



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD IZTAPALAPA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**EVALUACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS  
PSICOSOCIALES PARA NIÑOS “APRENDER JUGANDO”  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN  
(TESIS)**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

**AUTORA: ANGÉLICA MARÍA SEGURA TORRES**

**ASESORES: DRA. ANA ALICIA SOLIS DE ALBA \_\_\_\_\_**

**MTRO. JAIME PEÑA \_\_\_\_\_**

**MÉXICO D.F**  
**ABRIL 2004.**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

EVALUACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS  
PSICOSOCIALES PARA NIÑOS "APRENDER JUGANDO"

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

(TESIS)

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

AUTORA: ANGÉLICA MARÍA SEGURA TORRES

ASESORES: DRA. ANA ALICIA SOLIS DE ALBA

MTRO. JAIME PEÑA

MÉXICO D.F

ABRIL 2004.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

### PRIMERA PARTE: MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS.

#### CAP. 1 FARMACODEPENDENCIA Y PREVENCIÓN

1.1	La Farmacodependencia como problema social	2
1.1.1	Farmacodependencia y consumo de drogas. Conceptuación	3
1.1.2	Aspectos socioeconómicos del consumo de drogas en México	5
1.1.3	Aspectos legales del consumo de drogas	7
1.1.3.1	Drogas legales y legalizadas	7
1.1.3.2	Narcotráfico	9
1.1.3.3	Legalización de drogas.	11
1.1.4.	Drogas de Consumo en México	14
1.1.5.	Epidemiología del consumo de drogas en México	17
1.2	Prevención del uso de drogas en México	24
1.2.1.	Enfoques teóricos sobre la prevención.	29
1.2.2.	Programas de prevención del uso de drogas	31
1.2.3.	Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli	34
1.3	Prevención y Consumo de Drogas en niños	39
1.3.1	Consumo de Drogas en Niños	40
1.3.2	Enfoque teórico riesgo- protección.	47
1.3.2.1	Factores de riesgo.	48
1.3.2.2	Factores de protección.	53

## **CAP.2 MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS “APRENDER JUGANDO”**

2.1 Factores de Riesgo-Protección del Modelo “Aprender Jugando”	55
2.2 Descripción del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para niños “Aprender Jugando”	59
2.2.1 Características del Modelo “Aprender Jugando”	60
2.2.2 Objetivos del Modelo “Aprender Jugando”	60
2.2.3 Contenidos Temáticos del modelo “Aprender Jugando”	60
2.2.4 Universo de trabajo	62
2.2.5 Metodología	62
2.3 Limitaciones para la elaboración del Modelo de Prevención “Aprender Jugando”	63
2.4 Procedimiento para la elaboración del Modelo “Aprender Jugando”	64

## **SEGUNDA PARTE: EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **CAP. 3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS”APRENDER JUGANDO”**

#### Introducción

3.1 Planteamiento del problema	66
3.2 Objetivo general	67
3.3 Objetivos específicos	67
3.4 Hipótesis	68
3.5 Variables	69
3.6 Naturaleza de la investigación	69
3.7 Colonia Miravalle, Centro Educativo Integral Popular y Grupo de Niños	70
3.7.1. Colonia Miravalle	70

3.7.2. Escuela: Centro Educativo Integral Popular de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan.	74
3.7.3 Grupo de Niños de 3° Grado de preescolar	76
3.8 Instrumentos de Intervención y de Medición.	78
3.8.1 Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños.	78
3.8.2 Escala de Actitud hacia Factores de Riesgo-protección.	79
3.8.2.1 Elaboración de la Escala de actitud.	79
3.8.2.2 Piloteo de la Escala de Actitud.	82
3.8.2.3 Calificación de la escala de Actitud.	83
3.8.2.4 Aplicación de la escala de actitud.	85
3.8.2.4 Confiabilidad de la escala	86
3.9 Diseño Estadístico	86
3.10 Procedimiento	89

### **TERCERA PARTE: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **CAP. 4 EVALUACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS “APRENDER JUGANDO”**

4.1 Resultados del diagnóstico (pretest)	91
4.2 Evaluación de los cambios obtenidos con el modelo “Aprender Jugando”	96
4.2.1 Cambios en el nivel de protección grupal	97
4.2.2 Cambios en los niveles de protección por áreas	98
4.2.3 Evaluación de los cambios en los niveles de protección individual	105
4.3 Análisis inferencial para la evaluación del modelo “aprender Jugando”	107
4.3.1 Significancia de los cambios a nivel grupal	108
4.3.2 Significancia en los cambios por áreas	110
4.4 Evaluación del contenido temático del modelo “Aprender Jugando”	111

<b>CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES</b>	114
<b>GLOSARIO</b>	117
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	119
<b>ANEXOS</b>	123
1. Modelo “Aprender Jugando” (Carpeta de trabajo)	
2. Escala de Actitud hacia Factores de Riesgo Protección.	
3. Hoja de calificación de escala pretest y postest.	
4. Reporte de sesión (diario de campo)	

## **AGRADECIMIENTOS**

A los asesores de esta investigación por sus valiosos consejos.

A mis hijos Iván, Daniel y Susana, a mi esposo Moisés por su apoyo y comprensión, por su cariño, y por crecer junto conmigo.

A mis padres y hermanos Abel, Eva, Rogelio, Norberto, pues mis logros son también de ellos principalmente a mi madre.

A mis compañeras y amigas (os) de COCOMI, gracias por motivarme a iniciar este proceso, a Maricruz, por estar siempre conmigo. A Ana Laura, porque vio en mí alguna capacidad que podría ser aprovechada a Alex, porque siempre ha tenido fe en mí. Especialmente a Leonel, por su aliento y porque con una frase marco mi destino “si quieres ayudar a esos niños estudia”.

A la profesora Norma y a los niños del Centro Educativo Popular Integral de la UMI por permitir la edificación de esta investigación.

## INTRODUCCION

Los profundos cambios en la sociedad contemporánea abarcan un conjunto de transformaciones en ámbitos tales como el demográfico, tecnológico, cultural, educativo y económico. Dichos cambios obligan a una nueva organización y redefinición, inclusive de las creencias y los valores, puesto que son bruscos y rápidos traen consigo efectos psicológicos, sociales y económicos tanto positivos como negativos. Dichos efectos provocan estados de tensión que las personas deben enfrentar y no siempre lo hacen de la manera más adecuada. El consumo de drogas produce en el individuo un estado de alerta, que de algún modo le permite sobrellevar los efectos negativos producidos por los cambios bruscos que se generan. Es de esta manera que actualmente el consumo de sustancias representa uno de los problemas más agudos y severos con repercusión tanto en el ámbito jurídico como en el psicosocial.

Actualmente, se habla de farmacodependencia como un problema generalizado en nuestras sociedades. Hasta hace algunos años se consideraba un problema aislado, hoy en cambio es un problema que rebasa fronteras y abarca poblaciones más extensas y menos “protegidas”.

Los numerosos estudios que hay al respecto en su mayoría reportan que la edad de inicio en el consumo se concentra en la adolescencia, debido a ello los programas de prevención se enfocan directamente a esta población. Sin embargo, a



excepción del uso de inhalantes, el problema del consumo de drogas en niños es reciente y por ello es importante realizar acciones preventivas por grupos de edades considerando que un niño en riesgo puede ser en un futuro, un joven con problemas de consumo de sustancias.

Existen numerosas investigaciones acerca del consumo de drogas que toman como grupos vulnerables a adolescentes y a jóvenes, algunas investigaciones toman como población al niño de la calle o a niños que acuden a instituciones para tratamiento por ejemplo en los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Estas investigaciones han permitido conocer una serie de *factores considerados de riesgo* que son la base para diseñar programas de acción preventiva que se dirigen a adolescentes y jóvenes principalmente. Sin embargo y pese a los esfuerzos el problema de la farmacodependencia sigue avanzando y ha alcanzado a otra población: los niños.

El problema del consumo de drogas en niños no se ha investigado exhaustivamente, de hecho son pocas las investigaciones al respecto, lo que de ninguna manera quiere decir que no existan evidencias. En la Sierra de Santa Catarina se vuelve cada vez más común ver a niños que ya se inician en el uso de drogas. En una investigación realizada por Ma. Elena Castro (2001) y la Coordinadora Comunitaria Miravalle en una escuela de la colonia Miravalle ubicada en la Sierra de Santa Catarina, se encontró que niños de 11 y 12 años que cursaban quinto y sexto grado de primaria se encontraban en alto riesgo de consumo de cocaína. Lo anterior nos lleva a proponer que los programas preventivos se inicien a

edades tempranas, de modo que el niño vaya adquiriendo a lo largo de su desarrollo herramientas que le permitan enfrentar en forma positiva los riesgos que favorecen el consumo de drogas.

El problema de la farmacodependencia debe afrontarse en forma global y con medios interdisciplinarios (Mateo, Valdivieso, 1997), por ello es importante que la prevención sea trabajada desde diversos ámbitos: familia, comunidad y escuela. El papel de la escuela es de suma importancia, especialmente el papel del educador, por ser un actor significativo en el proceso de socialización del niño, desde el momento en que proporciona al niño una estructura que le permite desarrollar sus capacidades (Bruner, 1976; Vigotski, 1962, citados por Linaza, 1987). La prevención desde el ámbito educativo debe encaminarse al fortalecimiento de “factores de protección” a través de la elaboración de programas pedagógicos.

En el presente estudio se plantea la tarea de elaborar un Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales ante el uso de Drogas dirigido a niños de 4 a 10 años esta propuesta de Prevención tomará como base el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli para adolescentes creado por Ma. Elena Castro, Mónica Margáin y Jorge LLanes. Una vez elaborado el Modelo se pretende implementarlo en un grupo de niños, con el fin de evaluar su impacto.

El objetivo general de elaborar un Modelo de prevención para niños de 4 a 10 años es un trabajo arduo y requiere bastante tiempo, por ello y debido a que este

estudio se realizó en tres trimestres, se elaboró el modelo preventivo para un rango de edad de 4 a 6 años únicamente.

De manera específica se pretende conocer si la aplicación del Modelo de Prevención fortalece y aumenta las actitudes de aceptación hacia factores de protección de un grupo de niños con respecto de seis áreas de “riesgo-protección” y que incluyen: el cuidado del cuerpo, manejo de la sexualidad, actos antisociales, eventos negativos, consumismo y especialmente adicciones.

Teóricamente, se trabaja desde el enfoque “riesgo-protección” y el fomento de la “resiliencia”, que pone énfasis en los “factores de riesgo” presentes en el ambiente, la manera de contrarrestar sus efectos creando en los niños la capacidad de enfrentarlos y salir airosos fortaleciendo los factores de protección.

La presente investigación busca evaluar la aplicación del Modelo de Prevención de Riesgos ante el uso de Drogas en Niños “Aprender jugando”, por ello la investigación es de intervención y evaluación, y sigue un diseño preexperimental sin imponer condiciones de control rigurosas debido a que por un lado es un primer acercamiento y por otro a la limitación en los recursos.

El estudio está organizado en cuatro partes: la primera abarca el marco teórico, en la segunda se plantea la propuesta de prevención para niños, en la tercera parte se describe la metodología de evaluación del Modelo y en la cuarta parte se presentan los resultados de la evaluación del Modelo y la discusión de los mismos.

Para la realización de este estudio se contó con apoyo de material bibliográfico, equipo de cómputo y acceso a Internet por parte de la Coordinadora

Comunitaria Miravalle (COCOMI A.C) , asociación civil interesada en el trabajo de prevención, dentro del área de la farmacodependencia.

**PRIMERA PARTE:**

**MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS  
“APRENDER JUGANDO”, UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN PARA EL  
CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS**

## **Capitulo 1. FARMACODEPENDENCIA Y PREVENCIÓN**

### **1.1 FARMACODEPENDENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL.**

El problema del uso, abuso y dependencia a las drogas es de importancia a nivel mundial debido a los daños que éste ocasiona. Sus consecuencias se reflejan en la salud de los individuos y en la economía y equilibrio de la sociedad, lo que hace que se constituya como un grave problema de salud pública (Llanes, 1999; CIJ,1999)

Campos Hüittch (1992), menciona que la explosión del consumo de la droga en todos los niveles sociales, sea cual fuere la forma que ésta adquiera, contribuye de manera significativa al incremento de hechos violentos tales como homicidios, suicidios, accidentes, muertes por sobredosis, etc.

