas Vero y Magdis:

Por haberme acompañando en cada aventura, experiencias buenas y malas, hasta esta que es la culminación de mis estudios universitarios, gracias.

A mis 3 sobrinos, Nicté, Becky y Rafa (Cachis):

Los cuales llegaron a este mundo a llenar mi vida del amor más puro que haya conocido, por regalarme una gran felicidad y por ser ese fuerte motivante para desear cambiar este mundo y transformarlo en un lugar mejor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primero a Dios, porque sin él no tendría todo, la vida, mi fe en mi misma, a mi familia y a mis amigos, ni todo lo hermoso que hay en mi existencia, ya que sin él tendría nada.

A ti mamá, gracias por no cansarte de empujarme hacia adelante, aunque eso implicara enojarme muchas veces contigo, sin embargo eso no hace que minimice todo lo que haces por mí. Gracias por todo el amor que me das siempre, sin el cual no habrían tenido sentido muchas de las decisiones que fui tomando paso a paso en mi formación y en mi vida.

A ti papá, gracias primero por haber apoyado mis estudios, sin los cuales no habría sido posible escribirte estas palabras, gracias por la motivación que me diste para realizar mi trabajo en varios sentidos; al recordar siempre que me decías que habías logrado tu carrera con muchos esfuerzos y sacrificios, y de la misma manera te has sacrificado por mí, para que yo lograra concluir con mi carrera, por el regalo que fue mi educación a la que doy un valor incalculable, gracias por respetar mis decisiones aunque no siempre estuvieras de acuerdo con ellas y deseo que esta tesis pueda motivarnos a ser mejores, de todo corazón gracias.

A mi asesora de tesis, maestra Norma, gracias por acompañarme en esta gran aventura que fue la licenciatura, por sus enseñanzas, por su orientación, por todo su respaldo y su confianza.

Muchas gracias por su interés en el proyecto.

A ti Mark, novio mío, gracias por ser testigo y contribuir en muchos de mis aprendizajes, escolares y extraescolares, por acompañarme en mi formación para la licenciatura, por tu amor que siempre es un enorme motivante para querer convertirme en una mejor persona y profesionista. Gracias Mark por tu apoyo, así como el que he recibido en todo momento de tu familia a quienes agradezco también el cariño y los consejos que me han dado.

A ti Nicté, princesa, gracias por darme muchísimas alegrías, por hacerme feliz con tus juegos, con tu risa mágica y con tus ocurrencias. Eres muy importante en mi vida, gracias por haber llegado a este mundo a mantener vivo mi espíritu de niña para darle equilibrio a todo.

A ti Becky, gracias, aunque en este momento no sabes leer, pero cuando lo leas, que será muy pronto, quiero que sepas que al ver tu carita con esa sonrisa traviesa lograste hacerme olvidar en muchas ocasiones todo ese cansancio y dudas y todas las cosas malas para cambiarlas por cosas buenas, gracias por todo tu amor.

Rafa, cachis, aún eres un bebé, pero quiero que sepas que eres increíble y logras en mí una sonrisa todos los días y también te dedico este trabajo, contigo recuerdo cada día lo hermosa que es la vida y que vale la pena vivirla y trabajar por personitas como tú.

A mis mejores amigos, gracias por su cariño, apoyo, confianza y solidaridad siempre conmigo, por su soporte en situaciones difíciles, por estar ahí siempre para mí y escuchar todas mis dudas, inquietudes, preocupaciones y alegrías, es por ello que comparto con ustedes esta tesis, una de las más grandes alegrías de mi vida.

Gracias amigos.

INDICE

Dedicatorias.....	1
Agradecimientos.....	3
Introducción.....	9
Modelo de análisis bibliográfico.....	13
Enfoque humanista o Enfoque centrado en la persona.....	13
Objetivos.....	17
Justificación.....	19
Marco teórico.....	23
Capítulo 1. Desarrollo evolutivo en 4° grado de primaria.....	23
1.1 Desarrollo Cognitivo.....	23
1.2 Desarrollo Psicosexual.....	27
1.3 Desarrollo Emocional.....	40
1.4 Desarrollo Social.....	48
1.5 Desarrollo Moral.....	53
Capítulo 2. Adicciones.....	65
2.1 Drogas y su mecanismo de acción en el organismo.....	72
2.2 Efectos y repercusiones de las drogas en los consumidores y niños....	84
2.3 Drogas y cerebro.....	104
2.4 Los niños y las adicciones.....	107

2.5 ¿Cómo ven los padres y familia a las adicciones?.....	114
Capítulo 3. Factores de riesgo.....	119
3.1 Baja autoestima.....	123
3.2 Parentalidad y estilos de crianza inadecuados.....	128
3.3 Fracaso escolar.....	136
3.4 Deprivación sociocultural.....	141
3.5 Medios de comunicación masiva.....	143
3.6 Bullying (Acoso escolar).....	146
Capítulo 4. Factores Protectores.....	151
4.1 Fortalecimiento de la autoestima.....	154
4.2 Fortalecimiento de habilidades protectoras.....	155
4.3 Estilos de crianza positivos.....	160
Capítulo 5. Prevención de adicciones.....	167
5.1 Antecedentes de prevención de adicciones.....	180
5.2 Programa Chimalli.....	183
Conclusiones y Sugerencias.....	189
Anexos.....	203
1. Testimonios de niños usuarios de drogas.....	203
Referencias.....	209

Introducción

Las niñas y niños de 4° de primaria se encuentran en una edad vulnerable al consumo de drogas, principalmente por la alta disposición hacia la vida social y al apego con grupos de pares (Capo, 2008), por lo que hablar de prevención de adicciones en niñas y niños de 4° de primaria es importante en la actualidad, ya que según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la representatividad del consumo de alcohol como la primera droga, señala que en la niñez la consumen aproximadamente a partir de los 12 años, algunos antes y otros después. Así mismo evidencia que el consumo de alcohol ha aumentado en más del doble con referencia en la Encuesta Nacional de adicciones de 2009, en donde se muestra que en niños se ha duplicado mientras que en niñas se ha triplicado (INPRF, 2012) y se han mostrado evidencias de que los primeros consumos son en muchos casos antes de los 12 años (Vega, 2010). Como lo sugieren algunos estudios (Jiménez, Tellez y Carkidi, 2012) la prevención de adicciones a las drogas puede ser efectiva en edades a partir de los 7 años para minimizar el riesgo de consumo. Se sabe que las consecuencias del consumo de drogas deterioran la salud del cuerpo y de la mente de las niñas y niños como consumidores y/o adictos (Vega, 2004), este problema de consumo y adicción debe prevenirse, por lo que se hace una revisión de las investigaciones que han realizado diversos autores.

El trabajo consta de 5 capítulos, En el primer capítulo se hablará de la teoría evolutiva de las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria, para tener una visión desde distintas perspectivas teóricas, describiendo el desarrollo evolutivo, cognitivo, psico-sexual, y emocional. A continuación se discutirá

sobre el desarrollo social y moral, los cuales están estrechamente relacionados con el desarrollo integral de las niñas y niños.

En el segundo capítulo se describirá el origen de las drogas, así como los antecedentes de las adicciones como problemática social y como problema de salud pública, formando un concepto de adicto y definiendo las características del mismo. Es relevante cuestionar y discutir por qué las niñas y niños se relacionan con las drogas, cómo ven las adicciones y la visión de los padres de la problemática.

En el tercer capítulo, los factores de riesgo se tornan importantes en la discusión junto con los factores protectores que funcionan como ejes de este trabajo, ya que influyen en el uso y abuso de drogas de las niñas y niños, uno de ellos, *la autoestima*, realzando la relevancia que tiene como influencia en el desarrollo y vulnerabilidad hacia las adicciones (Rigon, 2002). Se explica la teoría de *parentalidad y estilos de crianza* como otro factor de riesgo, puesto que ambas son vitales en el desarrollo de las niñas y niños en cualquier área de su desarrollo (Lewis, 2003). Este último factor puede ser considerado un factor de riesgo y al mismo tiempo ser considerado como un factor protector, dependiendo el estilo de crianza (Solís, 2004), los cuales se mencionan en dicho capítulo. Se describirá como otro factor de riesgo la importancia de *los medios de comunicación* para favorecer a las adicciones (Vega, 2004) y al *acoso escolar* (bullying) como vulnerabilidad hacia el consumo de drogas (Mendoza, 2013).

A partir del conocimiento de los factores de riesgo, en el cuarto capítulo se mencionarán los factores protectores, de tal manera que son esenciales para la prevención de las adicciones y pueden ayudar a evitar la aparición del consumo

de alguna droga en las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria. Factores protectores como el fortalecimiento de *habilidades básicas*, fortalecimiento de la *autoestima*, así como la *parentalidad y estilos de crianza positivos* que promueven un estilo de vida saludable y disminuyen los riesgos del consumo a temprana edad.

Formulados los factores de riesgo y los factores protectores, se continuará hablando en el quinto capítulo de la importancia que tiene actualmente el tema de la prevención de adicciones en las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria, así como los trabajos que se han hecho en este ámbito, y analizando el contexto sociocultural de los menores en la actualidad ayudará a comprender mejor los objetivos de este trabajo.

Por último y como resultado del análisis de la bibliografía, se logran las conclusiones y se dan algunas sugerencias con base en el Modelo Educativo Humanista para hacer más eficaces las medidas de prevención por parte de los padres y maestros, quienes al estar más cerca de las niñas y niños pueden incidir de una manera más directa en ellos. Los maestros pueden protegerlos mediante la prevención hasta que las niñas y niños hayan logrado un autocontrol suficiente como para hacerlo por su cuenta y puedan entonces recurrir a formas positivas de enfrentarse al estrés sin la necesidad de acudir a las drogas. Así, los padres y maestros en conjunto pueden evaluar en qué medida se observan y abordan los problemas que ocurren en la vida de las niñas y niños quienes aún necesitan apoyo para reconocer los problemas y para buscar soluciones.

Modelo de Análisis bibliográfico

La revisión a la literatura y el análisis de la prevención de adicciones a las drogas en niños de 4° grado de primaria se hará a partir del *enfoque educativo humanista* basado en el fundador de la corriente teórica a finales de la década de 1940, a partir del movimiento conocido como desarrollo del potencial humano, iniciado por Carl Rogers. (1986), quien ha sido importante para la psicología humanista y en la educación por su contribución que se conoce con el nombre de *enfoque centrado en la persona*.

Enfoque Humanista o Enfoque Centrado en la Persona.

En este enfoque el ser humano es considerado como un individuo único, indivisible, sensible, creativo y poseedor de un potencial latente e innato, que tiende a desarrollarse, a tener armonía consigo mismo y con sus semejantes y a la autorrealización. La educación se concibe como un proceso dinámico de aprendizaje significativo, en el cual la participación activa y comprometida del estudiante es un elemento indispensable. El alumno es acompañado por el maestro, quien le abre camino, deja de ser el centro de enseñanza-aprendizaje y se convierte en el facilitador que se preocupa por estimular y promover la habilidad para aprender a aprender, que comprende la apertura a la experiencia. Esta apertura motiva al alumno a investigar, conocer, descubrir, expresarse, experimentar, dialogar, sentir, comunicarse, escuchar, razonar, relacionarse y responsabilizarse por su propio proceso y existencia. A su vez el maestro debe estimular, acompañar, comunicar y facilitar el aprendizaje, además de compartir, experimentar, relacionarse, comprender, empatizar y responsabilizarse por su propio proceso y existencia. Esto supone que el maestro también debe desarrollar ciertas habilidades que le permitan convertirse en un facilitador del aprendizaje significativo y en un promotor del desarrollo integral del potencial humano (Rogers, 1986, p. 68).

El desarrollo humanista tiene como metas:

Meta 1. El desarrollo del potencial individual. Esta meta está enfocada al desarrollo y realización personal. El niño debe conocerse, aceptarse, quererle y respetar su dignidad como ser humano mediante una actitud continua de observación, análisis y síntesis que le lleve a formarse una conciencia crítica, para interpretar de manera lógica y razonada su propia realidad y la del ambiente que le rodea, para convertirse en un adulto responsable capaz de tomar decisiones y responsabilizarse por las consecuencias de sus propias acciones y elecciones.

Meta 2. El desarrollo socio-comunitario. El desarrollo de la capacidad para relacionarse comprende el respeto, la valoración, la aceptación y el aprecio de los demás, así como el desarrollo de la capacidad para comunicarse y expresarse que permita al niño entablar relaciones interpersonales afectivas, comprometidas y satisfactorias. Este desarrollo socio-comunitario pretende la capacidad para respetar y comprender la forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de quienes conviven con el niño, la disposición de apoyar las causas justas y trabajar en conjunto, el desarrollo de la responsabilidad, de la solidaridad, de la cooperación que permita al niño dar y recibir en sus relaciones interpersonales (Rogers, 1986).

Meta 3. El desarrollo integral y la acción. En esta meta se integran las dos anteriores, el conocimiento personal, la conciencia de uno mismo y del mundo, de las relaciones que entabla y de la solidaridad responsable y participación activa en toda actividad social que tenga como objetivo el bienestar personal y comunitario.

Así mismo comprende el desarrollo y fortalecimiento de un vínculo afectivo entre el individuo y su sociedad para crear un sentido de pertenencia e identidad con la humanidad (González, 1999).

La aplicación de los principios centrados en la persona tiene efectos altamente positivos en las niñas y niños. Es importante mencionar que el modelo

educativo humanista no solo es aplicable para ciertas temáticas, materias o población en particular, Rogers menciona que en estudios realizados por casi 20 años, la implementación de este enfoque se ha utilizado para la adquisición de idiomas extranjeros, cursos de ciencias, se ha aplicado a oficiales del ejército, la armada y las fuerzas aéreas, en Oriente, en Europa y en los Estados Unidos, incluyendo la aplicación en diversos contextos educativos incluyendo todos los niveles de enseñanza desde jardín de niños, a personal médico, a grupos étnicos y a padres de familia (Rogers, 2012).

Este último sector educativo tiende a una enseñanza menos autónoma y empírica en su búsqueda de conocimientos, ya que las escuelas tienden a operar en función de los resultados más inmediatos y no de necesidades a largo plazo de los niños. De acuerdo con Rogers (2012), cuando se permite que las niñas y niños aprendan a su manera, los conceptos que elaboran tienen mayor profundidad, comprensión y duración porque son más autónomos y están basados más sólidamente en enfoques empíricos, pues las niñas y niños aprenden más y se comportan mejor cuando reciben comprensión, afecto y autenticidad que cuando se les dan en escasa medida, sin embargo también resalta el hecho de que ninguno de los objetivos planteados por este modelo educativo serán eficaces si el maestro (o el padre de familia en este caso para mediar las herramientas psicoeducativas para la prevención de adicciones) no desea realmente crear un clima de libertad para aprender (Rogers, 1986).

Con base en las 3 metas que propone este enfoque se llevará a cabo la discusión del trabajo bajo los siguientes criterios.

METAS	Factores de riesgo	Factores protectores	Prevención de Adicciones
Meta 1. Desarrollo del potencial individual	Como los factores de riesgo pueden impedir el desarrollo del potencial individual	Como los factores protectores permiten el desarrollo del potencial individual	Como la prevención de adicciones propicia el desarrollo del potencial individual de los niños
Meta 2. Desarrollo socio-comunitario	Como los factores de riesgo dificultan el desarrollo socio-comunitario de los niños	Como los factores protectores propician el desarrollo socio-comunitario de los niños	Como la prevención de adicciones facilita el desarrollo socio-comunitario de los niños
Meta 3. Desarrollo integral y la acción	Como los factores de riesgo retrasan o impiden el desarrollo integral y de acción en los niños	Como los factores protectores ayudan al desarrollo integral y de acción de los niños	Como la prevención de adicciones ayuda al desarrollo integral y de acción a los niños

Objetivos

General:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre prevención de adicciones a las drogas en niños de 4° grado de primaria con base en el Enfoque Humanista.

Específicos:

- Hacer un análisis de la literatura para identificar los factores de riesgo a las adicciones a las drogas en niños de 4° grado de primaria.
- Hacer un análisis de la literatura para identificar los factores protectores ante las adicciones a las drogas en niños de 4° grado de primaria.
- Hacer un análisis de la literatura para seleccionar las herramientas psicoeducativas adecuadas para trabajar en la prevención de adicciones en niños de 4° grado de primaria dirigidas a padres y maestros para orientar sobre la prevención de adicciones a los niños de 4° grado de primaria.
- Discutir como el contenido teórico permite o impide el cumplimiento de las 3 metas del Enfoque Humanista en los niños.

Justificación

Niñas y niños de 12 años o aún menores se enfrentan día a día en la decisión de aceptar o rechazar drogas que les ofrecen fuera de sus casas (INPRF, 2012), es decir, tienen acceso a la droga en un periodo de la vida en el que se encuentran construyendo una identidad personal, en el que se inicia la separación de los padres y se encamina a una etapa de mayor madurez, por lo que según los expertos, si los amigos prueban drogas estarán tentados a imitarlos (Schwebel, 1991).

Es preocupante que en México los niños utilicen drogas. Un estudio realizado por Jiménez, Tellez y Carkidi (2012) en el nivel superior de la UNAM, refleja que la edad a la que los encuestados mayoritariamente escucharon la palabra –droga- se encuentra entre los 11 y 15 años (59%), en segundo lugar, aquellos entre los 5 y 10 años de edad con (38%) y solo (3%) lo escucharon entre los 16 y 20 años y un porcentaje casi nulo los de 21 años en adelante (0.1%). Los resultados también muestran que quienes explican a los hijos el significado de la palabra –droga- son los padres en un (43.5%), posteriormente los maestros (34%) y en tercer lugar los amigos (11.4%), (Jiménez, Tellez y Carkidi, 2012). Por su parte, Centros de Integración Juvenil (2008), informa que en el año 2003 más de la mitad de los pacientes que acudieron a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil habían iniciado el consumo de alguna sustancia adictiva entre los 8 y los 15 años de edad. Otros estudios (Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013) también sugieren que la pre-adolescencia es una etapa de riesgo para el consumo de la primera droga.

Prevenir el consumo de adicciones en niñas y niños de 4° de primaria permitirá un buen desarrollo social y emocional en etapas posteriores, ya que el niño se ve influenciado por su grupo de amigos o al que quiere pertenecer, grupo con el cual desean identificarse, y esta influencia es mayor durante la infancia y la primera etapa de la adolescencia según los especialistas desde las décadas de los ochentas (Hurlock, 1988).

Las niñas y niños que cursan 4° grado de primaria se encuentran en la edad adecuada para asimilar información referente a la prevención de drogas

los padres y maestros pueden incidir en cuanto a las creencias, expectativas y significación del término -droga-, por lo que a partir de los 7 años se puede proporcionar información adecuada y oportuna para prevenir el riesgo de uso dañino de drogas ya sean legales o ilegales (Jiménez, Tellez y Carkidi, 2012, p. 111).

Realmente se necesita prevenir sobre el consumo y adicción a las drogas a temprana edad ya que las emociones de las niñas y niños afectan el clima psicológico de la escuela, que a su vez influye en ellos, ya que a medida que van creciendo, sus expresiones emocionales se van convirtiendo en hábitos y ya que se han repetido una y otra vez la anulación de ese hábito será muy difícil sino imposible (Vega, 2010).

Debido a que aprender a adaptarse a distintas clases de situaciones sociales resulta difícil en los años infantiles y por ello hay muchas posibilidades de que desarrollen patrones conductuales que sean desfavorables y la mayoría de esos patrones desfavorables se podrían evitar o corregir con rapidez si se descubrieran a tiempo y se dedicaran los esfuerzos necesarios para su corrección

antes de que se conviertan en hábitos desfavorables para su desarrollo, como es la dependencia y adicción a las drogas (Vega, 2010).

Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), están de acuerdo en que la pre-adolescencia es una etapa especial de riesgo, ya que el 65% de los usuarios de drogas comienzan antes de los 17 años, y también afirman que las adicciones comienzan en la infancia y que se reconoce como la edad de mayor riesgo el principio de la adolescencia, por lo cual la prevención debe ser antes de esta etapa, es decir dentro de la educación primaria.

Marco teórico

Capítulo 1. Desarrollo evolutivo en 4º grado de primaria

1.1 Desarrollo Cognitivo

Piaget (1977) en la década de los setentas clasificó a las niñas y niños de entre 9 y 10 años que cursan el 4º grado de primaria en su tercera etapa llamada “Operaciones concretas”, donde dice que las niñas y niños son capaces de construir clasificaciones jerárquicas y de comprender la inclusión. Es decir que comprende las relaciones de inclusión de un grupo de objetos que puede ver usando procesos de comparación y asociación, pero es incapaz de comprender algunas relaciones cuando intervienen clases imaginarias.

Se presenta como un periodo de adaptación en el que el desarrollo intelectual, el entendimiento analítico y la actitud objetiva son más decisivos en la configuración de los caracteres psicológicos que la maduración fisiológica. La imagen del mundo pasa a ser crítico-realista. Es decir. Que las niñas y niños se vuelcan al mundo escolar y al mundo de relación; es cuando se produce una *auténtica socialización*.

La inteligencia sufre una evolución importante, el pensamiento pasa de la intuición a las operaciones lógico-concretas; del pensar condicional a la atribución explicativa causal. El lenguaje será utilizado con mayor propiedad, el diálogo que establece la niña y el niño es coherente con su nueva forma de pensar. Las operaciones concretas implican siempre una posibilidad de

intercambio, de coordinación individual e interindividual. Forman la transición entre la acción y las estructuras lógicas más generales.

Hacia los nueve años las niñas y niños dominan los desplazamientos corporales, se familiarizan con las dimensiones físicas y este fenómeno supone a la vez una coordinación del espacio con el tiempo. A partir de los ocho años se da en las niñas y niños una mayor capacidad de atención, tienen la posibilidad de retener mayor número de estímulos que antes y éstos son más duraderos.

En este periodo el pensamiento adquiere un papel predominante, de tal forma que gran parte de la actividad, y los intereses de las niñas y niños desde los 8 años se centran en el terreno del descubrimiento y del desarrollo intelectual. Hacia los 9 años el mundo de la realidad pasa por delante del mundo fantástico.

En la teoría del desarrollo de los procesos psicológicos superiores de Vygotsky, que está enfocada en el análisis de la inteligencia práctica en las niñas y niños cuyo aspecto más importante, consiste en el uso de instrumentos por parte de los niños, afirma que el pensamiento práctico es similar al pensamiento adulto en ciertos aspectos, mientras que en otros es distinto, y subraya el importante papel que desempeña la experiencia social en el desarrollo humano. Se conoce como función psicológica superior o conducta superior, al referirnos a la combinación de herramienta y signo en la actividad psicológica y dentro de la teoría se llama internalización a la reconstrucción interna de una operación externa (Vygotski, 2008).

Según su punto de vista, la experiencia social ejerce su efecto a través de la imitación, cuando el niño imita el modo en que los adultos hacen uso de las

herramientas y objetos. Antes de llegar a controlar su propia conducta, el niño comienza a controlar su entorno con la ayuda del lenguaje. Es natural y necesario para los niños hablar mientras actúan (Vygotski, 2008), ya que se descubrió que el lenguaje no solo acompaña a la actividad práctica, sino que también desempeña un papel específico en su realización.

Para la niña y el niño hablar es tan importante como el actuar para lograr una meta. Esta teoría nos dice que cuando una niña o niño se da cuenta de que es incapaz de resolver un problema por sí mismo, se dirige a un adulto y describe verbalmente el método que no puede llevar a cabo solo, esta etapa se conoce como “lenguaje socializado”, se interioriza y en lugar de recurrir al adulto los niños recurren a ellos mismos.

Dicho de una manera más conceptual, para Vygotski (2008), el desarrollo no solo es una lenta acumulación de cambios unitarios, sino “un proceso dialéctico complejo, caracterizado por la periodicidad, la irregularidad en el desarrollo de las distintas funciones, la metamorfosis o transformación cualitativa de una forma en otra, la interrelación de factores internos y externos y en ciertos procesos adaptativos”. (Vygotski, 2008).

Para el autor, uno de los aspectos esenciales del desarrollo es la habilidad creciente que poseen los niños para controlar y dirigir su propia conducta, mediante el desarrollo de nuevas formas y funciones psicológicas a través del uso de signos y herramientas en este proceso. A una edad más avanzada, los niños amplían los límites de su comprensión integrando símbolos socialmente elaborados, tales como los valores y creencias sociales.

Vygotski, (2008), considera que el juego es el medio básico del desarrollo cultural del niño, ya que son tan importantes los aspectos intelectuales como las necesidades de gratificación de sus deseos.

1.2 Desarrollo Psicosexual

En la teoría psicoanalítica, Freud (2012) menciona que el desarrollo psicosexual es importante ya que precede al desarrollo psicosexual adulto. El desarrollo psicosexual se caracteriza por el *descuido infantil* en el cual Freud (2012) afirma que las niñas y niños tienen un saber sexual antes de la pubertad, diciendo que es un elemento central de la teoría que sostiene que el ser humano, desde el nacimiento, posee una libido instintiva (energía sexual) que se desarrolla en cinco etapas. En esta teoría, desarrollada hacia finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, Freud (2012) propone un concepto ampliado de la sexualidad humana, idea revolucionaria en su época, que postula la existencia de una sexualidad infantil, cuyo desarrollo está organizado en fases. Cada una de estas fases está caracterizada por una zona erógena que es la fuente de la pulsión libidinal durante esa etapa. Estas fases son (en orden de su aparición): *oral, anal, fálica, de latencia y genital*.

Fase	Rango de edad	Zona(s) erógena(s)	Consecuencias de la fijación psicológica
Oral	0-1 años	Boca	Oralidad Agresiva: Signos que incluyen mascar chicle o lapiceras. Oralidad Pasiva: Signos que incluyen fumar/comer/besar/ La fijación a esta fase puede dar como resultado pasividad, credulidad, inmadurez y una personalidad fácil de manipular.

Anal	2-3 años	Eliminación intestinal y urinaria	Retención anal: Obsesión con la organización y pulcritud excesiva. Explosividad anal: Imprudencia, negligencia, rebeldía, desorganización, coprofilia
Fálica	4-6 años	Genitales	Complejo de Edipo (solo en niños, de acuerdo a Freud). Complejo de Electra (solo en niñas, luego desarrollado por Carl Jung)
Latencia	7-10 años (hasta la pubertad)	Sentimientos sexuales latentes	(Las personas no tienden a fijarse a esta etapa, pero si lo hacen, tienden a ser sumamente frustrados sexualmente.)
Genital	11+ años (Pubertad en adelante)	Intereses sexuales maduros	Frigidez, impotencia, relaciones insatisfactorias

a) Fase oral

La primera etapa del desarrollo psicosexual es la fase oral, la cual dura desde el comienzo de la vida hasta el primer año. Durante la misma, el foco de la satisfacción está en la boca y el placer se obtiene por los cuidados, pero también a través de la exploración del entorno (las niñas y niños tienden a llevarse objetos nuevos a la boca). En esta etapa el *Ello* es el que domina ya que ni el *Yo* ni el *Superyó* están totalmente desarrollados. A causa de esto el bebé no tiene noción de sí mismo y todas sus acciones están basadas en el principio de placer.

El *yo*, sin embargo, está bajo formación durante esta primera etapa. Hay dos factores que contribuyen a la formación del mismo. En primer lugar, la imagen corporal es desarrollada, lo cual implica que la niña y el niño reconocen que su cuerpo se diferencia del mundo exterior. A través de la identificación de los límites de su cuerpo, uno comienza a desarrollar el sentimiento del *yo*. Un segundo factor al que le es atribuida la formación del *yo* son las experiencias implicadas en el retraso de la satisfacción que conducen a la comprensión de que conductas específicas pueden satisfacer algunas necesidades. Las niñas y niños gradualmente se dan cuenta de que la satisfacción no es inmediata y que tiene que producir determinados comportamientos para iniciar acciones que conduzcan a esa satisfacción. Un ejemplo de conducta semejante es el llorar, que parece no tener finalidad durante los primeros dos meses de vida, pero luego parece ser usado productivamente y está conectado con determinadas necesidades.

La experiencia clave en esta fase es el destete, durante el cual la niña y el niño pierden mucho del contacto íntimo con su madre y esto da lugar al primer sentimiento de pérdida. El destete también les provee a los bebés conciencia de sí mismos, desde que aprenden que no todo está bajo su control, y tampoco la satisfacción es siempre inmediata. En esta etapa, la satisfacción de las necesidades conducen a la formación de la independencia (desde que el bebé se forma una idea clara sobre los límites de sí mismo y forma su *yo*) y la confianza (desde que el bebé aprenden que comportamientos específicos conducen a la satisfacción). Por otro lado, la fijación puede llevar a la pasividad, credulidad, inmadurez y un optimismo no realista, y también la formación de una personalidad fácil de manipular debido a la formación inadecuada del *yo*. Esto puede ser el resultado tanto de la excesiva como de la insuficiente satisfacción. En el caso de demasiada satisfacción, el niño no aprende que no todo está bajo su

control y que la satisfacción no siempre es inmediata (los cuales son resultado del destete), dando lugar a una personalidad inmadura. Por otro lado, las necesidades del niño pueden ser satisfechas insuficientemente, y debido a ello el niño se vuelve pasivo porque aprende que de todas formas, lleve a cabo la conducta o no, la satisfacción no sobrevendrá (Freud 2012).

En la clasificación de *Las exteriorizaciones de la sexualidad infantil* que describe Freud, se encuentra *el chupeteo* que es el contacto de succión de la boca repetido rítmicamente que no tiene por fin la alimentación, que aparece en los bebés lactantes y puede conservarse de algún modo hasta la madurez o persistir toda la vida. Una parte de los propios labios, la lengua, un lugar de la piel que esté al alcance son tomados como objeto para ejecutar la acción de mamar. La acción de mamar con fruición cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una reacción motriz en una suerte de orgasmo. No es raro que el mamar con fruición se combine con el frotamiento de ciertos lugares sensibles del cuerpo, el pecho, los genitales externos. Por esta vía, muchas niñas y niños pasan del chupeteo a la masturbación (Freud, 2012).

Por otra parte, *el autoerotismo* es el carácter más llamativo de las prácticas sexuales infantiles que se satisface en el cuerpo propio, es *autoerótica*, donde la acción de la niña y el niño “chupeteador” se rige por la búsqueda de un placer ya vivido y ahora recordado como mamar del pecho materno para alimentarse. La boca del niño se comporta como zona erógena, asociada originariamente a la satisfacción de alimentarse. Cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también

masticando. La niña o el niño en este caso, no se sirve de un objeto ajeno y exterior para mamar; prefiere una parte de su propia piel, tanto porque le resulta más cómodo, más a mano, como porque así se independiza del mundo exterior al que no puede aún dominar, y porque de esa manera se procura, por así decir, una segunda zona erógena, si bien de menor valor (Freud, 2012).

b) Fase anal

En la etapa anal del desarrollo psicosexual, el foco de la energía pulsional (zona erógena) mueve desde el tracto digestivo superior al final inferior y el ano. Esta fase dura desde aproximadamente el 15º mes hasta el tercer año de vida. Durante la misma la formación del *Yo* continúa.

De acuerdo a la teoría, la experiencia más importante durante esta etapa es el entrenamiento en la higiene personal. Éste ocurre alrededor de los dos años (pueden haber diferencias con respecto a la edad según la sociedad que corresponda), y da como resultado un conflicto entre el Ello, que demanda satisfacción inmediata de las pulsiones que involucran la evacuación y las actividades relacionadas con ella (como el manipular las heces) y las demandas de los padres. La resolución de este conflicto puede ser gradual y no traumático, o intenso y tormentoso, dependiendo de los métodos que los padres usen para manejar la situación. La solución ideal vendría si el niño trata de regularse y los padres son moderados, para que el niño pueda aprender la importancia de la limpieza y el orden gradualmente, los cuales dan lugar a una persona adulta controlada. Si los padres ponen demasiado énfasis en la higiene personal mientras el niño decide acomodarse a ésta, se puede dar lugar al desarrollo de un comportamiento compulsivo, extendiéndose a lo concerniente con el orden y la

pulcritud. Por otra parte, si el niño decide prestar atención a las demandas de su Ello y los padres acceden a esto, el niño probablemente desarrolle una personalidad tendiente al desorden e indulgente para consigo mismo. Si los padres reaccionan, el infante debe cumplir, pero desarrollará un débil sentimiento de sí, ya que los padres son los que controlan la situación, no su propio Yo (Freud, 2012).

c) Fase fálica

La tercera etapa del desarrollo psicosexual es la etapa fálica, que abarca desde los tres a los seis años, en los cuales los genitales de las niñas y niños son su principal zona erógena. Es en esta tercera etapa de desarrollo infantil que las niñas y niños se vuelven conscientes de su propio cuerpo, los cuerpos de los otros niños, y los cuerpos de sus padres, y satisfacen la curiosidad física por desnudarse y explorarse entre sí y los genitales, y así aprender la física (sexual), las diferencias entre lo "femenino" y lo "masculino" y las diferencias de género entre la "niña" y el "niño". En la etapa fálica, la experiencia psicosexual decisiva de los niños es el complejo de Edipo, su competencia es el padre por la posesión de la madre. Análogamente, en la fase fálica, la experiencia psicosexual decisiva de una niña es el complejo de Electra, su competencia es la madre por la posesión psicosexual del padre (Freud, 2012).

Edipo: A pesar de la madre sea el progenitor que satisfaga todos los deseos del niño, este último comienza a formar una identidad sexual discreta "chico", "chica" que altera la dinámica de la relación entre padres e hijos, los padres se convierten en el foco de la energía libido infantil. El niño centra su libido (deseo sexual) en su madre, y los celos y rivalidad emocional contra su

padre porque es el que duerme con la madre. Para facilitar lo que lo une con su madre, el niño quiere unirse a la madre y matar al padre, pero el ego, pragmático basándose en el principio de la realidad, sabe que el padre es el más fuerte de los dos hombres que compiten para tener una mujer. Sin embargo, el niño también quiere al padre, por eso sus sentimientos son ambivalentes sobre el lugar de su padre en la familia, que se manifiesta como miedo a que el padre lo castre, dicho miedo es irracional, una manifestación inconsciente de la identificación infantil (Freud, 2012).

Electra: Mientras que el niño desarrolla angustia de castración, la niña desarrolla envidia del pene, envidia sentida por las mujeres frente a los hombres debido a que los hombres poseen pene. Esta envidia tiene sus raíces en el hecho de que sin el pene las mujeres no pueden poseer sexualmente a la madre tal como son conducidas por el *Ello*. Como resultado de esta comprensión, la niña dirige su deseo sexual hacia el padre. Luego, después de la etapa fálica, el desarrollo psicosexual de la niña incluye transferir, total o parcialmente, su principal zona erógena desde la infantil clítoris a la vagina adulta. En algún momento la niña pequeña también debe abandonar su primera elección de objeto, la madre, para tomar a su padre como nueva elección de objeto, más apropiado. Su eventual introducción en la heterosexualidad femenina, que culmina al dar a luz, deja paulatinamente de lado sus tempranos deseos infantiles, y su propio hijo es el que toma el lugar del pene de acuerdo a una antigua equivalencia simbólica. En general Freud consideraba más intenso el conflicto de Edipo experimentado por niñas que el experimentado por varones, dando como resultado, potencialmente, una personalidad más sumisa y menos segura (Freud, 2012).

Defensa psicológica: Los que proveen resoluciones transitorias del conflicto entre las pulsiones del *Ello* y las del Ego son los mecanismos de defensa. El primer mecanismo de defensa es la represión, que implica el bloqueo de recuerdos, impulsos e ideas desde la mente consciente, pero no conduce a una resolución definitiva del conflicto. El segundo mecanismo de defensa es la identificación que implica la incorporación de las características del padre del mismo sexo dentro del propio *Yo* del niño. El niño, adoptando este mecanismo busca reducir el miedo a la castración, ya que su similitud con el padre lo hace pensar que lo protegerá de él. La identificación de las niñas con su madre es más fácil ya que se da cuenta de que ni ella ni su madre tienen pene.

Desenlace: La competencia psicosexual no resuelta por el padre del sexo opuesto puede producir una fijación de fase fálica que dará lugar a una mujer adulta que continuamente se esfuerce por superar a los hombres (envidia del pene), o bien como una mujer extraordinariamente seductora (alta autoestima) y que coquetea, o como una mujer inusualmente sumisa (baja autoestima). En un niño, una etapa de fijación fálica podría llevarlo a convertirse en un hombre excesivamente ambicioso y vanidoso. En general, el Complejo de Edipo es muy importante para el desarrollo del *Superyó*, ya que, a través de la identificación con uno de los padres, las niñas y niños internalizan la moral, y en consecuencia, la elección de cumplir con las normas sociales, en lugar de tener que cumplirlas mediante acto reflejo por miedo al castigo.

Dentro de esta etapa fálica, en su obra *Tres ensayos para una teoría sexual* Freud (2012) nos dice que *la meta sexual de la sexualidad infantil* consiste en producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena que se ha escogido producto de un vivenciar anterior.

Esta satisfacción tiene que haberse vivido anteriormente; y se puede pensar que la naturaleza ha encontrado un medio seguro para que esa vivencia no quede librada al azar, se trasluce por un peculiar sentimiento de tensión que posee el carácter de displacer y una sensación de estímulo o de picazón condicionada centralmente y proyectada a la zona erógena periférica. La meta sexual procuraría sustituir la sensación de estímulo proyectada sobre la zona erógena, por aquel estímulo externo que la cancela al provocar la sensación de satisfacción. Por lo que se observa que para cancelar un estímulo se requiere de un segundo estímulo aplicado al mismo lugar. Este estímulo externo consistirá la mayoría de las veces en una manipulación análoga a la succión (Freud, 2012).

Lo anterior se refleja dentro de la etapa fálica mediante la clasificación de *las exteriorizaciones sexuales masturbatorias* que hace Freud a continuación.

Activación de la zona anal: es apta para proporcionar apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales. Las niñas y niños sacan partido de la estimulación erógena de la zona anal reteniendo las heces hasta que ello les provoca fuertes contracciones musculares que al pasar por el ano producen estímulos sobre la mucosa. El contenido de los intestinos es tratado como parte de su propio cuerpo y representa el primer “regalo” mediante el cual expresan obediencia o desafío hacia el medio. Luego cobra el significado de “hijo” en el marco de la teoría de la cloaca en las teorías sexuales infantiles. En niños mayores se da una acción masturbatoria anal genuina por condicionamiento central o periférico (Freud, 2012).

Activación de las zonas genitales: la zona relacionada con la micción (glande y clítoris) tanto en niñas como niños, están relacionadas con las partes sexuales reales y su activación dará comienzo a la posterior vida sexual normal.

Debido a las estimulaciones producto del cuidado corporal estas zonas serán estimuladas placenteramente y se despertará en el lactante la necesidad de repetición. Es mediante el autoerotismo del lactante que se establece el primado de esta zona erógena para la actividad sexual.

Se distinguen 3 fases de la masturbación infantil: a) periodo de lactancia b) florecimiento de la práctica sexual (hacia los 4 años) c) onanismo de la pubertad, es el único que suele tenerse en cuenta.

Segunda fase de la masturbación infantil: el onanismo del lactante parece desaparecer tras un breve lapso. Alrededor de los 4 años la pulsión sexual suele despertar nuevamente en la zona genital y durar un lapso. Es durante esta segunda activación donde se producen las huellas más profundas (inconscientes) en la memoria de las niñas y niños, donde se determina su carácter si permanece sana o se desarrolla la sintomatología de la neurosis si enferma luego de la pubertad olvidando este periodo sexual y desplazando los recuerdos conscientes vinculando esto con la amnesia infantil. Por medio del psicoanálisis se logra hacer consciente lo olvidado (Freud, 2012).

Retorno de la masturbación de la lactancia: el aparato sexual aun no desarrollado se hace presente por medio del aparato urinario, la enuresis nocturna corresponde a poluciones. No se requiere de la seducción para despertar la vida sexual del niño y ese despertar se puede producir también por causas internas (Freud, 2012).

Disposición perversa polimorfa: bajo la influencia de la seducción la niña y el niño pueden convertirse en unos perversos polimorfos y practicar todas las transgresiones posibles, las que no tropiezan con resistencias porque aún no

se han erigido la formación de diques anímicos contra los excesos sexuales: vergüenza, asco y moral.

Pulsiones parciales: la vida sexual infantil muestra componentes que desde el comienzo envuelven a otras personas en calidad de objetos sexuales. De esta índole son las pulsiones de ver, de exhibir y la crueldad. Aparecen independizadas de las zonas erógenas y más tarde entran en estrecha relación con lo genital. Al carecer de vergüenza las niñas y niños muestran su cuerpo desnudo (en especial los genitales) y tienen curiosidad por ver los genitales de otras personas. La capacidad de compadecerse y la inhibición en virtud de la cual la pulsión de apoderamiento se detiene ante el dolor del otro se desarrollan más adelante. La ausencia de compasión establece un enlace peligroso entre las pulsiones crueles y las erógenas y es por esto que debe evitarse el castigo corporal (Freud, 2012).

d) Fase de latencia

La cuarta etapa de desarrollo psicosexual es el período de latencia que se extiende desde la edad de seis años hasta la pubertad, en la que las niñas y niños consolidan los hábitos de carácter que él o ella ha desarrollado en las tres etapas más tempranas del desarrollo psicosexual. Independientemente de que las niñas y niños hayan resuelto con éxito el complejo edípico, las pulsiones instintivas del *ello* son inaccesibles para el ego, porque durante la etapa fálica los mecanismos de defensa fueron reprimidos. Por lo tanto, como dijo que se retrasan las pulsiones latentes (ocultas) y la gratificación a diferencia de en la fase oral, anal, y fálica anteriores, las niñas y niños deben derivar el placer de la gratificación del proceso de pensamiento secundario, que dirige los impulsos

libidinales hacia las actividades externas, tales como la educación, las amistades, los pasatiempos, etc. (Freud, 2012).

Las niñas y niños de 4° grado de primaria como lo sugiere la teoría freudiana, han superado la *amnesia infantil* en la cual el autor señala que tienen impresiones olvidadas. En la mayoría de los seres humanos la etapa de *amnesia infantil* cubre los primeros años en donde las niñas y los niños son capaces de exteriorizar el dolor y alegría de una manera humana, se puede mostrar el amor y celos, etc, que en la adultez pareciera no saberse expresar, recordando pequeños fragmentos, sin embargo aunque son olvidadas han modificado al ser adulto anímicamente y se convierte en determinantes para el desarrollo posterior. Como menciona Freud (2012), en esta fase de amnesia o latencia se ocultan los inicios precoces de su propia vida sexual.

En donde Freud (2012) afirma que los seres humanos nacemos con una especie de paquete de mociones sexuales, las cuales pueden observarse hacia los 3 o 4 años de edad, con la meta nueva del complejo de Edipo y Electra, ya que las niñas y niños no pueden cumplir la meta primaria que es la reproducción, en donde la *ruptura del periodo de latencia* será en la pubertad, mientras que las fuerzas de la libido están en estado pausado más que manifiestas, es decir como en reserva. La energía sexual se sublima o se canaliza en actividades sociales aceptables y eleva al máximo su *yo* hacia el final de la etapa. Su mundo interior y exterior se van separando, el mundo exterior que se acentuará al máximo en el comienzo de la adolescencia.

e) Fase genital

La quinta etapa del desarrollo psicosexual es la etapa genital, que abarca la pubertad y la edad adulta, por lo que ocupa la mayor parte de la vida de un hombre y de una mujer, cuyo propósito es el desprendimiento de la psicología cognitiva y la independencia de los padres. La etapa genital brinda a la persona la capacidad de enfrentar y resolver sus restantes conflictos infantiles psicosexuales. Al igual que en la etapa fálica, la etapa genital se centra en los órganos genitales, pero la sexualidad es consensual y adulta, en lugar de solitaria e infantil. La diferencia psicológica entre las etapas fálica y genital es que en esta última se establece el ego, la preocupación de la persona cambia desde la gratificación impulsiva principal (instinto) a la aplicación de proceso de pensamiento secundario para gratificar el deseo simbólico e intelectual por medio de la amistad, una relación de amor, la familia y las responsabilidades que conciernen a los adultos (Freud, 2012).

Por lo tanto la sexualidad infantil consiste principalmente en una sensualidad erógena en la que se incurre tanto por el placer que ocasiona como para aliviar las tensiones derivadas de la frustración y la ansiedad. Incluye también elementos de actividad exploratoria y manipulativa, de curiosidad respecto de la anatomía y la fisiología del sexo y la reproducción y de deseo de cercanía afectiva con el progenitor quizás unidos a sentimientos de rivalidad hacia quien se percibe como un competidor Freud. (2012).

Con base en los estudios de Freud (2012) se puede afirmar que para las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria no es muy importante el tema de lo sexual, no porque desconozcan las diferencias entre hombre y mujer, sino

que no tienen mucha importancia para ellos. Las diferencias sexuales del cuerpo adquieren importancia para las niñas y niños principalmente porque son significativos de la conducta erótica y social de los adultos.

Los órganos sexuales, además de proporcionar una base más funcional y universal para el moldeamiento de la conducta social que el color de la piel o de los ojos, son también objeto de un interés algo mayor por derecho propio. No obstante, todavía no tiene una importancia decisiva para las niñas y niños porque en su caso no se dan las condiciones necesarias para el cumplimiento de una función sexual biológica (erótica). Aunque no se puede negar la intensidad de su lealtad hacia su propio sexo.

1.3 Desarrollo emocional

Entre los 6 y 12 años de vida se producen cambios significativos en el desarrollo cognitivo, social y emocional de las niñas y niños. En este periodo se traducen en una mejor comprensión de las emociones, una interpretación más profunda de los rasgos de personalidad y amistades más sólidas que las de la primera infancia (Harris, 1992).

En un estudio de la segunda infancia (Cembranos y Gallego, 1985) se subdivide la segunda infancia en tres grandes bloques situando a los niños de 4° grado en el tercer bloque llamado *La niñez tardía (9 a 10 ½ en las niñas), (9 a 12 en los niños.)*. Las reacciones emotivas de rivalidad, celos, envidias, cólera siguen apareciendo pero de maneras más discretas que en etapas anteriores. Las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria aún no tienen un orden y estructura tanto en la percepción como en la organización de la experiencia y

predomina en este periodo una actitud optimista, de buen humor, pues las niñas y niños están libres de preocupaciones y lo manifiesta a través de la alegría y el optimismo, esto en ambos sexos.

Sin embargo también son más sensibles y conscientes a los motivos que subyacen las acciones, lo que explica que las opiniones y los juicios de los demás tengan ahora más importancia que antes. La posibilidad de diferenciar e integrar mejor aspectos de la realidad, que a diferencias de las niñas y niños en etapa preescolar ya se conciben como un todo. La exposición a un clima más exigente por parte de maestros, familia e iguales, junto con una mayor sensibilidad a las críticas hace que la percepción de eficacia sea un aspecto importante dentro del desarrollo emocional de las niñas y niños ya que se adentra a diferentes contextos sociales en los cuales evalúa su desempeño, de tal manera que si la evaluación final es negativa la autoestima se verá afectada y podría desencadenar en consecuencias de la misma forma negativas si este tipo de evaluaciones no cambian con el tiempo (Harris, 1992).

Así es que el desarrollo emocional depende de diversos factores como el temperamento y la educación familiar recibida. El temperamento entendido como la propensión biológica a reaccionar con menor o mayor prontitud e intensidad que se desarrolla con el desempeño social. Por otra parte la educación emocional recibida en casa repercute en su regulación emocional y en su forma de abordar los conflictos. Con intención o sin intención, la familia va modulando la emotividad en las niñas y niños actuando como modelos ente ellos. Harris (1992) dice al respecto que cuando se evalúan los niveles de manifestación y control de las emociones que muestran las niñas y niños se observa que estos suelen ser similares a los que manifiestan sus padres.

Por otro lado el comportamiento social que se exhibe en la infancia parece estar relacionado con el sistema de apego establecido en la primera infancia, así la inhibición, la seguridad o la ansiedad que definen los distintos tipos de apego, se asocian en muchos casos a comportamientos similares en la infancia tardía, y el contexto cultural en el que se desarrollan las niñas y niños y el género de los niños son otras variables fundamentales que influyen en los patrones emocionales y de comportamiento (Harris, 1992).

Harris (1992) determina que desde los 4 años de edad las niñas y niños hacen uso de lo que se denomina *normas de expresión* es decir que ponen en práctica las expresiones que son adecuadas a determinadas situaciones, aunque en ocasiones no indique su verdadera emoción, a manera que las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria, tal como lo sugiere la teoría, ya pueden entender la diferencia entre lo que expresan en determinada circunstancia y lo que en verdad sienten en el momento.

Harris (1992) plantea que la ocultación y disimulo de las emociones presupone la capacidad de simultanear dos puntos de vista, la propia y la de un observador externo el cual podría estar precedido de experiencias previas.

También es importante mencionar que hay diferencias notables entre niñas y niños, la tendencia de las niñas a ocultar las emociones de cólera y también a falsear sus emociones para obtener beneficios inmediatos. Los niños en cambio, ocultarían emociones de miedo o tristeza, mostrando así actitudes más estoicas encaminadas aparentemente a preservar su autoestima. (Harris, 1992).

Algo característico de esta etapa infantil es la comprensión de la ambivalencia emocional como la tristeza y el alivio, o la alegría y la preocupación y aunque la ambivalencia emocional puede aparecer en la primera infancia, a nivel conceptual no suele entenderse sino hasta los 10 o 12 años de edad, por lo que únicamente hacia los 10 años se observa que las niñas y niños comienzan a considerar que dos emociones contrarias pueden darse simultáneamente. (Harris, 1992).

Desde los 6 años o incluso antes, las niñas y niños consideran los valores y reglas de una cultura como reguladores de una emoción, es decir las niñas y niños comprenden que los motivos que desencadenan los sentimientos de culpa, orgullo o envidia pueden variar de un lugar a otro. También hacia los 10 años se consolida la influencia de la *personalidad* afianzándose la idea de que cada persona reacciona a los hechos en función de su propia idiosincrasia (Harris, 1992).

Ausbel y Sullivan (2002) desarrollaron una teoría enfocada al desarrollo del *yo* situando a los niños de 4° de primaria (9 años) en una etapa llamada *etapa de preparación y consumación*. Donde dicen que los cambios preparatorios de la maduración del *yo*, así como los factores importantes en el esquema de la maduración de la personalidad, no se consuman por simple acumulación, ya que el individuo sexualmente inmaduro (prepúber) no puede adquirir en ninguna parte el status de una personalidad adulta; la posición primaria de que disfruta debe cumplir inevitablemente un rol subordinado en la más amplia Gestalt de dependencia volitiva y status derivado característicos de la ubicación biosocial de los niños en todo el mundo. Ausbel y Sullivan (2002) nos dicen a este respecto que es hasta la adolescencia donde los padres y el hogar continúan

actuando como las principales fuentes de status en la vida de las niñas y niños. La madurez del *yo* en la niñez continúa siendo cualitativamente diferente de la que opera en la adolescencia y en la adultez. Mencionan que las influencias parentales son tan decisivas en el desarrollo del niño que es casi imposible estudiar cualquier aspecto de este campo sin considerar su relación con las actitudes y la conducta de los padres. Esto lo apoya en su investigación de parentalidad Solís (2004).

La relación de pares también influye en el desarrollo del *yo* de niñas y niños, de tal manera que procuran establecer una identidad social en relación a sus iguales, o sea una identidad lo más coherente posible con las tendencias fundamentales de su personalidad y con las predisposiciones de su temperamento (Ausbel y Sullivan, 2002).

Dentro del desarrollo emocional se encuentran también las estrategias de afrontamiento de emociones negativas y sus cambios a lo largo del desarrollo. La ira se ha considerado como antídoto para la depresión y el miedo como función de alerta, sirviendo ambas como emociones adaptativas. La ira es una respuesta defensiva que busca la restitución de una pérdida o la defensa de los derechos personales y que es muy común en las niñas y niños (Harris, 1992).

Las técnicas de control emocional evolucionan en la infancia donde se observa una tendencia que va desde abordar la emoción misma y la tendencia a controlar la emoción por medios mentales y no solo conductuales. Las niñas y niños de entre 8 y 10 años usan como estrategia la búsqueda de apoyo social con sus iguales y la estrategia de la selección de un contexto a fin, en donde las niñas y niños desarrollan una red social de amigos, y en este empeño es común que

traten de rodearse de compañeros de contextos a fines a uno mismo, lo que disminuye la probabilidad de asumir riesgos y desajustes emocionales (Harris, 1992).

El progreso del desarrollo emocional está entrelazado con los avances en el desarrollo social. Esto es así no solo porque las emociones se despliegan en un contexto social, sino porque ocurren aspectos más amplios del desarrollo emocional, entre ellos la regulación del afecto, dentro de las relaciones de cuidado y atención al niño. El curso general del desarrollo emocional puede describirse como un movimiento desde la regulación diádica hasta la autorregulación de la emoción (Sroufe, 2000).

Sroufe (2000), establece que el progreso del desarrollo emocional y cognitivo está entrelazado con los avances en el desarrollo social, en el cual se propicia la regulación de tales procesos, es decir, de la regulación de las emociones dentro del marco de las relaciones de cuidado y atención hacia el niño. En este sentido, el curso general del desarrollo emocional y cognitivo puede describirse como un movimiento de regulación y modulación de las conductas que se desencadenan en la infancia. A partir de esta premisa propone estudiar el desarrollo emocional en conjunto con el desarrollo cognitivo y social, ya que los individuos funcionan como una totalidad y ninguna parte puede entenderse por separado. Explicándolo de la siguiente manera:



De tal forma se puede definir a una emoción como “una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente, caracterizados por cambios de orden fisiológico, experiencial y patentemente conductual” (Sroufe, 2000, p. 18).

Las funciones de las emociones entonces son:

1. Comunicar estados internos a otros que son importantes
2. Estimular la competencia exploratoria en el medio
3. Alentar respuestas adecuadas a situaciones de emergencia.

A través de estas funciones los niños logran comunicar necesidades, intenciones o deseos del organismo (Sroufe, 2000). Entonces “La emoción hace parte de todas las transacciones decisivas con el ambiente, guía, dirige y en ocasiones desorganiza la acción” (Sroufe, 2000, p. 14).

La palabra emoción, viene del latín "motere" (moverse). Es lo que hace que nos acerquemos o nos alejemos a una determinada persona o circunstancia. La emoción es una tendencia a actuar y se activa con frecuencia por alguna de nuestras impresiones grabadas en el cerebro, o por medio de los pensamientos cognoscitivos, lo que provoca un determinado estado fisiológico, en el cuerpo humano. La emoción, es un sentimiento y sus pensamientos característicos que conllevan condiciones biológicas y psicológicas, así como una serie de inclinaciones a la actuación. Así es que las emociones son esencialmente impulsos a la acción, cada una de ellas inclina al ser humano hacia un determinado tipo de conducta. En los animales y en los niños hay una total continuidad entre sentimiento y acción; en los adultos se da una separación, la acción no necesariamente sigue al sentimiento (Sroufe, 2000).

Se denomina emociones a todas aquellas sensaciones y sentimientos que posee el ser humano al relacionarse con sus semejantes y con el medio en general. Conforme el niño se desarrolla, el aparato de estímulo es el mismo, pero el significado es diferente (es decir, ya no tanto el evento, sino lo que el niño piensa de él). Es definitivo el significado que encuentran los bebés en sus

transacciones con el ambiente, tanto en el desarrollo de las emociones, como en lo que suele llamarse desarrollo emocional individual. Plantea que el despliegue de las primeras formas emocionales en los bebés, las emociones más complejas y las expresiones afectivas están mediadas por cierta base genética (Sroufe, 2000).

Emociones como el miedo y la alegría se originan bajo este principio, las emociones posteriores se encuentran mediadas por lo psicológico y por el contexto aunque de alguna manera evolucionan de las formas primarias.

Según Sroufe (2000), las emociones humanas son sociales por naturaleza, partiendo de esta idea se genera una relación irrompible con el contexto social. El autor menciona que la comunicación social es el factor principal que regula todas las emociones y que en consecuencia se puede concluir que el estudio de la emoción permanece vinculado con el estudio del desarrollo social, ya que para Sroufe (2000) el desarrollo emocional está estrechamente relacionado con la autoregulación de las emociones que logran los niños.

Para Sroufe (2000), el surgimiento de la autorregulación emocional y la emoción autogenerada sirve para la adaptación y el desarrollo de las niñas y niños, dado que cumple como función principal responder a la supervivencia mediante las necesidades básicas, es importante el valor comunicativo de cada conducta. Esta función abarca la consideración tanto del placer del niño como del proceso por el cual se maneja la excitación generada por la novedad.

Por otro lado, cabe destacar que las emociones están presentes en nuestras vidas desde que nacemos y juegan un papel muy importante en la

construcción de nuestra personalidad e interacción social. Éstas intervienen en todos los procesos evolutivos. Se debe tener en cuenta que existen emociones positivas y negativas, y que las positivas, juegan un papel importante al poder actuar como un factor protector en situaciones de adversidad, optimizar la salud y el bienestar y construir recursos personales.

De ahí, la importancia de identificar, promover y fortalecer estos recursos psicológicos que puedan actuar como protectores de la salud mental. Así entre los beneficios y la importancia de promover la experiencia de emociones positivas en la infancia debido a que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamientos, enriquecen las funciones intelectuales y cognitivas y mejoran el desempeño integral en la escuela.

El desarrollo emocional tiene sus raíces en una concepción del niño como persona que desarrolla su autoestima, la capacidad de expresión de sentimientos, la identidad, la integración social y la autonomía a través de experiencias en la vida cotidiana, en la familia, en la escuela y en la comunidad. En este sentido el papel del adulto sería el de proporcionar experiencias que conduzcan el desarrollo de estos aspectos, apoyar y orientar al niño en el manejo de éstas para ayudarlo a relacionarse con otros en diferentes ambientes (Sroufe, 2000).

1.4 Desarrollo social

Después de que los niños de 9 años entran al nuevo grado escolar, comienza a desaparecer el interés por las actividades familiares, al mismo tiempo que los juegos individuales ceden su lugar a los grupales (Gesell, Frances y Bates, 1999).

Los niños ya no quieren ser mimados como en etapas anteriores y se pueden llegar a sentir incluso avergonzados, debido a que durante este periodo el grupo de pares le proporciona el escenario adecuado para alejarse aún más de los padres y acercarse más al propio grupo (Ausbel, 2002).

Cuando las niñas y niños ingresan a la escuela y comienzan a interesarse por los juegos colectivos, establecen nuevos criterios, además de los antiguos, para elegir compañeros de juego. Conforme crecen sus rasgos de personalidad se hacen más importantes, sobre todo los de la alegría, generosidad, amistad, cooperación, sinceridad, estabilidad, sentido del humor y habilidad para el deporte. Sin embargo aquellos niños con mucha timidez o solitarios podrían recurrir en alguna etapa posterior de desarrollo al alcohol o a otras drogas para lograr disminuir o romper la sensación de bloqueo intelectual y afectivo (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

A fines de la niñez tanto las niñas como los niños escogen como compañeros de juego a los que congenian con ellos y con los que se puede tanto comunicar como jugar. Estos niños se convierten entonces en sus amigos (Harris, 1992). Cada año conforme crece la necesidad de amigos se hace más apremiante llegando al punto culminante cuando se inician los cambios propios de la pubertad. Se dice del niño que es un amigo fiel y devoto quien tiene la tendencia a admirar a los individuos de su propio sexo, se puede decir que el niño se muestra seguro de sí mismo o independiente de acuerdo con Gesell, Frances y Bates (1999), los informes verbales de los niños de la escuela primaria acerca de las cualidades deseadas en los amigos destacan como importantes: la similitud de intereses y gustos el carácter amistoso y jovial, el aseo personal, los buenos modales y la generosidad. Las niñas siguen siendo más sociables que los niños

durante los años de la escuela primaria, y también establecen relaciones mutuas más íntimas y confidenciales (Ausbel, 2002).

Los diferentes compañeros desempeñan papeles distintos en el proceso de socialización, es decir, si los compañeros de las niñas y niños son apropiados para sus edades y sus niveles de desarrollo, contribuirán mucho a que realicen buenas adaptaciones sociales. Así entonces el niño puede ser o no aceptado socialmente. En el entendido de que la aceptación social se refiere a ser elegido como un compañero para una actividad en un grupo del que se forma parte como integrante. Es un índice de éxito con el que las niñas y niños ocupan su lugar en el grupo social, a diferencia de las y los populares quienes pueden tener pocos amigos o compañeros de juego y muchos admiradores. Estos últimos provocan agrado porque tienen cualidades que otros niños admiran (Ausbel, 2002).

La experiencia de la pandilla es un aspecto característico de esta edad e importante para los especialistas y fundamental para la socialización de las niñas y niños, ya que allí surge el liderazgo y los estilos de interacción, donde los niños a quienes se atribuye mayor prestigio en el grupo tienen más probabilidades que los poco populares de intentar ejercer una influencia más directa sobre los demás y de tener éxito en el intento y se mantendrá a lo largo de toda la vida como experiencia significativa en el sentido de integración o desintegración personal (Ausbel, 2002). Según Cembranos y Gallego (1985), la niña y niño en la relación con sus iguales irá adquiriendo poco a poco su independencia y autonomía, el sentido de la reciprocidad, la solidaridad, etcétera, cualidades importantes para la vida en grupo y la cooperación, por lo tanto no es raro que el niño tenga un amigo favorito al cual desee proteger y defender, mientras que las niñas se

encuentran más alejadas de los niños, aunque ambos buscan los juegos colectivos.

Como lo dijo Piaget (2001), las niñas y niños de 9 años van dejando atrás su egocentrismo para dar paso a la reflexión, es decir que sus conductas ya no son impulsivas, sino que los niños y niñas tienen la capacidad de pensar antes de actuar y son capaces de discriminar la manera de pensar de los otros y la de sí mismos y de acuerdo con el autor, el desarrollo social exige una concordancia entre los valores que inculcan los padres y los que inculca la escuela, de tal modo que los niños pueden confundirse y presentar conflictos en su desarrollo emocional, lo que puede mermar el juicio al tomar decisiones más adelante como acceder a usar drogas. Algo que resalta Piaget (2001), es que los adultos debieran ser modelos a seguir, dignos de ser imitados, ya que los niños son creadores y respetarán a aquellos adultos a quien ellos admiran y a quienes son coherentes en su estilo de vida. De tal manera que el desarrollo social se da en relación al desarrollo moral y viceversa, del cual hablará en el siguiente apartado.

Vivimos en un país con una cultura donde ser aceptado socialmente tiene un valor muy alto y donde los padres y los maestros y otras personas utilizan la aceptación como índice de éxito social y los niños llegan a evaluarse en esos términos, por lo que miden su éxito o fracaso por la cantidad de amigos que tienen y la seguridad de su posición en el grupo, esto tiene efectos importantes sobre sus autoestimas.

Esto se refleja cuando las niñas y niños buscan ser líderes en una u otra temporada aunque la mayoría lleva un rol como de seguidores, en donde el líder tiene la capacidad de hacer actuar a los seguidores de otro modo (Ausbel, 2002).

Al salir la niña y el niño del núcleo familiar, se encuentra con otros agentes de socialización que le van a mostrar un mundo diferente al que aprendió en casa, los amigos, los vecinos, otros parientes, la escuela, los medios de comunicación, etcétera.

De esta manera va a confrontarse con todas esas situaciones que lo irán orientando o desorientando a veces acerca de cómo debe comportarse con la vida. Lo anterior implica que hay que educar a los niños ante esta situación, pero de manera gradual, en primera instancia los padres y en segunda los educadores. El momento en que las niñas y niños desarrollan un método de conducta para guiarse a sí mismos, en el momento en que organizan sus propias actividades de acuerdo con una conducta social, aplican una actitud social a sí mismo (Vygotski, 2008).

Ausbel y Sullivan (1989), nos dicen que los niños suelen ser más cooperativos que las niñas y de igual manera los autores retoman la relevancia de las relaciones de amistad en el desarrollo del niño. Los informes verbales de los niños de la escuela primaria acerca de las cualidades deseadas en los amigos destacan como importantes, la similitud de intereses y gustos el carácter amistoso y jovial, el aseo personal, los buenos modales y la generosidad. Las niñas siguen siendo más sociables que los varones durante los años de la escuela primaria, y también establecen relaciones mutuas más íntimas y confidenciales.

En el ambiente escolar, para los Ausbel y Sullivan (1989), el niño se ve inevitablemente impulsado a competir por la única clase de status primario (rendimiento escolar). El fracaso objetivo del niño con malas calificaciones se intensifica subjetivamente por el mantenimiento forzado de niveles de aspiración

demasiado altos. Desde el inicio de la carrera escolar según los autores, la ansiedad se convierte en un importante estímulo motivacional respecto del aprendizaje y la escuela no afecta de manera igual el desarrollo de la personalidad de todos los niños.

Dentro del desarrollo social en los niños, es importante mencionar que este se da en función del conocimiento social que las niñas y niños poseen. El conocimiento social en la etapa de 9 a 10 años comprende dos ámbitos esencialmente:

a) El desarrollo del conocimiento interpersonal: Los niños comprenden quiénes son aquellos con los que viven y se relacionan. Comprenden también las relaciones que existen entre ellos. Comienzan a diferenciar y distinguir entre perspectivas diversas. Desarrollan la idea de que las relaciones han de basarse en el consenso.

b) El conocimiento de los sistemas e instituciones sociales: Asimilan las nociones de coordinación y organización de las instituciones sociales siguiendo relaciones lógicas (Kohlberg, 1992).

1.5 Desarrollo moral

Las relaciones sociales que se tienen en la niñez en los diferentes contextos, desempeñan un papel importante en el desarrollo moral: en primer lugar al proporcionar a las niñas y niños normas de conducta socialmente aprobadas y en segundo al darles una fuente de motivación, mediante la aprobación y la desaprobación social, para que se conformen a esas reglas. Las niñas y niños

comienza a tener sus propios sentimientos morales independientes de los padres; el poder intelectual adquirido le facilita la realización de sus propios juicios (Cembranos y Gallego, 1985). Conforme a los autores, las niñas y niños aprenden de sus padres, los hermanos, etcétera, lo que es bueno y malo.

De acuerdo con Vygotski (2008), el momento en que los niños desarrollan un método de conducta para guiarse a sí mismos es el momento en que organizan sus propias actividades de acuerdo con una conducta social, aplican una actitud social a sí mismo mediante valores. Para comprender mejor lo anterior, es importante tener claro que son los valores y la moral.

Los valores morales se pueden definir como la conducta moralmente adecuada que consiste en tratar de realizar en el mundo de los demás valores de una manera correcta (Cortina, 2000). La moral entonces es un tipo de saber encaminado a forjar un buen carácter que ha formado y forma parte de la vida cotidiana de las personas y de los pueblos (Cortina, 2000).

Los valores no son objetos que podamos tomar con nuestras manos, sin embargo sabemos que existen y podemos saber si están presentes o no en base a sus características de una manera consistente, siempre han estado allí, donde se vive, crea y se expresa el ser humano individual o colectivamente y se han convertido en objeto específico y prioritario de atención intelectual y ética en los periodos de crisis y de cambio socio cultural profundo (Barba, 2005).

Dentro de las normas de convivencia, los valores en cualquier ámbito en el que nos desarrollemos nos permitirán:

- Dar lugar a la individualidad y diferencias atendiendo las necesidades comunes de cooperación
- Respetar al otro, si no perderá sentido de sí mismo
- Reconocer la dignidad humana por el simple hecho de existir
- Permitir las diferentes ideologías que tiene cada ser humano
- Poder vivir con los otros siendo diferente, indispensable para habitar el mundo
- Educar en valores que nos permitan vivir juntos siendo diferentes
- Nos haremos personas en virtud de la relación con los otros
- Igualdad de derechos permitiendo las diferencias
- Solidaridad haciendo propio lo mío y los intereses del otro.

Barba (2005), en su artículo “educación y valores”, resalta el hecho de que durante mucho tiempo, los valores con enfoque humanista de la educación se han ido imponiendo en las últimas décadas y desde esta base como exigencia de todo proyecto de reconstrucción social y de desarrollo humano para dejar claro que la educación es por naturaleza una “cuestión de valores”, es decir, un proceso de formación moral.

Entonces cuando las costumbres morales del grupo social familiar no coinciden con las del grupo de amigos, las niñas y niños se inclinan más a seguir las costumbres que tienen sus amigos. El desarrollo moral tiene un aspecto intelectual y otro impulsivo, por lo cual, los niños tienen que aprender lo que es bueno y malo. Entonces en cuanto tienen edad suficiente se les deben dar explicaciones sobre las razones por las que algo es bueno o malo. Deben desarrollar el deseo de hacer lo correcto, actuar para el bien común y evitar el mal (Barba, 2005).

Algunas niñas y niños violan las costumbres del grupo al que pertenecen porque sienten que pueden hacer lo que ellos quieran, es decir por encima de la ley. Estos niños reciben como castigo el rechazo social que los daña más que el placer de haberse brincado una regla. Si en un juego alguien es culpable, todos lo son por igual, ya que en general la niña y el niño a esta edad distribuyen la culpa y reconoce cuando fue únicamente suya; tiene un fuerte interés por la justicia, hace valoraciones de los demás. Por medio de las interacciones sociales, los niños no solo tienen oportunidades para aprender los códigos morales, sino también para darse cuenta del modo en que los otros evalúan su conducta (Piaget, 2001).

Según la teoría de Piaget (2001), el desarrollo moral se produce en dos etapas, etapa del realismo y etapa de moralidad autónoma. En la primera etapa la conducta de los niños se caracteriza por la obediencia automática a las reglas, sin razonamiento ni juicio, en la segunda etapa los niños juzgan la conducta en función de su intención subyacente. Esta etapa suele comenzar entre los siete o los ocho años de edad y se extiende hasta los doce años o más.

Aunque los niños a esta edad aproximada de 9 años ya comienzan a tener un pensamiento más racional no siempre conocen todas las costumbres del grupo al que pertenecen ni que se comporten de un modo verdaderamente moral. Es sensible y puede ser vulnerable a la crítica, ya que se encuentra entre el simple niño pequeño y el adolescente, está en una etapa del despertar de su conciencia, este nuevo pensamiento independiente modifica sus relaciones con la familia, con la escuela y con sus compañeros. El niño ya puede tener sentimientos de responsabilidad personal por los actos propios (Harris, 1992).

El desarrollo moral también es importante para Ausbel y Sullivan (1989), quienes a finales de los ochentas concluyeron que el desarrollo moral es importante, ya que todos los aspectos que forman parte del ser humano contribuyen a su desarrollo integral. Para los autores, la mayor parte de las conductas intencionales de los seres humanos contienen un aspecto moral, cuya realidad psicológica no puede desconocerse, debido a que las metas del desarrollo humano por el hecho de estar determinadas por el hombre y por la cultura, siempre se basan en ciertos supuestos morales.