El uso de sustancias se ha convertido en un agudo y severo problema para las sociedades contemporáneas y en él se aprecian dos polos: narcotráfico y farmacodependencia, “el primero se refiere a los aspectos relacionados con la oferta y disponibilidad de las drogas, el segundo incluye los patrones de consumo que van desde el experimentador deseoso de sentir sus efectos hasta el adicto incapaz de escapar de la vida sórdida y angustiante que implica la búsqueda de la droga” (Vélez Barajas s.f). El problema de la farmacodependencia no se limita exclusivamente al individuo, sino que sus efectos negativos se extienden al ámbito familiar, académico, laboral y comunitario del usuario, con ello se entiende que si un porcentaje

importante de la población consume drogas, el problema se agudiza y tiene incidencia directa en la dinámica social del país (Galván, Ortiz, González 1997).

### **1.1.1 Farmacodependencia y consumo de drogas. Conceptuación.**

De acuerdo con Campos Hüittch la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1964 hizo la recomendación de reemplazar los términos de “acostumbramiento” (sic) y adicción por el de farmacodependencia. Para 1969 la farmacodependencia fue definida de la siguiente manera: “El estado psíquico y a veces igualmente físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una compulsión a lograr el fármaco de manera periódica o continua a fin de hacer presentes sus efectos físicos y a veces evitar malestares de la privación.” (Uribe, 1992, p.13). Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente, a la vez, de varios fármacos, lo que agudiza el problema de adicción.

Además del vocablo de farmacodependencia se sigue hablando de adicción y toxicomanía, muchas veces indistintamente.

El concepto de farmacodependencia citado anteriormente pone énfasis en los efectos físicos que los fármacos provocan en quienes los consumen, y el estado psíquico que les obliga a buscar satisfacer su necesidad, pero no toma en cuenta el aspecto social por lo que se hace necesario redefinir el concepto de tal manera que lo considere. La definición anterior es acorde al enfoque médico de la

farmacodependencia en donde se considera que el adicto es *un enfermo*, y por lo tanto la farmacodependencia se considera una enfermedad. Visto así, se pone énfasis en los factores clínicos y biológicos presentes en el fenómeno, por otro lado se considera que el adicto se aparta de un parámetro considerado como “normal” y entonces el resto de los actores sociales vemos el fenómeno a cierta distancia, como si fuese un problema que a nosotros no nos va pasar o algo con lo que no tenemos que ver.

Sin embargo, las ideas han evolucionado y debido a ello y a la aparición de modelos multifocales puede plantearse otra perspectiva del fenómeno a partir del concepto de normalidad y mediante el concepto de complejidad, el cual hace referencia a la complejidad de la realidad y a las múltiples formas de representarla. (Milanese, Merllo, Machin, 2000)

Desde el paradigma de la complejidad se puede definir la farmacodependencia “como uno de los estilos de vida de una comunidad y de algunos de sus miembros, relacionada con otros hasta construir un sistema de relaciones de dependencia que se inserta de manera no predeterminada ni determinista en un conjunto de situaciones en las que a veces se vuelve gravemente destructiva para la persona y para su entorno” (Íbidem, p. 19). Desde este punto de vista se considera a la farmacodependencia como una manifestación de la normalidad, así, se rescata el contexto en el que se forma como recurso y posibilidad. Lo anterior surge con la recomendación de un cambio de paradigma en la construcción social del fenómeno para mejorar la situación de daño que el mismo ocasiona.



A partir de esta última definición, se rescata el papel de la sociedad en el fenómeno de la farmacodependencia pues ya no se deposita exclusivamente en un individuo; sino que tanto el adicto como los grupos en los cuales se encuentra inmenso: familia, pares, comunidad, son actores de un mismo problema y por lo tanto todos representan soluciones y/o amenazas, de ahí que para incidir en esta problemática se requiere de un esfuerzo conjunto por parte de todos los actores, quizás el primer paso pueda ser el de sensibilizarnos y comprender que todos podemos aportar soluciones.

### **1.1.2 Aspectos socioeconómicos del Consumo de drogas en México**

En palabras de Valverde (1996) el problema de la droga está estrechamente ligado con las condiciones económicas y políticas de los países en donde se produce y procesa la droga. Esto ocurre en países en los que su situación de pobreza es tal que condiciona poderosamente su desarrollo, las deudas externas disminuyen poderosamente las posibilidades de crecimiento económico, avance social y desarrollo individual. Contradictoriamente se trata de países con riquezas naturales que de ser explotadas generarían grandes oportunidades de crecimiento económico. Sin embargo, las deudas que adquieren los países no permiten la inversión en la explotación de sus riquezas y tienen que permitir su explotación a otros países que si cuentan con los recursos económicos para ello. Tal problemática trae como consecuencia que se busquen otros recursos para hacer frente a la falta de oportunidades y es frecuente el ingreso de personas a la industria de la droga.

Por otra parte, el hecho de que la industria de la droga permita la adquisición de poder económico genera una posición ambigua ante el problema de las adicciones, al ser el dinero una expresión de poder, se resta importancia a la problemática social que genera el mercado de la droga. Además la droga genera fuentes de empleo y mueve otro tipo de economía.

Debido a las dimensiones que alcanza el problema del consumo de drogas, en México se han desarrollado muchas acciones para combatir y prevenir el problema del abuso de sustancias, con ello surge lo que Valverde (1996) llama la institucionalización de la droga. Al constituirse como un problema social se invierten grandes cantidades de dinero, parte del dinero proviene del presupuesto público y otra parte de capital privado. Con dicha inversión y con la creación de organizaciones y consejos de prevención y tratamiento de adicciones surgen al mismo tiempo fuentes de trabajo, aunque también se burocratiza el tratamiento del problema.

Otra fuente de trabajo surge de la necesidad en la población de protegerse en contra de actos delictivos que cometen los chicos adictos para obtener el dinero que requieren para comprar la droga. Con el consumo de droga aumentan los índices delictivos y así la gente invierte dinero para proteger sus negocios y/o domicilios de un posible asalto.

Como puede apreciarse el problema de las drogas abarca una serie de aspectos e intereses que se contraponen, e incluye otras dimensiones tales como narcotráfico y legalización.

### **1.1.3 Aspectos Legales en el consumo de Drogas**

#### **1.1.3.1 Drogas legales y legalizadas**

El hombre a través del tiempo se ha insertado en una continúa búsqueda de placer, en esta búsqueda ha encontrado diversas sustancias que alteran su percepción del mundo. La búsqueda del placer alcanza límites insospechados suscribiendo el problema de las adicciones como problema social en donde uno de los aspectos que le otorgan mayor complejidad es la oferta y la disponibilidad de las drogas, este último aspecto a su vez da origen al mercado de la droga.

En un eslabonamiento, el mercado de la droga se inserta en un fenómeno denominado narcotráfico, el cual se origina básicamente por las restricciones legales al consumo de sustancias que imperan en cada país.

En este asunto de la legalidad se entrecruzan varios factores entre ellos la moral social, el aspecto sociocultural y los intereses económicos y políticos de grupos de poder. (Campos Hüittch, 1992)

Para abordar el tema es necesario hablar de la clasificación legal de las sustancias, en México podemos hablar de drogas legales, legalizadas e ilegales.

Algunas sociedades han visto el uso de sustancias como parte de su cultura, asociando el uso de sustancias a rituales religiosos o a rituales de iniciación (Vélez Barajas s.f). En otros casos el uso de sustancias es permitido para los ancianos como signo de sabiduría y autoridad. En México particularmente se ha permitido el uso de sustancias como el alcohol y el tabaco y de hecho son llamadas drogas

legales, cuentan con respaldo para su producción, consumo y venta aún a pesar de sus nocivos efectos. Este hecho es común denominador en muchos países. El alcohol y el tabaco no solo han sido permitidos sino que su uso es aceptado por la sociedad en general. Lo anterior equivale a una doble moral que da lugar a cierta ambivalencia a la hora de tratar de hacer una distinción entre drogas “buenas” y “malas” (Vélez Barajas s.f), sobre todo reflexionando que cualquier droga provoca efectos adversos en la salud de las personas.

El efecto de doble moral se refleja en los usuarios quienes aprovechan esta situación para ejercer presión y lograr la aceptación del uso de algunas sustancias, como resultado de ello en algunos países ya se ha legalizado el uso de la marihuana, tal es el caso de Holanda, Suiza y Canadá.

Otras sustancias cuya *producción* no se considera ilegal y esta asegurada son los solventes e inhalables, estas sustancias se encuentran disponibles en todo el país y no se ejerce control sobre su venta,<sup>1</sup> de tal suerte que pueden ser utilizadas para fines industriales, escolares o de intoxicación, su bajo costo la pone a disposición de casi cualquier persona.

Dentro de las drogas legalizadas se encuentran todas las sustancias de uso médico (psicotrópicos), estos fármacos se prescriben médicamente, sin embargo el problema de la automedicación ayuda a que casi cualquier sustancia de uso médico sea motivo de abuso.(Guisa, Díaz Barriga y otros; 1998)

---

<sup>1</sup> A excepción de la restricción de venta de solventes como el thinner a menores de edad, otras sustancias como el “5000”, se venden a cualquier persona pues su uso es variado.

El resto de sustancias de uso no médico, son de curso ilegal y su uso es básicamente con fines de intoxicación.

#### **1.1.3.2 Narcotráfico.**

Otro aspecto de la legalidad se refiere al narcotráfico, en México se sanciona la posesión de drogas ilegales más no su uso, pues se considera que el farmacodependiente es un enfermo y requiere de la sustancia para restituir su funcionamiento físico y mental. Lo anterior puede ser válido en ciertos casos; sin embargo una acción legal podría evitar que el individuo acelere un proceso de adicción, por esta causa algunos gobiernos buscan sancionar tanto el uso como la posesión y distribución de drogas. En México únicamente el tráfico de drogas es delito federal (Vega, de la Garza, 1999).

Campos Hüittch (1992) menciona que el comercio de la droga genera enormes ganancias y su producción constituye un gran apoyo para la economía de varias regiones, por ejemplo Colombia, este es uno de los aspectos que impiden su combate y ello permite interpretar que el problema de la farmacodependencia no es erradicable, en todo caso controlable aunque esta labor se hace difícil por la participación de amplios grupos de poder interesados en asegurar el consumo regular y las ganancias correspondientes.

En México el problema de narcotráfico ha alcanzado grandes dimensiones, se sabe de autoridades que han protegido a quienes se dedican a esta actividad a cambio de ciertos beneficios, convenios así dificultan su control.

Con el objetivo de controlar el narcotráfico surge a nivel mundial, la oficina de Control de Drogas y Prevención del Crimen de las Naciones Unidas (ODCCP, por sus siglas en inglés), es un líder global en la lucha contra las drogas ilícitas y el crimen internacional, se basa en el programa de las Naciones Unidas para el control internacional de drogas y en el centro internacional de las Naciones Unidas para el control del crimen. El programa internacional sobre el control de drogas se fundó en 1991 y trabaja en la educación del mundo sobre el riesgo del uso y abuso de drogas. El programa trata de reforzar las acciones internacionales sobre el combate en la producción, tráfico y crímenes relacionados con las drogas a través de proyectos alternativos y programas contra el lavado de dinero. Además provee de estadísticas mundiales para ayudar a la elaboración en legislación sobre el uso y abuso de sustancias.

Otro tipo de programa lo constituye la Comisión de Drogas Narcóticas que se estableció desde 1946 por el Consejo Social y Económico de las Naciones Unidas y esta encargado de todo lo relacionado con las drogas. La comisión analiza la situación del abuso de drogas en el mundo y elabora propuestas que intensifiquen el control internacional de las mismas.

También, fue creada la Oficina contra el Control Internacional de Narcóticos que es una organización independiente y cuerpo de control casi judicial en la implementación de los convenios de las naciones unidas para el control de drogas.

En general, las Naciones Unidas a partir de éstas oficinas mantiene la reglamentación y legislación para la elaboración de programas y propuestas para el control en el uso y abuso de drogas. Asimismo trabaja con organizaciones no gubernamentales a través del mundo, desde 1991 reconoce la gran influencia que las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) tienen sobre la población civil y sus valores. Las oficinas de las naciones unidas trabajan con 1,200 ONGs que se encargan de los asuntos sobre abuso de drogas al rededor del mundo.

A pesar de las instancias que se han establecido con el fin de realizar acciones en contra del narcotráfico el problema ha sido difícil de controlar. Es imperioso preguntarnos si es precisa la creación de tantos organismos para el combate del narcotráfico y la farmacodependencia o si es más fructífero centrar la atención en programas de prevención. Finalmente, a pesar de las recomendaciones de los organismos internacionales son las sociedades, sus organismos de salud y justicia los encargados de calificar como delito así como las sanciones correspondientes, lo que brinda un margen de tolerancia según los intereses que estén en juego.

### **1.1.3.3 Legalización de drogas.**

En México se ha discutido la posibilidad de legalizar el consumo de drogas, tema controversial que genera diversas posturas. Por un lado se piensa que el prohibicionismo ayuda al aumento de la corrupción, por otra parte la legalización

“produce la ilusión de que los delitos se acaban” (Guisa, V., 2003, p.37). Lo anterior es una falacia, pues el que un acto no sea calificado como delito, no garantiza que el problema deje de existir, haciendo una analogía Guisa Cruz (2003) menciona “Si se legalizara el homicidio, la tasa de homicidios bajaría a cero, porque ya no habría delito de homicidio; pero los muertos ahí estarían” (p.37)

Por su parte aquellos que se pronuncian a favor de la legalización ven en ella la “única salida real al problema”.<sup>2</sup> Raúl Cicero (s.f) menciona que inclusive la ONU contempla esta posibilidad en su estudio “Tráfico Internacional de Estupefacientes”. En México, se recibió en la Cámara de Diputados un documento de la Liga Internacional Antiprohibicionista de Drogas y del Partido Radical Transnacional del Parlamento Europeo, en donde se manifiesta la necesidad de afrontar el problema de las drogas mediante la legalización en el mercado internacional. Ante tal situación la Cámara de Diputados decidió analizar el documento y entablar un dialogo sobre la viabilidad de dicha propuesta.<sup>3</sup>

Las razones que manifiesta Álvarez (1990) para la legalización de las drogas son entre otras: que bajaría el elevado precio de las drogas, éstas se producirían en laboratorios farmacéuticos otorgando así mayor control de calidad, se disminuirían las muertes por sobredosis y los casos de contagio de VIH por agujas compartidas, disminuiría el poder de oficiales y organismos encargados de la persecución de narcotraficantes, se ahorrarían las inversiones en dichos organismos y podrían ofrecer tratamientos de rehabilitación a drogadictos que ya no serían estigmatizados.

---

<sup>2</sup> Álvarez, G. Ana. Hacia el desmantelamiento de la Lógica prohibicionista: Contribuciones a un debate científico sobre el problema de la droga. Ponencia UNAM, septiembre 1990.

<sup>3</sup> Boletín 1625, del 17 de febrero del 2003.



Otras posturas a favor de la legalización alegan que se violan los derechos humanos al prohibir el consumo de sustancias, pues según su planteamiento, es un derecho humano el decidir libremente la forma de alcanzar estados placenteros, relacionado esto con la expresión de libre albedrío de las personas.

Desde otro punto de vista Rangel Charles (1990) menciona que antes de pensar en la legalización de las drogas deben considerarse una serie de planteamientos y sus posibles respuestas, por ejemplo: ¿quienes serían los encargados de la distribución de las sustancias?, ¿se venderían a personas de cualquier edad, incluyendo niños?, ¿habría restricciones a personas que operan equipos de seguridad?, ¿habría restricciones para su uso en horas de trabajo?, ¿las drogas estarían sujetas a pago de impuestos?, ¿las sustancias se venderían en farmacias, clínicas, o expendios?. Ante estas interrogantes no hay respuestas claras y se piensa que aún con la legalización de las drogas “seguiría existiendo un mercado negro que las ofrecería más baratas y las pondría a disposición de menores” (Kleber, citado por Fenner, 1990, p. 91).

Analizando ambas posturas a favor y en contra de la legalización encontramos que si se legaliza el consumo de sustancias es probable que se termine con el narcotráfico, más no con los problemas de abuso de sustancias, incluso existiría el riesgo de que aumente la problemática. En realidad el problema de la farmacodependencia debe afrontarse estableciendo estrategias de prevención oportunas y eficaces.

Con todo y los matices que el tema presenta, la legalización de las drogas es un hecho lejano, pues como se ha mencionado el mercado de la droga genera

grandes ganancias y por supuesto que una droga legal no reportaría las mismas ganancias. Es por ello que los principales interesados en que no se legalice la droga son los intermediarios y para ello ponen en juego todo el poder que el dinero de la droga les proporciona (Valverde, 1996).

#### **1.1.4 Drogas de consumo en México.**

Existen una gran cantidad de sustancias usadas con fines de intoxicación, sean estas legales, legalizadas o ilegales. Las drogas se han clasificado en alucinógenos , estimulantes, opiáceos, inhalantes y sedantes y barbitúricos. A continuación se muestra un cuadro de clasificación de fármacos mencionando algunas características en cuanto dependencia y tolerancia se refiere.

**Cuadro 1. Clasificación y Farmacología de las sustancias psicoactivas,  
tomado de Centros de Integración Juvenil A.C. 1996**

CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA DE PSICOTRÓPICOS DE ABUSO					
Tipo	Nombre Comercial	Uso Médico	Dependencia		Tolerancia
			Física	Psíquica	
<b>Opiáceos</b>					
Opio		No	Alta	Alta	Si
Morfina		Analgésico	Alta	Alta	Si
Heroína		No	Alta	Alta	Si
Mepiridina		Analgésico	Alta	Alta	Si
Codeína	Demerol	Béquico	Moderada	Moderada	Si
Difenoxilato	Coderit	Antidiarreico	Baja	Baja	Si
Fentanyl	Lomotil	Analgésico	Alta	Alta	Si
Nalbufina	Fentanest	Analgésico	Alta	Alta	Si
Propoxifeno	Nubain	Analgésico	Moderada	Moderada	Si
Metadona	Darvón	Analgésico	Alta	Alta	Si
Buprenorfina	Bupremex	Desintoxicación Desintoxicación	Alta	Alta	Si
<b>Sedantes, hipnóticos y Ansiolíticos</b>					
Barbitúricos	Pentobarbital	Hipnótico, anestésico, anticonvulsivo	Moderada	Moderada	Sí
Benzodiacepinas	Valium	Tranquilizante, hipnótico, relajante muscular, anticonvulsivo	Baja	Baja	Si
Buspirona	Buscar	Ansiolítico	Se ignora		No
<b>Simpaticomiméticos Anfetaminas</b>					
Cocaína (crack)	Dexedrina	Anestésico	Posible	Alta	Sí
Anfetaminas	Ice, Extasis			No	Sí
Metanfetaminas	Cristal	Narcolepsia	Posible		
	Akineton				

Biperiden Trihexifenidil Metilfenidato Otros	Artane Ritalin Tenuate Dospan Ionamin Esbelcaps	Antiparkinsonic o Antiparkinsonic o Déficit De Atención Anoréxicos	Moderad a Moderad a Posible Posible	Moderad a Moderad a Alta Alta	No No Sí Sí
Alucinógenos					
Tipo	Nombre Comercial	Uso Médico	Dependencias		Tolerancia
			Física	Psíquica	
Alucinógenos					
LSD 25 Fenilciclidina y análogos Psilocibina Mezcalina Ololiuqui	Hongos Peyote Maravilla	No Veterinario  No No No	No Posible  Posible No Se ignora	Alta  Moderad a	Si Si  No No
Cannabis					
Mariguana Hachís		No No	Posible Se ignora	Moderada Moderada	Sí Sí
Disolventes volátiles					
Naftaetilacetato Metiletilisobutelin o Acetona, Benzol Tricloretileno Tolueno Benceno, Xileno		No No No No No	Leve/moderada Ocasional		No

Fuente: Guisa, Barriga, Sánchez, 1998. Farmacodependencia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. CIJ, México.

### **1.1.5 Epidemiología del consumo de drogas en México.**

En este apartado se pretende describir el panorama general sobre la situación en el país, tratando de responder cuántas personas consumen drogas, quiénes las consumen, qué tipo de droga consumen y cuántas veces las usan.

A continuación, se presentan gráficas y datos sobre el consumo de drogas ilícitas en México, tanto en la población general, como en grupos específicos y cuadros comparativos al respecto; se recurre a los resultados de tres investigaciones<sup>4</sup>. Antes se definen algunos conceptos clave:

*Alguna vez en la vida:* es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años de edad) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Permite hacer una primera distinción en la población entre los que han usado y los que no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

*Último año:* es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más veces dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista.

*Último mes:* esta prevalencia, conocida también como uso actual permite

---

<sup>4</sup> Encuesta Nacional de Adicciones (1993, 1998, 2002) México; Características Sociodemográficas y de consumo de Drogas entre Pacientes de primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997. Encuesta Nacional a estudiantes de secundaria y Bachillerato (SEP-IMP, 1991) México.

estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los 30 días previos al estudio.

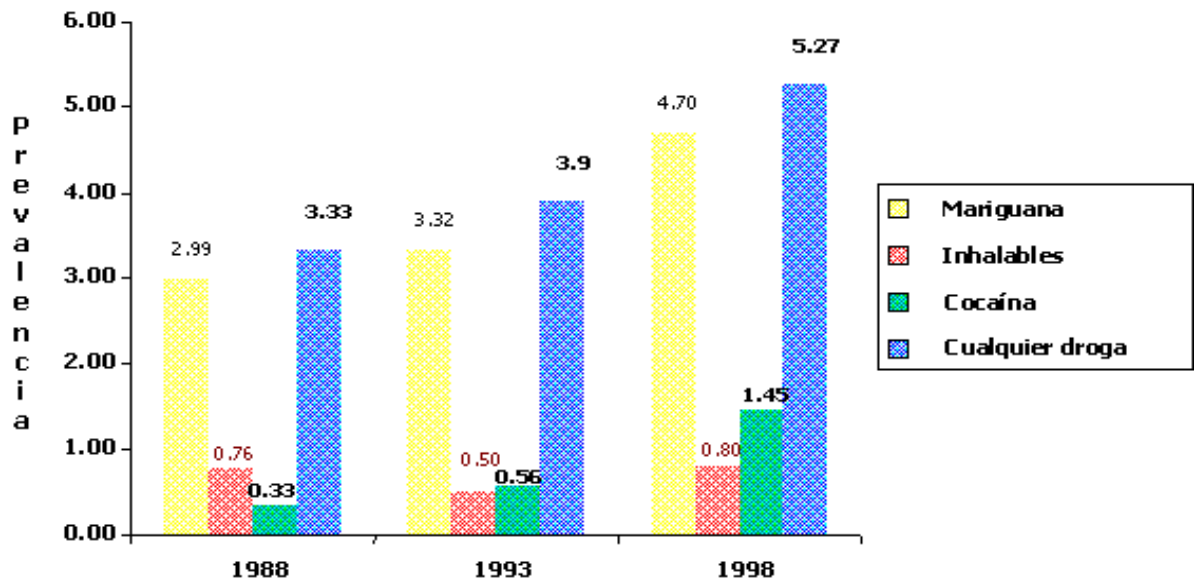
De acuerdo con la gráfica 1 en 1998, 5 de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias alguna vez en la vida. En 1993, 4 de cada 100 y en 1988 solo 3 de cada 100 lo que nos habla de un aumento sostenido en el consumo de sustancias. En estas encuestas se excluyen tabaco y alcohol. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, se tiene que 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta. De la misma fuente se tiene que el uso de drogas ilegales es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Drogas ilegales incluye marihuana, cocaína, inhalables, heroína, alucinógenos y Metanfetaminas. Drogas de prescripción médica incluye: opiáceos, sedantes, tranquilizantes, anfetaminas y otros estimulantes.

## Población general

### Tendencias del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida. Población urbana de 12 a 65 años de edad



Gráfica 1. Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998.

IMP, DGE, CONADIC / SSA.

En escuelas de secundaria y bachillerato la proporción se eleva a 8 de cada 100 personas que han consumido alguna droga alguna vez en la vida, por lo que se considera a los jóvenes como grupo de alto riesgo para el inicio de consumo de drogas. El joven y el adolescente experimentan cierta curiosidad de probar las drogas para “ver que se siente”, con eso se corre el peligro de que se enganchen en

un proceso de adicción, si la droga les proporciona un estado de “bienestar”. Con esto se explica por qué el mayor índice de consumo se reporta en adolescentes y jóvenes, aun cuando el problema se extiende por debajo y hacia arriba de este grupo de población.