En general las actitudes de los padres jóvenes tienden a ser más liberales que las de los mayores. Las actitudes de los padres tienen efectos poderosos no sólo sobre las relaciones familiares sino, también sobre las actitudes y la conducta de los niños ya que sin el auxilio que presta la crianza sería muy difícil, ya que si los niños no tuvieran ningún sentido de la responsabilidad para refrenar sus impulsos para adaptarse a las normas sociales aceptadas y para adquirir el control de sí mismos, el proceso socializante sería lento, arduo e incompleto. Los niños de 9 años están desarrollando un sentido de status individual que necesita de la comprensión afectuosa de sus mayores y sobre todo de la familia (Ausbel y Sullivan, 1985).

Ausbel y Sullivan (1985) mencionan algunas tendencias en la edad escolar que como lo he mencionado es donde se sitúan los niños que cursan el 4º grado de primaria. Las tendencias en edad escolar continúan dependiendo emocional e instrumentalmente de sus padres. Pero durante este periodo el grupo de pares le proporciona el escenario adecuado para alejarse aún más de los padres y acercarse más al propio grupo.

Al igual que la teoría Piagetiana, Ausbel, D y Sullivan, E. (1989), caracterizaron a las niñas y niños de entre 9 y 10 años desde un enfoque más social, en donde se capacitan para cumplir tareas propias y sostenidas, organizadas y con espontaneidad. Los juegos colectivos con división de funciones, lealtad a un grupo mayor y la amplitud de liderazgo son muy característicos de la edad. Ausbel y Sullivan. (1989) ven el espíritu competitivo de la niñez como una actividad dirigida a exaltar el *yo* en la que la niña y el niño se pelean una posición jerárquica y la cooperación es una actividad orientada al grupo, para alcanzar metas en común.

Para Kohlberg (1992), el sexo, la clase social y la cultura determinan el juicio moral más que solo la edad, por lo que la moralidad se desarrolla mediante un componente cognitivo-evolutivo, lo cognitivo implica un aumento de conocimiento en los niños del contenido de los valores convencionales de su grupo.

Kohlberg (1992) jerarquiza posterior a Piaget, 6 estadios de juicio moral, en donde explica que la edad debe llevar una creciente consolidación en estadios superiores, lo cual formará en las niñas y niños estructuras más equilibradas.

Kohlberg (1992) define el juicio moral como un proceso cognitivo que permite reflexionar sobre los propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica. Además, para desarrollar este juicio moral es necesario asumir ciertos roles, que se refieren tanto a la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía), como de poder observar la situación problemática desde una perspectiva de tercera persona. Las situaciones problemáticas generan un desequilibrio en la vida de las personas, por lo que deberán

hacer es buscar restaurar el equilibrio, clarificando sus creencias y justificando sus decisiones. Kohlberg (1992) afirmaba que a pesar del vínculo estrecho entre desarrollo moral y desarrollo cognitivo, como lo proponía Piaget, el crecimiento de este último no era suficiente para garantizar el desarrollo moral. El desarrollo del juicio moral de Kohlberg se basa en tres ejes principales divididos en dos estadios como se explica en el siguiente cuadro.

Tipos de moral	Estadios	Características generales
Moral preconvencional	Estadio 1. Orientación hacia el castigo y la obediencia Estadio 2. Hedonismo ingenuo	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación del castigo - Pensamiento es más intuitivo que lógico - Juicio moral egoísta - Suponen que el castigo no es inmediato a la mala acción. - Surgen los juicios por la justicia.
Moral convencional	Estadio 3. Orientación del niño bueno Estadio 4. Preocupación y conciencia sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Los actos se valoran según lo complazcan - Contemplan las circunstancias para hacer un juicio. - Se espera más de uno y de los demás. - Etapa altamente equilibrada, la más alta a la que llegan muchos adultos.

Moral postconvencional	Estadio 5. Orientación del contrato social Estadio 6. Moralidad de principios éticos universales	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas piensan en términos racionales. - Valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad - El individuo define el bien y el mal basado en principios éticos elegidos por él mismo, de su propia conciencia. - Se actúa de acuerdo a normas interiorizadas y se actuará mal si se va en contra de estos principios
------------------------	---	--

Dentro de la moral preconvencional o primera moral, el primer estadio de orientación hacia el castigo y la obediencia, corresponde a la primera moral que surge en los niños. En esta etapa la bondad o maldad de un acto depende de sus consecuencias. En ese sentido, los actos que los niños realizan son siempre pensando en evitar el castigo. No logran entender que el castigo es una respuesta posible ante hacer algo malo; simplemente toman el castigo como una acción que ocurre automáticamente después de hacer el mal. Mientras que el pensamiento cognitivo del niño está limitado, pues éste se encuentra en la etapa preoperacional o iniciando la etapa de las operaciones concretas según Piaget (2001). En esta línea, su pensamiento es más intuitivo que lógico (Kohlberg, 1992).

El segundo estadio que pertenece también a la moral preconvencional, el hedonismo ingenuo, se encuentran las niñas y niños que cursan el 4º grado de primaria. En esta etapa los niños siguen las reglas con fines egoístas. Se valoran los actos en función de las necesidades que

satisface. Los niños todavía están enfocados en la moral material. Dentro de esta etapa, surge un nuevo estándar de juicio: la justicia. En este sentido, piensan que si alguien tiene una razón para hacer una acción, se debe juzgar al individuo en base a esa razón y no por la voluntad arbitraria que la figura de autoridad posea. Los niños que pertenecen al segundo estadio ya no creen que el castigo surja inmediatamente después de la mala acción, sino que el hacer algo malo implica hacer algo malo a alguien y esto supone un castigo que responda al crimen (Kohlberg, 1992).

En el segundo eje de juicio moral, la moral convencional, suele surgir a partir de la adolescencia. Es la moral que la mayoría de personas poseen, y consiste en un enfoque desde la perspectiva de uno mismo como miembro de una sociedad, es decir, se tiene en cuenta lo "socialmente esperado". Dentro de esta etapa se encuentra el tercer estadio de desarrollo moral, marca la entrada del preadolescente o adolescente en el nivel de razonamiento moral convencional.

Definida por Kohlberg (1992) como la etapa de "orientación del niño bueno". En esta etapa los actos se valoran según complazcan, ayuden o sean aprobados por los demás. Se evalúa la intención del actor y se tiene en cuenta las circunstancias. Dicho de otra forma, en este estadio la motivación para actuar moralmente guarda relación con acciones que persigan los intereses personales sin dañar a otros y se espera más de uno y de los demás. El niño entiende la reciprocidad en términos de la regla de oro (si tú haces algo por mi, yo haré algo por ti).

El cuarto estadio o la etapa de la "preocupación y conciencia sociales", se toma en consideración la voluntad de la sociedad reflejada en la ley: lo correcto es la obediencia a la norma, no por temor al castigo sino por la creencia de que la ley mantiene el orden social, por lo que no debe transgredirse a menos que haya un motivo que lo exija. El tipo de razonamiento de esta etapa se desarrolla durante la segunda mitad de la adolescencia y tiene como características el ser una etapa altamente equilibrada. Además, usualmente es la etapa más alta a la que llegan los adultos. Sin embargo, la crítica a esta etapa reside en su dificultad para dar una respuesta convincente al problema planteado por Kohlberg, ya que, por un lado, aboga por las leyes y normas; pero, por otro lado, también considera los derechos humanos básicos. En este sentido, se genera un conflicto entre leyes y derechos, conflicto que las personas en el estadio cuatro no logran resolver del todo, pues deben escoger o entre la adhesión a la ley o la desobediencia (Kohlberg, 1992).

El tercer eje de desarrollo moral, o moral postconvencional, consiste en un enfoque desde una perspectiva superior a la sociedad. La persona que llegue a este nivel ve más allá de las normas de su propia comunidad, llegando a los principios en los que se basa cualquier sociedad buena. Muy pocos adultos consiguen tener un juicio postconvencional. Es dentro de este tipo de moral que se encuentra el quinto estadio. Se trata de la etapa de la "orientación del contrato social". Las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Las leyes que comprometen los derechos humanos o la dignidad son consideradas injustas y merecen desafío. Sin embargo, la obediencia a la ley se sigue considerando mejor para la sociedad a largo plazo (Kohlberg, 1992).

La sexta etapa o sexto estadio del desarrollo moral según Kohlberg, es la de "moralidad de principios éticos universales". El individuo define el bien y el mal basado en principios éticos elegidos por él mismo, de su propia conciencia. Se basan en normas abstractas de justicia y respeto por todos los seres humanos que trascienden cualquier ley o contrato social. Se actúa de acuerdo a normas interiorizadas y se actuará mal si se va en contra de estos principios (Kohlberg, 1992).

Kohlberg (1992) rectificó sus afirmaciones de que no todos los adultos alcanzan las máximas etapas de desarrollo moral explicando que sí llegan, pero la aplican en diferentes planos y en circunstancias específicas de su vida y en referencia a la jerarquía de etapas y estadios de juicio moral, se puede decir que es solo un predictor de la acción en situaciones de conflicto moral y entonces puede ser significativo. Por lo que es importante otorgar a las niñas y niños los estímulos cognitivos y sociales adecuados, para que adquieran una nueva perspectiva sobre una situación y las bases de su juicio moral adulto.

Capítulo 2. Adicciones.

En la actualidad podemos darnos cuenta de la importancia que tiene el asunto de las drogas a nivel global, donde confluyen las mafias mundiales con intereses políticos, producción de la industria química (Cuatrocchi, 2008), y como los gobiernos parecen incompetentes ante el tráfico de drogas en nuestro país y los riesgos de consumo están presentes desde la infancia hasta la madurez temprana. Estos periodos donde las niñas y niños corren mayores riesgos corresponden con la incorporación a la escuela, ya que hay un alejamiento de la seguridad que da la familia, se inician las relaciones con grupo de iguales, el inicio de la adolescencia y posteriormente la incorporación al nivel superior donde se busca reafirmar la adultez en los círculos de amigos (Bodeguero, 1999).

La drogadicción es un problema en cierto modo contagioso, que se extiende con rapidez alrededor del mundo, sin respetar edades ni clases sociales (Vega, 2010). Centros de Integración Juvenil (1976) realizó una investigación en la década de los setentas en el que dice que históricamente el auge de las drogas en diferentes países ha reflejado la tensión de situaciones políticas, sociales, económicas o particulares, por lo que se puede decir que el incremento en el uso de las drogas que se manifiesta actualmente en México, es un síntoma de una crisis social por la que estamos. En países como Argentina se puede observar que es similar a México, ya que en la actualidad los niños empiezan a beber alcohol, cerveza y vino a los 11 años y en los sectores más pobres del país la edad disminuye hasta los 9 años (Cuatrocchi, 2008). La adicción a las drogas es el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas en donde el consumidor queda atrapado por la sustancia, sintiendo un impulso irreprímible de tomar la

droga acostumbrada de forma regular para experimentar sus efectos (Massün, 1992).

No es raro que a diario se vean titulares en diferentes periódicos con asuntos relacionados al narcotráfico o a las drogas, esto sin duda preocupa a los padres y también a los educadores, ya que las consecuencias del uso de drogas en los escolares trae consigo trastornos de atención y aprendizaje (Cuatrocchi, 2008).

Es importante distinguir entre el uso y el abuso de las drogas (De la Garza y Vega, 1999), entendiendo por uso el consumo esporádico, sólo circunstancial, de una sustancia, con la intención de probarla o utilizarla en situaciones particulares. El abuso implica el uso frecuente de la droga en cuestión motivado por la sensación de bienestar que el consumidor obtiene o para enfrentar situaciones que el consumidor no cree poder enfrentar sin la droga (Cuatrocchi, 2008).

En referencia a los fármacos, estos tienen funciones muy importantes en la salud de las personas cuando son utilizados para aliviar enfermedades con un consumo adecuado. Por ejemplo, en diversos contextos sociales de México el uso de drogas incluso alucinógenas puede ser considerado normal como parte de rituales religiosos o curativos de algunos grupos étnicos, como la “*psilocibina*” y la “*mezcalina*” utilizadas por indígenas mexicanos, o el uso de la marihuana en los campos como remedio medicinal sin llegar a ser un motivo de trastorno social o físico en quienes consumen con estos fines distintas drogas (De la Garza y Vega, 1999), o la *chicha* que los incas ofrecían al dios sol (Cuatrocchi, 2008).

A partir de la revolución de 1920, (Centros de Integración Juvenil, 1979) dijo:

"México ha vivido un proceso de cambio acelerado. El proceso de la industrialización y la urbanización que se ha dado, trae aparejada una readaptación a nuevas formas de vida, una heterogeneidad y replanteamiento de valores, una inseguridad y un rompimiento de equilibrio de las estructuras e instituciones tradicionales."

Centros de Integración Juvenil (1979) hizo ver desde ese momento que en México hay una clara y grande diferenciación de clases sociales, lo que es influencia en el consumo de drogas, ya que como menciona, estas diferencias dan como resultado marcados contrastes en los estilos de vida. Las clases bajas son las más numerosas en nuestro país y a la vez las más alejadas de los servicios asistenciales e institucionales. Los expertos han comentado a lo largo de los años que

“la farmacodependencia no solo requiere del objeto droga para existir, hace falta también el sujeto que la utilizará. Los mensajes manejados en los medios que propician posturas negativas hacia la salud o conductas como el consumo de drogas, que puede ser considerado un síntoma de la situación de falta de integración entre el individuo y la sociedad”
(Centros de Integración Juvenil, 2008).

Según la definición de Centros de Integración Juvenil (2008), dice que un adicto es un ser humano, parte de una familia, que se encuentra inserto en una comunidad y con una problemática multicausal que implica, en algunos casos, el ser adolescente en busca de identidad e ingresar a un mundo adulto, en otros, la

dificultad para afrontar una vida familiar caótica o poco motivante, en otros la dificultad para afrontar el “stress”. Un individuo con características y problemática propia, como resultado de una determinada dinámica familiar, que nos dice que es una persona que ha perdido la libertad frente a la droga y se ha acostumbrado a ella de tal manera que aunque quisiera ya no puede funcionar sin ella sin ayuda de terceros. Centros de Integración Juvenil (1984), clasificó desde la década de los ochentas a los usuarios de drogas permitiendo clasificársele de la siguiente manera:

Grado 1 o experimentales: son aquellos individuos que en un momento determinado consumen algún fármaco por una cierta necesidad de tener una experiencia emocional y que no han desarrollado dependencia.
Grado 2 o sociales: son aquellos que con una cierta conflictiva inter e intrapersonal consumen fármacos en situaciones sociales sin haber desarrollado dependencia.
Grado 3 o funcionales: son aquellos que pasando por alguna crisis consumen fármacos con cierta periodicidad y han desarrollado una crisis de dependencia a la droga, pero en algunas áreas de su vida (escuela, trabajo, familia, etc.) es más o menos adecuado.
Grado 4 o disfuncionales: son aquellos que con una franca patología de su personalidad, desarrollan dependencia física y/o psíquica a la droga que ha entorpecido considerablemente buena parte de otras áreas de su vida.

De modo que la adicción surge de la búsqueda de placer y de evasión de la realidad de forma nociva para la salud, aspecto que no ayuda a la sociedad,

desde este planteamiento como exigencia de todo proyecto de reconstrucción social y de desarrollo humano como lo menciona Barba (2005). Sin embargo muchos productos nocivos para la salud no se encuentran prohibidos como el alcohol o tabaco. La adicción a una droga se inicia con una creciente tolerancia al uso de esta, lo que se conoce como “aguantar mucho” o “ponerse happy” como se conoce coloquialmente.

Esto quiere decir que el dependiente o adicto prefiere la ingesta de alguna sustancia química con la ilusión de que podrá hacer frente a situaciones adversas que se le presenten en vez de elegir una vida saludable, alimentos y en algunos casos requerir a suplementos alimenticios de alta calidad que no generen dependencia, para así vivir saludable y poder disfrutar de la vida. (Asociación Salud Natural de Chile e Instituto Estudios Salud Natural de Chile, 2001).

El adicto tiene efectos psicosomáticos, es decir que dan placer a la mente mientras muestra síntomas físicos en reacción a la droga, psíquicamente da la sensación de pausa a toda angustia, de euforia del consumo de la cannabis que es similar a la que provoca el alcohol en convivencia. Debido a esto el cannabis entra en la clasificación de drogas embriagantes. Centros de Integración Juvenil (2008), nos dice que hay dos fenómenos implicados e independientes uno de otro: la tolerancia y la dependencia. Estos significan la apertura a la tragedia física y social que acompaña a la farmacodependencia.

La tolerancia puede definirse como un estado en el cual se requieren dosis más altas de una droga para producir el efecto farmacológico inicial. Casi todas las drogas producen este efecto (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

La dependencia puede ser biológica o psicológica, la primera, es la capacidad de una droga para producir cambios físicos en un organismo al omitir el consumo y estos cambios desaparecen cuando la dosis entra de nuevo en el cuerpo. Esta pausa que se hace entre consumos puede ocasionar un síndrome de abstinencia que generalmente conlleva dolores diversos, náuseas, temblores y sudoración, así como insomnio y síntomas delirantes (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

Por otro lado la dependencia psicológica es la capacidad de la sustancia para producir ciertos cambios psíquicos en un organismo al suprimir el consumo y al igual que en la dependencia física o biológica estos cambios desaparecen con una nueva dosis. Dentro de este tipo de dependencia pueden aparecer síntomas depresivos, de ansiedad, irritabilidad que hace que quien consume la droga sienta la necesidad de volver a drogarse para reanimarse (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

Son distintas las motivaciones de las personas para consumir drogas, incluyendo a los niños, las principales son:

- relajarse, sentirse bien, experimentar placer.
- Relacionarse con los demás, facilitar la comunicación, ser simpático, tener amigos.
- Estimularse para preparar exámenes.
- Estar a la moda, imitando modos de vida a los que se aspira o comportamientos ajenos a la zona que fueron introducidos por los medios de comunicación.

- Violar las reglas sociales explícitas o familiares, la trasgresión alimenta la autoestima (Massün, 1992).

Cuando ya se es consumidor frecuente las motivaciones son distintas, como:

- Intensificar las sensaciones placenteras que les producen las drogas.
- Necesidad de ser aceptados, pertenecer al grupo.
- La búsqueda de identidad, el reconocimiento o el afecto.
- Distrarse de la soledad o del aburrimiento.
- Olvidarse de los problemas, escapar un rato de la realidad, de la ansiedad, intentar borrar conflictos internos como la inseguridad, la timidez, etc.
- Expresar independencia u hostilidad con los adultos (Massün, 1992).

La detección temprana de un problema de adicción muchas veces se dificulta debido a que suelen confundirse conductas típicas de la etapa de desarrollo con aspectos patológicos o se pueden pasar por alto conductas con signos de dependencia. En los adultos jóvenes se presentan una serie de cambios bruscos y se convierten en patrones de conducta repetitivos como:

- repetidamente se levanta y llega tarde a la escuela, a algún entrenamiento
- falta a clase o se escapa del salón con frecuencia
- su rendimiento académico se deteriora
- presenta problemas de retención y de juicio
- inicia pleitos frecuentes con sus amigos y discute constantemente

- descuida su apariencia
- es hostil con los que le rodean
- se aísla de la familia, tiene cambios bruscos de humor
- cambia seguido de amigos
- tiene dificultad para dormir
- no encuentra gusto por las diversiones y actividades propias de su edad
- baja de peso considerablemente
- falta de apetito
- desorientación en el tiempo
- tos crónica

Varias señales juntas pueden ser una prueba positiva de que existe un problema de adaptación, física, familiar o de uso y abuso de alguna droga.

2.1 Drogas y su mecanismo de acción en el organismo.

Alcohol

El alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (accidentes de tráfico y laborales, malos tratos, problemas de salud, alcoholismo, etc.). Es un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree: la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibitoria se produce sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol IEA (2014). El alcohol como droga depresora actúa directamente sobre el cerebro disminuyendo reflejos, la

capacidad de atención, aspectos que lógicamente afectarán al rendimiento escolar de los niños consumidores.

“La ingestión de más de un trago por hora determina que progresivamente se acumule en la sangre una cantidad mayor de alcohol que producirá paso a paso la inhibición o depresión del sistema nervioso como ya se comentó, la cual empieza por el estado de embriaguez ligero y después pasa por grados mayores hasta llevar al estado de coma y la muerte si la ingesta fuera excesiva” (González, 2002). En el desarrollo del niño de 9 años, el “chupeteo” del pulgar (o succión productora del placer).

Dentro de *la fase oral* que propone Freud (2012), la cual puede subsistir hasta la edad adulta e incluso conservarse en ocasiones a través de toda la vida, este chupeteo consiste en un contacto succionador rítmicamente repetido y verificado con los labios, acto el cual su fin no es la absorción de alimentos. Así la succión productora de placer está ligada con un total embargo de la atención y conduce a conciliar el sueño o a una reacción motora de la naturaleza del orgasmo. El acto del chupeteo se da por la búsqueda de un placer ya experimentado y recordado, ya que el primer placer conocido y actividad de vital importancia es la succión del pecho de la madre, ya que es de esta actividad que depende la vida misma del bebé, este chupeteo es más tarde asociado al alcoholismo y a la acción succionadora de boca a botella por haber vivido conflictos durante la fase oral, ya sea el rechazo de la maternidad, el negarle el pecho al bebé o el tiempo prolongado de la lactancia, etc. (Freud, 2012).

La acción enzimática va degradando el tóxico en los tejidos y esa degradación lo lleva primero a *acetaldehído* que es más tóxico que el mismo

alcohol, y después a *acetilcoenzima A* y *ácido acético*. El paso siguiente se convierte en colesterol, acumulación de grasa en las arterias y la arterioesclerosis precoz del alcohólico, pueden llegar a dar infartos de miocardio y accidentes vasculares encefálicos. El alcohol actúa también sobre las glándulas suprarrenales y hace que estas produzcan sustancias que determinan el aumento de la presión arterial (González, 2002).

Tabaco o cigarro.

El tabaco o nicotina “*tabacum*” es una planta de América de cuyas hojas se obtienen distintas labores destinadas al consumo humano (cigarrillos, cigarros, puros, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc.) conocido como: tabique, tabico o pitillo.

La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

- Nicotina: sustancia estimulante del sistema nervioso central, responsable de los efectos psicoactivos de la sustancia y de la intensa dependencia física que el tabaco provoca.
- Alquitrans: sustancias probadamente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes, conviviendo con él en ambientes cerrados, se ven forzados a respirar el humo tóxico que éste devuelve al ambiente.
- Irritantes: tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionado por el consumo de tabaco (faringitis, tos, mucosidad, etc.)

- Monóxido de carbono: sustancia que se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.

El tabaquismo moderno adquiere fuerza entre los años treinta y cincuenta con la segunda guerra mundial, se desarrollan los medios masivos de comunicación. En este periodo la mayoría de la gente fumaba. En relación con la fuerte adictividad que produce la nicotina y con los efectos nocivos que tiene sobre la salud representa un riesgo terrible.

Existen muchos motivos para fumar, por ejemplo si se está ansioso, tranquilo, contento o deprimido, cualquier ocasión es buena, pero sea cual sea la motivación, con el tiempo el fumador se volverá dependientes del tabaco y puede ser de dos tipos: dependencia física y dependencia psicológica, en la primera, el organismo necesita la presencia de la sustancia activa para funcionar normalmente. La segunda se manifiesta cuando la droga (nicotina) se consume de manera compulsiva aunque no exista dependencia física.

El niño fuma por imitación, porque ve fumar a sus padres y a las personas mayores y desea parecerse a ellas. Para los niños las primeras experiencias con el cigarro son desagradables, sin embargo repiten el uso también por el placer de lo prohibido y en este sentido la influencia de los amigos que ya han experimentado el uso del tabaco reforzará la conducta de los niños a quienes aún no les agrada mucho (De la Garza y Vega, 1999).

Marihuana.

La marihuana es (*cannabis sativa*) delta 9 *tetrahidrocannabinol*, clasificado en el grupo de los psicotomiméticos porque sabe producir estados semejantes a la psicosis. Conocida como mota, churro, hierba, juanita. El sujeto tiene una fuga de ideas, ya que vienen una tras otra, en primer momento, la euforia, el segundo lugar, aumenta la excitación, el tercer momento corresponde a efectos dislépticos (ilusiones o alucinaciones) antes de sentir el estado depresivo al término del efecto global conocido como –bajón-, antes de volver al estado anímico anterior al consumo. La marihuana se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos. El THC es particularmente soluble en aceite, por lo que tiende a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, como es el caso del cerebro. Tiene una vida media de una semana, por lo que a los siete días de su consumo aún se mantiene sin eliminar el (50%) del principio activo, favoreciendo su acumulación cuando el consumo es regular. Los periodos de consumo se caracterizan por el aislamiento del sujeto respecto a su familia y amistades, quienes lo notan terriblemente.

El –marihuano- es marginado socialmente, sufre efectos psicológicos más perjudiciales que los daños ocasionados por la hierba. La marihuana como muchos psicotrópicos ha sido usada desde hace miles de años, los chinos, los hindúes, los celtas, etcétera.

Un mito acerca de la marihuana es que es vegetal y por lo tanto quien la usa es una persona sana, esto lo justifica el adicto al decir que no usa cocaína porque esta es una droga química. Si el niño preadolescente consume marihuana será considerado más hombre menos niño. Una de las fantasías de un –

marihuano- es que piensa que un cigarro de tabaco es más dañino que uno de marihuana y tiene una fuerte dependencia física en fumadores de marihuana y después presenta un síndrome de abstinencia, el cual incluye la debilidad, irritabilidad, alteraciones del sueño, sudoración, apetito, náuseas, vómito, diarrea y una gran ansiedad por volver a consumir droga o utilizar un sustituto (De la Garza y Vega, 1999).

El cáñamo y la cannabis es una planta herbácea que tiene propiedades psicotrópicas del cáñamo, el THC *tetrahydrocannabinol*. El aceite de cannabis líquido destilado de la planta, tiene a veces hasta (50%) de THC y también se mezcla con el tabaco.

La inhalación de la hierba o del aceite mezclados con tabaco actúa con rapidez. El THC intenta fijarse en el tejido cerebral rico en lípidos para ejercer allí su acción. El (20%) de un cigarro actúa efectivamente en el organismo (1%) y poco a poco el THC se elimina por las vías fecal y urinaria, después de ser destruido por el hígado, sin embargo este proceso es muy lento. Se necesita más de una semana para eliminar la mitad de la dosis. Basta un consumo semanal para que el THC se acumule en el organismo. Muchas mujeres que no saben que están embarazadas pueden estar perjudicando al feto, ya que el THC rebasa la barrera placentaria de la mujer embarazada y llega a la sangre y al cerebro del feto (De la Garza y Vega, 1999).

Cocaína

La cocaína es una droga que se extrae de un arbusto que crece en Sudamérica llamado *Eritroxilon coca*. Pertenece a la familia de drogas

estimulantes ya que actúa sobre el Sistema Nervioso Central activándolo. La cocaína que se ve en la calle realmente es "*Clorhidrato de cocaína*" y tiene forma de polvos blancos que se esnifan o inyectan. Conocida como nieve, piedra, coca, perico o doña blanca. El CRACK es clorhidrato de cocaína alterado mediante un proceso químico sencillo para obtener una especie de cristales o "rocas" que al calentarlas crepitan y permiten aspirar sus vapores o humos. Tanto la cocaína como el crack son drogas que generan adicción. El crack, además produce comportamientos compulsivos para tomarlo ya que genera una gran necesidad en el organismo.

La cocaína se puede esnifar (aspirar) por la nariz. Es el método más seguro pero se daña la nariz. También se puede inyectar en vena; este método entraña múltiples riesgos de infecciones como la Hepatitis y el SIDA. El crack se fuma; se inhalan los vapores que desprende. Es más dañina que esnifar la cocaína.

- Esnifar ("Meterse una raya"): La cocaína se separa mediante una cuchilla de afeitar en finas "rayas" y con ayuda de un tubo se aspira por la nariz.
- Fumar crack: El Crack se suele fumar sobre un trozo de papel de aluminio. Se calientan las pequeñas bolitas de crack hasta que se puede inhalar los vapores que desprende.
- Inyección: La Cocaína es mezclada con agua y se inyecta directamente en una vena.

La cocaína es un producto anestésico que se obtiene de la planta de la coca. Las hojas se procesan y quedan convertidas en una plasta llamada *basuca*.

Al refinar dicha pasta se obtiene un polvo blancuzco, su poder anestésico local es elevadísimo. La cocaína altera el estado psicofísico de quien la consume, estimula el sistema nervioso central, sus efectos son de corto plazo, casi inmediatos; la euforia y el sentimiento de bienestar que desarrollan quienes la consumen generan una dependencia psicológica importante. Cuando el efecto pasa, el consumidor padece una depresión psicológica y nerviosa, caracterizada por la irritabilidad, espasmos o tirantes musculares, taquicardia y tensión general. La cocaína engaña al cerebro y lo hace pensar que la necesidad de consumirla es más importante que las necesidades básicas, como comer, beber, descansar, dormir, etcétera. Esta se usa en forma nasal, inhalándola, fumada o inyectada (Cuatrocchi, 2008).

Inhalables

Son sustancias volátiles cuyos vapores químicos pueden ser inhalados, para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental. Son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente (Cuatrocchi, 2008). Conocidos como mona, chemo, activo o agua de coco. Los inhalantes son sustancias que se usan para "ponerse bien". Incluyen las colas, pegamentos, pinturas. Se trata de una amplia gama de productos que tienen en común que, al entrar en contacto con la atmósfera, liberan diversos compuestos químicos cuya inhalación altera de manera transitoria y reversible el funcionamiento de nuestro cerebro. Son productos de uso doméstico o industrial, habituales en nuestra sociedad, tales como gasolina, pegamentos, pinturas, lacas, quitaesmaltes, gas para encendedores, líquido de frenos o aerosoles de todo tipo (De la Garza y Vega, 1999).

Los inhalantes se clasifican bajo las siguientes categorías:

Solventes

- Solventes industriales o domésticos o productos que contienen solventes, incluidos los diluyentes o solventes de pintura, los desgrasadores (líquidos de lavado en seco), la gasolina y los pegamentos.
- Solventes de efectos de arte u oficina, incluidos los líquidos de corrección, líquido de marcadores de punta de fieltro y limpiadores de contactos electrónicos.

Gases

- Gases utilizados en productos domésticos o comerciales, incluidos los encendedores de butano y los tanques de propano, aerosoles o surtidores de crema batida y gases refrigerantes.
- Propelentes de aerosoles domésticos y solventes asociados en artículos tales como pinturas en aerosol, desodorante en aerosol, laca para el cabello y protectores de tela en aerosol.
- Gases médicos anestésicos, tales como cloroformo, halotano y óxido nitroso (gas hilarante).

Nitritos

- Nitritos alifáticos, incluidos nitrito ciclohexílico, el cual está disponible al público en general; nitrito amílico, disponible sólo con receta; y nitrito butílico, que ahora es una sustancia ilegal.

La mayoría de sus usuarios se acercan a estas sustancias por razones tales como:

- Curiosidad, rasgo característico de la relación del adolescente con la realidad.
- Integración grupal. Es una forma de formar parte de un grupo de iguales.
- Presión de grupo. Toda diferencia que amenace la uniformidad grupal es censurada si contradice conductas significativas para el grupo.
- Búsqueda de placer (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Para consumir sustancias volátiles se recurre a diversas alternativas:

- Impregnar un trapo o un pañuelo. Se emplea por los inhaladores de gasolina y disolventes.
- Inhalar desde una bolsa. Probablemente la forma de experimentar con mayor rapidez los efectos psicoactivos sea verter la sustancia en una bolsa de plástico o papel para inhalar los vapores introduciendo en ella la cara y absorbiendo los gases a través de la mucosa nasal y oral. Este procedimiento se emplea especialmente por los inhaladores de pegamento. Rociar con aerosoles directamente sobre la boca o nariz (De la Garza y Vega, 1999).

Respecto a los inhalantes o solventes industriales, Centros de Integración Juvenil (1976) ha señalado que tanta importancia han adquirido estos productos desde los años setentas que se ha desarrollado una tecnología al costo más bajo posible, esto obviamente ha arrojado fórmulas complejas en las que cada componente tiene un fin determinado. En un grado mayor o menor estos solventes son tóxicos, y las personas que los inhalan involuntaria o voluntariamente se ven dañadas en su salud.

Heroína y opiáceos.

La heroína y los opiáceos se presentan en forma de un polvo blancuzco, más o menos fino, envuelto en pequeñísimos sobres de papel o paquetes que se obtienen de las cápsulas de la planta *papaver somniferum*, planta conocida vulgarmente como “adormidera” o “amapola doble”. Mediante una serie de sustancias químicas, el opio puede ser transformado en morfina y esta a su vez en heroína (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001). Aún más que otras drogas, la heroína es cortada o diluida con otras sustancias cuya oculación en el organismo a veces es muy peligrosa, como azúcar, aspirinas, bicarbonatos, talco, etcétera. Conocida como chiva, manteca, cajeta o morena.

La heroína es una sustancia que se extrae del opio (*Papaver Somniferum*), al igual que otros derivados opiáceos como la metadona, morfina, codeína. La heroína es una sustancia que genera una fuerte dependencia, tanto física como a nivel psicológico y comportamental. Los hongos, el peyote y la mezcalina son alucinógenos de los más conocidos que hay, pero el LSD es el alucinógeno más potente, puede producir efectos hasta por 6 horas (Cuatrocchi, 2008).

La heroína se puede administrar vía fumada, aspirada por nariz o inyectada. Los efectos son siempre los mismos, pero varía su intensidad y la rapidez de actuación.

- Inhalar la heroína ("Fumarse un chino" "Chasing the Dragon"): La Heroína se calienta sobre un papel de aluminio y se inhalan los vapores que desprende.

- Inyectarse la heroína: La heroína se disuelve en agua y un poco de ácido cítrico en el seno de una cuchara y con ayuda de un filtro y una jeringa se inyecta directamente en la vena.

Cada vía de administración conlleva una serie de riesgos para la salud:

- Fumarla es más seguro que esnifarla. Penetra en el organismo de forma gradual y se puede controlar un poco más la dosis.
- La inyección es la forma de administración que más riesgos implica ya que se contraen numerosas infecciones: hepatitis, SIDA, etc (Cuatrocchi, 2008).

Anfetaminas

La anfetamina es un tipo de droga estimulante del Sistema Nervioso Central. Se presenta en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. Produce sensaciones de alerta, confianza y aumenta los niveles de energía y autoestima. Hace desaparecer la sensación de hambre y de sueño. Las anfetaminas son drogas adictivas, capaces de generar dependencia. Una de las anfetaminas más frecuente en el mundo de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido en lenguaje callejero como -speed- (del inglés velocidad).

Las anfetaminas pueden ingerirse vía oral, esnifarse o inyectarse. Su consumo habitual se produce en forma de pastillas o comprimidos, y a menudo son una de las sustancias con las que se cortan (mezclan) las drogas de síntesis. El -speed- se presenta generalmente en forma de polvo y se consume

por inhalación como la cocaína, con la que comparte los riesgos asociados a esta vía de administración (daños sobre la mucosa nasal) (De la Garza y Vega, 1999).