Como se puede apreciar en la gráfica 2. la mayoría de usuarios son hombres jóvenes, por cada mujer que consumió alguna droga 8 varones lo hicieron, esto en el año de 1993, para 1998 se incremento a 12 el número de varones.

El número de varones que consumen sustancias es mayor al número de mujeres que consumen alguna droga, lo cual puede deberse a cuestiones de índole cultural.

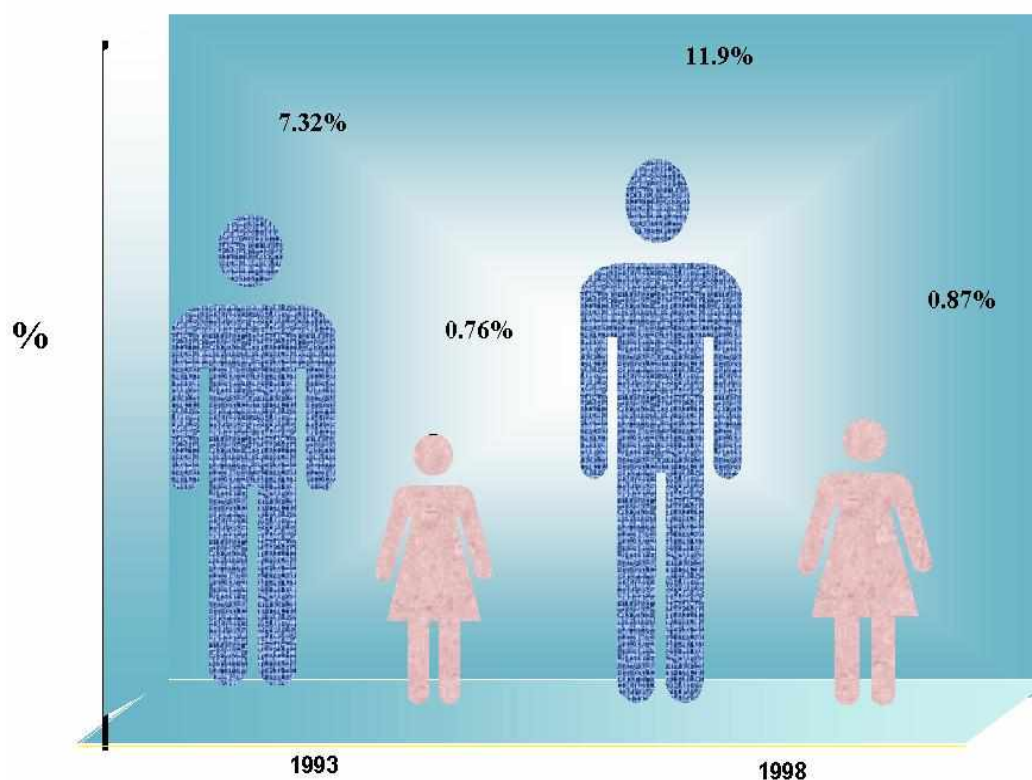
En México al hombre se le educa para que sea él quien lleve el control de las situaciones, no se le permite expresar sus emociones “ los hombres no lloran”, “aguántese que es hombrecito”, “quién es el hombre de la casa”, “quién manda”. De tal suerte que la droga puede ser un escape al cúmulo de emociones que cargan.

Por otro lado la mujer es educada para ser más recatada, no se le otorga la misma libertad que al hombre, se procura que permanezca en casa a horas más tempranas: “Qué van a decir de que andes en la calle tan tarde”, “ las mujeres deben estar en su casa”, “tu hermano es hombre”. Desde este punto de vista el estar más tiempo en su casa puede considerarse como un factor protector, pues un factor de riesgo es la permanencia en las calles; por supuesto el permanecer en casa por sí mismo no evita el consumo de drogas sino que debe complementarse con otros factores protectores. Por otra parte, aún cuando el índice de hombres usuarios es mayor que el de mujeres, una vez que entran al consumo de drogas siguen un



patrón similar al de los hombres, en cuanto a tipo de sustancias y el número de dosis administradas.

**Tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, por sexo.  
Población Urbana de 12 a 65 años, 1993-1998**



**Gráfica 2. Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1993 y 1998.**

**IMP, DGE, CONADIC / SSA.**

En México la edad de inicio en el consumo en un 45% de la población se dio entre los 15 y 19 años de edad entre 1990 y 1997. La edad de inicio en niños

menores de 10 y hasta 14 años aumentó de un 39.6% en 1990 a un 42.2% en 1997. Para 1998 el 87% de la población inició el consumo entre los 10 y 19 años de edad. (Guisa Cruz, CIJ, 1999).

Se tiene para el año 2002 que 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez.<sup>6</sup> Estos datos ponen de manifiesto el aumento considerable en la población que inicia el consumo a partir de los 10 años de edad, lo cual es una razón para pensar en la prevención previo a que la edad de consumo inicie antes de los 10 años de edad.

Acerca de las drogas de uso más frecuente, en México la droga más usada sigue siendo la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado en proporción de 7.7 hombres por cada mujer. El segundo lugar lo ocupa la cocaína, el 1.44% de la población urbana la ha usado, por cada 4 hombres una mujer la consume, su uso se da por orden de preferencia en polvo, pasta y crack. En tercer lugar se tienen los inhalables (thinner, pegamentos, lacas, etc.), el cuarto lugar lo ocupan las anfetaminas y el último lugar la heroína y los alucinógenos. El consumo de cocaína se triplicó en los últimos 5 años, y los usuarios de marihuana aumentaron de 1.4 a 2.4 millones en el mismo lapso. Resulta notorio el incremento sostenido en la utilización de solventes inhalables, productos que inclusive son la primera droga de uso en algunas ciudades del país tales como: Nezahualcoyotl, Puebla, León y Monterrey. Los solventes e inhalables son sustancias de fácil acceso y lamentablemente son las más buscadas por niños (Vélez Barajas, s.f).

Respecto al número de ocasiones de uso, 5 de cada 100 personas han

---

<sup>6</sup> Fuente: ENA 2002 • SSA, CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI en [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

consumido alguna vez en la vida. Una persona de cada 100 fue usuaria de drogas en el último año y 4 personas de cada mil consumieron alguna sustancia en el último mes.

Por otra parte, más de la mitad de los consumidores toman varias drogas, el resto solo usa de un tipo. El consumir más de una droga causa efectos aún más dañinos al consumidor y al mismo tiempo empeora su adicción.

## 1.2 PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS EN MÉXICO

La farmacodependencia, al constituir un problema complejo y dinámico, requiere de un constante monitoreo para vigilar más de cerca el fenómeno y estar alerta sobre cualquier cambio, de tal manera que ello nos permita establecer estrategias preventivas oportunas. Dado que el problema alcanza dimensiones políticas, económicas, sociales y culturales, los esfuerzos dirigidos a la prevención deben dirigirse a varios niveles. (Galván, Ortiz, González, 1997)

Según la Norma Oficial Mexicana "la prevención es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias".<sup>7</sup>

La Norma Oficial Mexicana (NOM) establece en materia de prevención de adicciones seguir las siguientes especificaciones<sup>8</sup>:

"6.2.1 En materia de promoción de la salud se deberá:

6.2.1.1 Fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el autocuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y de las comunidades.

---

<sup>7</sup> Consejo Nacional contra las adicciones, Secretaría de Salud (CONADIC/SSA)  
) <http://www.ssa.gob.mx>

<sup>8</sup> Idem.

6.2.1.2 Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover la salud integral entre la población.

6.2.1.3 Llevarla a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.

6.2.2 En materia de educación para la salud se deberá:

6.2.2.1 Informar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones como problema de salud pública, su impacto y su consecuencia.

6.2.2.2 *Informar sobre factores protectores y evitar los factores de riesgo en torno a las adicciones.*

6.2.2.3 Promover la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de actividades preventivas en lo referente a las adicciones.

6.2.2.4 Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables, para evitar y, en su caso, reducir el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2.2.5 Desarrollar programas educativos encaminados a influir positivamente en la formación integral del individuo, y a promover estilos de vida saludables y entornos saludables.

6.2.2.6 Informar y orientar sobre adicciones, particularmente en grupos de alto riesgo.

6.2.2.7 Orientar, educar y alentar a solicitar de manera oportuna la atención para personas que consumen sustancias psicoactivas.

6.2.2.8 *Promover el desarrollo de factores protectores a nivel personal, escolar, familiar, laboral y colectivo para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.*

6.2.3 En materia de participación social y comunitaria se deberá:

6.2.3.1 Establecer comunicación entre los sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes.

6.2.3.2 Impulsar la integración o consolidación de grupos entre la comunidad, para prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas.

6.2.3.3 Promover que grupos representativos de la comunidad se capaciten y participen voluntariamente en actividades preventivas y de promoción de la salud, especialmente juveniles.

6.2.3.4 Promover la participación activa de la comunidad para que, con base en el conocimiento de la normatividad vigente, coadyuve en la vigilancia y cumplimiento de la misma.

6.2.3.5 Gestionar apoyos diversos, de organizaciones públicas y privadas, para la ejecución de diferentes. Acciones encaminadas a favorecer el desarrollo integral de menores de edad y jóvenes, así como a desalentar el uso de sustancias psicoactivas.

6.2.4 En materia de comunicación educativa se deberá:

6.2.4.1 Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal, sobre prevención de las adicciones, formen parte de un programa integral de educación para la salud y de promoción a la misma.

6.2.4.2 Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y rehabilitatoria.

6.2.4.3 Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que promuevan la sensibilización de la comunidad y su participación en acciones preventivas del uso

indebido de sustancias psicoactivas, evitando el uso de mensajes falsos y los que distorsionan la información objetiva.

6.2.4.4 Divulgar información sobre las conductas de riesgo, producto del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y respecto a los factores protectores para prevenirlas.

6.2.4.5 Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal.

6.2.4.6 Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo.

6.2.4.7 Definir los contenidos de los mensajes, de tal manera que:

6.2.4.7.1 Sean claros, específicos y verídicos.

6.2.4.7.2 Se dirijan a las necesidades, intereses y características de la población objetivo.

6.2.4.7.3 No muestren la forma de administración de sustancias psicoactivas, ni a personas consumiéndolas.

6.2.4.7.4 Motiven la participación y toma de conciencia en acciones preventivas.

6.2.4.7.5 Difundan datos actualizados, confiables y fundamentados, que eviten exageraciones.

6.2.4.8 Solicitar la opinión técnica y en su caso, la aprobación del CONADIC para las campañas en medios masivos, que se planeen instrumentar.”

Pese a las recomendaciones que establece la Norma Oficial Mexicana (NOM), los programas de prevención que actualmente se llevan a cabo cumplen con solo algunas de ellas, esto dependiendo de su objetivo particular, el enfoque y los recursos disponibles.

Algunas recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana van dirigidas a un tema de central importancia: los medios de difusión y comunicación, tema que merece ser comentado por su incidencia directa en la problemática de las adicciones.

El aspecto de la comunicación es de suma importancia ya que como lo menciona De la Garza (1999) los medios de comunicación masiva contribuyen a crear un clima de aceptación general de las drogas como medio de relajación y placer.

Algunos anuncios consumistas presentan el uso de drogas legales (tabaco y alcohol) como decisión inteligente del hombre para aliviar algunas incomodidades o bien se presenta el uso de drogas ilegales en forma sensacionalista indicando inclusive la forma de utilizarlas y conseguirlas. De tal forma que las recomendaciones que al respecto propone la NOM no se aplican tal y como se exhorta. Las especificaciones de la NOM deberían hacerse extensivas a todos los contenidos de programas y anuncios que exhiben los medios de comunicación, incluso debería tener carácter de obligatoriedad, pues es fácilmente identificable que no se toman en cuenta principalmente en programas dirigidos a jóvenes promovidos por Televisa.

Desde otro punto de vista, los medios masivos de comunicación especialmente la televisión, promueven un estilo de vida que esta lejos de ser posible para la población de escasos recursos. En programas, telenovelas y



anuncios venden la idea de una vida llena de bienestar y comodidades, cuando una persona no puede acceder a estas comodidades y tiene un primer encuentro con la droga, puede generarse una situación de éxito de la droga al proporcionar a la persona un nivel de bienestar al cual no tiene acceso en su vida cotidiana.

Desde otro enfoque prevenir “significa realizar acciones o sistemas de acciones, es decir, estrategias que tienen por objetivo evitar o impedir un evento, percibido o definido como inaceptable o, por lo menos contener o reducir los daños derivados del evento” (Milanese, Merlo, Machín, 2000, p. 71). Esta definición no difiere de la que se menciono anteriormente, lo importante es poner el acento en las formas de hacer prevención, las cuales han ido evolucionando a través del tiempo.

Los diversos enfoques sobre Prevención se han ido enriqueciendo y los más recientes van ganando terreno, sin desplazar a los anteriores (Llanes Jorge, 1999), a continuación se describen algunos de los enfoques sobre la prevención que han sido propuestos por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) .

### **1.2.1 Enfoques sobre la prevención del uso de drogas en México.**

Dentro de los enfoques de prevención destacan los siguientes:

*Enfoque Ético-Legal.* Hacia los años 60's el consumo de drogas y conductas

asociadas fueron vistos con una óptica moral y legal, comportamientos de esta índole fueron considerados como faltas morales, delitos y transgresiones al código penal. El criterio de prevención se enfocó en la advertencia moral, se visualizó al adicto como delincuente se le marginó y se pretendía que esta señalización incidiera en la contención del hecho (Llanes, 1999). Un ejemplo de este tipo de enfoque es el programa “mochila segura”.

*Enfoque Médico Asistencial.* Considera que la adicción es una enfermedad, a partir de este enfoque se iniciaron estudios e investigaciones a nivel local y nacional. Se pasó de la observación de casos aislados a estudios epidemiológicos cuyos resultados han permitido conocer la incidencia y prevalencia del consumo de drogas. El criterio preventivo de este enfoque inicialmente se centró en la advertencia e información de los daños, con el tiempo también evolucionó y le dio más importancia a aspectos complejos de la conducta humana tales como aspectos fisiológicos, de conducta, y estilo de vida, lo que dio como resultado trabajos preventivos que orientan al sujeto hacia la salud y bienestar.

Una de las debilidades de este enfoque fue pensar que la educación se basa en la información (Lerner Roberto, 1993). Parte de este enfoque son las campañas masivas de información tales como “Vive sin drogas”.

*Enfoque Sociocultural.* Se caracteriza por brindar mayor importancia al ambiente social y la cultura, la evolución llegó hasta este punto al descubrir que las condiciones sociodemográficas y culturales afectan el patrón del consumo de drogas. Las acciones preventivas que se apoyan en este enfoque se dirigen hacia el

respaldo de actividades alternativas al uso de drogas como actividades artísticas, culturales, deportivas, recreativas, etc.

*Enfoque Riesgo-Protección.* Después de analizar los resultados de importantes investigaciones se identificaron una serie de factores de riesgo presentes en el uso de drogas. El descubrimiento de factores de riesgo permite anticiparse al problema introduciendo los factores de protección específicos. En este enfoque la prevención se encamina al desarrollo de habilidades que permiten enfrentarse en forma exitosa a los riesgos. ( Castro, Llanes, Margain 2002)

### **1.2.2 Programas de prevención del uso de drogas.**

Bonifaz Pedrero (1999) comenta que el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en Estados Unidos ha establecido una serie de principios que los programas preventivos deben seguir, entre los que se encuentran los siguientes:

- *Diseñarse para aumentar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.*
  - Promover el desarrollo de habilidades prosociales.
  - Incluir métodos interactivos.
  - Dirigirse a adolescentes, jóvenes y adultos.
  - Ser de largo plazo con intervenciones repetidas.
  - Incluir a la familia
  - Tener en cuenta que las escuelas ofrecen la posibilidad de alcanzar a todos los grupos de población.

- Ser flexibles, para adaptarse a las características del problema y de la comunidad.
- *Mientras más elevado sea el nivel de riesgo, más temprana debe ser la prevención.*
- *Ser específicos para cada edad y cultura del grupo.*
- Ser redituables.

Con base a estas recomendaciones, en México se han desarrollado algunos programas de prevención a continuación se describen los más sobresalientes.<sup>9</sup>

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), aplica programas de prevención en sus planteles de bachillerato. Cuenta con estudios epidemiológicos respecto al estilo de vida y percepción del riesgo y consumo de drogas, en sus resultados basa el trabajo de prevención para el cual realizan videos, carteles, trípticos, sesiones educativas, cine debate, etc.

El ITESM campus Edo. de México tiene un programa preventivo, que además del consumo de drogas considera desordenes alimenticios, educación sexual y seguridad personal. El programa se aplica a estudiantes, personal administrativo, docente y padres de familia, cuentan con talleres de capacitación en la formación de promotores de salud quienes se dedican a llevar el programa a la comunidad externa.

La Universidad del Valle de México ha elaborado mensajes y carteles para

---

<sup>9</sup> CONADIC boletín Especial Junio 2001

radio y TV. Realiza talleres en los cuales aborda la problemática. La Universidad Autónoma del Estado de Morelos y el Instituto Politécnico Nacional realizan diplomados para la capacitación de recursos humanos.

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), ha desarrollado el modelo preventivo Construye tu vida sin adicciones desde un enfoque de educación para la salud, basada en la conformación de estilos de vida que permitan el desarrollo potencial de la persona, fortaleciendo los factores de protección y la resiliencia a nivel individual, familiar y comunitario.

El modelo se dirige a grupos de población por edad: adolescentes, jóvenes y adultos, cuenta con manuales e instrumentos de evaluación; promueve la creación de redes, brinda apoyo a programas juveniles y coordina campañas de prevención.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) con apoyo de la Organización Internacional del trabajo y del CONADIC, desarrollo un programa de prevención dirigido a trabajadores incluye manual de trabajo e instrumentos de evaluación.

Los Centros de Integración juvenil (CIJ) han desarrollado el programa Para Vivir sin drogas dirigida a una población de entre 10 y 56 años de edad, interviene en tres niveles: información, orientación y capacitación.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) a través del programa de educación preventiva contra las adicciones, proporciona una opción para enfrentar el problema desde la escuela, basándose en la educación social, este programa maneja siete proyectos en cuadernos de orientación para padres y profesores, los temas de trabajo son: fomento de valores, manejo responsable de la sexualidad, aprovechamiento creativo del tiempo, educación ambiental, manejo responsable del

consumo de bebidas alcohólicas, prevención del consumo de tabaco y drogas.

Respecto del programa de la SEP, es poco conocido aún entre los profesores de las escuelas, actualmente se ha trabajado en forma conjunta con los CIJ, mediante un programa de círculo de lectura para padres con el libro Como Proteger a tus hijos contra las drogas, este trabajo no es llevado directamente por los profesores, solo se limitan a permitir la entrada a personal de CIJ para que ellos lleven a cabo el trabajo con los padres, lo que indica que es necesario un trabajo de sensibilización con los profesores de las escuelas y las autoridades educativas previo a la implementación de cualquier programa preventivo.

El sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ha llevado durante muchos años programas preventivos dirigidos a familias inicialmente se basó en el concepto de asistencia social. El enfoque ha cambiado de acuerdo con la evolución de los enfoques de prevención, actualmente su enfoque es basado en el de riesgo- protección. Para la implementación de este modelo ha trabajado en forma conjunta con el INEPAR A.C.

### **1.2.3 Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli.**

Por su parte el Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos (INEPAR), plantea el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales “Chimalli” elaborado por Ma. Elena Castro, Mónica Margain y Jorge Llanes en 1991. Se trata de un modelo participativo y vivencial de acción ecológica y de desarrollo humano. El

modelo “Chimalli” busca lograr un cambio en la actitud de la comunidad escolar y sus integrantes. Parte de la aproximación riesgo-protección, basada en la teoría de la resiliencia.

El modelo “Chimalli” se retroalimenta de la investigación epidemiológica con jóvenes a nivel nacional llevados a cabo por la Secretaría de Salud. Los indicadores de riesgo que funcionan como predictores de consumo de drogas, conductas antisociales y otros problemas psicosociales, surgen de diversas investigaciones.

El modelo Chimalli, toma en cuenta los siguientes factores de riesgo producto de diversas investigaciones: Medina Mora y cols. (1989) (citados en Castro, 2002) en un estudio realizado entre jóvenes de la calle inhaladores crónicos encontraron que el abandono de la escuela, la falta de contacto con la familia, la iniciación temprana del trabajo en la calle, el consumo de drogas entre hermanos y amigos, la migración de zonas rurales a urbanas son predictores del consumo de drogas.

En el ámbito escolar, grandes muestras representativas de población entre 14 y 18 años manifiestan como factores que predicen el consumo de drogas: insatisfacción con la calidad de vida, percepción de debilidad en apoyos y controles familiares, dificultades en el manejo de la realidad, sobre todo en emociones.

En estudiantes de preparatoria consumidores de drogas se ha observado que el 72% refiere datos de riesgo en el manejo de la sexualidad, de los que consumen drogas el 63.6% bebe alcohol y fuma tabaco en exceso. Entre los estudiantes que abusan del alcohol y del tabaco 90% presenta conductas de riesgo en la sexualidad, y 57% en el manejo inadecuado de eventos negativos en la familia como divorcio de

los padres o muertes significativas (Chavez, Castro, 1986; Castro, Maya 1982; De la Serna, Castro, 1991, citadas en Castro, 2002).

Por otra parte Medina Mora y Cols, (1989) mediante la Encuesta Nacional de Adicciones reportan que los amigos o conocidos son los que con mayor frecuencia ofrecen drogas por vez primera, especialmente marihuana y cocaína. Los lugares en donde se obtienen son reuniones, fiestas y la escuela.

Sobre la base de estos datos y tomando en cuenta que “las normas que promueven estilos de vida sanos en la institución escolar y familiar son un importante factor que protege el desarrollo del joven.” (Castro, Llanes, Margain, 2002), surge la inquietud de elaborar el modelo de prevención “Chimalli” diseñado para trabajar en comunidades escolares abordando las áreas de salud, sexualidad, actos antisociales, consumo y abuso de drogas, consumismo y eventos negativos en la vida. La estrategia principal del modelo es el desarrollo de habilidades de protección y el incremento en los niveles de participación comunitaria con el fin de transformar los ambientes de riesgo en comunidades protegidas.

El modelo consta de tres componentes básicos: a) la investigación, para el diagnóstico y la evaluación de resultados, para ello cuenta con dos instrumentos el IRPA (Inventario de riesgo-protección para adolescentes) y la “Escala de actitud Chimalli”. La aplicación de estos instrumentos retroalimenta la investigación que surge a partir de la aplicación del modelo y permite una evaluación constante. b) la intervención preventiva a través de dispositivos grupales con técnicas psicocorporales, psicosociales y psicoeducativas. La intervención se realiza mediante una sesión semanal con los adolescentes en su aula de estudio y bajo la



dirección del profesor quien cuenta con el manual del maestro y la carpeta del joven en donde se especifican los ejercicios a realizar por la población. c) Participación comunitaria mediante la creación de redes vecinales o escolares.

Teóricamente este modelo parte de un enfoque riesgo-protección en donde factores de riesgo son “ aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individuales que están presentes en los ambientes clave en donde se desarrollan los niños y jóvenes y que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo” (Castro, Llanes, Margain, 2002, p. 35); los factores protectores serán “aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individuales que están inherentes en los ambientes clave en donde se desarrollan los niños y jóvenes -escuela, hogar, comunidad- y que eliminan o disminuyen la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo” (Ibidem p. 36) .

Los factores de riesgo y protección están fuertemente vinculados a un concepto clave: resiliencia. El término es adoptado en las ciencias sociales para caracterizar a sujetos que a pesar de nacer y crecer en condiciones adversas se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. La resiliencia es la capacidad de los individuos para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformado positivamente por ellas (Rutter, 1993 citado en Castro, 2002).

El éxito del modelo “Chimalli”, ha permitido su institucionalización en algunos estados de la republica como parte del programa de la Secretaría de Educación Pública. Para mostrar su eficacia se realizó una investigación en seis planteles

escolares situados en cuatro ciudades, se demostró la eficacia del modelo en cuanto al cambio de actitudes y modificación en los niveles de protección (Castro, Llanes, Carreño, 1999).

El modelo presenta la facilidad de que puede ser aplicado directamente por un profesor, un padre de familia, un promotor comunitario o bien por un estudiante. Dentro de las limitaciones exige una total fidelidad en la aplicación del modelo, para lograr resultados favorables en todas las áreas de intervención, esto último representa cierto problema pues exige la formación de una red, la cual debe funcionar durante todo el proceso, también exige la participación de los padres de familia de forma constante en grupos de reflexión en donde se practican técnicas psicocorporales, todo esto lleva gran cantidad de horas de trabajo, que muchos profesores no están dispuestos a ejercer sin retribución alguna.