Metanfetaminas

La metanfetamina es un estimulante poderosamente adictivo que afecta dramáticamente el sistema nervioso. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor. Conocidas como cristal, hielo, ice, tiza o meta. Como la anfetamina, la droga incrementa la actividad, baja el apetito y produce una sensación general de bienestar. La metanfetamina es corrientemente conocida como "speed", "meth", y "chalk". Generalmente se refiere a la forma fumada de la droga como "hielo" (ice), "cristal" (crystal), "arranque" (crank), y "vidrio" (glass).

En la literatura especializada, para diferenciarla del resto de los psicofármacos estimulantes y de otros derivados anfetamínicos, se le denomina MA. La metanfetamina existe en muchas formas diferentes y se puede fumar, inhalar, ingerir oralmente, o inyectar. La droga altera el estado de ánimo en formas diferentes dependiendo de cómo se tome (Cuatrocchi, 2008).

2.2 Efectos y Repercusiones de las drogas en los consumidores y niños.

La drogadicción se manifiesta en una disminución de los reflejos, a la cual se le adjudican los cientos de accidentes automovilísticos, esta fase puede durar entre una y cuatro o cinco horas según la dosis de THC inhalada y la predisposición psicológica del sujeto y las condiciones ambientales.

Las consecuencias evidentes son que la dependencia a una droga destruye y desintegra su autoimagen del niño y sentido de sí mismo, además paraliza el crecimiento emocional y le impide continuar su proceso hacia la madurez. La conducta del niño adicto tiene un impacto en su familia, los padres y hermanos experimentan enojo y perciben amenazada la imagen y estima familiar. Si ese coraje no se atiende y se elabora, las expresiones de enojo se presentan indirectamente en forma de agresión pasiva, como descalificación, rechazo, críticas, obstaculización, expresiones verbales agresivas, reclamos y falta de tolerancia con excesiva irritabilidad. Las relaciones familiares se empobrecen y los miembros se retraen y se aíslan emocionalmente (Vega, 1997).

Cuando un niño consume varias dosis al día, estos síntomas conciernen a la función cardíaca, con alteraciones del ritmo y a veces hipotensión, al aparato respiratorio, a la función digestiva, mientras que en la escuela tiene graves repercusiones dependiendo el tipo de droga consumida, ya que estas favorecen las actividades pasivas y de evasión, disminuyendo la capacidad de atención y concentración, especialmente en las lecturas y como resultado disminuye el rendimiento del aprendizaje (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

Algunos padres drogan a sus hijos con la intención de calmar su actividad física acelerada y para que se concentren en la escuela sin saber que el exceso o la automedicación que hacen con el niño fuera de hacerlo que se concentre más obtendrán los efectos contrarios además de crear en el niño dependencia. Incluso puede llegar al abandono de la escuela.

Alcohol

De acuerdo con Vega (2010), “los efectos del alcohol en los menores no pueden ser más claros”, también dice que cuando se trata de hablar de drogas suele excluirse al alcohol, pues es una sustancia culturalmente aceptada en nuestra sociedad y se puede conseguir en casi cualquier tienda de la esquina. Pero esta sustancia puede provocar daños muy severos en los seres más débiles como son los niños y los adolescentes. Hay que recalcar aquí que nos encontramos con un ser en desarrollo, en etapas todavía inmaduras, por lo que su organismo tiene menos defensa ante esta droga y su cerebro presenta una mayor sensibilidad ante sus efectos. Incluso el niño puede presentar sobredosis de alcohol o “muerte por envenenamiento de alcohol” con crisis convulsivas (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001). Es importante recordar que los intereses de los niños de 9 años se centran en el terreno del descubrimiento (Piaget, 2001), y es por la curiosidad que también se descubre la adicción al alcohol.

Los efectos del alcohol dependen de diversos factores:

- La edad, ya que beber alcohol mientras el organismo todavía se encuentre madurando como el de los niños es especialmente nocivo.
- El peso afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal como los niños de 9 años.
- El sexo por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es, en general, menor que la masculina.
- La cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo mayor intoxicación).

- La ingestión simultánea de comida (el estómago lleno, sobre todo de alimentos grasos, dificulta la intoxicación).
- La combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-Cola, etc.) que aceleran la intoxicación (Instituto para el estudio de las adicciones. 2014).

Algunos de los principales efectos en el organismo son:

- El alcohol tiene un efecto irritante directo en los tejidos que contacta y este efecto es mayor entre más concentrada sea la bebida.
- Demanda energía para su neutralización en el organismo, la cual deja de ser utilizada en la oxidación y eliminación de las grasas que por eso también se acumulan en las arterias y órganos como el hígado.
- Consume prácticamente todas las vitaminas disponibles en el organismo sobre todo las relacionadas con el complejo B y los trastornos digestivos que produce.
- Tiene una acción reductora del apetito por lo que conduce a la desnutrición.
- Actúa como disolvente de las sustancias que predisponen al cáncer (carcinógenas) y determina que circulen por el cuerpo.

El alcohol tiene efectos en el sistema nervioso y provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, convulsiones, depresión con ideas y conductas suicidas, celos enfermizos, alucinaciones, delirios de daño y persecución, cambios importantes en la manera de ser, en la memoria. En casos muy avanzados de alcoholismo hay degeneración del cerebro, la médula espinal

y los nervios periféricos, falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y brazos (González, 2002).

El alcohol provoca efectos en el aparato digestivo y glándulas anexas, provoca inflamación de la lengua, del esófago y del estómago, diarreas, úlcera duodenal, várices esofágicas, cáncer gástrico, cáncer de boca y del esófago, lesiones sobre el hígado como hepatitis, hígado graso y cirrosis hepática, además lesiones sobre el páncreas como pancreatitis aguda hemorrágica y la pancreatitis crónica (González, 2002).

Efectos psicológicos

En función de la dosis, pueden experimentarse diversos efectos:

- Desinhibición
- Euforia
- Relajación
- Aumento de la sociabilidad
- Dificultades para hablar
- Dificultad para asociar ideas
- Descoordinación motora

Efectos fisiológicos

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad presente en la sangre (tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre):

- 0.5 g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos
- 1 g/l: desinhibición y dificultades para hablar y coordinar movimientos
- 1.5 g/l: embriaguez, con pérdida del control de las facultades superiores
- 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha, y visión doble
- 3 g/l: estado de apatía y somnolencia
- 4 g/l: coma
- 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor. (Instituto para el estudio de las adicciones. 2014).
- El consumo de alcohol en los niños principalmente dificulta su capacidad de aprendizaje (De la Garza y Vega, 1999).

Las patologías que pueden tener relación con el abuso de alcohol son:

- Músculos: miopatía aguda o crónica
- Sistema Nervioso: polineuropatía alcohólica, neuritis óptica, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakov
- Estómago/Esófago: gastritis crónica y aguda, reflujo gastroesofágico, pirosis y vómitos, carcinoma esofágico
- Cardiovascular: hipertensión arterial, arterioesclerosis, miocardiopatía alcohólica
- Hígado: esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica
- Páncreas: pancreatitis aguda y crónica
- Intestino: Deficiencias nutricionales, cuadros diarreicos y de mala absorción
- Genitales: disminución de la libido, impotencia, atrofia testicular, infertilidad. (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

A nivel comportamental el consumo de alcohol se ha comprobado que origina una gran violencia y agresividad que se manifiesta en riñas callejeras o en violencia intrafamiliar (De la Garza y Vega, 1999).

Tabaco o cigarro.

Efectos psicológicos

El tabaco es consumido en busca de algunos efectos positivos, entre los que cabe citar los siguientes:

- Relajación
- Sensación de mayor concentración

Efectos fisiológicos

Entre los más importantes efectos que provoca el consumo habitual de tabaco, podemos mencionar los siguientes:

- Disminución de la capacidad pulmonar
- Fatiga prematura
- Merma de los sentidos del gusto y el olfato
- Envejecimiento prematuro de la piel de la cara
- Mal aliento
- Color amarillento de dedos y dientes
- Tos y espectoraciones, sobre todo matutinas (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

El tabaquismo se ha considerado en la actualidad como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura. La investigación de los especialistas lo ha asociado con un número considerable de enfermedades, por lo que su reducción se ha convertido en uno de los principales desafíos para la salud pública (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

En el plano psicológico

- Dependencia psicológica
- Reacciones de ansiedad y depresión consecuentes a la dificultad para dejar el tabaco

En el plano orgánico

De los múltiples riesgos sanitarios demostrados podemos resaltar los siguientes:

- Faringitis y laringitis
- Dificultades respiratorias
- Tos y expectoraciones
- Úlcera gástrica
- Cáncer pulmonar
- Cáncer de boca, laringe, esófago, riñón y vejiga
- Bronquitis y enfisema pulmonar
- Cardiopatías: infartos de miocardio y anginas de pecho (De la Garza y Vega, 1999).

Marihuana

Los daños específicos para el consumo de marihuana son afectaciones a la memorización de dígitos, sustitución, comprensión lectora; síndrome amotivacional, cambios de personalidad, decremento en las ambiciones, menor motivación, apatía, distracción, daño en la comunicación, pensamiento mágico, fácil abandono de ocupaciones como el trabajo.

Efectos psicológicos

Inevitablemente, se entremezclan reacciones buscadas por el consumidor con respuestas indeseadas como:

- Relajación
- Desinhibición
- Hilaridad
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo
- Somnolencia
- Alteraciones sensoriales
- Dificultad en el ejercicio de funciones complejas:
 - Expresarse con claridad
 - Memoria inmediata
 - Capacidad de concentración
 - Procesos de aprendizaje

Efectos fisiológicos

- Aumento del apetito
- Sequedad de la boca
- Ojos brillantes y enrojecidos
- Taquicardia
- Sudoración
- Somnolencia
- Descoordinación de movimientos

Los riesgos asociados al consumo de derivados del cannabis se explican tanto por las peculiaridades de su principal activo, el THC, como por el hecho de que se consume habitualmente fumado (Instituto para el estudio de las adicciones. 2014).

En el plano psicológico

- El consumo diario de hachís puede ralentizar el funcionamiento psicológico del usuario, entorpeciendo sus funciones superiores relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria.
- Otro tanto cabe decir de la ejecución de tareas complejas que requieran lucidez mental y coordinación psicomotora, como pueden ser conducir un vehículo a motor, tomar decisiones o subir a un andamio.
- Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad.
- En personas predispuestas puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico.

En el plano orgánico

- Respiratorias: tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas
- Cardiovasculares: empeoramiento de síntomas en personas que padezcan hipertensión o insuficiencia cardiaca
- Sistema endocrino: altera las hormonas responsables del sistema reproductor y de la maduración sexual, disminución del número y movilidad de los espermatozoides
- Sistema inmunitario: el uso crónico del cannabis reduce la actividad de este sistema (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Es evidente que el consumo de sustancias que primordialmente afectan la capacidad de percepción de la realidad interna y externa del sujeto, modifican en forma variable pero evidente la capacidad de juicio crítico. Esto basado en el hecho ya frecuentemente mencionado de que el individuo que usa marihuana para subir (darse un viaje), considera subjetivamente que su habilidad y desempeño mejoran notablemente y quizá en realidad lo que sucede es que disminuye la función inhibitoria y organizadora de los procesos de pensamiento como consecuencia del consumo del THC. Las manifestaciones psíquicas agudas que son las raras sobrevienen después de absorber una cantidad de THC superior a 20 mg. Predomina entre los síntomas una terrible angustia, con menos frecuencia crisis de pánico o confusiones y delirios (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Cocaína

Como consecuencia al consumo de la cocaína, esta puede provocar severos daños al corazón, los tejidos nasales internos se lastiman, provocando sangrado y erosiones. El consumidor va aumentando la dosis buscando lograr el mismo efecto que al principio. El ciclo del sueño se ve afectado, se asocia con procesos de psicosis temporal, absorbe progresivamente a sus presas. La adicción es una enfermedad y requiere tratamiento integral (De la Garza y Vega, 1999).

La cocaína es una droga psicoestimulante, consumida generalmente por inhalación (esnifada, en el ambiente callejero). Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro, provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo.

Efectos psicológicos

- Euforia
- Locuacidad
- Aumento de la sociabilidad
- Aceleración mental
- Hiperactividad
- Deseo sexual aumentado
- El consumo crónico y abusivo de cocaína puede provocar importantes trastornos psíquicos, similares a los provocados por las anfetaminas, tales como ideas paranoides y depresión.
- La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas.

- La supresión del consumo tras un período prolongado, da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, letargia, etc. (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

En consumidores crónicos, a medida que desaparecen estos efectos sobrevienen un estado de cansancio y apatía que puede inducir a repetir el consumo (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Efectos fisiológicos

Los más habituales son los siguientes:

- Disminución de la fatiga
- Reducción del sueño
- Inhibición del apetito
- Aumento de la presión arterial

En el plano orgánico

Tanto por su actividad cerebral como por la vía habitual de administración, el consumo crónico de cocaína puede causar:

- Pérdida de apetito
- Insomnio
- Perforación del tabique nasal
- Patología respiratoria: sinusitis e irritación de la mucosa nasal
- Riesgo de infartos/hemorragias cerebrales
- Cardiopatía isquémica

También el consumo esporádico puede ocasionar consecuencias adversas al consumidor (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Inhalables

La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc. Los abusadores tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas. El uso prolongado de inhalables provoca efectos neurotóxicos incluyendo síndromes neurológicos que muestran daños a sectores del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo (Cuatrocchi, 2008).

Al igual que el alcohol se trata de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que primero desinhiben al consumidor, para sumirle progresivamente en una depresión general que puede dar lugar a sueño, estupor o coma (De la Garza y Vega, 1999).

Efectos fisiológicos

- Irritación de la conjuntiva de los ojos y de las vías respiratorias superiores
- Lagrimeo
- Tos
- Gastritis
- Inhibición del apetito
- Dolor de cabeza

En el plano psicológico

- Un riesgo muy importante es la aparición de alucinaciones visuales.
- Irritabilidad
- Disminución de la concentración
- Deterioro del rendimiento escolar
- Absentismo escolar

En el plano orgánico

- Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, anorexia)
- Trastornos renales y hepáticos
- Arritmias
- Alteraciones respiratorias (bronquitis crónica, edema pulmonar)
- Conjuntivitis crónica
- Muerte súbita por fallo cardíaco, muerte por aspiración de vómito, muerte por arritmias ventriculares (De la Garza y Vega, 1999).

Heroína y opiáceos.

Durante el primer tiempo de consumo los efectos principales de la administración de heroína son los siguientes:

Efectos psicológicos

- Euforia

- Sensación de bienestar
- Placer

Efectos fisiológicos

- Analgesia: falta de sensibilidad al dolor
- En los primeros consumos no son raras las náuseas y vómitos
- Inhibición del apetito (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

La heroína atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y llega rápidamente al cerebro ocasionando alteraciones en los neurotransmisores cerebrales. También atraviesa la barrera placentaria y, en mujeres embarazadas, puede afectar muy negativamente al desarrollo del feto. La heroína es adulterada con numerosos productos a veces muy tóxicos. Esto puede producir septicemia y otras infecciones graves. Cuando se utiliza la administración intravenosa, la inyección puede dañar las venas provocando trombosis y abscesos. Además, si se comparten las jeringuillas para inyectarse ("chutarse", "pincharse") o no se utilizan jeringas estériles cada vez, se puede transmitir e infectar con el VIH (virus causante del SIDA) (De la Garza y Vega, 1999).

En el plano psicológico

- Alteraciones de la personalidad
- Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria
- Trastorno de ansiedad y depresión
- Dependencia psicológica, que hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a la sustancia

En el plano orgánico

- Adelgazamiento
- Estreñimiento
- Caries
- Anemia
- Insomnio
- Inhibición del deseo sexual
- Pérdida de la menstruación
- Infecciones diversas (hepatitis, endocarditis, etc.) asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias en que tiene lugar el consumo, y al estilo de vida del consumidor
- Su consumo habitual genera tolerancia con rapidez, por lo que el consumidor necesita aumentar la dosis para experimentar los mismos efectos. Ello explica el riesgo de sobredosis tras un período de abstinencia
- Elevada dependencia, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia (el mono) si se suspende el consumo, o se administran dosis inferiores a aquellas a las que el organismo se ha habituado. Éste síndrome se caracteriza por síntomas como: lagrimeo, sudoración, rinorrea, insomnio, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre, dolores musculares, etc. acompañados de una fuerte ansiedad (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

Anfetaminas

Los efectos provocados por el consumo de anfetaminas recuerdan en gran medida a los producidos por la cocaína. Usado frecuentemente produce una sensación de alerta intensificada, agitación, hiperactividad, locuacidad, incluso alucinaciones e ideas delirantes; terminado el efecto emergen la fatiga y la depresión (Cuatrocchi, 2008).

Efectos psicológicos

- Agitación
- Euforia
- Sensación de autoestima aumentada
- Verborrea
- Alerta y vigilancia constantes
- Agresividad

Efectos fisiológicos

- Falta de apetito
- Taquicardia
- Insomnio
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Incremento de la tensión arterial

- Contracción de la mandíbula (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

La pérdida del apetito es frecuente lo que conlleva a una situación de desnutrición y mayor vulnerabilidad a enfermedades e infecciones. El síndrome de abstinencia se presenta con un cuadro muy grave de depresión, letargia y cansancio, lo que puede llevar a tomar grandes dosis de anfetaminas para mitigar este estado. El consumo excesivo de anfetaminas puede generar psicosis: las personas se sienten fuera de sí mismas, creen que las persiguen o que los vigilan (De la Garza y Vega, 1999).

En el plano psicológico

Su consumo crónico puede dar lugar a:

- Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones
- Depresión reactiva
- Delirios paranoides
- Intensa dependencia psicológica

En el plano orgánico

Tras un consumo prolongado, además de un intenso agotamiento puede dar lugar a las siguientes alteraciones:

- Hipertensión
- Arritmia

- Colapso circulatorio
- Trastornos digestivos

Metanfetaminas

Inmediatamente después de fumada o inyectada en la vena, el usuario de metanfetamina experimenta una sensación intensa conocida como "arranque de euforia" -en inglés "rush" o "flash"- de corta duración, descrito como sumamente placentero.

El uso oral o intranasal produce euforia, pero no esta sensación intensa. Los usuarios se envician rápidamente y la usan con más frecuencia y en dosis más altas. Los efectos de la metanfetamina pueden durar de 6 a 8 horas. Después de la "sensación eufórica" inicial, hay un estado de alta agitación en algunos individuos que los puede conducir a que se comporten violentamente (De la Garza y Vega, 1999).

La metanfetamina es un estimulante clasificado en la "Schedule II", lo cual significa que la droga tiene un alto potencial de ser abusada y es disponible solamente por medio de recetas médicas que no se pueden renovar. Existen algunas razones médicas aceptables para el uso de esta droga, como el tratamiento de la narcolepsia, el desorden caracterizado por déficit de atención, y para uso, a corto plazo, del control de la obesidad; pero estos usos médicos son limitados (Instituto para el estudio de las adicciones, 2014).

La metanfetamina tiene efectos tóxicos. En los animales, una sola dosis alta de la droga ha revelado un gran daño a los terminales de los nervios en las

regiones del cerebro que contienen dopamina. Se cree que el gran desprendimiento de dopamina producida por la metanfetamina contribuye a estos efectos tóxicos en los terminales de los nervios del cerebro. Dosis altas de la droga pueden elevar la temperatura del cuerpo a niveles peligrosos, a veces mortales, y también pueden causar convulsiones.

Además de ser adictos a la metanfetamina, los consumidores crónicos de la droga revelan síntomas que pueden incluir comportamiento violento, ansiedad, confusión, e insomnio. También pueden demostrar varias características psicóticas, incluyendo la paranoia, alucinaciones auditivas, ánimo alborotado, y delirio (por ejemplo, la sensación que insectos le caminan sobre la piel). Además, la paranoia puede provocar pensamientos de homicidio y/o de suicidio (De la Garza y Vega, 1999).

2.3 Drogas y cerebro

Los neurotransmisores sirven como intermediarios químicos para transmitir el impulso nervioso de unas neuronas a otras y desempeñan un papel esencial en el compartimiento humano, de modo que la mayoría de las drogas afectan su funcionamiento ya sea por el mecanismo de sustitución antinatural de acciones (González, 2002), ocasionando trastornos mentales.

Trastornos mentales ocasionados por el abuso de drogas

Depresión: El consumo de drogas facilita el desarrollo de diversos trastornos mentales, siendo la depresión el más frecuente, y esta suele estar disfrazada por los efectos de las mismas drogas. Durante el síndrome de abstinencia los síntomas de la depresión aumentan, además las repercusiones sociales que trae consigo el uso de drogas favorecen y agudizan los síntomas de la depresión (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

Trastornos de ansiedad: Cuando se consume alguna droga, la ansiedad disminuye y a veces se da por la dependencia psicológica hacia la sustancia. Las drogas alucinógenas pueden ocasionar cuadros psicóticos como las llamadas *psicosis exotóxicas* con alucinaciones e ideas delirantes. Los que consumen LSD también tienen frecuentes –flashbacks- que consisten en la repetición de las anteriores experiencias con alucinaciones, aunque no se haya consumido la droga y pueden llegar a tener una duración mayor acompañadas de síntomas paranoides intensos que pueden requerir hospitalización psiquiátrica.

También se sabe que consumir drogas puede hacer que se desarrolle esquizofrenia, especialmente quienes consumen alucinógenos o abusos repetidos del alcohol (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

El cerebro y la médula espinal están constituidos por un entrecruzamiento de vías nerviosas, de modo que la administración en fases aguda y crónica de diferentes drogas determina infinidad de –cortocircuitos-. Como ejemplo del alto potencial dañino de las drogas sobre los circuitos nerviosos, están las grandes distorsiones en la percepción de la realidad que

acompañan a los estados de embriaguez por diferentes drogas, incluida la visión de culebras y escenas terroríficas, la percepción de voces inexistentes y la errónea apreciación de distancias (González, 2002).

El suministro normal de la sangre al cerebro se puede afectar seriamente por la acción de varias drogas, debido a la contracción vascular que determina una reducción importante del calibre de las arterias y en otros por la caída de la presión arterial.

Además del sistema nervioso central responsable de la vida de relación con el medio, existe un sistema vegetativo cuya función básica es la regulación del funcionamiento de los diferentes órganos, aparatos y sistemas de nuestro organismo. Esta parte del sistema nervioso tiene una acción muy importante sobre la circulación de la sangre y la preparación general del organismo para dos tipos de funciones, las de defensa, agresión o huida y las de tranquilidad, asimilación de alimentos y procreación. Este sistema depende para su funcionamiento normal del equilibrio de las funciones anteriores y el segundo responsable de las funciones placenteras (*parasimpático*), y las drogas desequilibran estas dos partes básicas para el funcionamiento del cerebro (González, 2002).

En el cerebro de los niños de 9 años, el consumo de drogas es más perjudicial, ya que aunque el cerebro alcanza su peso de adulto a la edad de 21, se sigue desarrollando durante varios años. De hecho, un estudio realizado por los Institutos Nacionales de Salud encontró que la región del cerebro que inhibe el comportamiento riesgoso no se forma completamente hasta los 25 años. Esta

es la etapa final del desarrollo del cerebro, por lo que entre menos edad tenga un consumidor más afectará el desarrollo y las funciones cerebrales.

Es importante tener en cuenta que aunque el cerebro llega a su etapa final de desarrollo a los 25 años, el aprendizaje continúa durante toda la vida. Las conexiones neuronales del cerebro continúan formándose, cambiando y redirigiéndose al enfrentarse a nuevas experiencias e ideas.

Mientras más temprano se comienza a consumir drogas, mayor es la probabilidad de progresar al abuso más serio. Esto se debe a que las áreas del cerebro que gobiernan la toma de decisiones, el juicio y el auto control aún se siguen desarrollando durante la adolescencia, lo que hace que los niños y adolescentes sean especialmente proclives a comportamientos de riesgo, lo que incluye la experimentación con las drogas de abuso.

2.4 Los niños y las adicciones

Actualmente los niños en México escuchan la palabra –droga- cada vez más temprano y es preocupante, ya que según el estudio que realizaron Jiménez, Tellez y Carkidi (2012) en el nivel superior de la UNAM refleja que la edad a la que los encuestados mayoritariamente escucharon la palabra –droga- se encuentra entre los 11 y 15 años (59%), en segundo lugar, aquellos entre los 5 y 10 años de edad con (38%) y solo (3%) lo escucharon entre los 16 y 20 años y un porcentaje casi nulo los de 21 años en adelante (0.1%). El estudio también refleja que quienes escuchan primero la palabra –droga- son provenientes de la delegación Iztapalapa la cual es considerada una delegación de altos niveles delictivos en la Ciudad de México (Llanes Castro y Margain, 2003). Los

resultados también muestran que quienes explican a los hijos el significado de la palabra -droga- son los padres (43.5%), posteriormente los maestros (34%) y en tercer lugar los amigos (11.4%) (Jiménez, Tellez y Carkidi, 2012).

Niños de 12 años o aún menores se enfrentan día a día en la decisión de aceptar o rechazar drogas que les ofrecen fuera de sus casas. Las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria entre los 9 y 10 años (pre-púberes) tienen acceso a la droga en un periodo de la vida en el que se encuentran buscando un sentido de identidad personal, en el que se inicia la separación de los padres y se encamina a una etapa de mayor madurez, por lo que si los amigos prueban drogas estarán tentados a imitarlos (Schwebel, 1991).

Estos niños pequeños pasan una buena parte del día en la escuela en la que toman sus clases para enriquecer su formación académica y se relacionan con niños de su edad, incluso con niños de grados más avanzados, que en muchos casos se convierten en sus amigos (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

La presión ejercida a través de los medios publicitarios, la tolerancia social, el fácil acceso a las sustancias, la desorganización social y la falta de oportunidades de educación son algunos de los factores que favorecen el consumo, que comienza a edades cada vez más tempranas, pasando del uso experimental a un consumo de mayor frecuencia (Piñeros, 2006, p. 22).

De tal que la edad de los niños de 9 años es un lapso donde el niño preadolescente se encuentra vulnerable al consumo, puesto que a medida que el niño va creciendo se va alejando del primer significado escuchado de la palabra

-droga-, lo que permite que el niño introduzca nuevos significados de la palabra mediante los amigos, compañeros de clase y profesores (Jiménez, Tellez y Carkidi, 2012), esto aunado a que durante la etapa escolar (de los 6 a los 13 años) los niños tienden a ser extrovertidos y a tener una alta disposición hacia la vida social y actividades con grupo de pares (Capo, 2008).

Se conoce que la socialización de género impone al hombre incluso desde edades tempranas al acceso al tóxico. En la familia, primera instancia socializadora y célula básica de la sociedad frecuentemente se induce a los menores a beber bajo frases que son el reflejo de una cultura patriarcal “para que aprendas a ser macho”, en el caso de las niñas “para que ningún hombre se aproveche de ti”. Es notable la permisividad con que afrontan muchos adultos el hecho de que la niña o niño quieran probar -eso- a lo que tanto pone atención el adulto (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

A esto se une que en la mayoría de las celebraciones a las que asistimos generalmente no falta alcohol. En estas reuniones familiares que a veces parecen reuniones para alcoholizarse, el niño de 9 años tiene acceso al alcohol, incluso dentro de su propia casa sin necesidad de haber asistido a alguna casa de un familiar o conocido de los padres, por lo que presencia continuamente su utilización donde algunas veces es invitado a probarlo. El ver al niño alcoholizado o con hipo es causa de risas dando cierta permisividad a una conducta que pudiera encaminar a un alcoholismo en etapas posteriores de su desarrollo (De la Garza y Vega, 1999), mediante un proceso de aprendizaje en el que Vygotski (2008) explica que en el niño toda función aparece dos veces: primero a nivel social, y más tarde a nivel individual, primero entre personas

(interpsicológica) y después en el interior del propio niño (intrapsicológica) mediante los cuales el niño se logrará adaptar a su medio.

Es así como los niños van aprendiendo (imitando) estas conductas que son vistas como “normales”, incluso fuente de diversión para los adultos y otras conductas como ponerse una corbata, ir a trabajar, jugar al doctor etc. Es incluso en ocasiones, orgullo para el padre si es el varón el que desea probar la bebida, lo cual es indicador de que sin dudas será todo un “macho” cuando crezca. Estas conductas se corresponden en su mayoría con roles de género establecidos por la sociedad para ambos sexos, donde una de las mayores exigencias que se imponen es a la masculinidad (González, 2010).

Es importante mencionar que desde la construcción de la identidad masculina se impone el no decir no y que beber es conducta de hombres. A veces los niños fuman cigarrillos de chocolate afuera de las primarias, cigarrillos reales, beben alcohol o usan otras drogas porque intentan actuar como adultos. Por imitación los niños van adoptando la tendencia a consumir drogas de forma habitual, y se va aprendiendo que estas pueden utilizarse como una solución a los problemas que se presentan en la vida (Polaino-Lorente y De las Heras, 2001).

Una de las razones por las cuales las niñas y niños usan drogas es en respuesta a la influencia de otros, sobre todo de los medios de comunicación, de los adultos y de los compañeros (Schwebel, 1991). Al acercarse a la adolescencia, para no quedar mal con su grupo de iguales o para demostrar su hombría, cede a las insistencias generalmente de familiares y de sus amigos. En esta etapa de búsqueda de identidad y de autoafirmación, probar lo nuevo o prohibido hace que el niño explore diferentes situaciones de la vida, como es el

consumo de sustancias psicoactivas, sin la menor percepción del riesgo que corren con ello, pero que además como se mencionó antes, una de las formas de acercarse al consumo es la experimental (González, 2010).

Si tomamos en cuenta el hecho de que entre menor sea la edad de la persona, no tienen percepción del riesgo con respecto a muchas problemáticas de salud, el consumo de sustancias en especial alcohol, droga legal, (la más difundida en nuestro contexto) pueden disminuir la capacidad racional, los efectos de las drogas en los niños son terribles, ya que les impiden hacer frente a la realidad y lograr adquisiciones evolutivas cruciales para su futuro. Estos niños tendrán dificultades para lograr un sentimiento de identidad claro, para hacer uso de sus habilidades intelectuales y para aprender a autocontrolarse, sin mencionar los beneficios del aprendizaje escolar que desaprovecharán y se encontrarán pocos o casi nada preparados para el mercado laboral en su futuro (Vega, 2010).

Los niños que comienzan en el consumo de drogas no estarán en condiciones de entablar un vínculo emocional y social sano con sus semejantes, lo cual incluye a las relaciones amorosas, podrán madurar cronológicamente pero seguirán siendo inmaduros en el plano emocional (Schwebel, 1991). Entre más pequeños de edad sean los consumidores puede ser más peligroso, ya que el organismo de los menores todavía es inmaduro y su capacidad de absorción y metabolismo es diferente a la de los adultos. Estas sustancias entran al organismo por vías respiratorias pasando por los pulmones y circulan directamente al cerebro, en donde ejercen su efecto devastador.

La actividad de las niñas y niños entre los 7 y los 11 años se ha dirigido más hacia la asimilación receptiva de lo que le ofrece el medio para

conocerlo por una búsqueda dinámica que lo pone en contacto con nuevas experiencias. Frente a esto se ve obligado en muchas ocasiones a aprender que necesita hallar un lugar entre los individuos de su edad. Dicho de otra manera aprende a conducirse dentro de los patrones culturales que le son demandados por el medio. Durante los tres o cuatro años posteriores, el niño ya no solo probará sus formas de integración, sino que consolidará o modificará de acuerdo al éxito o fracaso que haya experimentado. La intoxicación por sí misma en esta etapa es una forma de evadir la realidad que es sumamente dolorosa y donde las drogas son utilizadas como una medida ficticia para satisfacer las carencias y necesidades básicas (Vega, 2010).

Es tan común ver a niños inhalando en las calles de las colonias más pobres o a niños y adolescentes beber alcohol sentados en las banquetas que de cierta manera la sociedad lo va asimilando como algo “normal” o como parte del paisaje (Cuatrocchi, 2008). Los niños inhaladores regularmente son niños de crucero en las grandes avenidas, muchos de ellos por ejemplo, luchan por formar su propia familia, hacen lo posible por tener como padre a un joven drogadicto y como única figura femenina relevante en su vida a una prostituta, considerando a los muchachos de su edad como hermanos, buscando protección, solidaridad, hermandad y amistad de la cual carece y requiere satisfacer (Vega, 2010). El consumo de pegamento o alcohol que se puede ver en niños pequeños de las comunidades más pobres, generalmente se da en situaciones en las que los niños se encuentran solos y angustiados, alejados de sus familias por las situaciones conflictivas que los afectan, o huyendo de la violencia familiar, enfrentando los sentimientos desagradables y el miedo con los efectos que estas drogas les producen (Cuatrocchi, 2008).

En las zonas suburbanas marginadas la irregularidad en los asentamientos y la inestabilidad es algo frecuente, entonces los niños no tienen un lugar estable y seguro donde desenvolverse, esto crea una sensación de inseguridad que llega a constituirse en un verdadero evento negativo de la vida, que disminuye de forma muy importante la protección de los niños y aumentando los riesgos de consumo de drogas (Llanes, Castro y Margain, 2003). La comunidad marginada y carente no es exclusiva de este tipo de consumo, sino que atraviesa todos los estratos sociales, aunque el lugar de donde provienen los niños a veces determina de qué tipo de drogas se estén consumiendo. En las clases medias o altas generalmente se inician con marihuana y se da en lugares como casas y los niños más pobres además de que el consumo es más precoz y a menor edad, se suelen iniciar con inhalantes como pegamento o con las -monas- (tíner) en grupos de pares reunidos en la calle (Cuatrocchi, 2008).

Las niñas y niños comprenden las enfermedades como algo ocasionado por un virus, relacionado con ir al doctor, tomar medicinas y guardar cama. Muchos de ellos en su fantasía creen que el padre o la madre tienen la enfermedad de las adicciones porque hicieron algo malo, o porque sacaron malas calificaciones. Es raro que los niños entre 5 y 9 años de edad verbalicen la enfermedad como un vicio o un mal hábito, a menos que lo hayan escuchado de la madre, lo repiten, aunque sin mucha consciencia del significado o de las implicaciones del mismo.

“La infancia es irrecuperable, en los primeros años se forma la estructura psíquica del futuro adulto y es necesario implementar planes que resuelvan los problemas de los niños mientras son pequeños” (Cuatrocchi, 2008, p. 121).

En el blog “Tacha las Adicciones” de la Universidad Pedagógica Nacional, se menciona que desde 1998, basados en la ENA, ya se hablaba del consumo de drogas en edades a partir de los 10 años a los 12 años. De esta manera los niños entre 10 y 14 años constituyen un nuevo mercado para las adicciones, desde esa edad comienzan con alcohol, inhalables, cocaína, metanfetaminas y heroína.

2.5 ¿Cómo ven los padres y familia a las adicciones?

Muchos padres no se percatan del problema de una dependencia a las drogas dentro de la familia o prefieren ignorarlo, debido a que muchos de ellos crecieron en una época en la que el tema de las drogas no se comentaba como en la actualidad con una cotidianidad y no imaginan que sus hijos puedan encontrarse inmersos en esa problemática (Schweber, 1991). Algunos padres deciden no hablar del tema ya que confían en sus hijos y en las decisiones que puedan tomar por la educación que han inculcado en sus hijos, así se evita el tema de la drogadicción para no acusar sin querer a alguno de los hijos.