### **1.3 PREVENCIÓN Y CONSUMO DE DROGAS EN NIÑOS.**

En este apartado se aborda la problemática del consumo de drogas en niños y la falta de programas de prevención dirigidos a esta población. También se presenta el enfoque de preventivo que proponemos para abordar la problemática.

Como se mencionó anteriormente existen diversos programas preventivos los cuales se dirigen a grupos de población específicos según corresponda a la misión y objetivos de la institución que los implementa. De tal suerte que si el objetivo de una institución es la prevención en jóvenes que cursan bachillerato, difícilmente cambiaran su estructura para abarcar otras poblaciones. Tal como lo indica Bonifaz Pedrero (1999), se dan toda una serie de recomendaciones que deben seguir los programas de prevención y en ningún caso se considera a los de niños.

Las encuestas nacionales de adicciones abarcan a poblaciones de 12 a 65 años, los resultados manifiestan mayor concentración de uso de drogas en adolescentes y jóvenes por lo que, la mayoría de los programas de prevención se dirigen a este grupo de población pues se considera un grupo altamente vulnerable para el consumo de drogas. Desde el momento en que la población infantil no se considera en el levantamiento de información sobre el consumo de sustancias, se van estrechando las posibilidades para considerar la prevención del consumo de drogas en niños. Sin embargo el problema del consumo de drogas en niños existe, y tiende a aumentar.

### 1.3.1 Consumo de drogas en niños.

Tal y como se indicó previamente ha disminuido la edad de inicio en el consumo de drogas. El porcentaje de niños que inician el consumo de alguna droga entre los 10 y 14 años de edad ha aumentado en los últimos años, de un 39.6% en 1990 a un 44.0% en 2000<sup>10</sup>. A continuación se comentan algunas investigaciones que nos permiten tener una visión del problema de consumo de drogas en niños.

Los Centros de Integración Juvenil reportan en algunas de sus unidades que más del 10% de sus pacientes iniciaron el consumo de sustancias antes de cumplir los 10 años de edad (CIJ, 2002). Otras unidades de centros de Integración Juvenil reportan prevalencias: alguna vez en la vida en el uso de tabaco y alcohol de un 5.2% y 2.7% respectivamente, entre estudiantes de sexto grado de primaria. Cabe mencionar que el consumo de alcohol y tabaco es un factor de riesgo para el consumo posterior de otro tipo de drogas.

En una investigación realizada por la subdirección de Investigación Evaluación de los CIJ (2000), efectuada en tres escuelas de la delegación Azcapotzalco y aplicada a niños de sexto grado de primaria, se encontró que el 42.5% de los encuestados ha sentido curiosidad de probar el cigarro o el alcohol; **el 12.5 ha sentido curiosidad de probar alguna droga ilegal.**

El 27.4% reporta convivir con personas consumidoras de drogas y el 15.1%

---

<sup>10</sup> CIJ, subdirección de Investigación, tendencias del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, entre 1990 y 2000. México, D.F. 2001

señala que puede conseguir fácilmente droga si se lo propone. Un 11.3% reporta que le han ofrecido alguna sustancia en al menos una ocasión. Un 20.8% ha probado el tabaco y el 49.1% ha tomado bebidas alcohólicas. Finalmente **el 1.4% ha probado alguna droga al menos una vez.**

Los datos obtenidos son alarmantes si consideramos que se trata de una muestra de apenas 202 niños, si estas encuestas se aplicaran a todas las escuelas de educación primaria y tomando como base los resultados de la investigación mencionada, encontraríamos un alto número de niños que tienen curiosidad por probar alguna droga ilegal, de igual forma aumentaría el número de niños que han probado alguna droga, alguna vez en la vida.

Por otra parte la información que tienen los niños sobre los diferentes tipos de drogas hacen pensar que es necesario iniciar la prevención a edades más tempranas así lo expresan Sánchez, Rosales y Ramírez (1987), ellos realizaron una investigación para conocer dicha información a través del dibujo.

En dicha investigación participaron 17 escuelas de la delegación Iztapalapa y se encontró que los niños conocen hasta 14 diferentes tipos de drogas. Destacan los inhalantes (27.66%), la marihuana (14.59%), el tabaco (13.65), el alcohol (13.17), y la heroína (13.17%), en último lugar se sitúa la cocaína (3.32%). Este conocimiento puede deberse al tipo de sustancia que es más común en la zona. Resulta interesante la presencia del tabaco y alcohol, pues son sustancias socialmente aceptadas, y el término droga se asocia casi exclusivamente a sustancias ilegales. Los datos obtenidos son de gran interés. Al haber mayor difusión en cuanto a tipos

de sustancias y su uso, se requiere enfocar programas de prevención a estos grupos de población.

En cuanto a la percepción del contexto que rodea el consumo de drogas los niños asociaron el problema de las drogas con problemas sociales tales como robo, vagancia, ambiente sucio (basura) y prostitución entre otros, también lo asocian con accidentes y muerte. Lo anterior da la idea de que el término droga representa para ellos problemas, sin embargo ello no es suficiente para asegurar que el niño no consumirá drogas en un futuro.

En cuanto a la relación familia-drogas, la asociación fue débil, solo 16 casos representaron esta relación, la asociación se encamina a la desintegración y la violencia al interior de la familia. Estos datos reflejan que no se considera que la familia sea un condicionante para el uso de sustancias.

Esta investigación permitió conocer la percepción de los niños respecto a las drogas, su entorno social y familiar. En algunos dibujos es sobresaliente las imágenes negativas del uso de drogas difundidas en medios masivos de comunicación.

Otro dato que cabe resaltar es que hubo pocos mensajes de ayuda. Este último dato es importante pues predomina en los medios de comunicación la difusión acerca de diferentes tipos de sustancias y su uso pero poco se estimula acciones de prevención o ayuda tanto para el adicto como para su familia.

Por otra parte Centros de Integración Juvenil (CIJ) realizó un estudio descriptivo de 1,215 casos de consumidores de sustancias legales e ilegales, menores de 15 años atendidos en CIJ. Se analizaron 12,300 casos de los cuales

1,215 correspondieron a menores de 15 años, se encontró que solo 7 casos fueron menores de 10 años, los 1,208 casos restantes correspondieron a niños de 10 a 14 años. Acerca de las sustancias usadas por grupos ambos grupos de edad (menores de 10 años y de 10 a 14 años), en primer lugar se encuentran los inhalantes, le sigue la marihuana, el tabaco, el alcohol y la cocaína.

Los datos obtenidos podrían interpretarse en el sentido de que el problema de consumo en menores de 10 años es irrelevante. Sin embargo cabe considerar, que al ser menores, la primer opción de los padres es recurrir a un médico familiar, de primera instancia no se piensa en acudir a un centro especializado. Por otra parte muchos menores de y en la calle difícilmente acuden a este servicio (Sánchez, Guisa, de León, s.f), esto da como resultado el conocimiento de pocos casos de uso de sustancias en niños menores de 10 años, lo cual no necesariamente indica que el problema del consumo de drogas en niños menores de 10 años no sea relevante. Al mismo tiempo es considerable el número de casos que inician su consumo entre los 10 y 14 años, justo durante la adolescencia, cabe recordar que muchos programas de prevención se enfocan en esta población. La cuestión aquí es, que ya están inmersos en un problema de adicción, los programas preventivos deberían iniciarse antes de que se presente el problema y no después. Pues al haber ya un problema de farmacodependencia tendría que hablarse en todo caso de rehabilitación o reducción del daño.

En otra investigación Sánchez Huesca (s.f), pone de manifiesto que un alto porcentaje de los pacientes atendidos en CIJ son niños, algunos de ellos han sido

referidos a la institución por presentar problemas de lento aprendizaje y problemas de conducta principalmente hostilidad, a estos niños se les estigmatiza como “niños problema”. Un estudio más detallado ha permitido conocer la relación entre dichos problemas y el consumo de sustancias.

Dentro de los factores de riesgo que se asocian con el consumo de sustancias, que tienen que ver con la escuela podemos mencionar, deserción y fracaso escolar. La investigación que realiza Sánchez Huesca, evidencia cómo la escuela y la familia utilizan al niño como “un encubridor de las fallas de un sistema educativo” (ob cit p.38)

Luego de una serie de entrevistas con padres, maestros y alumnos, se encuentra que el sistema educativo y familiar contribuyen a la formación de niños problema, que más adelante pueden presentar problemas de inhibición intelectual, inmadurez, dislexia, retraso escolar y finalmente deserción. Un niño que es considerado como niño problema es estigmatizado lo que conlleva un estado de marginación que al conjugarse con otros factores de riesgo como la deserción escolar, pobreza, baja autoestima, etc. puede desencadenar potencialmente el riesgo de consumir drogas.

Para atender a un niño considerado “niño problema” se hace necesario conocer el medio en el cual se desenvuelve, un niño de 7 años de edad hace la siguiente descripción de su comunidad “ *aquí esta mi hermana, mi papá, mi mamá, Raúl, Pedro, Juan, Ana, Andrés y yo ... juego con mis hermanos y vecinos y se pelean a botellazos, y había unos marihuanos y unos cementeros, y en las noches se oía pasos y salió en el periódico, salió que un pequeño niño murió por la llorona*



*... y siempre hay accidentes y policía... y mi papá estaba en la vía y un tren le machuco la pata a mi papá... y siempre hay muchos choques ... y a un niño le dieron una patada en la escuela y lo llevaron a un castillo embrujado.” (Sánchez Huesca, s.f, p.36)*

En el relato anterior es fácilmente identificable un ambiente en donde hay abuso de sustancias, violencia y familias numerosas, es decir se conjugan una serie de factores de riesgo que podrían llevar al niño a ser consumidor de alguna droga. Esto nos permite llegar a la reflexión de que los “niños problema” están manifestando lo que pasa en su ambiente, un ambiente que muchas ocasiones se constituye en factor de riesgo que propicia el consumo de sustancias.

Así ocurre en el caso de Paco, presentado por Bleichmar y Benenati (s.f). Paco, es un niño de 8 años de edad, fue remitido por el pediatra. Paco presentaba trastornos del comportamiento, dificultades de aprendizaje y drogadicción. El contexto : su familia está compuesta por cinco hermanos; los padres son de clase baja, el padre no tiene empleo estable y la madre cumple funciones domésticas domiciliarias. Paco repite segundo año de primaria, sus habilidades de lectura y escritura son pobres. En el último año vagabundea, y se niega a seguir las órdenes escolares. También en el último año presenta cefaleas, náuseas y vómitos.

Durante el tratamiento pueden esclarecerse varios factores que afectaron a Paco, su padre se encontraba ausente luego de haber cometido un asesinato, la madre trabaja para mantener a los hijos y un tío muy querido por Paco había fallecido. A partir de estos acontecimientos Paco se “encerraba” en la azotea o en baldíos y ahí se “activaba” para poder hablar con su tío Toño.

En el caso de Paco, no es posible verlo sólo como un “niño problema” o atender en forma aislada los síntomas que presenta, se hace necesario analizar el contexto o soporte social como proponen Bleichmar y Benenati, el soporte psicológico y el soporte biológico, únicamente así puede verse el conjunto de factores que se relacionan y dan lugar a la problemática de Paco y de otros niños como él.

Como las anteriores hay otras investigaciones que al plantear el problema de las drogas en los niños, nos dejan como reflexión el que debemos mirar al niño como un agente activo, debemos dejar de lado la vieja idea de que el niño no entiende, o que la niñez es la época de la felicidad y la fantasía, los datos anteriores muestran lo contrario, muestran una realidad a la que no se ha puesto la atención merecida, tal vez porque de hacerlo nos descubramos como partes del problema por diversas circunstancias, pero al fin y al cabo parte de él, como solución o como amenaza.

Los resultados observados hasta ahora ponen de manifiesto la necesidad de atender estos problemas en niños y preadolescentes. Considerando que el niño por sus propias características requiere de una atención distinta, y dado que no existen programas de prevención dirigidos a niños la problemática del consumo de drogas puede crecer hasta desbordarse. Ante tal situación enfatizamos la necesidad de implementar programas preventivos.

Dada la evidencia se considera la relevancia de diseñar y aplicar programas de prevención diseñados para la población infantil y que favorezcan en forma oportuna la aceptación a factores protectores que alejen el fenómeno de las

adiciones.

### **1.3.2 Enfoque teórico Riesgo-Protección.**

El enfoque preventivo que abordamos en este estudio es el enfoque Riesgo-Protección. Para tener un acercamiento a este enfoque se analizarán algunas investigaciones que ponen de manifiesto la presencia de una serie de factores que facilitan la incursión en el consumo de drogas así como factores que evitan o disminuyen la incidencia en el consumo de drogas.

Para lograr una explicación del término factores de “riesgo-protección” es necesario remitirnos al concepto de “resiliencia”.

De acuerdo con Klotiarenco (1996), el enfoque de la “resiliencia” parte del supuesto de que la pobreza y un ambiente psicológico insano son condiciones de riesgo para la salud física y mental de las personas y centra su atención en las condiciones que hacen posible un desarrollo más sano y positivo.

Osborn (1993, citado en Klotiarenco, 1996) habla de resiliencia como un producto de la conjunción entre los factores ambientales y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son pequeños. Con lo anterior podemos decir que un niño será “resiliente” cuando a pesar de desarrollarse en situaciones de riesgo sobresale adecuadamente al utilizar factores protectores.

Lo presentado anteriormente nos da una visión bastante clara de la relación resiliencia-factores de riesgo-protección. De tal manera que llegamos a un punto en

el que debemos precisar lo que entendemos por factores de riesgo y factores de protección así mismo de conocer cuales factores son considerados en este enfoque.

### **1.3.2.1 Factores de riesgo.**

En esta investigación consideramos la siguiente definición del termino Factor de riesgo "cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifique la probabilidad de que se presente un problema" (Forselledo, 1994).

En México, las investigaciones en el campo de la farmacodependencia han dado a conocer una serie de factores de riesgo presentes en las personas que están inmersas en la problemática de la farmacodependencia. Es importante destacar que no todos los factores de riesgo contribuyen a aumentar la frecuencia del problema, ni actúan con la misma fuerza. A continuación se mencionan algunas investigaciones al respecto.

Medina Mora y otros (1987, 1996,1999, 2000) han realizado diversas investigaciones para determinar algunos factores de riesgo asociados con el uso de drogas. Para encontrar los factores de riesgo, se realizó una relación de las variables siguientes: lugar en donde vive el menor, ambiente en el que vive, (presencia de alguna persona con dependencia a drogas, trato que recibe el menor), el desarrollo escolar (matriculación y déficit educativo), cuidado a la salud (servicio médico, número de comidas al día), grado de riesgo en el que se desenvuelve el

menor (si le han ofrecido drogas), y uso de drogas

Con los datos obtenidos se encontró que el entorno familiar influye de manera significativa sobre el nivel de riesgo del ambiente, el cuidado en la salud, el consumir drogas y tener relaciones tempranas, un papel importante de la familia es la capacidad de mantener al niño matriculado. Así mismo el niño está más expuesto a consumir drogas cuando vive en la calle, o cuando vive con alguno o ninguno de los padres.

En cuanto al desarrollo escolar, cuando es inadecuado influye en un mal cuidado de la salud, facilita el inicio del consumo de drogas, y en iniciar relaciones sexuales tempranas. El no estudiar es un factor que se relaciona estrechamente con el uso de drogas, básicamente en hombres.

Al mismo tiempo, el incremento en el uso de drogas se relaciona altamente con la disponibilidad de drogas y con el consumo de drogas por parte de familiares y amigos, así como con el grado de peligrosidad que se le adjudica a las mismas.

De las investigaciones anteriores se establecen como factores de riesgo: desintegración familiar, deserción escolar, conductas delictivas, disponibilidad de las drogas, percepción de peligrosidad respecto al uso de droga, uso entre familiares y amigos, recibir información de drogas por parte de amigos, experiencias sexuales tempranas, tiempo que pasan en las calles, relación difícil con la familia, descuido en la salud física, ser víctima de acoso o violencia sexual, deserción escolar y desarrollo escolar inadecuado.

Investigaciones realizadas al respecto han permitido conocer otros factores de riesgo los cuales se han clasificado en el siguiente orden: individuales, familiares y sociales así lo manifiestan CIJ (1999), Forselledo (1994) y Hernández (1998).

Entre los factores de riesgo individuales asociados al consumo de drogas se encuentran: bajo control de impulsos, agresividad, depresión, ansiedad, dificultad para afrontar situaciones estresantes, conducta antisocial temprana, sentimientos de soledad, dificultad para percibir el riesgo, deterioro de la vida social, fracaso escolar, trastorno por déficit de atención, actitud favorable hacia el consumo de alcohol, tabaco y drogas, autoestima pobre, manejo inadecuado del tiempo libre, percepción distante de los padres, dificultad para expresar sentimientos.

De los factores de riesgo individual, el que suele presentarse con mayor regularidad (Hernández, 1998), es el de la autoestima baja que a su vez se relaciona con otros factores de riesgo estableciendo un eslabonamiento. Al hablar de autoestima hacemos referencia a la evaluación que hace una persona con respecto de sí misma. Una persona con autoestima baja, se valora poco, y experimenta sentimientos de inseguridad e inferioridad, que les llevan a manifestar actitudes de tristeza, depresión y renuncia, o bien actitudes de ansiedad, miedo y agresividad, estas actitudes también se manifiestan en el éxito y desempeño escolar o bien en la forma de resolver conflictos y en las formas de relacionarse con los otros.

El fracaso escolar conduce muchas ocasiones a la deserción escolar y a pasar más tiempo en las calles, lo que se constituye en factor de riesgo si no se tienen elementos para saber utilizar en forma adecuada el tiempo libre.

A nivel familiar se han identificado varios factores de riesgo para el consumo de drogas, entre los que se encuentran: baja cohesión, conflictos conyugales, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en algún miembro de la familia, escaso involucramiento de los padres en las actividades de los hijos, límites difusos, expectativas de los padres en relación a los hijos, violencia intrafamiliar, familias compuestas, composición uniparenteral, privación social y económica, vínculos afectivos débiles, ausencia física y/o emocional de alguno de los padres.

El consumo de drogas no puede atribuirse únicamente al individuo o a la familia, es necesario considerar a las personas y sus familias en un contexto más amplio, en un marco social del cual somos parte, así también tenemos factores de riesgo sociales que se asocian con el consumo de drogas. Los factores de Riesgo Sociales encontrados son: grupos de pares consumidores de alcohol, tabaco y drogas, presión del grupo de pertenencia, tolerancia social ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas, pobreza, vínculos comunitarios débiles, redes de distribución, fácil acceso a sustancias adictivas, crisis de valores, zonas de producción, desempleo, elevado índice de niños de y en la calle, marginalidad, hacinamiento, promiscuidad, pobreza, discriminación, insuficientes opciones recreativas y deportivas, dificultades para el acceso a la educación.

De los factores de riesgo sociales el de la pobreza es el que causa mayor impacto al imponer una situación de "primariedad" (Valverde, 1996). Con primariedad se entiende la tendencia a obtener gratificaciones inmediatas como medio de adaptarse a las condiciones de vida. Cabe hacer mención que el problema de la

farmacodependencia no es exclusivo de un estrato social. Sin embargo las condiciones son de distinto orden; en un estrato social alto el problema de la farmacodependencia responde a un mundo demasiado lleno de cosas, mientras que en un estrato social bajo responde a un mundo carente e insuficiente (Forselledo, 1994).

En ocasiones la marginalidad y el hacinamiento son consecuencias de la pobreza, que a su vez puede ser consecuencia de un bajo salario. Específicamente la marginalidad se asocia con la migración de población del campo a las ciudades, cuando esto ocurre, las familias migrantes se establecen en zonas periféricas de la Ciudad, en donde se carece de servicios básicos como agua, luz, transporte, servicios de salud y educativos. Conjuntamente la familia migrante debe adaptarse a un nuevo modo de vida.

Cada uno de los factores de riesgo encontrados, incrementan la probabilidad del consumo de drogas, claro está que entre mayor número de factores de riesgo se conjuguen mayor es el riesgo de iniciar un proceso de adicción. Algunos factores son muy específicos del problema y otros comportan a su vez riesgos para otro tipo de problemas psicosociales.

Hasta ahora observamos una gran cantidad de factores de riesgo que aumentan la aparición del problema de la farmacodependencia, muchos de ellos no son modificables y está fuera de nuestro alcance alguna situación de mejora, por ejemplo los factores de riesgo sociales que tienen que ver con las condiciones de



pobreza, marginación y empleo. La presencia de estos factores de riesgo, son parte de un problema económico y social mas complejo que debe ser tratado desde otros enfoques. Sin embargo tenemos la posibilidad de fomentar y fortalecer factores de protección que neutralicen o disminuyan los efectos negativos de este tipo de problemas en los niños.

### **1.3.2.2 Factores de protección.**

En esta investigación consideramos como Factor de protección “ aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental e individuales, que están presentes en los ambientes clave en donde se desarrollan niños, y jóvenes –escuela, hogar, comunidad- y que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo” (Castro, 2002, p.36)

Así como ocurre con los factores de riesgo, los factores de protección por si solos no constituyen un rasgo de “resiliencia” para que esto ocurra debe conjugarse la presencia y acción de varios factores a un mismo tiempo.

Klotiarenco (1996), menciona las investigaciones realizadas por Garnezy y Wener (1995) que clasifican a los factores de protección en personales, familiares y en la comunidad. Entre los primeros se incluyen: habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía y tolerancia a las frustraciones.

Los factores de protección en la familia son: presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas y búsqueda de significado en tiempos difíciles.

Los factores de protección comunitarios consideran: presencia de pares y personas mayores que brinden consejo y apoyo emocional en tiempos difíciles, programas de educación comunitaria a padres y participación activa en una comunidad religiosa.

Desde otro punto de vista Castro, Llanes y Margain (2002), en su Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli, proponen una serie de 76 factores que se deben tener en cuenta en la prevención de las adicciones. Los factores son agrupados en seis áreas de riesgo-protección: salud, sexualidad, consumismo, actos antisociales, adicciones, y eventos negativos.

## **Capítulo 2. MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS “APRENDER JUGANDO”**

Tal y como se ha expuesto, el problema del consumo de drogas en niños, es de reciente aparición, sin embargo es un problema que tiende a acentuarse, y no se cuentan con programas preventivos que se dirijan a niños. La prevención de la farmacodependencia centra sus esfuerzos en poblaciones de jóvenes y adolescentes a quienes se considera como grupos vulnerables. Ante esta situación creemos en la importante necesidad de elaborar programas de prevención para niños. Por ello ante un primer intento de aportar alternativas de prevención, presentamos el Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender jugando”, con el fin de anticiparnos a un problema de consumo de drogas. Este Modelo preventivo está basado en el enfoque de prevención Riesgo- Protección, descrito anteriormente.

En este apartado se hará una descripción del modelo “Aprender Jugando”, de los factores de riesgo y protección que considera y de la forma en que interviene en el fomento de actitudes favorables hacia los factores de protección considerados.

### **2.1 FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN EN EL MODELO “ APRENDER JUGANDO”**

Las condiciones de vida de las personas pueden considerarse como de riesgo o de protección para el consumo de drogas según sea el caso. Las situaciones

consideradas como factores de riesgo o protección se identifican como tales a través de diversas investigaciones, como las de Medina, M. y otros; Castro, Forselledo; Hernández; Klotiarenco, CIJ entre otros. (Véase 1.3.2.1 y 1.3.2.2)

El Modelo preventivo “Aprender jugando” considera como factores de Riesgo: *el descuido en la salud física, baja autoestima, experiencias sexuales desagradables como abuso sexual, la presencia de familiares consumidores de drogas incluyendo alcohol y tabaco, sentimientos de soledad, dificultad para expresar emociones y manejo inadecuado del tiempo libre.*

Acerca de los factores de protección se incluyen algunos de los factores que promueve el modelo preventivo “Chimalli”, los factores de protección son agrupados por áreas. *El área de la salud incluye ejercicio, aseo y cuidado personal y alimentación sana. El área de sexualidad: información sobre sexualidad, interés y amor al propio cuerpo, autoestima elevada, rechazo de abuso sexual. Para el área de adicciones: conocimiento de las consecuencias por el uso de alcohol y tabaco, evitar dependencias, incremento de la comunicación. El área de consumismo incluye la identificación de conductas consumistas que se relacionan con el uso del dinero, uso del tiempo libre y tipo de comidas. Para el área de actos antisociales se considera evitar daños a terceros con acciones como el robo y agresiones. Para manejar los eventos negativos tales como: violencia al interior de la familia, divorcio o separación de los padres y muerte o enfermedad de algún familiar se fomenta el uso de la comunicación y el manejo y expresión de sentimientos.*

Como se ha explicado previamente el enfoque riesgo-protección considera un conjunto de factores que se conjugan de tal modo que pueden aumentar, o bien

disminuir la probabilidad de que se inicie un proceso adictivo.