Muchas veces cuando la familia encuentra en su casa un problema de dependencia de alguno de los hijos, por ejemplo, no sabe cómo reconocer el problema o no sabe de qué manera reaccionar ante esta situación. En los casos que si está presente el problema, salen afectados varios de los integrantes de la familia, tal como el descuido hacia los hijos, pleitos y agresiones de todos los integrantes, preocupaciones y dudas de cómo enfrentar el problema, cambios constantes de los sentimientos hacia el consumidor, problemas económicos, etc.

Por otro lado está la negación, el mismo mecanismo de defensa que usan los consumidores. Los padres niegan la existencia del problema haciendo

creer que no hay nada de qué preocuparse diciendo cosas como “si no lo pienso no existe el problema”. Otra forma de negar el problema de las drogas es intentar ser optimistas y pueden llegar a decir frases como “los niños son niños”, “es solo una etapa, ya pasará”, “mi hijo va a poder con eso” (Schweber, 1991). Cuando algunos padres intuyen que alguno de sus hijos está consumiendo algún tipo de sustancia se niegan a indagar sobre el problema, por el temor y la angustia que les generaría confirmar sus sospechas y son estos padres los que solo aceptan el problema cuando ya hay una dependencia del niño a la sustancia o se presenta una sobredosis (Cuatrocchi, 2008).

En muchas ocasiones los padres que tienen un hijo con problema de adicción a alguna droga y tienen más hijos, aíslan al del consumo, además de estigmatizarlo y etiquetarlo como enfermo con connotación de alguna enfermedad contagiosa, desvinculándolo del grupo familiar alejándolo de los “sanos” (Cuatrocchi, 2008).

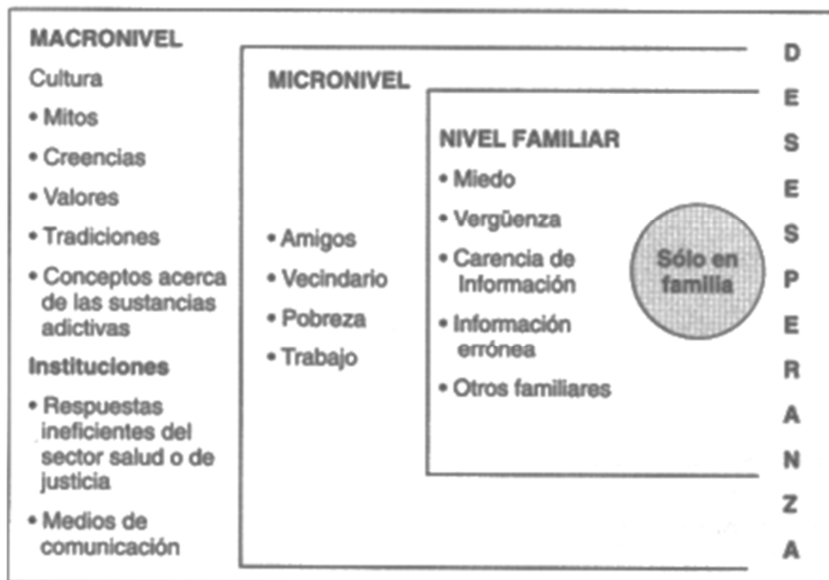
Los niños también perciben la situación por lo que es conveniente platicar con ellos a cerca del problema del consumo del padre, hermano, madre u otro familiar, lo que piensan y sienten al respecto. Si ya tienen edad para ello, escucharlos y pedirles su opinión, esto puede ayudarles a aclarar sus dudas.

Son pocos los padres que al encontrarse con la situación de un hijo con consumo de alguna droga o sustancia nociva toman un papel activo para enfrentar el problema, donde el niño encuentra un espacio para hablar y ser escuchado, atendido y contenido, y donde este consumo se queda como consumo experimental circunstancial, impidiendo que se instale como adicción, pero en vez de que esto suceda así, los niños se enfrentan a la indiferencia, la complicidad, el reproche, la hostilidad o el rechazo (Cuatrocchi, 2008).

El abuso de sustancias es un problema social al cual la familia no está preparada, por lo cual los mecanismos utilizados para enfrentar el problema no son los más útiles para ellos o para quien es el consumidor dentro de la familia, surgiendo en los integrantes, preocupación, impotencia, depresión e incertidumbre (Natera, Mora y Tiburcio, 1999). Los autores coinciden en que de la manera en cómo reaccionan las familias ante el fenómeno de la drogadicción dentro del hogar depende del apoyo social que reciben, si cuentan con algún registro a algún programa social que les brinde orientación e información sobre la problemática o no, ya que los servicios sociales le brindan a las familias herramientas para enfrentar diferentes conflictos dentro de la casa.

Según Natera, Mora y Tiburcio (1999), en muchos hogares mexicanos el padre o madre no desean que se comente nada con nadie ajeno a la casa, ya que “Los trapos sucios se lavan en casa”, siendo influenciadas este tipo de decisiones por los mitos, las propias creencias a cerca de las drogas, a veces por la amenaza del esposo o de alguno de los hijos la ayuda solo llega a las personas más cercanas como madre o suegra, quienes muchas veces no dan la orientación y atención profesional de la salud que se requiere, por lo que no se ayuda mucho.

Barreras en la búsqueda de apoyo



Muchas de las familias que no pueden lidiar con las amenazas, los propios miedos, y con el clima de la casa son más propensos a fortalecer sentimientos de desesperanza a solucionar en familia el problema de adicción, siendo en su mayoría familias pobres. Cuando aparece la desesperanza, sin importar la clase social o el nivel económico de la familia, los familiares más cercanos al consumidor de drogas suelen presentar problemas en su salud mental (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

Lo más importante es que el problema no debe ocultarse ni subestimarse, ya que cuando se es el familiar más preocupado los expertos recomiendan que lo comenten con los demás integrantes de la familia, ya que juntos podrían encontrar la mejor estrategia para apoyar al familiar consumidor y

el acercarse a instituciones que brindan ayuda, como centros de salud, iglesias, escuelas, también puede ayudar a que se tome una mejor decisión respecto al problema (Vega, 1998).

Capítulo 3. Factores de riesgo

Es necesario hablar sobre los factores de riesgo a las adicciones en niños de 9 años ya que los niños que cursan el 4° grado de primaria tienen una necesidad de compañerismo y de involucrarse más con sus iguales, sumada a una necesidad de cooperación según Piaget (2001) y es importante tener claro que son los factores de riesgo.

Los factores de riesgo se caracterizan porque pueden aumentar la posibilidad de que niño para iniciarse en el abuso de droga (Capo, 2008). La autora dice que se debe considerar que un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra. Estos factores pueden afectar a los niños en diferentes etapas de su vida y en cada etapa puede presentarse un factor de riesgo diferente que puede ser modificado por medio de una prevención oportuna, ya que mientras a más factores de riesgo está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño abusará de drogas (Capo, 2008).

Los niños se enfrentan diario a diferentes factores de riesgo que pueden ser:

Aspectos sociales: violencia, inseguridad, disponibilidad de drogas.

Aspectos familiares: inestabilidad económica, enfermedades, separaciones de los padres.

Aspectos individuales: manejo inadecuado de emociones, pobre desempeño escolar, falta de habilidades sociales (Sepúlveda, 2000).

Complementando la información anterior, Llanes Castro y Margain (2003), establecen como indicadores de riesgo los siguientes puntos:

- *Aspectos familiares:* apoyos y controles familiares débiles, consumo de alcohol o de drogas entre padres y/o hermanos, familia caótica o desorganizada, falta de contacto con la familia, divorcio de padres y consumo eventual entre familiares.
- *Aspectos sociales:* actos antisociales, insatisfacción con la calidad de vida, consumo de drogas en el grupo de iguales, tolerancia de la escuela al consumo, disponibilidad de lugares al consumo y acceso a lugares públicos en los que se consume.
- *Aspectos demográficos:* vivir en la ciudad de México, Sonora y Baja California, migración de zonas rurales a urbanas (Llanes Castro y Margain, 2003).

Según la ENA 2011, un predictor de consumo es que los menores no se encuentren estudiando, que su percepción de riesgo sobre el consumo de drogas sea bajo, o que haya tolerancia a las drogas por parte de su mejor amigo (INPRF, 2012). Otros autores como Villatoro, et al (2012) al igual que la ENA 2011, demuestran que la prevalencia del consumo de drogas legales y médicas son similares en ambos sexos.

Villatoro, et al (2012) enfatizan tres ámbitos que afectan la decisión de un individuo para consumir drogas o involucrarse en la conducta delictiva o antisocial que son los siguientes:

- *En el ámbito social:* mencionan como factor de riesgo el vivir en una comunidad insegura y siendo más específica como la aceptación y disponibilidad del consumo de drogas en esa comunidad en particular.

- *En el ámbito interpersonal:* se encuentran elementos muy importantes como son la familia, el grupo de pares, los maestros, etc, que según Villatoro, et al (2012) son ejes fundamentales en la vida del niño y que involucran una gran cantidad de elementos, como las prácticas de parentalidad, el ambiente familiar, la composición familiar, la relación con los amigos, la influencia del grupo de pares, la relación con los maestros, etc.
- Y en tercero *el ámbito personal:* se hayan elementos como la autoestima, el autoconcepto o experiencias negativas anteriores, como el haber sido abusado sexualmente (Villatoro, et al, 2012).

En un estudio realizado en adolescentes de forma anónima (Gervila, Cajal, Jiménez y Palmer, 2010), los jóvenes contestaron preguntas sobre los factores de riesgo personales, familiares y ambientales para el uso de drogas y estas respuestas se asocian con la educación por parte del padre que ellos perciben y con el consumo de los amigos. En este estudio se arrojan datos sobre que todos los amigos de los encuestados beben alcohol y en un 85% los encuestados lo consumen, y datos sobre que los estilos de disciplina por parte de los padres asociados a sentimientos positivos en los hijos están relacionados con los menores que no consumen alcohol.

Villatoro, et al (2012) mencionan que "la presencia de determinados factores de tipo cognitivo, emocional, conductual o ambiental pueden explicar en buena parte por qué los niños o grupo de menores de edad se muestra más vulnerable ante la oferta de drogas, mientras que la presencia de otros factores explicaría una mayor resistencia ante las mismas".

Medina-Mora y Real (2013), afirman que el uso y dependencia a sustancias legales como son alcohol y tabaco son el principal motivo por el cual se accede a consumir otro tipo de drogas como la marihuana. Las autoras mencionan que la población adolescente ha sido severamente afectada ya que aproximadamente 1 de cada 5 jóvenes (20%) viven con violencia en el hogar o abuso psicológico (19%) y eso los coloca en alto riesgo de verse envueltos en las drogas comenzando con alcohol y tabaco. Otros autores por ejemplo González (2012), ven al uso temprano de alcohol como un factor de riesgo para iniciar el consumo de otras drogas.

Existen distintos factores que contribuyen o aumentan una probabilidad de que los niños se vuelvan consumidores de drogas y posteriormente se hagan dependientes de estas. Es importante identificar los factores de riesgo, ya que en algunos casos el niño ya posea una dependencia que podría convertirse finalmente en una adicción.

Otros factores identificados son la exposición a los sucesos negativos de la vida, las formas inadecuadas de enfrentamiento, las variables de personalidad, al recurrir al alcohol para reducir la tensión y las variables de contexto medioambiental y socio-cognitivas, entre las cuales destacan las expectativas respecto a los efectos positivos del alcohol. Las expectativas no solo predicen el consumo de alcohol, sino que también permiten diferenciar el consumo problemático del no problemático.

3.1 Baja autoestima

Para comprender por qué la baja autoestima es un factor de riesgo ante la problemática de las adicciones es importante conceptualizar primero a la autoestima. De acuerdo con Alcántara (2004), la autoestima es una actitud hacia uno mismo, implica aceptar la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos y el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro "yo" personal, es decir, la autoestima constituye las líneas conformadoras y motivadoras que sustentan y dan sentido a nuestra personalidad. El autor nos dice que la autoestima es una consecuencia de la construcción de la personalidad donde algunos expertos la sitúan a los 8 años.

En la construcción de la personalidad, siempre está presente la evaluación positiva o negativa de sí mismo. Desde su más pequeña edad, el niño tendrá una idea de sí mismo, de su identidad, frecuentemente conforme a la manera como interioriza la mirada de sus padres, si se ha sentido amado, deseado, aceptado o no. El niño se va haciendo una idea de lo que esperan de él. Allí es donde se ponen los cimientos de la futura autoestima del niño ya mayorcito, y más tarde del adulto. Apoyando lo anterior, Alcántara (2004), nos dice que la autoestima es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada persona.

Para Alcántara (2004), la autoestima en niños de 9 a 10 años es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones y pasiones que van configurando al niño en el transcurso de sus días de existencia. "Puede decirse

que la autoestima se construye como un edificio de tres dimensiones: yo, los otros y la manera como yo me comporto con ellos cuando se trata de realizarme personalmente”. Lo que para Alcántara (2004), le permite al niño adaptarse a posibles situaciones difíciles, mientras que la autoestima secundaria está más relacionada con las interacciones del niño con el mundo real.

La autoestima en los niños se basa en tres componentes, cognitivo, afectivo y conductual. Los tres trabajan en correlación, por lo que una modificación en uno de ellos implica una alteración en los otros dos; es decir, que cuando se deteriora uno de ellos, quedan afectados los dos restantes, como si a un triángulo le borráramos una línea, descomponen la figura.

El componente cognitivo: se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información, o dicho de otra forma, el componente cognitivo de la autoestima es lo conocido como autoconcepto, definido como la opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta. Para Alcántara (2004), el autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en el nacimiento, crecimiento y finalmente la consolidación de la autoestima.

El componente afectivo y conductual dependen de la estabilidad de la cognición, que a su vez se acompaña de la autoimagen o representación mental que una persona tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. Según el autor, es determinante el valor de la autoimagen para la vitalidad de la autoestima, ya que solo si llenamos el autoconcepto con imágenes positivas, ricas y actualizadas al espacio y tiempo en que vivimos arraigará la autoestima y demostrará su máxima eficacia en el comportamiento

de las personas, y en particular de quienes apenas comienzan a estructurar la suya (Alcántara, 2004).

El segundo, *componente afectivo*: implica la valoración de lo positivo y lo negativo que hay en nosotros, conlleva un sentimiento sobre lo favorable y desfavorable, lo agradable y desagradable que observamos en nosotros. Significa sentirse agusto o a disgusto con sigo mismo y admirar el valor propio. En definitiva se trata de un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, de nuestra sensibilidad, emotividad ante los valores y contravalores que vemos en nosotros mismos y es este punto el conocido como corazón de la autoestima (Alcántara, 2004). Según el autor "a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima" y puede ser considerado como el principio básico para emprender cualquier tipo de actividad educativa.

El tercer componente de la autoestima, el *conductual*: significa tensión, intención y decisión de actuar o de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente y es el proceso final de la autoestima, es decir, después de haber procesado las propias creencias, de hacer valoraciones se lleva a cabo alguna acción, mediante la cual se puede autoafirmar lo que somos hacia el propio "yo", en busca de la consideración y el reconocimiento por parte de los demás ya que se vuelve un constante esfuerzo por obtener el honor y respeto ante nosotros mismos y los demás.

Si la autoestima no es lo suficientemente elevada, este déficit, se traduce de manera diferente según se trate de la autoestima primaria o secundaria. Cuando esta es insuficiente, provoca en los niños las manifestaciones más problemáticas, como ciertos comportamientos inadaptados en el plano social y

afectivo que causan un sufrimiento cuyo origen, con frecuencia ignorado está profundamente enraizado en lo que el niño piensa de sí mismo que son la baja autoestima.

Los padres son una fuerte influencia en el desarrollo de una baja autoestima, ya que con las miradas acompañadas de palabras pueden ser muy hirientes, puede sentirse inútil. Las comparaciones con otros niños “mejores” crean un sentimiento de impotencia que puede asentarse muy pronto.

La baja autoestima puede causar ciertas depresiones en el niño, y su origen se encuentra en las frágiles estructuras del “yo”, según Freud (2003), debido al conflicto del niño en alguna de las etapas anteriores, la etapa oral, anal, fase genital, complejo de castración o en la etapa Edípica el cual no se ha superado. Después del sentimiento de impotencia viene un auto desprecio y busca elaborar su “yo” en base a lo que esperan los demás, padres o educadores. Esto lo sustenta Alcántara (2004), cuando explica que la autoestima es una estructura coherente, estable y difícil de modificar, por lo tanto puede crecer, arraigarse e interconectarse con otras actitudes de la persona, pero también puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse.

La autoestima no es una capacidad innata con la que nace el niño, se va formando por medio de las interacciones del niño con su entorno y por la manera como incorpora los acontecimientos que va viviendo (Rigon, 2002). Durante el periodo de los 9 a los 10 años, el niño comienza a mirarse a sí mismo y por tanto a tomar realmente conciencia de su propia autoestima.

A partir de esta etapa el círculo de las relaciones cercanas se va ampliando y se hace más complejo, al mismo tiempo que el cuerpo y el aspecto físico va adquiriendo cada vez más importancia. A partir de los 6 años irá tomando conciencia de su apariencia que también contribuye al establecimiento de una adecuada autoestima o baja autoestima.

Los niños que basan su bienestar en lo que reciben de los demás tendrán mayor dificultad para confiar en sí mismos, saber detectar que es lo que necesitan y que quieren hacer. Ante una sociedad como la nuestra de procesos de cambios acelerados e irreversibles, la única educación válida para los niños será aquella que se centre decididamente en el cultivo de las actitudes básicas, como la autoestima.

Por otra parte, es importante que de la calidad de la relación que se establezca entre el niño y su madre (o la persona responsable de su crianza) dependerá que el niño asimile un sentimiento de seguridad básico, que le facilitará continuar con el proceso de desarrollo de su personalidad independiente a su educación intelectual, de lo contrario ese niño estará en riesgo de tener conductas antisociales, delictivas, o de consumo de drogas.

Los niños que no reciben suficientes caricias no pueden desarrollar la autoestima y harán todo lo posible para llamar la atención, aun metiéndose en problemas, simplemente buscarán el reconocimiento, y con esta lógica pueden pensar, “si no puedo llamar la atención siendo bueno la llamaré siendo malo”. Este tipo de niños son emocionalmente pobres según Schweber (1991), y vulnerables a la presión de los compañeros, se adaptarán y harán lo que el montón, incluyendo el uso de drogas para ser bien vistos o aceptados.

3.2 Parentalidad y estilos de crianza inadecuados

Es muy escuchado en nuestra sociedad que los niños consumen drogas porque “son niños descuidados” o “porque a sus papás no les importan”, este tipo de expresiones tienen que ver con el hecho de que la crianza y la parentalidad son la base del desarrollo cognitivo y socio-afectivo del niño. Solís (2004), concluye que si entendemos la Parentalidad como un sistema cultural de una generación a otra, en esta parte es donde los valores son muy importantes ya que el niño aprende de forma eficaz y permanente, y gracias a esto el niño recibe las claves para construir las representaciones que hará sobre el funcionamiento de la realidad social, y estas se refieren a las propias representaciones de los padres, a sus propias expectativas de la sociedad que son transferidas y compartidas con el niño.

La familia es muy importante para el desarrollo del menor (Villatoro et al, 2012), ya que constituye uno de los primeros sistemas de socialización del niño, es por eso que es de gran relevancia en la prevención de drogas, así como cambios escolares y otro tipo de factores.

Diferentes aspectos del funcionamiento familiar influyen en que los niños decidan usar drogas y según Becoña, et al (2012) se puede tanto proteger a los hijos como aumentar el riesgo de consumo. Es importante mencionar que la parentalidad y los estilos de crianza pueden actuar como factor de riesgo para el consumo, sin embargo pueden tener un papel como factor protector, los cuales describiré en el siguiente capítulo de factores protectores.

Aunque no se ha conceptualizado hasta el momento lo que es la desorganización familiar, se entiende como aquellas familias en las que alguno

de los padres presenta una psicopatología o enfermedad mental, en las que haya un solo padre o madre (familia monoparental) debido al divorcio o muerte, o que uno o ambos padres sean consumidores de drogas.

Según Becoña et al (2012), el consumo de alcohol y drogas de los padres influyen en el consumo de estas drogas en los hijos, "ya que los niños con padres alcohólicos presentan menos organización en sus hogares comenzando la adolescencia y los lleva a un mayor comportamiento de riesgo así como un uso más temprano de alcohol y drogas en comparación con sus iguales que no tienen padres alcohólicos". Por lo que los autores afirman que una relación entre padre e hijo si es cercana disminuye la probabilidad de que el hijo consuma alcohol si el padre no es consumidor de la bebida. Respecto del consumo del tabaco los autores nos dicen que "los niños fumadores tienen mayor probabilidad de tener un padre o una madre fumadora, y se ha indicado que existe una relación dosis-respuesta de modo que el consumo de tabaco es mayor cuando ambos padres son fumadores que si solo lo es uno de ellos" (Becoña et al, 2012).

Al respecto de la desorganización familiar o desestructura familiar (De la Garza y Vega, 1999) mencionan que una familia desorganizada y con hábitos farmacodependientes es más propicia para que los hijos presenten abuso de drogas. Sin embargo es importante reflexionar sobre los diferentes factores que pueden favorecer el consumo, ya que un solo factor de riesgo no garantiza o determina que el niño decida drogarse, ya que muchos niños llegan a expresarse con odio de la bebida y no caen en una dependencia, aunque "suelen ser las excepciones a las estadísticas" (De la Garza y Vega, 1999).

Los niños que viven en una familia monoparental, solo con la madre, con padrastros o abuelos, tienen mayores probabilidades de consumir drogas en comparación con los niños que viven con ambos padres (Becoña et al, 2010), por lo cual los autores asocian el consumo de marihuana con la presencia de divorcio en la familia, dicho de otra forma los niños que tienen padres divorciados tienen mayores probabilidades de consumir marihuana, nos dicen lo mismo en referencia a otras drogas, es decir que los niños que viven en familias reconstituidas o monoparentales tienen más probabilidades de consumir drogas ilegales. A partir de lo anterior Becoña, et al (2012), nos dicen que la buena comunicación, y resolución de problemas de padre a hijo o de madre a hijo son más resistentes a la influencia de los pares consumidores y que el control parental debe ser sistemático independientemente de la estructura familiar. Garza (1999) afirma que la evaluación que los padres de familia hacen de sus hijos basada en la observación y la convivencia diaria, es un elemento complementario que muestra la congruencia o incongruencia del comportamiento del niño en la escuela y en el hogar.

Por otra parte Becoña et al (2012), comentan que los hijos de familias monoparentales tienen mayores carencias económicas lo que hace que se supervise menos al niño incrementando el éxito de la influencia de los iguales para acceder a usar drogas, debido a que el apoyo de la madre o el padre en el caso que sea también se ve complicada por la ausencia durante el día. Cuando el padre o la madre vuelven a casarse a veces esto beneficia al niño excepto si este no ve como figura de autoridad al padrastro o madrastra, así como la introducción de nuevos hermanos al hogar.

En relación a la psicopatología de los padres, los autores Becoña et al (2012), refieren que el conflicto y la desorganización familiar alcanzan niveles altos en familias en las que hay un padre alcohólico pero resaltan niveles aún más altos en aquellas familias en las que además del alcoholismo el padre presenta un trastorno psiquiátrico y los hijos de este tipo de familias suelen presentar depresión, ansiedad, somatización y consumo de alcohol en comparación con el grupo de padres sin trastorno mental.

Los autores Lewis y Lewis (2003), tienen una categoría de enfoques entre los que se puede situar a los padres en estilos de crianza inadecuados o que favorecen el consumo de drogas de los hijos.

Dentro del “*enfoque dirigido a los niños*”, muchos padres tienen la creencia de que los niños en el caso de tener hermanos siempre deben arreglar “sus problemas” entre ellos, es decir sin indicaciones de un adulto y el no comunicarse con los niños obvia el desconocimiento del conflicto por parte de los padres y esta falta de voluntad por interesarse en los conflictos de los niños ocasiona en los niños depresión y una mayor dificultad para tomar decisiones en la resolución de conflictos futuros. Esto lo apoya Murray y Fortinberry (2008), de modo que como resultado de la mala o incorrecta aplicación de castigos, o de elección de enfoque puede ocasionarse depresión en los niños afectando relevantemente a su desarrollo emocional y según los autores, el entorno de un niño es un factor decisivo en el origen de la depresión, siendo el elemento más importante de ese entorno la relación de sus padres y sus estilos de crianza.

En el “*enfoque dirigido a los padres*”, se cree por parte de los padres que el niño no tiene la capacidad para resolver conflictos ya que no cuentan con

la suficiente experiencia para concienciar las consecuencias de sus actos por lo que no hay una interacción padre-hijo, ni diálogo alguno porque el problema lo tiene que resolver la madre o el padre, apropiándose del conflicto en lugar de resolverlo padre-hijo.

Es un hecho que para los autores la falta de voluntad de los padres para invertir su tiempo y energía en todo lo que al niño respecta es muestra de una falta de interés en el mismo, de no tener claros sus propios valores como persona, así como no tener claras sus metas en la vida. Ya que entonces la madre y/o el padre no saben si educar a sus hijos basados en los intereses del niño o de sus propios intereses, o en los que la sociedad espera del niño. Debido a lo anterior, los padres al no tener la voluntad, el tiempo, no hay acercamiento físico, ni verbalización y el niño aprende que no puede contar con su madre o padre, o ambos. En este aspecto de la ausencia es importante mencionar que en las Ciudades grandes el tránsito vehicular muchas veces hace la diferencia entre el llegar a casa y tener una mayor cantidad de tiempo con los hijos. La forma que ha tomado la organización del trabajo en las últimas décadas también ha tenido consecuencias devastadoras sobre el funcionamiento de las familias, ya que muchos padres deben trabajar jornadas laborales de más de 10 horas al día para poder sostener económicamente a sus familias (Cuatrocchi, 2008).

El niño puede experimentar sentimiento de rechazo debido a la subordinación de sus necesidades poniendo en prioridad y siempre más importantes las propias necesidades y las de la pareja, así el niño desalentado renunciará a la posibilidad de aceptación (Lewis y Lewis, 2003). En muchos casos aunque el niño tenga un desarrollo promedio o superior en sus habilidades y destrezas creará que no es suficiente para tener un valor, y es la misma falta de

voluntad de los padres mencionada anteriormente que alienta al niño a que trate de obtener esta aceptación y reconocimiento recurriendo a una mala conducta como consumir drogas.

Los enfoques comparten algunas de las siguientes características: que los padres tienen la obligación de expresar su afecto e interés en los niños, cada que sea posible, en otras palabras, esto significa que los padres deben desarrollar y conservar activamente “el montón de buena voluntad hacia los niños”. También que cuando los padres participen en la modificación de la conducta deben mostrarse tranquilos y consistentes, según los autores una vez que los padres dejan de improvisar y se vuelven sistemáticos en sus enfoques hacia la mala conducta no necesitan invertir las enormes cantidades de energía que requieren.

Lo que para Murray y Fortinberry (2008), son los estilos: *muy permisivo* o *muy autoritario*. Según estos autores, para lograr tener un niño optimista alejado de la depresión es encontrar un punto medio entre uno y otro, y para lograrlo se debe favorecer el entorno del niño, trabajar en ello y en la relación conyugal o de los criadores.

Dependiendo la concepción que tenga un padre de su hijo referentes a sus capacidades según la edad, la personalidad, el contexto, es como el padre o madre decidirán un enfoque para criarlo, por ejemplo, los niños menores de seis años funcionan principalmente en el nivel de lo que me conviene, se describe que los niños tratan de evitar castigos y obtener recompensas usando los tres enfoques de Lewis y Lewis (2003) con relevancia en el “*enfoque dirigido a los*

padres” por la administración de castigos y el estímulo de recompensas, haciendo la crianza un tanto conductual.

Como no todos los niños son iguales y cada uno tiene habilidades distintas y se puede dar el caso de que niños de la misma edad no tengan la habilidad de comunicarse con claridad, dependerá de los esfuerzos de los padres para identificar en qué circunstancias debe usar cual enfoque. Lo que nos quiere decir que es más adecuado con los niños de 3 años el *enfoque dirigido a los padres* sin descartar usar los otros dos enfoques de acuerdo a las circunstancias y a la observación. Estos aspectos pueden variar dependiendo del tipo de estructura familiar, puede variar según cada caso, si uno o ambos padres son alcohólicos, o de que tanta desorganización familiar haya (Lewis y Lewis, 2003).

Dentro de los estilos de crianza el apego aparece como parte fundamental, ya que es considerado como el lazo intrafamiliar, así el apego de los niños hacia sus padres se basa en los cuidados, tanto maternos como paternos. Es por esto que es importante mencionar que en la etapa escolar, es decir, a partir de los 6 años y hasta antes de la adolescencia, el niño mantiene como figuras de apego a sus padres y como figuras secundarias a los hermanos y otros familiares (Solís, 2004).

De acuerdo a Murray y Fortinberry (2008), criar a un niño es una habilidad que se adquiere en gran parte por observación, ya que la parentalidad no es solo el hecho de ser designado padre por el hecho de haber procreado a un niño, sino que es necesario “convertirse en padre”, lo que se logra a través de un proceso complejo que implica los niveles consciente e inconsciente del

funcionamiento mental (Solís, 2004). Así, la conducta social y las actitudes en los niños reflejan el trato que reciben en el hogar (Hurlock, 1988).

Las expectativas de los padres motivan a los niños a dedicar los esfuerzos necesarios para aprender a comportarse de un modo socialmente aceptable. Esto lo sustenta Solís (2004), al referirse en su investigación a autores como Freud (2003), sobre que el estilo de crianza muchas veces se elige desde antes de que el bebé nazca, ya que la madre tiene representaciones mentales de cómo será su bebé, es decir que la madre imagina cómo será su hijo físicamente y sus características, muchas veces depositando su narcisismo en el hijo. Es por ello que cuando el hijo nace y crece surgen conflictos madre-hijo debido a la frustración de las fantasías de la madre durante el periodo de gestación.

Los niños que se crían en hogares democráticos son los que realizan mejores adaptaciones sociales. Son activos y comunicativos. Por otra parte si los niños tienen un mal comienzo en sus vidas sociales, tendrán probabilidades de adquirir reputaciones como personas asóciales. Parte del problema se debe a que muchos de los trabajos realizados en esta área están enfocados hacia la maternidad, restando importancia al papel como padre en el hogar, ya que como lo mencionan Lewis y Lewis (2003), la madre es vista como la cuidadora principal del niño.

El papel de los padres, o los “roles” son distintos según el sector de la sociedad del que sean vistos y definidos, es por ello que resulta complejo tratar de definir a la parentalidad y las funciones parentales, así como definir un estilo de crianza perfecto y eficaz.

En diferentes momentos las situaciones familiares aumentan el riesgo para adquirir una adicción, por ejemplo cuando hay una falta de crianza por parte de padres y educadores, padres ineficaces o un cuidador que abuse de drogas (Capo, 2008).

3.3 Fracaso escolar

El fracaso escolar es un factor de riesgo para que los niños que cursan el 4° grado de primaria decidan consumir drogas, sin embargo puede resultar ser una consecuencia del mismo consumo cuando el fracaso escolar no es el detonante. Cuando el niño fracasa, se dice que es cuando tiene bajas calificaciones, cuando ha reprobado el año escolar y aun así lo han colocado en el grado siguiente, o cuando suspenden sus estudios o tardan en ingresar al siguiente nivel de escolaridad.

De esa forma se considera que quienes tienen bajas calificaciones son fracasados cuando se encuentran por debajo de la media, aunque como lo mencionó Avanzini (1989) desde finales de los años ochenta, no se puede señalar a un niño como fracasado solo por las calificaciones ya que está de por medio la subjetividad del maestro quien es el evaluador, es decir, que el fracaso escolar sería un conjunto de varios factores, donde la reprobación ha ocupado un lugar dentro de ellos, y estas pueden variar, así que como tal, según el autor no hay una definición para todos. El fracaso escolar está mal entendido, ya que el fracaso puede ser considerado como el no éxito de las expectativas de cierta persona, y en el caso específico del niño son las expectativas de los padres y/o familiares que lo crían las que influyen en la autoestima y la toma de decisiones que el niño tomará en etapas posteriores de su vida.

Es importante escuchar y observar a los niños ya que las conductas pueden dar mayor información de la causa de su bajo desempeño en la escuela. Solís (2004) nos dice que el fracaso escolar está vinculado con la parentalidad y los estilos de crianza que usan los padres, debido a que en el momento de transferir valores y las expectativas propias de la sociedad al niño pueden surgir elevadas expectativas por parte de la familia frente al niño, en donde le expresan sus exigencias en el desarrollo de sus capacidades, que cada vez son más importantes y que cada vez suceden más pronto y muchas veces estas expectativas sobrepasan la realidad.

Algunas características de los niños de 9 años dentro de su vida escolar son:

- Generalmente, les gusta la escuela, tienen un mejor dominio del tiempo, el niño de nueve años relata en la escuela sus experiencias en el hogar con detalles, más de lo que puede contar en su casa sobre la escuela, regularmente en su casa sus relatos son sobre quien fue el mejor de la clase, quien terminó primero los ejercicios, etcétera, mientras que en la escuela el niño puede relatar toda una película que haya visto el fin de semana, o sus vacaciones.
- Prefieren trabajar individualmente y por esto el aula es más silenciosa. Su escritura es más pequeña, más limpia, en general le gustan los trabajos de matemáticas.
- Puede ser muy crítico con la maestra, incluso con el mismo. Muchas maestras comentan que el 4° grado es un año muy complicado, ya que los niños buscan independizarse de la maestra o maestro.
- Sus juicios pueden ser del tipo: “soy estúpido”, “soy el más tonto”. En esta parte sería importante señalar que todos los niños por semejantes

que sean, poseen cualidades y características diferentes que los llevan a reaccionar de diferentes maneras ante la misma situación, por lo que no necesariamente el niño es criticado por su familia, sino por el mismo demeritando su esfuerzo y sus resultados. (Ausbel y Sullivan, 1989); (Cembranos y Gallego, 1985); (Gesell, Frances y Bates, 1999); (Hurlock, 1988) y (Vygotski, 2008).

Según los expertos, el fracaso en la escuela está íntimamente relacionado con características de la misma cultura, de manera que como podemos observar, con el paso del tiempo el nivel escolar mínimo que se requiere para laborar es cada vez mayor, primero fue obligatoria la primaria concluida, después lo fue el certificado de secundaria y ahora lo es el tener como mínimo un certificado de preparatoria o bachillerato. El hecho de que los padres también fueron alumnos en su tiempo puede hacer que se le pida al niño de manera insistente que aprenda todo lo que ellos no pudieron (Solís, 2004). Esto puede contribuir a que los estudiantes se sientan cada vez con más fracaso al estar más lejos de poder cumplir con el mínimo cultural que se requiere.

Muchos padres pueden llegar a asociar el fracaso escolar como que el niño tenga una insuficiencia intelectual como lo menciona, sin pensar o hacer una reflexión del ¿por qué fracasan? ¿que provoca el fracaso escolar?, depositando en el niño toda la responsabilidad de su éxito o fracaso, por lo que se etiqueta al niño como "tonto", siendo que la pedagogía de la escuela tiene en gran medida la responsabilidad de llevar a cabo una buena comprensión de conocimientos nuevos, así como el reforzar los conocimientos ya adquiridos. De esta manera el niño llega a verse entonces como "tonto" o "burro" como lo llamen los demás despectivamente, ya sea la propia familia o en la escuela.

La falta de comprensión por parte del círculo más cercano del niño (familia) afecta negativamente a su autoestima llenándolo de tristeza y para fugarse de ello comenzar el consumo de sustancias terriblemente nocivas para su salud. Los niños en la escolaridad primaria lo que buscan es agradar a los padres, por lo que el niño espera esta respuesta de sus padres. Solís (2004) asevera que el fracaso escolar puede marcar al niño y afectar su autoestima si no tiene una estructura yoica fuerte, ya que muchas veces este efecto de exigencia constante por parte de los padres o la familia en general, puede desencadenar “un efecto aplastante y paralizante” o por el contrario, lleva al niño a idealizar al padre o familiar a su cargo y de esta forma el niño piense que si logra el éxito escolar en vez del fracaso, serán por lo tanto menos interesantes “los pocos conocimientos del padre o madre”.

A partir de esto se puede decir que el fracaso escolar de los niños está íntimamente relacionado con factores afectivos y de equilibrio familiar, no es la única ni suficiente condición para la adaptación escolar, pero si es una condición necesaria. De esta forma el deseo de trabajar y de vivir dependen del afecto que se da y se recibe, por lo que el consumir drogas a temprana edad va de la mano con varios factores de riesgo, todos ellos relacionados con la afectividad y la autoestima del niño de por medio, en el que el niño se enjuicia a sí mismo de tal modo que hace una síntesis de todo lo que se dice de él, viendo al fracaso a manera de una fuente de conflicto con sus profesores y padres, lo que propicia hacia él reproches o castigos. Este conflicto se transforma en un sentimiento de culpabilidad y el niño siente que estropea el clima familiar. Por otra parte el fracaso lo vive como una humillación para el amor propio y por último siente ansiedad, teme repetir el año, que lo excluyan, etc, ya que la escolarización

produce un cambio y una transformación de la conciencia de sí mismo (Vega, 2010).

El niño que aprovecha más en clase es aquel a quien su familia ha dado más, por lo tanto hay una prioridad de la influencia familiar. Esta prioridad de la familia no es solo cronológica, no es exclusivamente el clima de los primeros años el que condiciona un acceso fácil a la escolarización. En cada una de sus etapas, ésta puede verse comprometida si el clima se modifica o deteriora. El alumno en jardín de niños es egocéntrico, por lo cual no se compara aún con sus demás compañeros de clase, cosa que sí ocurre en los niños que cursan el 4° grado de primaria que poseen características de competencia y deseos de sobresalir por encima de los demás (Piaget, 2001).

El fracaso escolar es una situación interiorizada tanto por la familia, como por el mismo niño, así aunque un estudiante ya sea un adolescente el fracaso continúa afectándolo gravemente. Los niños a quienes afecta más el fracaso pueden llegar a humillarse a ellos mismos con groserías o expresiones tales como "soy un imbécil", "soy un bueno para nada", "soy idiota", "soy muy estúpido", etc, dañando su autoestima o autodestruyéndose. Solís (2004), nos dice que "la presión que se ejerce sobre el niño puede llegar a ser insoportable por pocos que sean los problemas reales de aprendizaje o el deficiente rendimiento escolar" y debido a esto, es importante mencionar que el riesgo de que los niños comiencen a consumir drogas tiene que ver no solo con su bajo rendimiento y con la respuesta hacia este por parte de los padres, sino con el medio sociocultural que rodea a la familia.

3.4 Deprivación Sociocultural

La deprivación sociocultural es otro factor de riesgo para que los niños comiencen a utilizar drogas y otras sustancias nocivas y es importante tener claro este concepto para los fines de esta investigación. La deprivación o la desventaja sociocultural y económica están muy relacionadas con el fracaso escolar, ya que es un hecho constatado que se producen mayores dificultades tanto en el plano cognitivo como en el afectivo y emocional, esto debido a que son pertenecientes a las clases más pobres. Esta situación genera una serie de circunstancias que hacen que los niños pertenecientes a estas clases no encuentren las mismas oportunidades de desarrollo personal, escolar y laboral. Bautista (2002), De la Garza y Vega (1999), indican que las escuelas en barrios o pueblos marginales poseen alumnos que viven en condiciones ambientales adversas, con pobreza, mala alimentación y ausencia de estímulos culturales dentro de la familia y la comunidad en general.

Dentro de nuestro actual sistema educativo con un currículo general y obligatorio para todos los alumnos sin una clara diferenciación por motivos socioculturales y económicos, medible principalmente por rendimientos puramente escolares, siendo así resulta lógico que las capas sociales más desfavorecidas obtengan los niveles más bajos en logros.

La deprivación o desventaja sociocultural, es un factor causal del fracaso escolar, o dicho de otra forma, lo ocasiona muchas veces, por lo que tanto el fracaso escolar y la deprivación pueden ser al mismo tiempo 2 factores de riesgo para el consumo temprano de drogas por parte de los niños en educación primaria (Pacheco y Zarco, 2006).

La influencia del medio familiar sobre el nivel de aspiraciones del niño es muy fuerte, por lo que en el futuro podría estar limitado a acceder a otro tipo de servicios, como obtener mejores trabajos, impidiéndole en su vida adulta el cumplir con sus objetivos profesionales y económicos y si a su alrededor la ambición es limitada y restringida, si tiene por costumbre ver que la gente se satisface con profesiones modestas y limita sus miras a la obtención de lo necesario y a la garantía de una seguridad, el ratifica este punto de vista y a su vez limita sus perspectivas. Es un aspecto del proceso de identificación, le es difícil a un niño o un adolescente proponerse un objetivo sociocultural que no esté encarnado a sus ojos por un adulto que conozca.

Por lo anterior se puede afirmar que la familia influye mucho sobre el rendimiento escolar del niño y que este no depende únicamente del trabajo que éste realiza, ni de su buena voluntad o de su atención, sino de un condicionamiento cultural que desde su nacimiento lo ha preparado o dispuesto más o menos para el tipo de actividad intelectual que la clase solicita de él; es decir que la igualdad de oportunidades escolares no se realiza solamente con la apertura cada vez mayor de centros de enseñanza, requiere la transformación del clima familiar.

No solo el nivel cultural de la familia condiciona la receptividad de lo que la escuela aporta, si no que sobre toda la cualidad afectiva condiciona la adaptación del niño a la escuela. Por el hecho de que el niño vive en la familia sus primeros años y en ella se estructura su conciencia, su conciencia se prepara y se efectúan sus primeras experiencias sociales; la influencia de la familia es decisiva y determinante. El niño es modelado cultural y efectivamente por su familia, es decir, si el niño es abierto y alegre, abordará la vida escolar de un

modo adaptado y prometedor, si ya está encerrado en sí mismo y tiene dificultades, todo lo demás comenzará mal (Pacheco y Zarco, 2006).

La privación social y familiar está relacionada con conceptos menos favorables de sí mismo, nivel de expectativas y motivaciones para logros y el grado de motivación de la familia está también en función de ese nivel sociocultural y de la concordancia con los objetivos y/o medio de la escuela, ello por la diferencia de expectativas, orientados hacia el presente en la clase social baja, no preocupada por la planificación a largo plazo; con una preferencia hacia el futuro en las clases media y altas capaces de posponer la satisfacción y el premio (Pacheco y Zarco, 2006) y (Bautista, 2002).

Es común que en las comunidades en donde la pobreza, las carencias culturales, etcétera, los inhalantes como gasolina, pegamentos, pinturas, lacas, quitaesmaltes, gas para encendedores, líquido de frenos o aerosoles de todo tipo de productos de uso doméstico o industrial, habituales en nuestra sociedad, (Pacheco y Zarco, 2006) sean la opción de escape del hambre, frío y de otras condiciones difíciles que poder ignorar por unos minutos (De la Garza y Vega, 1999) y (Bautista, 2002).

3.5 Medios de comunicación masiva

El que los niños pasen mucho tiempo frente a la televisión puede ponerlos en una situación de riesgo de consumo de drogas, de tal manera que Vega (1997), demostró que la publicidad excesiva influye en el consumo del alcohol por parte de los menores, al decir que basta hojear cualquier periódico o revista o ver la publicidad de ayuntamientos. Los anuncios disponen de una gran cantidad de

imágenes y asocian el consumo de drogas “a las últimas modas en el estilo de vida, de vestido y los espectáculos” y relacionan su consumo “con el vigor juvenil, el éxito social, sexual, profesional, la inteligencia, la belleza, la satisfacción, la independencia, la masculinidad y la feminidad”.

Así, es que indirectamente los medios de comunicación ejercen una presión hacia el televidente de cualquier edad, ya que lo que buscan los comerciales es vender un producto, vendiendo una idea muchas veces absurda o exagerada de la realidad. Empresas tras las cuales se ocultan grandes intereses económicos y políticos, los cuáles no son muy ajenos a las empresas de cigarros y bebidas alcohólicas (Vega, 1997). De tal manera que tras los medios de comunicación social están los grandes poderes económicos y políticos que ofertan a la sociedad el mensaje que les interesa a ellos y no a la sociedad (Vega, 2004).

En muchas ocasiones los medios de comunicación masivos como radio, televisión, revistas, etcétera, aprovechan los días feriados como navidad para introducir su mensaje de “compra” mediante mensajes maquillados con buenos deseos, logrando su meta que es vender (Vega, 1997).

Y aunque muchas empresas se asocian con instituciones que ayudan a prevenir adicciones, sus mensajes publicitarios se vuelven contradictorios lo que muchas veces confunde a la población, siendo los niños los más vulnerables debido a una falta de desarrollo de juicio crítico respecto a las intenciones de los mensajes en los comerciales (Vega, 2004).

En muchos hogares donde los niños que cursan el 4° grado de primaria aprenden las conductas de consumo ya sea de cigarro o alcohol como primeras drogas, la información en los medios de comunicación suele ser un reforzador de esos valores también aprendidos en el hogar, configurando en el menor un sentido de “deber hacer” como algo que pertenece a las expectativas de la sociedad para ser bien visto y aceptado (Vega, 1997).

Según Vega (2004), la droga se presenta en los medios de comunicación, particularmente de los noticieros como algo negativo, sin embargo el alcohol se presenta como un status positivo en un contexto de publicidad, ya que en los noticieros muchas de las noticias tienen que ver con narcotráfico y muestran que es un delito y que tiene consecuencias, mientras que en un comercial se puede apreciar todo lo positivo que ofrece el consumir alcohol, que también es una droga, aunque legal, pero que no deja de provocar daños físicos y psicológicos en quien abusa de esta sustancia y genera dependencia a la misma, de esta forma se criminaliza a cierta información mientras que por otro lado se muestran “los beneficios sociales” engañosos que trae consigo el consumir bebidas alcohólicas.

De esta manera la población infantil es más vulnerable a las estrategias de venta y marketing de las empresas publicitarias.

De acuerdo con Vega (2004), la publicidad juega un papel muy importante en el desarrollo de las adicciones al equiparar la felicidad con el consumo de un producto, ofreciendo la solución a los problemas cotidianos, y aunque este tipo de anuncios están dirigidos a la población adulta, los niños van familiarizándose con el rol de adultos que posteriormente reproducirán en la sociedad.

3.6 Bullying (Acoso escolar)

El Bullying o acoso escolar es un fenómeno que recientemente se ha identificado en escuelas mexicanas, aunque su estudio comenzara en la década de los setentas por Dan Olweus, se ha convertido en un fenómeno de interés internacional dadas las características del mismo, mientras que en México fue hasta el 2007 cuando se comenzó a hablar del bullying (Mendoza, 2013). Ya que preocupa a la sociedad moderna es importante definir que es el bullying.

Definición: acción negativa que puede realizarse a través del contacto físico, palabras, comportamiento no verbal (gestos, caras), y por la exclusión intencional de un grupo” (Mendoza, 2013, p. 6). Es una manifestación de la conducta violenta, intencional, es dañino y persistente que se puede ejercer durante semanas o incluso meses aunque no haya provocación alguna. Regularmente ocurre entre dos o más iguales donde la finalidad es intimidar (Cobo y Tello, 2011).

Definición conceptual: Este se caracteriza bajo tres criterios:

- 1) Se causa daño a través del maltrato físico, verbal, emocional, sexual o por exclusión social. Regularmente se acosa a aquellas niñas o niños por sus diferencias raciales, clase social, los considerados débiles o a aquellos niños con capacidades diferentes y etiquetados del salón.
- 2) Es una conducta que se realiza de manera reiterada contra una persona o grupo.

- 3) Se presenta en una relación interpersonal y se caracteriza por desequilibrio de poder o fortaleza.

Dentro de los episodios de bullying hay un agresor o acosador al que se denomina bully, el cual puede ejercer:

a) agresión física o bullying físico: como golpes, apodos empujar, pellizcar, escupir, robar, esconder cosas, romper cosas (Mendoza, 2013), lo que lo hace el bullying más identificable (Cobo y Tello, 2011).

b) agresión verbal directa o bullying verbal: como denigrar, amedrentar, burlarse, insultar o hablar mal de otros y agresión de forma indirecta como chismes, rumores, aislar o difamar y la exclusión mediante el cual se impide a la niña o niño la entrada al grupo (Mendoza, 2013) y es relevante reiterar que las niñas y niños son más sensibles a este tipo de acoso que los adultos (Cobo y Tello, 2011).

c) bullying gesticular: son agresiones difíciles de detectar ya que van desde una mirada, una señal obscena, una cara desagradable, un gesto, etc. este tipo de bullying se usa para remarcar o recordar acciones llevadas a cabo con anterioridad, así como para mantener la amenaza hacia la víctima (Cobo y Tello, 2011).

Otro tipo de bullying es el llamado Cyber bullying, el cual ha sido identificado a partir del 2006, el cual se define como: el uso de aparatos informáticos para causar daño constante a otro alumno. En este tipo de bullying el agresor normalmente se encuentra en anonimato, usando nombres falsos para no ser identificado. Daña a la víctima rápidamente ya que se esparcen imágenes

o información para maltratar a la víctima. Puede darse un cyber bullying de tipo hostigamiento, persecución, denigración, violación a la intimidad, excusión social o suplantación de identidad (Mendoza, 2013). Actualmente se hace a través de internet por medio de aparatos informáticos y agregados como la telefonía celular, por medio de mensajes de texto vía celular o usando la aplicación “Watsapp” y por medio de redes sociales como Facebook y Titear (Cobo y Tello, 2011).

Consiste en ser cruel con otra persona mediante el envío o publicación masiva de información como forma de agresión social. Estas publicaciones pueden consistir en el envío de imágenes, fotos o videos a través de teléfonos móviles, llamadas ofensivas o silenciosas, exclusiones en salas de chat o en forma de ciber amenazas (Mora-Merchán; Ortega; Calmaestra y Smith, 2010).

Hay una serie de consecuencias a corto plazo que causan daños en el desarrollo emocional y psicológico de la víctima de bullying de cualquier tipo, tales como angustia, dolor físico, depresión, baja autoestima, ansiedad, dificultad para concentrarse, fobia a la escuela e incluso ausentismo debido al miedo a los agresores, son niñas y niños que se observan tristes, solos, con constante nerviosismo, alteraciones del sueño y con posible disminución en su rendimiento escolar (Mendoza, 2013).

Se han identificado como algunas, problemas de salud, de ajuste psicológico e incluso problemas en el contexto laboral, permitiendo nuevamente el ser marginados o discriminados, pudiendo llegar estas consecuencias a la depresión y a ideas suicidas. Las niñas y niños que son acosados pueden tener consecuencias no solo a corto plazo, sino a largo plazo. En cualquiera de los dos

casos, víctima o agresor estos experimentan ansiedad y depresión, afrontan un mayor riesgo de suicidio y de lastimarse a sí mismos que las niñas y niños que no se involucran en la dinámica de hostigamiento escolar (Mendoza, 2013).

Definición operacional:

Las niñas y los niños que son víctimas de acoso escolar y los niños agresores tienen cinco veces más probabilidades de padecer depresión que sus compañeros que no se involucran en la dinámica de acoso escolar víctima-agresor y tienen más probabilidades de perpetuar el ciclo de la violencia, favoreciendo la conducta antisocial y futuras conductas de pandillerismo. Las niñas y niños acosados, viven aterrados y con temor; creen que serán la burla de los demás compañeras y compañeros, viviendo con situaciones de estrés, depresión y ansiedad, lo cual puede llevarlos a cometer suicidio.

Los niños quienes son testigos de la violencia no dicen nada a sus padres o a los maestros por miedo, ya que los podrían etiquetar como “chiva”, “soplón”, “maricón”, pudiendo ser el nuevo blanco de los agresores, es así que las niñas y niños en primaria solo acusan a su agresor entre el (27%) y (38%) de las veces, lo cual es preocupante si se sabe que los niños representan el (35%) de la población mundial o porque creen que el problema es ajeno a ellos en el cual no deben participar (Mendoza, 2013).

Debido a la presión constante y a los sentimientos de indefensión e impotencia ante las agresiones, algunos niños se vuelven un blanco fácil para el consumo de drogas, es decir que consumen drogas para poder disminuir la presión y el estrés que les provocan los actos de violencia, también utilizan las

drogas como vía de escape a todo los sentimientos negativos que les provocan las agresiones.

Es necesario entender que el consumo de drogas ligado al bullying trae consigo diversas consecuencias negativas, no solamente psicológicas o físicas, sino aquellas que se relacionan con el bajo desempeño escolar, la autoestima, seguridad en sí mismo, el desarrollo de las potencialidades, el desarrollo personal, así como de las relaciones sociales y los procesos de aprendizaje, es decir que el acoso escolar puede dar como resultado otro factor de riesgo como consecuencia y aumentar los riesgos.

El uso de drogas ligado a la violencia de las escuelas es un factor de riesgo para el consumo de drogas, tal que resulta que aquellas personas que son víctimas de bullying son más propensas al consumo de drogas que aquellas que no son violentadas.

Capítulo 4. Factores protectores

Hay muchas maneras de lograr diversión, excitación, placer y tener aventuras sin necesidad de recurrir a las drogas. Es a través de los factores protectores que se puede preparar y prevenir a los niños contra el uso y abuso de drogas, entendiendo prevenir a manera de proteger a los niños. Estas destrezas y actitudes positivas permite a los niños resistir el uso indebido de drogas teniendo como ejes primordiales: fortalecer la autoestima, claridad de pensamiento, habilidad para resolver problemas, y relaciones hábiles y valorables (Schweber, 1991).

La necesidad de desarrollar estas habilidades se justifica por la relación estrecha que existe entre las emociones, el pensamiento, la autoestima, la toma de decisiones, el comportamiento humano y los valores como el respeto, la tolerancia, la solidaridad, la honestidad y la responsabilidad (Centros de Integración Juvenil, 2010).

Los factores protectores incluyen un componente de interacción y manifiestan sus efectos ante la presencia de un estresor, en donde el niño se adapte a una situación pudiendo tomar control de ella más que reaccionar o evitar (Llanes, Castro y Margain, 2003). Garrido (2005), explica que estos factores protectores tienen como principal incidencia el lograr en los niños la preocupación sobre su propia salud y estimular su responsabilidad para que vayan tomando decisiones saludables sobre su bienestar personal, físico, psicológico y social, tal que las opciones saludables sean la primera opción en la vida cotidiana, así las opciones menos saludables serían menos improbables, practicando hábitos saludables desde las edades más tempranas.

Los factores de protección comprenden lazos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial; vigilancia por parte de los padres; claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la familia; participación de los padres en la vida de sus hijos; éxito en la escuela; lazos fuertes con instituciones prosociales, como organizaciones escolares y religiosas; y adopción de las normas convencionales sobre el abuso de drogas (Centros de Integración Juvenil, 2010).

De acuerdo a Garrido (2005), los factores de protección disminuyen la probabilidad de implicarse en otros comportamientos problemáticos, además de los relacionados con las drogas de las siguientes maneras:

- a) A través de controles directos o controles sociales para que no se produzca su ocurrencia.
- b) A través de la implicación de los niños en actividades que tiendan a ser incompatibles con los comportamientos problemáticos.
- c) A través de orientaciones y vinculaciones con instituciones específicas como la escuela, o con la sociedad de forma de más general.

A través del modelo Chimalli se establecen actitudes protectoras dentro de los factores protectores que se pueden llevar a cabo con los niños:

<p><i>Actitudes del estado de salud en general:</i> autocuidado del cuerpo, alimentación sana, ejercicio y estado emocional equilibrado.</p>
<p><i>Actitudes sobre el consumo de drogas:</i> adquirir conciencia de consecuencias del consumo y abuso de drogas, alcohol y tabaco, protegerse de las consecuencias negativas del abuso de sustancias entre amigos y familia, disfrutar sin droga, estar consciente de los problemas legales asociados al consumo de sustancias.</p>
<p><i>Actitudes de consumismo:</i> tomar conciencia de consecuencias negativas que imponen un estilo de vida consumista y reflexionar sobre los mensajes de los medios masivos de comunicación.</p>
<p><i>Actitudes sobre vida en sociedad:</i> manejar el enojo, aprender a pedir ayuda frente a abusos de los adultos, pensar antes de actuar, controlar las emociones.</p>
<p><i>Y actitudes sobre eventos negativos de la vida:</i> tomar conciencia de las ventajas inherentes al cambio, patrones de comunicación en la familia y la escuela y aprender a comunicar emociones y manejar la depresión.</p>

4.1 Fortalecimiento de la autoestima

La autoestima es la base del desarrollo de un niño, por lo que los niños con una autoestima adecuada probablemente no usen las drogas ya que respetan sus cuerpos y no desean dañarlos usando drogas, se respetan a sí mismos y desean lograr sus objetivos, se sienten aptos y confiados, conocen sus fuerzas y están motivados para obtener sus objetivos, disfrutan el éxito minimizando el fracaso y reducen la necesidad de apoyarse en la droga para ocultar el dolor, se sienten queridos y por ello no cederán a las presiones para lograr la aprobación, conocen y respetan sus propios sentimientos, tomarán en serio sus propias necesidades y encontrarán la manera de satisfacerlas sin necesitar recurrir a la droga (Schweber, 1991).

Fortalecer la autoestima de los niños no solo se trata de besar o acariciar, se trata de reconocimientos tales como: “eres un gran niño”, “eres muy listo”, “te quiero”. El “amor incondicional” como lo nombra Schweber (1991), es crucial para el fortalecimiento de los niños y de su autoestima y por lo tanto para prevenir el consumo de drogas. Este tipo de amor incondicional significa que no hay condiciones para que los padres puedan amar a sus hijos, el autor dice que es amar más allá de los problemas que pueda tener el niño en la escuela y en casa. Cuando los niños se sienten amados son capaces entonces de amarse a sí mismos, de autoaceptarse y de la autoconfianza.

Schweber (1991) cree que es importante confiar en la capacidad que tienen los hijos para mejorar, porque menciona que los niños en quienes no se confía temen cometer errores y perder la aprobación de los padres disminuyendo su autoconfianza.

En los factores protectores es muy importante la autoestima, debido a que su adecuado fortalecimiento permite tener seguridad en las capacidades personales y brinda las herramientas necesarias para la toma de decisiones. La autoestima favorece también el desarrollo del pensamiento crítico en momentos difíciles y con ello se evitan relaciones de violencia y la experimentación con drogas (Centros de Integración Juvenil, 2010).

4.2 Fortalecimiento de habilidades protectoras

El que los padres, familia y maestros fortalezcan las habilidades que muchos niños poseen puede permitirle a los niños resistir el uso indebido de drogas y de esta manera se está protegiendo a los niños para evitar la aparición del consumo a una edad tan corta y con los daños tan perjudiciales que implica el consumo de cualquier tipo de droga. La investigación señala que son necesarias 14 sesiones preventivas para que las habilidades protectoras adquieran estabilidad en los niños, o sea para estas se internalicen y los cambios tengan efectos duraderos (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Desarrollo y reforzamiento de la Resiliencia.

La resiliencia es una habilidad que puede orientar la prevención de adicciones. La resiliencia es la capacidad del niño de 9 años para reaccionar exitosamente ante la presencia de riesgos, y de que estas respuestas sean las adecuadas para superar la situación con éxito (Llanes, Castro y Margain, 2003).

El programa Chimalli hace el hincapié en no confundir la resiliencia con la resistencia, ya que como se mencionó la resiliencia actúa frente a una situación de riesgo mientras que la resistencia solo evita o se opone.

Una de las habilidades más importantes para ser desarrollada es relacionada con disfrutar de la vida sin tener que consumir drogas o alcohol, y una manera de hacerlo es aprender a conocerse a sí mismos y a convivir con la naturaleza que nos rodea y esta habilidad si se incorpora a la vida diaria es un gran factor de resiliencia (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Fomentar la Claridad de pensamiento.

Según Schwebel (1991), los niños que piensan con claridad son menos vulnerables al uso indebido de drogas por lo siguiente:

- “Pueden evaluar las experiencias y aprender de ellas, de esta manera ganan autoestima.
- Son reflexivos en la formulación de sus propios valores y opiniones. Esto es aplicable al tema de las drogas. Son menos propensos a tomar decisiones incorrectas.
- Tienen un sentido de realidad respecto del mundo en el que viven. Pueden reflexionar sobre las ventajas, las desventajas, los beneficios y las consecuencias de distintas formas de conducirse y tomar decisiones adecuadas. Pueden lograr que les sucedan cosas buenas en la vida y no necesitan apoyarse en la droga para sentirse bien o para ahuyentar el dolor.

- Son prudentes en la elección de amigos, es decir que eligen a quienes no serán influencias negativas.
- Pueden reflexionar acerca de los efectos a corto y largo plazo y sobre los riesgos del uso de drogas” (Schwebel, 1991).

Los padres y maestros pueden apoyar a los niños en el logro de una comprensión del mundo, a confiar en su pensamiento, a clarificar sus ideas, a definir un problema y a resolverlo con éxito. La idea principal es alentarlos a que piensen, saquen conclusiones, escuchen opiniones de otros y utilicen la lógica. Schwebel (1991) indica que las conversaciones que fomentan la reflexión permiten la formación y clarificación de valores, por ejemplo, discutir acerca de la manera en que los medios de comunicación presentan la droga.

Las drogas resultan atractivas, pero mediante el fortalecimiento de las habilidades los niños deben ser capaces de proyectarse en el futuro y ver los efectos nocivos de su uso. Mediante reglas claras y consistentes los padres y maestros pueden proteger a los niños hasta que los niños hayan logrado un autocontrol suficiente como para hacerlo por su cuenta (Schwebel, 1991).

Habilidad para resolver problemas.

Los niños que poseen la habilidad para resolver problemas son menos vulnerables al uso indebido de drogas por lo siguiente:

- Pueden identificar y resolver problemas que podrían causar estrés.
- Pueden planear experiencias gratificantes, como alcanzar sus metas, crear situaciones positivas y evitar las negativas.

- Toman decisiones de una manera sistemática y no impulsiva o al azar. Son más propensos a alcanzar sus objetivos.
- Pueden inventar formas positivas de enfrentarse al estrés. No necesitan drogas para eliminar el dolor.

Los padres y maestros pueden evaluar en qué medida se observan y abordan los problemas que ocurren en la vida de los niños, ya que los niños necesitan apoyo para reconocer los problemas y para buscar soluciones (Schwebel, 1991).

Los pasos para resolver un problema serían los siguientes:

1. Buscar indicios de problemas.
2. Evaluar la causa del problema.
3. Establecer el objetivo
4. Identificar los recursos disponibles para alcanzar el objetivo
5. Ahora que el objetivo está claro y que se han definido los recursos, pensar en todas las soluciones posibles.
6. Evaluar los pros y contras de cada posibilidad
7. Elegir la mejor opción o la mejor combinación de opciones.
8. Realizar un plan de acción y llevarlo a cabo.
9. Evaluar el resultado y, si fuera necesario revisar el plan (Schwebel, 1991).

Aprender a usar el tiempo libre.

Es importante que los niños administren su tiempo libre para tener actividades que contribuyan a un estilo de vida saludable que evite el ocio y el

consumo de drogas como consecuencia. Aprender a usar el tiempo libre es un factor muy importante de resiliencia. Se sabe que los niños que usan mal el tiempo libre suelen intoxicarse con sustancias o con exceso de juegos electrónicos tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos adictivos (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Relaciones hábiles y valorables.

- Es ser capaz de tener relaciones y comunicación significativa (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Los niños que tienen la capacidad para entablar relaciones hábiles y valorables son menos propensos al uso indebido de drogas por lo siguiente:

- Tienen respeto hacia los demás y son respetuosos.
- Tienen facilidad para hacer amigos y mantener buenas relaciones. Estas amistades contribuirán a su bienestar y reducirán la necesidad de recurrir a la droga para sentirse bien.
- No buscarán compañías negativas debido a su soledad y su necesidad de tener un grupo de pertenencia.
- Tienen un pensamiento independiente y no necesariamente siguen a la mayoría. Se sienten suficientemente seguros como para no ceder a la presión de compañeros.
- Tienen la habilidad de resolver problemas de relación con los amigos y los miembros de la familia y no necesitan usar drogas para escapar de las dificultades. (Schwebel, 1991).

Según el autor, los valores positivos se aprenden en la vida cotidiana cuando se brinda a los niños atención, amor incondicional, aliento, apoyo y afecto. Este tipo de habilidades ayudan a los niños a valorar las relaciones positivas y a mantenerlas para mantener un estilo de vida saludable alejado de las drogas.

4.3 Estilos de crianza positivos

Es importante reiterar que la familia es muy importante para el desarrollo de los niños de 9 años (Villatoro et al, 2012), ya que constituye uno de los primeros sistemas de socialización del niño, es por eso que es de gran relevancia en la prevención de drogas como factor protector, así como cambios escolares y otro tipo de factores. Bodeguero (1999) menciona que la influencia de la familia es determinante para la construcción de la identidad personal como el desarrollo de pautas de relación con los otros.

Lewis y Lewis (2003), tienen la creencia de que al educar con amor los padres pueden conseguir con mayor éxito los comportamientos deseados. Los autores concuerdan en que los padres pueden cambiar el estilo de crianza para la disciplina de los niños sin lastimar la relación padre-hijo dependiendo de las circunstancias.

Un estilo de crianza fortalecedor como el que promueve Schwebel (1991), o el *enfoque de grupo* de Lewis y Lewis (2003), pueden ser factores protectores que ayuden a reducir los riesgos para el consumo de drogas de los niños de 9 años que cursan el 4° grado de primaria debido a que “la familia es la primera y la más importante institución preventiva porque es en su seno donde el

recién nacido comienza a percibir valores, creencias, actitudes y hábitos de comportamiento” (Bodeguero, 1999).

El enfoque fortalecedor de Schwebel (1991), nos habla esencialmente de la cooperación. Debido a su edad, sus conocimientos, su experiencia y sus recursos materiales, los padres tienen mayor poder que sus hijos. Nos dicen que este poder puede ser utilizado para proteger a los hijos, y al mismo tiempo para fortalecerlos, es decir para ayudarlos a que se vuelvan más fuertes, sagaces y competentes por cuenta propia. En un hogar que se usa el enfoque fortalecedor, los padres superan las reglas que limitan el intercambio de caricias, este estilo de criar fortalece la autoestima de los niños, ya que al mostrarse interesado en lo que los hijos sienten, piensan y prestarles atención se logra una empatía con los sentimientos de los niños.

El enfoque o estilo de crianza adecuado para los autores Lewis y Lewis (2003) sería el “*enfoque de grupo*” (su 3° enfoque), que habla de resolver los conflictos juntos padre-hijo. Este enfoque argumenta que todos los niños desean una sensación de pertenencia, los padres hacen sentirse importante al niño, lo estimulan a tomar decisiones positivas, es decir enseñan al niño a auto disciplinarse. Juega un papel muy importante ya que los autores creen que la conducta de los niños se debe a sus esfuerzos por ser importantes, para tener el reconocimiento y la aceptación de sus padres.

Se pueden usar los tres enfoques de Lewis y Lewis (2003) y los enfoques de Murray y Fortinberry (2008), debido a que comparten la idea de que la perspectiva de que tener un hogar feliz no está centrada en satisfacer las necesidades del niño sino en las relaciones, es decir no consiste en enfocarse exclusivamente en el niño a expensas del propio desarrollo y de las relaciones

con la pareja y con los amigos, sino crear un ambiente que nutra a toda la familia y fortalezca los vínculos. “La prevención sobre drogas es posible en un ambiente familiar que fomenta el diálogo, la creatividad, el afecto y la solidaridad. Los hijos inseguros y conflictivos, psíquicamente marcados por una familia en la que falta la comunicación, correrán un mayor riesgo de buscar en las drogas las soluciones para sus problemas” (Bodeguero, 1999).

Gordon (1986) en su Programa de Padres Eficaz y Técnicamente preparados de los años ochenta, proponía herramientas que se pueden utilizar aún en estos años los padres para ayudar a sus hijos en la resolución de problemas. En este programa el autor destaca que cuando las herramientas no bastan, los padres necesitan saber cuándo emplearlas y porque, y para esto necesitan saber ciertos principios sobre las relaciones humanas. El autor también menciona que el problema de no ser un padre o madre eficaz tiene que ver muchas veces con el hecho de que no usan un “modelo” firme, lo que ellos conocen como un método de criar a sus hijos o no entienden a lo que se refiere la teoría.

Gordon (1986) explicaba que la clave de convertirse en un padre eficaz es convertirse en padres que escuchen a sus hijos, es decir que sean capaces de escuchar los problemas de sus hijos y buscar soluciones en conjunto. El autor sugiere que los padres hagan invitaciones sencillas para conseguir que el niño sea abierto con sus padres, por ejemplo: ¿quieres que platiquemos de tu día en la escuela? ¿Quieres hablar de lo que parece que te molesta? ¿Te serviría hablar de lo que te puso triste?, de esta manera activa de escuchar es un método efectivo para facilitar la comunicación posterior del niño.

Los papás tienen que estar de buen humor para escuchar. Esta premisa quiere decir que cuando los niños perciben que el adulto no tiene la voluntad de escucharlo, de cierta manera los niños desconfían de que lo que digan no será aceptado. Gordon (1986) comentaba también que no se trata de que los padres sean 100% eficaces sino que simplemente ocupen las herramientas pero sobre todo hacer que el niño sienta comprensión, aceptación y cariño.

El autor sugiere que los padres hagan un ejercicio de observación antes de llevar a cabo la escucha activa con los niños e incluye los siguientes aspectos:

- Los niños proporcionan claves para demostrar que los problemas les parecen graves, y sugiere buscar lágrimas, retraimiento, fuerte enojo o miedo, cambios radicales en el comportamiento característico como un niño comunicativo que de repente se vuelve callado y pensativo.
- Antes de poner a funcionar el método se puede examinar el terreno para determinar si el niño desea contar con alguien que lo escuche. Primero se puede escuchar en silencio y luego mandar un mensaje como ¿quieres agregar algo sobre eso?

La forma activa de escuchar es una herramienta para ayudar al niño a encontrar una solución a su problema, y no una herramienta para someterse a la solución del padre. A modo de guía para mejorar la habilidad de escucha de los padres:

1. “Saber cuándo emplear la forma activa de escuchar. Recordar que la forma activa de escuchar es sólo una técnica para que se pueda comunicar mejor la aceptación y la empatía. Y emplearla cuando los

padres se sientan libres de sus problemas como para sentir aceptación y se desee ayudar a sus hijos con sus problemas.

2. Saber cuándo no emplear la forma activa de escuchar. No funcionará si los padres se sienten incapaces de aceptar a los hijos cuándo estos tienen un problema. Tampoco funcionará para influirlos a cambiar algún comportamiento que no acepten. No se debe emplear como una técnica para manipular a los niños para que se comporten de la manera que se desea que se comporten.

3. Será competente solo si se practica. Los padres no serán competentes para escuchar activamente si la practican mucho. Deben practicar solos con su cónyuge y amigos, así como con los hijos.

4. No se dé por vencido con demasiada rapidez. Los niños necesitarán tiempo para darse cuenta de que en realidad se desea comprenderlos y de que se acepta sus problemas y sentimientos. Los padres pueden recordar que los niños están acostumbrados a escuchar sus advertencias, sermones, enseñanzas, consejos e interrogatorios.

5. Nunca se conocerán las capacidades de sus hijos a menos de que se les dé la oportunidad de resolver sus propios problemas. Se debe empezar de ser posible con la actitud de que los niños pueden resolver sus propios problemas sin su dirección o soluciones, ya que sorprende al observar como aumenta su confianza en ellos.

6. Aceptar que la forma activa de escuchar parecerá poco natural al principio.

7. Intentar emplear más las otras habilidades para escuchar: la forma pasiva de escuchar, las respuestas de reconocimiento y los abrepuestas. No todas las respuestas de los niños necesitan retroalimentación. Se puede emplear la forma activa de escuchar

principalmente cuando los sentimientos sean profundos y la necesidad de aceptación del niño sea aparente.

8. Cuando el niño necesite información se le debe proporcionar. Asegurarse primero de que sabe cuál es el problema verdadero antes de proporcionar información. Averiguar directamente si el niño desea que se le dé información, la cual debe ser breve. Por supuesto, estar preparado para que se rechacen las propias ideas.

9. Evitar imponer opresión con la forma activa de escuchar. Escuchar para detectar las claves que le dicen que no desean hablar o que están hablando. Respetar su necesidad de aislamiento.

10. No esperar a que los niños encuentren la solución que más les gustaría a los propios padres. Recordar que la forma activa de escuchar sirve para ayudar a los niños con sus problemas, es una herramienta para ayudarlos a buscar sus propias soluciones. Estar preparados para las ocasiones en las que no surge ninguna solución, es posible que los niños no digan como resolvieron más tarde su problema. Ellos lo sabrán pero el padre no”.

Gordon (1986) creyó firmemente que los padres que aprenden a escuchar con empatía y comprensión la corriente de sentimientos que expresan los niños se dan cuenta de cuán pasajeros son los sentimientos. Y menciona que a muchos padres se les educó para pensar de otra manera, sin embargo el PET del autor les proporciona herramientas a los padres para distinguir entre los sentimientos del niño y el código que elige para comunicar esos sentimientos, y no es lo mismo. Así los padres aprenden con el PET que no tienen que ceder a todas las demandas de los niños, ya que la forma activa de escuchar proporciona una herramienta para manejar la presión de los niños (Gordon, 1986) ideas de las

cuales se derivaron las posteriores teorías de tipos estilos de crianza y parentalidad.

Así cuándo los padres aplican la forma activa de escuchar observan que sus hijos se vuelven cada vez más autorresponsables. Al escuchar con empatía se le comunica al niño ciertas actitudes:

- No voy a resolverte tu problema.
- Sin embargo, te voy a ayudar a encontrar tu solución.
- Tengo fe en tu habilidad para manejar constructivamente tu problema.
- No te queremos menos porque tengas problemas, éstos son parte normal en la vida de todas las personas (Gordon, 1986).

De esta manera se cumple el “método nadie pierde” de Gordon (1986) para resolver conflictos entre padre-hijo, que consiste en que el padre y el niño buscan juntos una solución que satisfaga las necesidades de ambos, nadie pierde, ambos ganan. En este método se deben usar mensajes yo y no mensajes tú, donde el mensaje va cargado de acusación al niño y no desde el deseo del padre para que el niño cambie alguna conducta o encuentre solución a sus problemas. Gordon (1986) nos dice que además, los padres que utilizan el método “nadie pierde” con eficacia, pueden prevenir conflictos futuros, realizando reuniones con los hijos en las que originaban reglas y acuerdos para mejorar la convivencia familiar. Reitera que es muy importante que los padres eduquen con un buen ejemplo para influir y formar los valores de los niños y los padres que usan las herramientas del PET pueden llegar a convertirse en consejeros eficaces de sus hijos.

Capítulo 5. Prevención en adicciones

La farmacodependencia o adicción a las drogas es un fenómeno multicausal definido como un problema de salud pública, que requiere de la confluencia de las disciplinas sanitarias y educativas para su prevención, tratamiento y rehabilitación tal como lo estipuló en los años ochenta Centros de Integración Juvenil (1985). Tal y como lo dice Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), viendo el problema desde una perspectiva en la que el foco de atención sean la salud y el bienestar social, permite evaluar riesgos y ventajas de las diferentes medidas.

En el problema de las adicciones a la droga es importante bajar la oferta para disminuir la cantidad de droga que se distribuye en todo el mundo, sin embargo es más eficaz combatir la demanda (Bodeguero, 1999), es decir “no ocuparse de la droga en sí, sino de todo lo demás: el hueco social en el que la droga se instala señalando con su presencia otras carencias” (Cuatrocchi, 2008, p. 123), y el recurso adecuado es la prevención para que los niños estén capacitados para elegir no consumir drogas y comprendan los pros y contras de sus usos para la salud (Sepúlveda, 2000). Según la definición de Bodeguero (1999), prevenir significa evitar, tomar medidas para evitar un mal, es anticiparse a un fenómeno para que éste no aparezca.

Las medidas preventivas en educación primaria, considerando la edad a la que los niños escuchan la palabra –droga- y su significado que va desde los 5 a los 15 años, los niños que cursan 4° grado de primaria se encuentran en la edad adecuada para asimilar información referente a la prevención de drogas, ya que como lo mencionan Jiménez, Téllez, y Carkidi (2012) “los padres y maestros

pueden incidir en cuanto a las creencias, expectativas y significación del término –droga-, por lo que a edades tempranas a partir de los 7 años se puede proporcionar información adecuada y oportuna para minimizar el riesgo de uso dañino de drogas” ya sean estas legales o ilegales.

La familia y la escuela son las instituciones básicas para la prevención educativa, haciendo que mediante recursos educativos los niños actúen desde una libertad responsable. (Bodeguero, 1999). La detección temprana de un problema de alcoholismo o adicción a otras drogas, es la clave para ofrecer a los niños y jóvenes la oportunidad de aceptar ayuda y evitar que se vea envuelto en una espiral de deterioro personal y familiar como consecuencia de una enfermedad crónica, progresiva y mortal, como lo es la adicción al alcohol o a cualquier otra sustancia psicoactiva Vega (2010), nos dice a este respecto que como consecuencia y dada la gravedad del problema de drogadicción urge actuar cuanto antes y atacar si es posible las raíces del problema y afirma “se debe prevenir”. Centros de Integración Juvenil (2008), ha llamado a una educación sobre drogas para prevenir la farmacodependencia, "en esta educación se tienen que provocar cambios en la conducta y actitudes de la población considerada como de alto riesgo, el grupo que, bajo ciertas circunstancias es probable que las consuma o sea susceptible de usarlas en mayor medida que el resto de la población" (Centros de Integración Juvenil, 2008).

De igual manera Centros de Integración Juvenil (2010) propone que para prevenir sobre drogas debe ser de manera afectiva, debe adecuarse al grupo que se desea impactar. Dentro de la prevención que llevan a cabo los Centros de Integración juvenil, se utiliza el principio del que parte es que las actitudes hacia

las drogas están relacionadas estrechamente con sentimientos de identidad y actitudes hacia otros y a la sociedad.

Las instituciones de salud realizan su mayor esfuerzo en prevenir tempranamente los individuos y en especial los grupos de riesgo de padecer adicciones, en especial si se trata de menores de 18 años. Respecto a esto es importante resaltar la importancia de prevenir sobre adicciones a niños de 9 años de 4° grado de primaria debido a que como lo reflexiona Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), la preadolescencia es una etapa especial de riesgo, ya que el (65%) de los usuarios de drogas comienzan antes de los 17 años. Los autores también afirman que las adicciones comienzan en la infancia y que se reconoce como la edad de mayor riesgo el principio de la adolescencia, por lo cual la prevención debe ser antes de esta etapa, es decir dentro de la educación primaria.

La impulsividad, falta de atención, agresión, depresión y ansiedad también pueden crear una vulnerabilidad en el niño que podría contribuir a una mala adaptación y a un incremento en la probabilidad de la temprana iniciación del tabaco (Capo, 2008), así como un conjunto de factores que ponen en riesgo al niño de 9 años.

Sin sonar pesimista, una gran parte de la población en nuestro país mira con naturalidad el hecho de que edades tempranas, niños y adolescentes prueben tóxicos sin la menor consciencia de lo perjudicial de estos actos. La familia debidamente orientada podría enseñar a los niños acerca del consumo responsable cuando su cuerpo, su madurez psicológica y la ocasión lo propicien. Debido a lo anterior es importante prevenir el uso y abuso de drogas en niños de

4° grado de primaria en primera instancia dentro del hogar, ya que el primer uso y experimentación con drogas cada vez es más temprano.

Esto se ve reflejado en la encuesta nacional de adicciones ENA de 2011 ya que tiene representatividad a partir de los 12 años. Según el reporte de alcohol de esta encuesta los más afectados por el fenómeno son los niños y adolescentes de cualquier clase social y de cualquier entidad del país (INPRF, 2012).

La ENA 2011 reporta que la tendencia de los adolescentes a partir de los 12 años a consumir alcohol ha aumentado significativamente ya que los menores en el mes anterior a la encuesta consumieron más alcohol que en la encuesta de 2009 aumentando de (7.1%) a (14.5%), es decir más del doble, por lo que podemos ver que el consumo va incrementándose rápidamente con el tiempo. La encuesta también arroja que el incremento ha sido doble en hombres mientras que en mujeres se ha triplicado (INPRF, 2012).

El uso de tabaco ha incrementado con mayor lentitud que cualquier otra sustancia según el reporte de tabaco de la ENA 2011, sin embargo también es importante mencionar que sigue siendo un gran problema de salud pública y aunque el uso de tabaco no está tan asociado al uso de drogas ilícitas también es necesaria la prevención y la intervención al respecto ya que el uso de esta droga legal a quienes más afecta es a niños, adolescentes, adultos jóvenes y mujeres (INPRF, 2012). A este respecto el gobierno ha creado una ley que beneficia a los no fumadores y también apoya a la prevención con la ley de "no venta a menores de edad" y "áreas libre de tabaco".

Después del alcohol, la droga de preferencia es la marihuana, la cocaína y después los inhalables (INPRF, 2012), por lo que debe prevenirse en prioridad de esas sustancias pero sin excluir ninguna otra droga ya sea legal o ilegal.

La prevención es eficaz ya que la encuesta muestra que los menores de edad que estuvieron dentro de algún programa de prevención consumieron menos drogas que quienes no lo estuvieron, así mismo se reporta que quienes no han estado expuestos a programas preventivos tienen más probabilidades de consumo tanto en hombres como en mujeres (INPRF, 2012).

La elaboración e implementación de programas preventivos debe partir también del conocimiento de los factores relacionados con el problema de las adicciones, con su aparición, persistencia y aumento o disminución, para poder hacer una correcta asignación de los recursos con que se cuenta empleando las técnicas y métodos más apropiados.

Los padres también pueden ayudar a la detección temprana si se educa con el ejemplo, observando las amistades que tienen los niños en la escuela y fuera de ella, el asistir a la escuela e informarse de las calificaciones y también si entre padre e hijo existe una buena comunicación. Detectar la existencia de una dependencia en sus inicios puede ayudar a prevenir que la progresividad de la enfermedad continúe. La detección temprana ofrece la posibilidad de tratamiento antes de que el grado de adicción aumente con daños mayores e irreversibles Vega (1998). En este tipo de prevención los padres actúan según los lazos afectivos que tengan con los hijos. Este tipo de prevención en casa debe ser complementaria con la prevención en la escuela sin ser sustituida, sino actuar en

conjunto con la escuela ya que son los entornos más cercanos al niño y además son de carácter educativo y formativo (Bodeguero, 1999).

Niños de 12 años o aún menores se enfrentan día a día en la decisión de aceptar o rechazar drogas que les ofrecen fuera de sus casas, por lo que los padres pueden fortalecer este tipo de toma de decisiones mediante actitudes positivas, ofrecerles información sólida, asesoramiento y supervisión y así ayudarlos a tomar decisiones más sensatas (Schweber, 1991). Los niños imitan el comportamiento de sus padres, por lo cual sin consumir alcohol pueden estar repitiendo el patrón de conductas asociadas al alcoholismo y más tarde no buscará con quien hablar de sus sentimientos ya que sentirá que no son importantes Vega. (2010).

Para detectar una dependencia en etapa temprana conviene considerar si el niño preadolescente es hijo de padre o madre alcohólica, ya que de ser así, las investigaciones muestran que estos tienen una mayor posibilidad de desarrollar una alta tolerancia al alcohol que los que no tienen padres alcohólicos y tienen un mayor riesgo de desarrollar una dependencia aunque sea con drogas distintas al alcohol. Entre más joven se empiece a usar y abusar del alcohol, la progresividad de la dependencia se acelera. De esta manera se diría que los niños deben aprender algo acerca del alcohol:

- No es una enfermedad ocasionada por un virus y no es contagiosa se da más en algunas familias que en otras un niño no puede controlar la forma de beber de un alcohólico el niño no puede hacer que un alcohólico deje de beber.

- Cuando el niño sabe esto, puede entender que el alcohol cambia el comportamiento de las personas, primero actúan de una manera y con el alcohol de otra y muchas veces no lo entienden y hacen sentir mal a los que están a su lado.

Vega (1997) nos dice sobre la prevención que esta debe ser a través del compromiso de los diferentes actores de la vida social (madres, padres, educadores, monitores de tiempo libre, jóvenes, asociados, etcétera), propiciar la menor presencia de sustancias en las calles y la progresiva desactivación de estereotipos incitadores al consumo, lo que en todo caso ha de conllevar un menor interés por relacionarse con las mismas.

Los programas de prevención están diseñados para ser usados en un contexto determinado, como puede ser el hogar, la escuela o dentro de la comunidad (Capo, 2008). De esta manera las medidas de prevención en el hogar buscarían mejorar los vínculos familiares y las relaciones, incluyendo habilidades parentales y la comunicación padre-hijo. La supervisión y el control parental son fundamentales para la prevención de adicciones, como el establecimiento de reglas en casa.

Al mismo tiempo el que el niño se encuentre en un programa de prevención dentro de la escuela propiciará que en su familia se den discusiones acerca de los efectos dañinos de las drogas y del abuso de estas. Este tipo de prevención en familia puede cambiar positivamente conductas específicas de los padres que pueden ayudar a reducir los factores de riesgo del abuso de drogas de cualquier tipo e incrementar los factores protectores (Capo, 2008).

Las medidas preventivas en la escuela del niño pueden ser diseñados para intervenir tempranamente, incluso desde preescolar, abordando los factores de riesgo de la drogadicción, como las habilidades sociales disminuidas o dificultades académicas, fracaso escolar, entre otros, y estos programas de prevención regularmente se centran en el fortalecimiento de factores protectores como habilidades sociales y académicas, incluyendo el mejoramiento de la relación con pares, auto-control y habilidad para rehusarse a las drogas. El uso de métodos interactivos y sesiones apropiadas de estimulación ayuda a reforzar más el contenido temprano de un programa de prevención y habilidades para mantener los beneficios de un programa (Capo, 2008).

Castro y Llanes (2002) afirman que para prevenir, como padres y maestros se debe lograr un ambiente protector, que facilite el desenvolvimiento de las habilidades para llevar una vida saludable. Desde el punto de vista de la prevención, los autores señalan que el amor y la aceptación en la infancia como núcleo de una personalidad sana generan confianza en sí mismos, y se refleja en la capacidad de discernir y fuerza para resistir la presión de las conductas de riesgo.

No es suficiente con que los padres les digan a sus hijos “no” uses drogas, debe prevenirse más allá. Schweber (1991) nos dice que usar un enfoque preventivo solo basado en el “no” es erróneo debido a que los niños no necesariamente prestan atención a campañas de este tipo ni las toman seriamente, necesitan la oportunidad de pensar por su cuenta y discutir sus ideas, necesitan una serie de experiencias para aprender actitudes positivas y habilidades básicas. El autor nos dice que no basta con decir solo “no” sino fortalecer a los hijos en casa, además afirma que los niños pequeños necesitan oportunidades para

aprender actitudes positivas, necesitan dialogar con sus padres y de esta forma todos los niños pueden aprender a tomar decisiones adecuadas acerca de su salud.

Vega (2010) afirma que la educación tiene una fuerza como mecanismo preventivo, ya que como lo define, la prevención no es otra cosa que la puesta en marcha de los medios apropiados para impedir la aparición de las adicciones y afirma que mediante la educación se puede distribuir información de base sobre el tema a niños y a sus padres y a los maestros en las escuelas, promoviendo la comprensión de los problemas causados por las drogas.

Educar es prevenir y los maestros son los profesionales de la educación, así la escuela es un puente entre el núcleo familiar y la sociedad. La escuela se vuelve un espacio adecuado para detectar situaciones de riesgo (Bodeguero, 1999). Ningún ámbito mejor que la escuela y ningún profesional mejor que el profesor para la detección de factores de riesgo de los niños. En este sentido, Vega (2010), nos dice, "la prevención debe tener una prioridad moral sobre las demás actuaciones en este campo, si de verdad queremos en nuestra sociedad el desarrollo integral de las personas".

Los materiales preventivos son un conjunto de instrumentos didácticos que sirven para llevar a cabo sesiones educativas en las que se pretende que los niños aprendan sobre lo dañinas que son las drogas y su uso. Los materiales deben ser muy específicos e ir de acuerdo con las características de los niños que las van a usar (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Los materiales preventivos se elaboran siempre que es posible para el contexto específico y de acuerdo con los recursos disponibles (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Castro y Llanes (2002) nos dicen que, "como educadores, padres de familia y maestros debemos promover la reflexión más que la información sobre los riesgos y los daños" también dicen que es importante el identificar los procesos que apoyan las conductas de riesgo es mucho más útil que transmitir los efectos negativos de esa conducta. Así la prevención es vista por los autores no como una simple transmisión de información, sino de una reflexión compartida de mensajes protectores, y un moldeamiento de conductas positivas.

Los autores hacen la reflexión de que no se puede alejar en un 100% a los hijos de situaciones de riesgo, ya que la sociedad crea necesidades artificiales, que prescribe modas y prestigio por obtener ciertas mercancías, allí es donde entra el mercado de drogas, quienes se acercan a la población que puede verse como vulnerable al consumo. Agregado a lo dicho en el párrafo anterior, los autores resaltan la importancia de que los niños aprenden de la práctica de lo que ven que hacen los adultos, y de que muchas veces los niños cuestionen a los padres por qué ellos si lo hacen confundiéndolos más sobre si es bueno o no hacerlo.

Para Vega (2010), prevenir significa "antes de venir", es decir que se trata de actuar para que el problema no aparezca o al menos disminuyan sus efectos. La prevención en educación básica sobre drogas queda ubicada dentro del 1° nivel de prevención de Vega "*la prevención primaria*", que se dirige a los no consumidores y usuarios ocasionales o sociales de las drogas. Se trata de

prevenir en el sentido más amplio de la palabra. Así mismo hace la reflexión sobre que dentro de la prevención se pretenda conseguir que los niños tengan capacidad de tomar decisiones, analicen sus propios valores y sean capaces de ponerlos en práctica en las diversas situaciones relacionadas con el alcohol o cualquier otra droga. Del mismo modo (Vega, 2010) nos dice que la prevención particularmente en nivel primaria, pretenda evitar la aparición del proceso o problema.

La prevención primaria tiene el objetivo de reducir los problemas relacionados con el consumo de las diferentes drogas, impulsando estrategias preventivas antes de los niños inicien su consumo. La prevención dentro de la escuela es muy importante ya que los niños en edad escolar son más vulnerables al consumo de drogas debido a el alejamiento de la seguridad que les brinda la familia por lo que necesitan habilidades para enfrentar este tipo de situaciones (Sepúlveda, 2000).

A partir de lo anterior se puede decir que los objetivos de la prevención en niños de 9 años son:

- Distribuir una información básica sobre el tema para niños, padres y maestros.
- Promover la comprensión de los problemas que ocasiona la droga.
- Proponer a los niños alternativas que puedan responder a sus necesidades y aspiraciones.
- Diseñarlos para fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo (Sepúlveda, 2000).

- Concientizar al niño ante sus problemas relacionados con las drogas para que se transforme el miedo en un sentido crítico y cree alternativas de acuerdo a sus necesidades (De la Garza y Vega, 1999).

La prevención de adicciones con niños no puede ser igual que con adolescentes, Llanes Castro y Margain (2003) nos dicen que “la mejor fórmula es la espontaneidad y el juego, además de que con los niños siempre es conveniente disponer de material didáctico gráfico y de fórmulas de entretenimiento que contribuyan al desarrollo de las actitudes o de la habilidad de protección que corresponda a la sesión”. Los autores sugieren aprovechar de las características de los niños para ir centrando el tema durante las sesiones. En este sentido puede apoyarse de dibujos, collages, modelaje en plastilina, etcétera, con el fin de aprovechar las expresiones personales de los niños (Llanes, Castro y Margain, 2003). Es importante que en los contenidos preventivos sea información clara, realista y objetiva de las drogas que están a su alcance (Massün, 1992). La autora también recalca que no basta con repetirles a los niños que no deben usar drogas, sino fomentar en ellos la reflexión y la comprensión de que la droga es sólo una ilusión efímera de bienestar que se paga caro y es una huida que no resolverá ningún problema que se tenga.

Schwebel (1991), llevó a cabo un programa de prevención con niños de 3° grado de primaria, alrededor de los 8 años de edad, utilizando factores protectores y desarrollo de habilidades sociales, lo cual demuestra que la prevención en niños pequeños es eficaz si se lleva a cabo utilizando las herramientas adecuadas de acuerdo a la etapa de desarrollo de los niños. Recordemos que los niños de 9 años que cursan el 4° grado de educación primaria son inquietos, quieren saber, crecer, vivir. El niño pasa la mayor parte

del tiempo en la escuela u ocupado en actividades escolares, generalmente deportivas (Piaget, 2001), de manera que el profesor tiene la posibilidad de organizar los programas adecuados a cada nivel con fácil acceso a los alumnos y la posibilidad de tratar el tema de las drogas con familiaridad.

Es preocupante que muchos maestros digan que solo se les debe enseñar a los niños lo “básico”, que solo se les debe decir lo que es bueno y lo que es malo y que hay que enseñarles a obedecer y dejarse guiar, ya que hay sectores de la sociedad que insisten en que los estudiantes no deben leer determinados libros o información, que no hay que exponerlos a problemas sociales, como lo es la dependencia y adicción a las drogas y que solo se les debe mostrar un conjunto de valores (elegidos por grupos conservadores). “Estos sostienen que los niños van a la escuela para que se les enseñe y no para debatir problemas ni optar por nada” (Rogers, 2012). No se trata de cargarle la tarea en su totalidad a la escuela, sino centrarnos en el niño ya que se debe estar al servicio del mismo. Para que nuestra sociedad avance necesita personas sanas que sepan enfrentarse con los problemas y encuentren soluciones creativas (Vega, 1997).

Una de las dificultades para la implementación de programas preventivos de adicciones es el incremento de la frustración de la sociedad por el consumismo impuesto por los grandes centros comerciales, de la doble moral que tienen muchos al contestar encuestas conforme les convenga o no y a la masificación de transmisión de rituales de consumo tóxico. Más que actuar contra las drogas valdría más la pena hacerlo sobre situaciones que generan su consumo. La ignorancia nutre a todo lo tóxico que podemos tomar en nuestro camino. La drogadicción es un problema de salud aunque también social ya que si no hubiera drogas no habría drogadicción Vega (2010).

Es importante mencionar que tanto el alumno, como padres, familiares y maestros son en conjunto los agentes esenciales en el proceso de prevención, tanto el alumno el cual debe adquirir responsabilidad y toma de decisiones, como los padres como primera y más importante institución preventiva ya que es donde comienza a percibir valores, creencias, actitudes y hábitos de comportamiento y el profesor que directamente inmerso en el sector educativo es un agente y modelo preventivo para los niños que influye eficazmente, consiguiendo que los niños desarrollen capacidades para la toma de decisiones, adopte actitudes para afrontar situaciones y clarifique los valores que ha de llevar a la práctica. (Bodeguero, 1999). En el ANEXO 1 se pueden ver recomendaciones más específicas de los autores dirigidos a padres y maestros, para implementarlas en las sesiones de prevención con los niños de 9 años que cursan el 4 ° grado de primaria.

5.1 Antecedentes de prevención de adicciones.

Los centros de integración juvenil han hecho muchos trabajos y estudios e investigaciones en el campo de la drogadicción, realzando la importancia que tiene el papel de la investigación social en este ámbito, como promotores de la salud mental, integración y tratamiento adecuados para adictos (fármacodependientes) desde las décadas de los 70 y 80 hasta la actualidad.

La estrategia de prevención de CEMEF (Centro mexicano de estudios en fármaco-dependencia), incluye a los Centros de Integración Juvenil. Dicha estrategia está apoyada en un modelo sociocultural amplio que parte del contexto social del comportamiento, para introducir cambios realmente importantes. Las estrategias de las que se vale la institución en el nivel primario de prevención

son: la información: incluye el distribuir o emitir material de información, preciso y objetivo acerca de las drogas y sus efectos sobre el organismo humano. La información es la base de todos los programas preventivos.

En 2011 se crea (CONADIC) la Comisión Nacional en contra de las Adicciones quien se encarga de elaborar políticas públicas y de supervisar los compromisos internacionales y el (CEDADIC) Centro Nacional para la Prevención y el control de Adicciones cuyo fin es propiciar la calidad de los servicios de atención y tratamiento de las adicciones.

CONADIC (2011), ha realizado por su parte programas de prevención para la población en general y para grupos vulnerables, destacando la “Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida” con los objetivos de Sensibilizar a la población sobre la enfermedad de las adicciones, brindar a padres de familia y jóvenes, habilidades, información, orientación y consejería, impulsar modelos que permitan prevenir y detectar a tiempo la enfermedad de las adicciones, promover estilos de vida saludables, fomentar una cultura de detección oportuna y prevención, detectar de manera oportuna casos de consumo y derivar a Centros Nueva Vida.

En las escuelas de Educación básica se han hecho pruebas para identificar a niños en situación de riesgo con la prueba de detección y tamizaje (POSIT) y con esta prueba se logra detectar casos de consumidores de drogas los cuales se canalizan a los "centros nueva vida". Resaltando como una de las estrategias el desarrollo de habilidades para la vida en niños y jóvenes.

También cuentan con una red de “Centros Nueva Vida” los cuales “cuentan con un modelo de atención que permite ofrecer a la población diversos servicios especializados que van desde intervenciones tempranas, acciones para la prevención del consumo y la promoción de la salud mental, hasta la detección temprana e intervención breve con aquellas personas que son consumidores experimentales o abusadores, así como con sus familias para mejorar su calidad de vida”.

Otra Institución que ha aportado es el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA), la cual es una institución rectora que impulsa modelos de atención integral, tecnologías, así como normas y políticas públicas en adicciones, para la reducción de la demanda desde mayo de 2011. Es un organismo público descentralizado que otorga atención integral de las adicciones y que funge como eje rector de las políticas públicas del Gobierno del Distrito Federal en la materia y coordina los esfuerzos de los sectores público, social y privado, a fin de contribuir al mejoramiento del bienestar social de la población. Siendo el principal objetivo de reducir el uso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo de políticas públicas y programas sociales, a través del diseño de proyectos de investigación, prevención, formación, tratamiento, rehabilitación e integración social, impulsando la participación de los sectores público, social y privado, para contribuir a elevar el nivel de salud y el desarrollo humano de los habitantes de la ciudad de México.

Centros de Integración Juvenil ha publicado varios libros con la intención de orientar a la población de todas las edades sobre el tema de la droga y cómo prevenirla con títulos como: Drogas las 100 preguntas más frecuentes,

algunos de ellos: *proteger a tus hijos de las drogas, Niños, adolescentes y adicciones, habilidades para la vida*, entre muchos más.

El gobierno y las distintas dependencias por su parte también han llevado a cabo acciones recientemente para prevenir el uso y abuso de drogas en niños, ya que según el reporte de drogas de la ENA de 2011 (INPRF, 2012), indica que se han comenzado más trabajos en el campo de la prevención específicamente en niños, ya que en la actual administración del gobierno se lanzó una campaña llamada "Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida" coordinada por la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y con la participación de otras dependencias como la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y otras instituciones las cuales han llevado mensajes preventivos en todo el país dirigidos no solo a niños y adolescentes sino también a los padres de familia.

5.2 Programa Chimalli

El programa Chimalli de CONADIC, en conjunto con DIF-Nacional también se ha involucrado en la prevención e intervención en el campo de las adicciones, a través de la creación de redes y grupos de trabajo implementando estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas.

El programa "Chimalli" (González, 2012), fundamenta que el uso de la experimentación con drogas así como su uso regular está predictivamente asociado a la vulnerabilidad psicosocial, como es el consumo en familiares y factores escolares. El estar en situación de privación sociocultural o de

vulnerabilidad psicosocial hace más vulnerables a los niños a aceptar drogas gratis o la oferta de droga de desconocidos y esto incrementó a partir del 2011 en (37%) para hombres y (9.7%) para mujeres siendo niños en inicio de adolescencia entre 11 y 17 años los considerados para tal ofrecimiento.

El modelo preventivo de riesgos psicosociales comunitario está integrado por dos partes conformando en ambas las bases teóricas del programa, la forma de llevar a cabo el plan acción y la guía para el desarrollo de diversas habilidades de protección. Fue a partir del modelo Chimalli que se dejó de ver al adicto como un delincuente que rompe con las reglas que impone la seguridad nacional y empieza a verse al adicto ya no como individuo a ser castigado, sino como un enfermo que debe ser atendido, así surge un modelo de prevención basado en información sobre el proceso adictivo y los daños que ocasiona el consumo de drogas (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Al investigarse los factores de riesgo se permiten diseñar los factores protectores para reforzar aquellos aspectos que pueden evitar el consumo de drogas. Para el programa Chimalli la prevención reside en la acción de la familia y la escuela, centrándose en la prevención en un nivel primario al igual que Vega (1997), que ayuden a evitar la aparición de la conducta antisocial (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Tuvieron que pasar más de 40 años para que el enfoque preventivo fuera integral, incluyendo un sistema de información en prevención basado en factores de riesgo, específicamente en la disminución de daños y desarrollo de habilidades y comunidades protectoras. De esta forma el modelo Chimalli adopta las siguientes características:

- Parte de una visión científica de la prevención, basada en investigación, lo que significa desterrar el empirismo y las ideologías como marco de referencia.
- Su concepto rector es la resiliencia. Consecuentemente, todo lo que contribuya a hacer resilientes a los individuos y comunidades apoya la prevención.
- Tiene un enfoque ecológico y proactivo, por lo cual se hace un esfuerzo de transformación de los ambientes y una búsqueda de soluciones.
- Supone la integridad en la observación del desarrollo de los individuos.
- Dirige su esfuerzo a fortalecer a las personas y a las comunidades, más que en informar sobre la atención de sus problemas, porque establece que la prevención reside en que se desarrollen las actitudes y las habilidades de protección de los riesgos, para evitar que lleguen a tornarse en problemas.
- Establece que la prevención es cambio de paradigmas y por lo tanto exige una actitud de flexibilidad y apertura al cambio” (Llanes; Castro y Margain, 2003).

Así mismo Chimalli establece sus indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en tres categorías:

- ambiente facilitar
 - droga (agente) y
 - características del individuo.
- En la primera categoría establece factores de tipo familiar, social y demográfico.

- En la segunda categoría patrón de consumo, tipo de droga y presencia de la droga.
- Y en la tercera categoría aspectos sociodemográficos y de historia de vida (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Y actitudes protectoras entre las que incluyen: actitudes sobre el estado de salud general, consumo y abuso de drogas, consumismo, vida en sociedad y actitudes sobre eventos negativos de la vida (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Como parte del plan de acción de Chimalli se llevan a cabo sesiones preventivas en las que se logra moldear la conducta de diversas actitudes y durante estas sesiones se desarrollan habilidades de protección. Chimalli elabora un cuestionario de habilidades de protección (CHP) y se aplica tanto a los niños como a sus familias antes y después de la intervención para comparar las habilidades iniciales y las finales (Llanes, Castro y Margain, 2003).

De acuerdo al modelo Chimalli el orden de una intervención preventiva es el siguiente:

- Información
- Concientización
- Moldeamiento de habilidad
- Indicaciones para realizar la práctica semanal (hoja de autoayuda)

La evaluación de la intervención preventiva es de gran importancia para el modelo Chimalli ya que mediante esta se puede saber dónde están las fallas y los aciertos para mejorar el programa. También en el proceso de evaluación se

utiliza el CHP para identificar las habilidades protectoras al final de la intervención (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Conclusiones y Sugerencias

Después del análisis realizado a la literatura especializada, se concluye que dadas las características particulares, evolutivas, psicosexuales, cognitivas y emocionales de las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria, la prevención de drogas en educación primaria es necesaria y debe ser considerada como prioridad de las escuelas de educación básica, y sería oportuno que las diferentes instituciones y personal de salud, así como las instituciones en beneficio del desarrollo social como SEDESOL tuvieran una formación en género que permita visualizar como la cultura y las tradiciones imponen un camino a seguir a los niños de ambos sexos. Esto permitiría prevenir tempranamente, pero además hacer perceptible el hecho a la familia de que la comunicación franca, abierta y desprejuiciada con los hijos sería una vía para aminorar la problemática, como lo sugieren Solís (2004) y Lewis y Lewis (2003) en sus modelos positivos de crianza.

En las niñas y niños en situación de calle o pobreza en quienes se ha reforzado de manera negativa el valor erógeno de la boca por la falta de alimento debido a sus contextos, podrían incrementar la probabilidad de que esa niña o niño se incline en etapas posteriores de su desarrollo a sentir una fuerte motivación intrínseca para beber y fumar (Freud, 2012).

Las niñas y niños que han consumido drogas, inconscientemente según Freud (2012) tienen una fijación en la etapa oral, ya que al no tener la satisfacción oral primaria, y dadas las características de las niñas niños que han dado su testimonio de consumo de drogas, estos niños van creciendo en un optimismo no realista, y en la formación de una personalidad fácil de manipular

debido a la formación inadecuada del *yo*, siendo resultado no solo de las niñas y niños que crecieron con carencias en la fase oral, sino también de quienes tuvieron estímulos y reforzamiento en exceso, clarificando el hecho de que no solo las niñas y niños en situación de calle o pobreza son vulnerables al consumo (Freud, 2012).

Las niñas y niños que crecen identificados con uno de sus padres internalizan mejor la moral y pueden elegir voluntariamente cumplir con las normas sociales establecidas, como un niño que pueda llegar a expresar que las drogas no aportan algo positivo al cuerpo sino al contrario, que lo daña y por ese hecho priorice su salud tomando la decisión consciente y temprana de no acceder a consumir drogas aun cuando tenga estas a su alcance (Ver Anexo 1).

De tal manera que la implementación de programas de prevención con enfoque humanista es adecuada, ya que como lo menciona Barba (2005), los valores con enfoque humanista en la educación es la base de todo proyecto de reconstrucción social y de desarrollo humano mediante una formación moral.

La prevención de drogas en 4° grado de primaria es necesaria y debe ser considerada como prioridad de las escuelas de educación básica, por lo que sería oportuno que las diferentes instituciones de salud, así como las instituciones en beneficio del desarrollo social tuvieran una formación en género que permita visualizar como la cultura y las tradiciones imponen un camino a seguir a los niños de ambos sexos, esto permitiría prevenir tempranamente con el fin de que las niñas y niños adquieran hábitos, actitudes y comportamientos que les permitan optar libremente respecto de su salud y ser capaces de cuestionar la realidad en la que viven, sería informar y educar a los alumnos en hábitos y

estilos de vida saludables mediante los factores protectores de fortalecimiento de habilidades básicas para su vida.

Los trabajos sobre prevención de adicciones son mayormente de enfoque epidemiológico, estadístico y se encuentran alejados muchas veces de la realidad de las niñas y niños consumidores de drogas, si bien, reflejan una parte de la realidad, relegan de cierto modo las propias experiencias vividas, así como las motivaciones y las causas para el consumo de drogas en la infancia. El solo hecho de pensar en una niña o niño fumando marihuana o inhalando tiner o resistol puede ser doloroso o triste, sin embargo no se puede entender la motivación ni las diversas causas que llevan a los niños al consumo de drogas en muchos estudios tan cerca como los mismos niños consumidores, o ex consumidores (Ver Anexo 1) quienes han usado drogas alrededor de los 9 y 10 años. Son en estos casos.

Sabemos que las drogas pueden resultar atractivas, pero es mediante el uso de los factores protectores que los niños puedan ser capaces de proyectarse en el futuro y ver los efectos nocivos de su uso. Los maestros pueden proteger a las niñas y niños mediante la prevención hasta que las niñas y niños hayan logrado un autocontrol suficiente como para hacerlo por su cuenta y puedan entonces recurrir a formas positivas de enfrentarse al estrés sin la necesidad de acudir a las drogas para eliminar el dolor o las angustias. Así, los padres y maestros en conjunto pueden evaluar en qué medida se observan y abordan los problemas que ocurren en la vida de los niños quienes aún necesitan apoyo para reconocer los problemas y para buscar soluciones (Castro y Llanes, 2002).

Como alcance de la investigación, se concluye que mediante la prevención, los niños lograrán adquirir y desarrollar la habilidad de resolver problemas de relación con los amigos y los miembros de la familia sin la necesidad de usar drogas para escapar de las dificultades. Los valores positivos se aprenden en la vida cotidiana, en los ámbitos donde el niño se desarrolla día a día, cuando se brinda a los niños atención, amor incondicional, aliento, apoyo y afecto (Lewis y Lewis, 2003). Este tipo de habilidades ayudan a los niños a valorar las relaciones positivas y a mantenerlas para mantener un estilo de vida saludable alejado de las compañías negativas y lo más importante, de las drogas (Llanes, Castro y Margain, 2003).

Para la Psicología Educativa es importante que las niñas y niños socialicen efectivamente en el ámbito escolar, por lo que investigar e intervenir en el ámbito de la prevención del consumo y adicción a las drogas a temprana edad con un enfoque psicoeducativo es viable, y necesario, ya que las emociones de las niñas y niños afectan el clima psicológico de la escuela, que a su vez influye en ellos (Vega, 2010).

Es debido al conocimiento de los niños por medio de las distintas teorías de desarrollo y aprendizaje, que se pueden identificar ciertas necesidades en el área escolar y con el apoyo de las estrategias y técnicas pertinentes se puede lograr que las niñas y niños que cursan el 4° de primaria logren desarrollar las habilidades necesarias, es decir generen aprendizajes para poder mantenerlos sanos mental y físicamente, para favorecer las condiciones para su aprendizaje escolar.

Y ya que a la Psicología Educativa competen los procesos psicológicas en el ámbito educativo, es relevante reiterar que el papel del psicólogo educativo en esta tarea es importante, como un facilitador de aprendizaje trabajando con los docentes y padres de familia y/o directamente con los niños en grupo y como mediador entre los aprendizajes escolares y la salud mental de los niños, atendiendo los procesos psicológicos implicados en los mismos.

Por otro lado a la Psicología Educativa también compete el estimular a los alumnos a llevar estilos de vida saludables para favorecer su desarrollo tanto académico como personal. Y como se mencionó en la justificación de este trabajo, el fenómeno de adicciones a las drogas está abarcando el sector de población infantil, y puesto que es necesario trabajar en el ámbito, necesariamente debe existir una educación estratégica para prevenir, es decir para educar sobre drogas a la niñez.

Este quizá es el más difícil de los puntos de la educación, el tema de adicciones a las drogas, y lo es por la situación de que se continúa educando, con información del tipo “Di no” en vez de informar y lograr en los niños hacer significativa esa información y aplicarla en su vida cotidiana, muchas veces solo prohibiendo tajantemente a los niños el uso de ellas, incluso el pensar en ellas. Es difícil sobre todo cuando el gigantesco negocio de los narcotraficantes depende de toda esta propaganda de "drogas, no". Y es tan fácil para los grandes narcotraficantes producir droga sintética, y el grandioso negocio que supone para algunos, que las niñas y niños puedan llegar a vivir irremediamente entre productos alucinógenos, euforizantes y estupefacientes, por lo que el trabajo educativo en el ámbito de adicción a las drogas, como lo sugieren las estadísticas, va en aumento (INPRF, 2012).

Se sugiere por lo tanto una educación valorar y una educación para la salud en el currículo en educación básica, donde los alumnos adquieran hábitos, actitudes y comportamientos que les permitan optar libremente respecto de su salud y ser capaces de cuestionar la realidad en la que viven. La valoración de la salud debe ser vista entonces como un estado completo de bienestar físico, mental y social, sin excluir alguno de estos tres aspectos. El objetivo de esta educación valorar y para la salud sería informar y educar a los alumnos en hábitos y estilos de vida saludables con valor preventivo y educativo, mediante los factores protectores de fortalecimiento de habilidades básicas para su vida, como el fomentar el pensamiento crítico en los niños, las habilidades para resolver problemas cotidianos, el fortalecimiento de su autoestima, de aprender a administrar su tiempo libre. Este último aspecto es importante para que los niños tengan actividades que contribuyan a un estilo de vida saludable que evite el ocio y el consumo de drogas como consecuencia. Aprender a usar el tiempo libre es un factor muy importante que fortalecerá la resiliencia. La implementación de estilos de crianza positivos mediante la debida información y orientación a los padres por parte de profesionales, debido a que la prevención debe ser un trabajo en conjunto entre instituciones sociales, de salud, padres de familia y escuela, estos dos últimos los entornos más cercanos a las niñas y niños, por tal que los maestros como profesionales de la educación puedan utilizar los recursos didácticos adecuados para la edad de las niñas y niños que cursan el 4° grado de primaria, pudiendo modificar y aprovechar ciertas temáticas adecuándolas para trabajar sesiones de prevención de adicciones en el salón de clases, incluso fuera de el mismo.

Se sugiere implementar un programa de prevención de adicciones con base en el modelo educativo humanista, ya que no solo ayudará al niño a informarlo y

prevenirlo, sino también aportará a las niñas y niños riquezas en cuanto a su crecimiento emocional y personal y es importante tener presente que dentro del enfoque humanista se busca construir sobre problemas percibidos como reales, de esta manera tanto los padres como los maestros buscarán que las niñas y niños se enfrenten a problemas reales que les afectan, como es la adicción a las drogas (Rogers, 2012). Como sabemos el desarrollo integral de las niñas y niños se conforma de aspectos evolutivos, cognitivos, sociales, morales y emocionales (Harris, 1992).

Los objetivos generales de la implementación del modelo humanista dentro de las actividades psicoeducativas para la prevención de adicciones en niños de 4 grado de primaria serían:

1. Promover el autoconocimiento en el alumno
2. Promover la autoaceptación y autoestima en el niño
3. Facilitar el desarrollo de la capacidad de formular juicios crítico
4. Promover la apertura a la experiencia en el niño
5. Promover el conocimiento y la aceptación de los demás
6. Promover y facilitar relaciones interpersonales de los alumnos (del niño en familia)
7. Promover el desarrollo de una conciencia social y comunitaria
8. Promover y facilitar la toma de decisiones libre y responsable

Con base en el modelo humanista, se espera que las niñas y niños entiendan, asimilen y comprendan, es decir que aprendan significativamente mediante las actividades de prevención a las adicciones de drogas a:

- ✓ Formular su propia jerarquía valorar, de modo que haga suyos los valores que le son significativos y se comprometa con ellos.
- ✓ Demostrar su capacidad de análisis y síntesis que le permiten emitir juicios críticos constructivos.
- ✓ Ser capaz de aceptarse a sí mismo como es realmente y expresar en alguna forma su autoaceptación.
- ✓ Utilizar adecuadamente su sensibilidad y su capacidad imaginativa.
- ✓ Ser capaz de tomar sus propias decisiones y responsabilizarse por las consecuencias que estas traen consigo.
- ✓ Ser capaz de expresar su propia experiencia y aprendizaje.
- ✓ Mostrar capacidad para comunicarse con padres, compañeros y maestros.
- ✓ Mostrar colaboración y participación activa en las actividades en equipo.
- ✓ Estar consciente de la importancia de su participación en el grupo escolar y familia.
- ✓ Mostrar capacidad para comprometerse en su propio desarrollo integral.
- ✓ Mostrar disponibilidad a la retroalimentación y ser capaz de cambiarlo después de reflexionar.

Algunas sugerencias dirigidas a padres y maestros para aumentar la eficacia de las herramientas psicoeducativas para la prevención de adicciones a las drogas.

Sugerencias para padres:

- Expresarse con claridad y comprobar el mensaje recibido por el niño.
- Tener en cuenta las necesidades, las motivaciones, los sentimientos, etc. del niño
- Ofrecer ayuda de forma amable y cariñosa.

- Dirigirse al niño sin egocentrismo.
- Mencionar que te interesa lo que el niño va a compartirte.
- Permitirle al niño expresar sentimientos y emociones ya que permite al niño éxito en sus metas personales.
- Ofrece al niño distintos valores y deja que el elija los propios y ayúdale a jerarquizarlos sin imponer los propios.
- Explicar la finalidad de la actividad para favorecer la atención y el aprendizaje significativo.
- Animar y dar apoyo.
- Mantener la disciplina en las palabras durante la sesión.

Sugerencias para maestros:

- Tener en cuenta las necesidades, las motivaciones, los sentimientos, etc del niño.
- Ofrecer ayuda de forma amable y cariñosa.
- Dirigirse al niño sin egocentrismo.
- Complementar opiniones expresadas por los niños con respeto.
- Explicar la finalidad de la actividad para favorecer la atención y el aprendizaje significativo.
- Animar y dar apoyo.
- Hacer opiniones breves.
- La edad, la capacidad de los niños, las necesidades colectivas en ese momento, el ambiente que existe de confianza y respeto, se deben de tener en cuenta para mantener la disciplina en las palabras durante la sesión.
- Mantener la disciplina en las palabras durante la sesión.

- Formar las bancas en círculo o sentarse en el suelo y el maestro o padre deberá sentarse junto con el grupo.
- Realizar la actividad cuando el grupo no esté cansado (temprano).
- Dedicar una sesión para evaluación y retroalimentación en grupo (González, 2008).

González (2008), propone una metodología para llevar a cabo la actividad de la herramienta psicoeducativa seleccionada en la escuela.

- Al principio de cada experiencia de aprendizaje se deben indicar sus objetivos.
- También se indicará la duración de la actividad. Para niños de 8 a 12 años se recomienda de 30 minutos a 1 hora.
- Si es un grupo grande (>30) de dará la indicación de trabajo por equipos si la actividad se presta para hacerlo de esta forma.
- Posterior a la actividad, en grupo comentar, ¿cómo vivieron la experiencia? (haciendo hincapié en sentimientos), ¿qué aprendieron de sí mismos y de los demás?, ¿cómo aplicarías ese aprendizaje en tu vida diaria?
- Cuando se tiene poco tiempo se pide al grupo que con una sola palabra digan cómo se sintieron.
- Pedir a cada miembro del grupo que diga el momento más agradable, lo que más le gustó y el momento menos agradable, lo que menos le gustó.
- Se puede pedir al niño tanto en casa como en la escuela que destine un cuaderno a todas las actividades de prevención de adicciones, en donde se le pedirá que escriban sus experiencias, sentimientos, aprendizajes, planes e ideas que hayan despertado en ellos y eventualmente se puede

pedir que alguien que lo desee comparta algo de lo escrito con el grupo, esto en sesiones destinadas a evaluación y retroalimentación.

La evaluación logra por sí misma:

- Desarrollo de juicio crítico
- Compromiso personal y grupal
- Posibilidad de comprobar el crecimiento personal y el del grupo
- Responsabilidad
- Conciencia social (González, 2008).

La parte evaluativa de la prevención de adicciones será muy importante para todo el proceso de aprendizaje de las niñas y niños, ya que los estimula a ser más responsables, asumiendo sus actos, cuando deben decidir los objetivos que quiere alcanzar y juzgar en que medida los han logrado, de esta manera se promueve un tipo de aprendizaje vivencial. La evaluación puede ser discutida con los mismos niños, haciéndolos reflexionar y alentándolos a evaluar sus propios trabajos, es decir a autoevaluarse (Rogers, 2012).

Este método humanista centrado en el alumno ha resultado beneficioso no solo para el alumno sino para quien lo implementa, ya que resulta en un rico aprendizaje y crecimiento personal y en retos para los padres y profesores el lograr que con un método diferente los niños hagan suyo el conocimiento y lo puedan comprender de manera que puedan evaluar diversas situaciones en su vida cotidiana y puedan utilizar lo aprendido, es decir que no se queden con el saber qué, sino se traslade a un saber cómo y un saber cuándo, pero sobre todo las niñas y niños saldrán beneficiados de un modo importante para su vida futura.

Niños de primaria que han trabajado con este modelo educativo han adquirido no solo los conocimientos sino que han adquirido una mayor confianza en sí mismos, disciplina de trabajo y realmente lograron interesarse en las actividades dejando de simular que escuchaban las instrucciones del maestro, así los niños también tenían la oportunidad de conocerse entre ellos y aprendieron a comunicarse (Rogers, 2012).

Como ejemplo de esto, la fundación Renacimiento I. A. P ubicada en callejón Ecuador #8 Colonia Centro en la Delegación Cuauhtémoc, en la cual los niños llegan mediante el ministerio público o voluntariamente, se les da casa, vestido, educación, atención médica, psicológica y de trabajo social, con actividades como talleres de música, panadería, serigrafía, y carpintería para que además aprendan un oficio. Así mismo la fundación trata el tema de adicciones en conjunto con instituciones especializadas en el tema.

Muchos maestros podrán dar libertad a su grupo adecuando los principios fundamentales del enfoque humanista adecuándolos a su estilo para que surja de una manera propia la interacción con los niños (Rogers, 2012).

Anexos

1. Testimonios de niños usuarios de drogas

a) Sandra es una adolescente de 17 años quien vive en una fundación cerca del metro Lagunilla en la Ciudad de México y se encuentra cursando el 3° grado de primaria, ella fue enviada a la fundación y a su hermanita la enviaron a un DIF debido al retraso mental de la madre quien no podía cuidarlas. Ella tiene un retraso menor al de la madre y es funcional. Ella comparte lo siguiente: “Yo digo que las drogas son malas para el corazón, yo los veo a los muchachos aquí de la fundación como se ponen marihuanos. Yo a veces fumo, porque los veo fumar a los demás chicos pero ya casi no lo hago. Mi papá me enseñó a tomar cerveza cuando yo tenía 10 años y sabía horrible, recuerdo que mi abuelita vendía cigarros, cervezas y dulces y yo a veces le agarraba los cigarros a escondidas y me los fumaba, o a veces agarraba para toda la semana. Mi papá murió joven porque tomaba mucho y se ponía bien loquito, aventaba las cosas y mis tíos que vivían allí me pegaban mucho cuando tomaban también y yo me iba a mi cuarto. Yo pienso que las personas fuman y toman porque les gusta el aroma de “esas cosas”, las drogas son la mota, piedra, el tabaco, bueno el alcohol no es droga pero si te pone loquito y dan ganas de pegarle a los demás y se ponen agresivas las personas, o los chochos pero otras drogas no conozco. Yo creo que deben de tomar y fumar hasta que tengan como 20 años o más pero chiquitos no, porque a mí me obligaban a fumar a la fuerza y ya después pues me gustó más o menos pero pues te puedes morir, se te seca la cabeza”.

b) Sergio es un niño de 12 años que se encuentra cursando el 3° grado de primaria, él tiene retraso mental, deformación de la postura y dificultades de

lenguaje según refiere la fundación. El platica lo siguiente: “La droga es la mota, es una hierbita que te cierra los ojos pero yo nunca la voy a probar. Yo fumaba cigarros normales de vez en vez, pero ya no quiero fumarlos. A los 7 años fui a unos quince años de una prima en Veracruz y un tío me dio una cerveza y yo no quería y me decía ¡tómale ándale, tómale! y más o menos me gustaba pero me mareaba y era feo. Raymundo un chavo de aquí de la fundación fuma mota y huele como a orégano, cuando la prenden huele feo. Yo he visto como la ponen en un papel y la enrollan como taco y luego le ponen el tapón de una pluma como filtro, yo siempre he visto a los niños en la calle por aquí, pero sé que drogarse es malo, te puedes morir, pero los chavos le siguen y le siguen y lo siguen haciendo porque les gusta, también el activo que es un papel mojado y le inhalan y eso les seca el cerebro y se mueren las neuronas y todo lo que hay allí”.

c) Gabriel es un niño de 10 años, él no consume drogas y cursa 4° grado de primaria, también pertenece a la fundación en el centro de la ciudad y nos da su siguiente testimonio: “Las drogas son la mota, el cigarro, la marihuana y el activo, ah y la mona. Yo los veo todos marihuanos, yo sé, yo sé, a mí nadie me enseñó de eso, yo aquí lo veo y me doy cuenta de todo, se dónde se fuman los churros, en los techos y los veo como están como dormidos y ya si veo a alguno voy con los tutores y los acuso porque eso está mal, yo no lo hago pero luego me dicen ¡no vayas a ir de chismoso a decir o te pegamos! pero yo siempre los acuso. Fumar es malo porque te mata los pulmones y el corazón y la cabeza y todo eso”.

d) Rafael tiene 17 años y cursa el 6° grado de primaria, a su mamá la mataron y vivía con su papá antes de llegar a la fundación, su testimonio es el siguiente: “Yo me empecé a drogar a los 11 años, consumía marihuana, antes lo

hacía más que ahora, antes le metía al cristal, a la piedra, al activo, al cemento y resistol 5000, también los hongos, de todo le hice, pero solo me gustó la marihuana y un poco la piedra, de hecho llevo 6 años consumiendo marihuana. Mi papá verdadero Brian me enseñó a fumar y drogarme, todo. Yo tenía 4 años y veía como se inyectaba, él se metía droga en el brazo. Yo decía ¿que se sentirá fumar esas cosas? y te empieza a dar curiosidad y como ganas de probar, ya como a los 10 años yo ya sabía cómo era todo. Mi papá me decía tu nunca vayas a hacer eso y hace daño a los pulmones, te truena la cabeza, y yo le preguntaba y ¿tu porque lo haces? Y me decía, porque ya no quiero vivir ni seguir sufriendo. Él quería estar en el equipo de futbol del América pero no pudo lograr su sueño o ser abogado. Yo tenía 10 años cuando se murió mi papá verdadero y sentí muy feo porque sabía que se estaba destruyendo. Él se murió a los 30 años, él me decía que no me drogara pero yo le dije un día, enséñame a hacer eso que tú haces, primero me enseñó el cristal y lo use 3 meses, luego la piedra 1 año, y la dejé y empecé con el activo y el resistol, pero el resistol me raspaba todo el pecho y lo dejé, luego el cemento como 2 meses y si me gustaba pero me dejaba todo el polvo encima y lo dejé y fue hasta el último cuando conocí la marihuana, y cuando la fumaba me daba mucha risa, el payaso, y me gustó porque esa me relajaba mucho y solo una vez aluciné. El alcohol no me gusta pero cuando murió mi papá tomaba tonaya, vino blanco, tinto, cerveza Sol, Tecate y New mix (tequila) y a veces tomaba y fumaba marihuana juntas. Cuando pasó eso de mi papá fumaba marihuana y activo diario, de lunes a domingo. Ahora lo hago una vez a la semana pero ya lo quiero dejar porque también quiero ser futbolista. Los niños chiquitos no deben aprender eso, no deben hacerlo nunca porque destruye el cuerpo y el corazón también y les puede dar cáncer, ellos no deben ser marihuanos. Mi historia es muy larga, mi mamá nos abandonó a mi papá y a mí y se casó con otro señor, pero ojalá no les aburra”.

Por otra parte los niños también perciben el consumo de alguno de los familiares de alcohol y otras sustancias. Estas afectan también a los familiares que los rodean y los niños resienten y expresan su visión acerca del consumo del alcohol y otras sustancias en los siguientes testimonios:

Montserrat de 13 años asiste a un grupo de Alateen al sur de la Ciudad de México y ella nos platica: “Cuando yo era más pequeña antes de llegar a este grupo no sabía cómo manejar mis emociones y lo que me hacía sentir mi papá. Empecé a enojarme mucho con mi familia y aunque mi mamá me explicaba que mi papá no podía dejar de tomar porque su cuerpo se lo pedía yo tenía rencor por mi papá y lo veía como el villano de la película y yo era una niña neurótica. Una noche me salí de mi casa, no quería estar allí y cuando ya era de noche regresé a mi casa y todos se preocuparon mucho. Recuerdo que me daba el bajón y me deprimía mucho, yo no pensé que aunque yo no fuera alcohólica necesitara algún tipo de ayuda, ni quería compartir lo que me molestaba de mi papá con otras personas más que con mi mamá. Yo era una niña muy insegura, porque al vivir con una persona que consume alcohol, tenía miedo todo el tiempo. Con la seguridad que me brinda el grupo y las sesiones me ha servido de prevención para no hacer lo que mi papá hace, y he notado que mejoré mis calificaciones en la escuela. Yo recuerdo que desde los 8 años yo ya me daba cuenta y lloraba mucho, o sea mi mamá recogía a mi papá de los lugares donde se metía a tomar y yo lo veía tirado en la banqueta y lloraba, pensaba que estaba muerto, y lo empecé a odiar porque dejó de jugar conmigo y no cumplía nunca sus promesas. Yo era una niña con baja autoestima, mis amigos en la primaria me veían enojada y triste, no sabía que era una enfermedad el alcoholismo ni que eran las adicciones, nadie me dijo”.

Valeria de 15 años también asiste a un grupo de Alateen en el sur de la Ciudad de México y ella comparte: “Mi papá se peleaba con otros adultos en las fiestas a las que íbamos porque ya estaba muy tomado, pero aun así era mi modelo a seguir, yo lo imitaba en todo, si él mentía yo mentía, si él robaba yo robaba a mi mamá dinero. Una vez me dijo sígueme la corriente y le mentimos a mi mamá y nos fuimos al cine. Pero después él empezó a mentirme más. Luego yo me enojé mucho una vez porque él siempre se salía con la suya y siempre era nuestra culpa todo aunque en realidad fuera culpa suya y siempre que llegaba enojado de trabajar nos molestaba a mi mamá y a mí o decía que se iba a tardar porque iba a salir tarde de trabajar y no, se iba a tomar con sus amigos. Yo tenía como 9 años y me sentía muy sola desde entonces y creo que si no hubiera recibido atención en este grupo me hubiera hecho alcohólica, lo sé, yo cuando tenía 9 años recuerdo que pensaba que porqué mi papá le ponía tanta atención a la botella, la botella lo jalaba a tomar y solo quería estar con la botella, y yo pensaba, ya no nos quiere, quiere más a su botella que a nosotras. Alguna vez me enojé tanto con mi papá que le desee la muerte, y decía, si él se muriera todo se arreglaría. Y luego llegaba a pensar en ponerme a tomar y decirle, ¡mira ahora yo me puse a tomar, si tú puedes yo también! Y ahora te toca estar enojado a ti, ¡para que veas lo que se siente!, y yo pensaba que si yo lo hacía, él iba a dejar de hacerlo y lo pensaba para hacerlo sentirse culpable, porque yo mucho tiempo me sentí culpable de todo lo que hacía mi papá. Mi mamá también está en un grupo pero de adultos porque a ella la afectó mucho mi papá también y ahora nos llevamos mejor, porque antes yo me llevaba mejor con mi papá hasta que empecé a darme cuenta de lo mal que me hacía estar con él”.

REFERENCIAS

- Alcántara, J. (2004). *Educar la autoestima*. España: Ediciones CEAC.
- Alpízar, G. (2014). *El consumo de drogas asociado al acoso escolar (bullying)*. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/pdf/5Elconsumodedrogasasociadoalacosoescolar.pdf>
- Ausbel, D. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva*. México: Paidós.
- Ausbel, D y Sullivan, E. (1989). *El desarrollo infantil. El desarrollo de la personalidad*. Vol. 2. México: Paidós.
- Avanzini, G. (1989). *El fracaso escolar*. Barcelona: Heider.
- Barba, B. (2005). Revista mexicana de investigación educativa. Educación y valores una búsqueda para reconstruir la convivencia. Vol. 10 N°24 (pp. 9-14).
- Bautista, R. (2002). *Necesidades Educativas Especiales*. Granada: Aljibe.
- Becoña, E; Martínez, U; Calafat, A; Juan, M; Duch, M y Fernández-Hermida, J. (2012). How does family disorganization influence children's drug use? A review. *Adicciones*. 24(3). 253-268. Recuperado de [http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars\[nume\]=88](http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars[nume]=88).

Bodeguero, D. (1999). *Prevención educativa de drogodependencias en el ámbito escolar. Programa para la intervención*. Barcelona: PRAXIS, S. A. (Pp. 7, 16-26, 30-41, 43, 59-61, 67, 94-95).

Capo, M. (2008). Exposición prenatal a drogas, alcohol y tabaco: efectos en el niño y el adolescente. En *Drogadicción. La drogadicción en niños y adolescentes*. (Pp. 121-160). Bogotá: Transversales MAGISTERIO.

Capo, M. (2008). Prevención de abuso de droga entre niños y adolescentes. En *Drogadicción. La drogadicción en niños y adolescentes*. (Pp. 305-326). Bogotá: Transversales MAGISTERIO.

Castro, M y Llanes, C. (2002). *Cómo proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos: habilidades de prevención para padres y maestros*. México: Pax-México.

Cembranos, C y Gallego, P. (1985). *Desarrollo psicoevolutivo en el ciclo medio: ejes personales y sociales de la segunda infancia*. 2ª Ed. Madrid: Narcea.

Centros de Integración Juvenil. (1985). *Una respuesta Integral al fenómeno de la farmacodependencia*. Vol. 1. México: CIJ

Centros de Integración Juvenil. (2008). *Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención*. Recuperado de http://www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/ninosadolescentes_adicioneses.pdf

Centro de Integración Juvenil. (2010). *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores*. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/Publicaciones/pdf/habilidadesparalavida.pdf>

Cobo, P y Tello, R. (2011). Bullying. En *Bullying en México. Conductas violentas en niños y adolescentes*. México: Quazar. (Pp. 53-91)

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2011). Informe de Actividades 2011: Avances en la Prevención y Atención de las Adicciones Acciones Estratégicas, Evaluación y Seguimiento de los Programas Nacionales contra las Adicciones. Recuperado de

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_actividades2011.pdf

Cortina, A. (2000). *El mundo de los valores, ética mínima y educación*. ED. El búho. Colombia.

Cuatrocchi, E. (2008). *La adicción a las drogas. Su recuperación en comunidad terapéutica*. 1° Ed. Buenos Aires: Espacio Editorial. (Pp. 11, 16-19, 37, 53-56, 58-59, 66, 118, 121, 123, 136, 139, 140).

De la Garza, F y Vega, A. (1999). *Las drogas y la juventud. Guía para jóvenes, padres y maestros*. 2° Ed. México: Trillas. (Pp. 5-104, 161-162, 172-174).

Freud, S. (2012). *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza. (Pp. 208).

Garrido, I. (2005). Prevención de drogodependencias en el contexto escolar: Factores de riesgo y factores de protección. En. La Orientación escolar en los centros educativos (Ed). (Pp. 181-208). Madrid: Secretaria General Técnica.

Gesell, A; Frances, L y Bates, L. (1999). *El niño de cinco a diez años*. Barcelona: Paidós.

Gervila, E; Cajal, B; Jiménez, R y Palmer, A. (2010). Study of the factors associated with substances use in adolescence using asociation rules. Adicciones. Vol. 22 Núm. 4. Pp. 293-300. Recuperado de [http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars\[nume\]=81](http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars[nume]=81)

Goffman, E. (2008). *Estigma e identidad social. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

González, A. (1999). *El niño y la educación. Programa de desarrollo humano: niveles primaria y secundaria*. 3a Ed. México: Trillas.

González, A. (2008). *El enfoque centrado en la persona: aplicaciones a la educación*. 3a Ed. México: Trillas.

González, M. (2012). Evaluación Institucional de acciones de prevención y tratamiento de adicciones en los niveles de educación media superior y superior. En UNAM (Ed). Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. (Pp. 11-27). México: Miguel Ángel Porrúa.

González, R. (2002). *Contra las adicciones clínica terapéutica*. La Habana: Científico-Técnica. (Pp. 34-35, 39-42, 90, 119-122, 130-132).

Gordon, T. (1986). *P. E. T en acción*. México: Editorial Diana. (Pp. 18-19, 67, 72, 76, 81, 87,95-98, 104, 107, 116, 190, 235, 259, 270, 272).

Harris, P. (1992). *Los niños y las emociones: el desarrollo de la comprensión psicológica*. Madrid: Alianza. (Pp. 241).

Hidalgo, M. (2010). Niños, adolescentes y el camino hacia las adicciones. Una lectura desde el género. En *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/20/

Hurlock, E. (1988). *Desarrollo del niño*. México: Mc Graw Hill.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/index.html>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/index.html>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/index.html>

Instituto para el estudio de las adicciones. (2014). Adicciones. Sustancias. Tipo de sustancias adictivas. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/adicciones-sustancias.html>

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones. (2014). Recuperado de <http://www.iapa.df.gob.mx/index.jsp>

Jiménez, R; Téllez, M y Carkidi, M. (2012). Percepción del consumo de drogas ilícitas en el ámbito escolar. En UNAM (Ed). Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. (Pp. 105-119) México: Miguel Ángel Porrúa.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Pp. 77,78,95,103,187,374,460,575,576,607).

Lewis, R y Lewis, S. (2003). *Como educar a tus hijos con amor*. 2ª Ed. México: Pax-México. (Pp. 19-119).

Llanes, J; Castro, M y Margain, M. (2003). Protección de la comunidad ante adicciones y violencia. Estrategias de intervención. México: Pax México. (Pp. 3,4,6,7,14, 15, 17, 26,32, 33, 47, 52, 53, 57, 62, 63, 65, 83

Massün, E. (1992). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas. (Pp. 29, 34, 35, 74).

Medina-Mora, M; Real, T; Villatoro, J y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud pública. Núm. 55. (Pp. 67-73).

Medina-Mora, M y Real, T. (2013). The Drug Scene in Mexico and the Road Ahead. *Adicciones*. Vol. 25. Núm. (4). (Pp. 294-299). Recuperado de [http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars\[nume\]=94](http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars[nume]=94)

Mendoza, B. (2013). *Bullying. Los múltiples rostros del acoso escolar*. Argentina: Editorial Brujas. (Pp. 7, 10, 34, 35)

Mora-Merchán, J; Ortega, R; Calmaestra, J y Smith, P. (2010). El uso violento de la tecnología: El Cyber bullying. En *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar* (Ed). Madrid: Alianza Editorial. (Pp. 189-206).

Murray, B y Fortinberry, A. (2008). *Como criar niños optimistas. 7 pasos para alejar a sus hijos de la depresión*. México: Aguilar.

Natera, G; Mora, J y Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*. Número Especial. Recuperado de <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1802/1/sm2207114.pdf>

Pacheco, J y Zarco, J. (2006). *El niño y la niña con deprivación sociocultural*. En *Necesidades Educativas Especiales*. México: Aguirre Hermanos.

Piaget, J. (1977). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: FONTANELLA.

Piaget, J. (2001). *Psicología y Pedagogía*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo.

Piñeros, S. (2006). Adicciones en niños y adolescentes. Revista Javeriana. Núm. 728. (Pp. 22-29).

Polaino-Lorente, A y De las Heras, J. (2001). Cómo prevenir el consumo de drogas. 5° Ed. España: Ediciones Palabra, S. A. (Pp. 35-44, 52-61, 93-108, 120-126, 135-156, 170-210, 216-227).

Rigon, E. (2002) *Como desarrollar la autoestima en los niños*. Bilbao: Mensajero.

Rogers, C. (1986). Investigaciones sobre la aplicación en la enseñanza del enfoque centrado en la persona. En Libertad y creatividad en la educación en la década de los ochenta. (Pp. 227-259). Barcelona: Ediciones Paidós.

Rogers, C. (1986). Métodos para construir la libertad. En Libertad y creatividad en la educación en la década de los ochenta. (Pp. 174-190). Barcelona: Ediciones Paidós.

Rogers, C. (1986). Una maestra de sexto curso experimenta. En Libertad y creatividad en la educación en la década de los ochenta. (Pp. 61-73). Barcelona: Ediciones Paidós.

Rogers, C. (2012). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. New York: Mariner Books.

Ruperto, C. (2001) *Algunas determinantes del consumo de alcohol entre los menores de edad*. Departamento de Economía de la Universidad de Puerto

Rico: Recinto Universitario de Mayagüez. Recuperado de www.alcoholfreekids.com/impact_of_alcohol.html

Schwebel, R. (1991). *Cómo tratar con sus hijos el tema del alcohol y de las drogas. Decir "no" no es suficiente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Sepúlveda, M. (2000). *Construye tu vida sin adicciones. Guía del modelo de prevención*. México: SEP. (Pp. 13-39).

Solís, L. (2004). *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio*. México: Manual Moderno.

Sroufe, L. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press. (Pp. 9, 18, 20, 185, 206).

Tacha las Adicciones 18 de abril de 2012. Drogas y Niños. Recuperado de <http://tachalasadicciones.blogspot.mx/2012/04/hablar-de-cifras-y-de-ser-un-tanto-para.html>

Tena, A y Rivas, R. (1997). *Manual de investigación documental. Elaboración de Tesinas*. México: Plaza y Valdés.

Vega, A. (1983). *Las drogas ¿un problema educativo?* Madrid: Cincel Kapelusz.

Vega, A. (1997). El alcohol en los medios de comunicación. La presión para su consumo-abuso. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*. Nº 9. (Pp. 105-110).

Vega, A. (2004). Las drogas y los medios de comunicación. ¿prohibir o domesticar?. *Apuntes para una nueva enseñanza-aprendizaje: Enseñanza*. Nº 22. (Pp. 369-389). Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20308&dsID=drogas_medios.pdf

Vega, A. (2010). *Como educar sobre alcohol en las escuelas*. Salamanca: Trillas.

Villatoro, J et al. (2012). Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios. En UNAM (Ed). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (Pp. 121-135). México: Miguel Ángel Porrúa.

Vygotski, L. (2008). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Biblioteca de bolsillo. 2ª Ed. Barcelona: Crítica.