Con el modelo “Aprender Jugando” se pretende que al fomentar la aceptación hacia los factores de protección, se incrementen los niveles de protección en los niños. Los factores de protección incluidos , se van relacionando de tal forma que el impacto en las actitudes de los niños sea integral.

Así se pretende primero que el niño reconozca su cuerpo como algo importante y que debe cuidar para estar sano, y para ello no basta solo conocer hábitos de higiene, alimenticios y de descanso apropiados, sino que también se incluye que conozca los efectos nocivos para su cuerpo y su salud por el abuso de alcohol y tabaco y otras drogas.

Se fomenta el amor a sí mismo, para que ello le de la posibilidad de cuidarse . El factor protector de la autoestima es de vital importancia, en la medida en que el niño se conozca y acepte así mismo tendrá la posibilidad de identificar sus fortalezas y debilidades, tendrá confianza en sí mismo, lo que a su vez le permitirá desarrollar más sus capacidades.

Otro factor protector que se enlaza a terceros es el de la comunicación y el manejo y expresión de sentimientos. Se fomenta en el niño la capacidad de expresar sentimientos y de buscar ayuda en caso de estar triste o deprimido por alguna situación, lo mismo si está en peligro. Dentro del manejo de sentimientos también se le estimula a que busque alternativas para la resolución pacífica de conflictos.

Acerca del consumismo, se le motiva a que no caiga en conductas consumistas y a que encuentre alternativas sanas para divertirse, pasar el tiempo y

al mismo tiempo mantener su cuerpo sano.

Todos los factores de protección son importantes, sin embargo, no nos es posible el manejo de todos, por lo que los factores que aquí se exponen fueron seleccionados considerando la facilidad de los temas para ser abordados y trabajados con niños de 4 a 6 años. También se tomaron en cuenta los recursos necesarios para elaborar el material didáctico correspondiente para cada tema.

## **2.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA NIÑOS “APRENDER JUGANDO”**

El Modelo de prevención de riesgos psicosociales para niños , consta de seis módulos temáticos, basados en las seis áreas de riesgo-protección mencionadas. Cada módulo temático abarca subáreas de riesgo protección, que constituyen el tema de cada sesión, se trabajan 17 sesiones, una para cada tema.

La estructura del Modelo permite conocer en forma clara y anticipada los objetivos que se persiguen con la aplicación de cada tema y de cada actividad en concreto. Las actividades de cada tema se desglosan de tal manera que a primera vista nos brindan información sobre el tiempo, material , técnica y procedimiento a seguir.

Las técnicas utilizadas son: lluvia de ideas, rompecabezas didáctico, expresión corporal, cuentos, juegos, teatro guiñol, mural, dibujo, fotolenguaje, exposición, discusión grupal dirigida, técnicas de relajación, juegos de roll y memorama,

El modelo incluye una escala de actitud denominada “escala de actitud hacia factores de riesgo-protección”. La escala de actitud incluye los componentes cognoscitivo y afectivo, el primero es el que las liga a la información, el segundo responde las valoraciones positivas o negativas de las actitudes. Se consideraron dos componentes afectivo y cognitivo, por ser los que más se correlacionan.

Con la escala se obtiene un diagnóstico acerca del nivel de protección que tienen los niños antes de la aplicación del modelo. La escala se aplica una semana antes de la aplicación del modelo y una semana después de haber finalizado.

### **2.2.1 Características del Modelo “Aprender Jugando”**

- § El Modelo de prevención de Riesgos Psicosociales para niños considera el ambiente integral en donde se desarrolla el niño.
- § Dirige sus esfuerzos a fomentar en el niño una capacidad de respuesta positiva ante los problemas cotidianos a los que se enfrenta.

### **2.2.2 Objetivos del Modelo “Aprender Jugando”**

- § Aumentar y fortalecer en el niño actitudes de aceptación hacia factores de protección en seis áreas de riesgo-protección: salud, sexualidad, actos antisociales, adicciones, consumismo, eventos negativos.
- § Que el personal docente cuente con material y herramientas para el trabajo preventivo de riesgos psicosociales en niños de edad preescolar.
- § Fomentar la corresponsabilidad en la construcción de un ambiente familiar, escolar y comunitario protector.

### **2.2.2 Contenidos Temáticos del Modelo “Aprender Jugando”**

A continuación se describen los módulos temáticos para el trabajo con los niños. Dichos módulos corresponden a las seis áreas de riesgo-protección mencionadas. (ver anexo 1)

Modulo 1 Estado general de Salud. Este módulo de trabajo incluye los siguientes temas: El cuerpo Humano y sus funciones, Los sentidos, Ejercicio y



Descanso y Alimentación. Los temas de este módulo se encaminan a fortalecer los factores de protección que tienen incidencia con el cuidado de la salud, se fomentan hábitos de higiene, alimentación y ejercicio, los temas se trabajan en cuatro sesiones.

Módulo 2 Sexualidad En este módulo se trabaja información sobre sexualidad mediante el tema: Niñas y niños somos diferentes, se fomenta la autoaceptación y la autoestima, finalmente se fomenta el rechazo de abuso sexual, las sesiones que comprende este módulo son cuatro.

Módulo 3. Adicciones comprende los temas de: Consumo de alcohol y tabaco y el tema de la Comunicación, estos temas se trabajan en dos sesiones.

Módulo 4. Consumismo incluye los temas de: Tipo de comida, Uso del dinero y Uso del tiempo libre. Como factores de protección se resaltan los beneficios de consumir una comida sana, de ahorrar dinero o saber comprar y el usar el tiempo libre en actividades recreativas sanas, para abordar estos temas se trabajan tres sesiones.

Módulo 5. Actos antisociales. En este módulo de trabajo se incluye: Violencia y resolución de conflictos y Robo. Se fomenta la resolución pacífica de conflictos y el respeto a las personas y a sus pertenencias; se trabajan dos sesiones para este módulo..

Módulo 6. Eventos negativos. En este módulo se fortalece en los niños los factores de protección que se relacionan con la expresión y manejo de emociones así como buscar ayuda en casos de eventos negativos en la familia tales como: Violencia intrafamiliar, la enfermedad o muerte de algún familiar y la separación o divorcio de los padres; los temas de este módulo se dividen en dos sesiones.

El modelo se trabaja en el aula de clase directamente con los niños. La duración de la aplicación del modelo es de diecisiete semanas. Los temas se aplican semanalmente en sesiones de una hora y son coordinados directamente por el profesor (a). La organización de las sesiones comprende la siguiente estructura: Objetivo general del tema, en cada actividad se plantea su objetivo, la técnica, material, tiempo y procedimiento para realizarse.

### **2.2.3 Universo de trabajo.**

El trabajo preventivo se dirige a niños de 4 a 6 años de edad que cursan el preescolar.

### **2.2.4 Metodología.**

1) El primer paso consiste en la aplicación de la escala de actitud hacia factores de riesgo-protección, ello con el objetivo de obtener un diagnóstico inicial

del grupo con el que se trabajó.

2) El segundo paso es la aplicación del Modelo.

3) Al terminó de la aplicación el Modelo se aplica por segunda ocasión la escala de actitud hacia factores de Riesgo-Protección, para evaluar el avance que se obtuvo con la aplicación del modelo, al mismo tiempo el resultado constituye el diagnóstico para un siguiente ciclo preventivo

### **2.3 LIMITACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN “APRENDER JUGANDO”**

Las limitaciones a que nos enfrentamos fueron la falta de recursos económicos y de tiempo. Debido a ello el modelo que aquí presentamos abarca solo una parte de los diversos factores de riesgo-protección.

El problema de la limitación en los recursos afectó directamente en la adquisición del material didáctico necesario para implementar las actividades. El trabajo con niños de edad preescolar requiere la elaboración de material didáctico que sea atractivo para el niño. Dicho material es costoso y ha tenido que ser elaborado personalmente. Tal situación a su vez condiciona el tipo de actividad a realizar, es decir, se implementan actividades cuyo material a utilizar en las sesiones sea accesible para su elaboración, buscando en todo momento que con ello no se pierda el objetivo central del tema en cuestión.

Otra dificultad fue la falta de apoyo en cuanto a recursos humanos; entre las técnicas que más agradan a los niños está la de teatro guiñol, para implementar esta

técnica se requiere del apoyo de varias personas y dado que esta investigación no es colectiva, se limitó la implementación de esta técnica. Únicamente se efectuó en un tema, para otros temas en los que se podría utilizar el teatro guiñol se recurrió a la técnica de representaciones.

## **2.4 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”.**

Para elaborar la carpeta de trabajo del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales “Aprender Jugando” se siguieron los siguientes pasos:

1. Recopilación y análisis bibliográfico sobre: desarrollo del niño, técnicas de trabajo grupal con niños, información de cada una de las áreas del Modelo, (estado general de salud, sexualidad, consumismo, adicciones, actos antisociales, eventos negativos). Incluye la búsqueda de cuentos, juegos y técnicas de relajación.
2. Elaboración de un temario correspondiente con los factores de protección que propone el Modelo
3. Elaboración de un esquema general de las sesiones de intervención. El esquema comprende: El nombre del tema, el objetivo general, objetivos específicos para cada actividad, tiempo de realización, material a utilizar y el procedimiento detallado a seguir para cada actividad.

## **SEGUNDA PARTE**

### **EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACION DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”**

En este capítulo se describe el diseño de la investigación que se llevó a cabo para realizar la evaluación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando”. Se especifica el problema, los objetivos de la investigación y el procedimiento a seguir para alcanzarlos.

Se describen las características sociodemográficas de la población participante, la naturaleza de la investigación y los métodos y técnicas que se siguieron para obtener la información requerida, así como las técnicas para el análisis correspondiente.

#### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como se recordará se hallan evidencias de que hay un decremento en la edad de inicio y de que existe el riesgo de consumo de drogas en niños, por lo que es necesario implementar propuestas de intervención preventiva para edades tempranas con el propósito de disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección presentes en el ambiente de los niños y las niñas, de tal forma que ayuden a evitar el inicio de un proceso de adicción. Para tal efecto se diseñó un programa de intervención dirigido a niñas (os). Por lo que la pregunta que se plantea y que la presente investigación busca resolver es:

**¿La aplicación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando” fortalece y/o aumenta las actitudes de aceptación hacia los factores de protección ante el uso de drogas en un grupo de niños de 3° de preescolar del Centro Educativo Integral Popular de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan (CEIP-UMI)?**

### **3.2 OBJETIVOS GENERALES**

Por lo tanto los objetivos de este estudio son:

- Evaluar la aplicación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “ Aprender Jugando”, en un grupo de niños de 3° de preescolar.
- Detectar los puntos débiles del modelo y hacer las adecuaciones necesarias para mejorarlo.
- Elaborar un instrumento de medición de las actitudes hacia los “factores de riesgo-protección”, así como su mejoramiento a partir de los resultados obtenidos en su aplicación.

### **3.3 OBJETIVO ESPECÍFICO**

El objetivo específico en esta investigación es: observar el fortalecimiento y aumento en las actitudes de aceptación de factores de protección en las áreas de la

salud, la sexualidad, las adicciones, el consumismo, los actos antisociales y los eventos negativos.

Los componentes de cada una de las áreas son:

- § Salud: higiene y cuidado del cuerpo, alimentación sana, realizar ejercicio y dormir bien.
- § Sexualidad: información sobre sexualidad, interés y amor al propio cuerpo, autoestima elevada, rechazo de abuso sexual.
- § Consumismo: identificación de conductas consumistas, tipo de alimentos, uso del dinero, uso del tiempo libre.
- § Adicciones: consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, evitar dependencias e incremento de la comunicación.
- § Eventos Negativos: la expresión de sentimientos y la capacidad de pedir ayuda en situaciones de maltrato, enfermedad o muerte de algún familiar y divorcio de los padres.

### **3.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

La implementación del Modelo de Prevención de Riesgos para Niños “Aprender Jugando” fortalece y aumenta el grado de aceptación hacia los Factores de protección correspondientes a las áreas de: la salud, la sexualidad, el consumismo, las adicciones, los actos antisociales y los eventos negativos.



### **3.5 VARIABLES**

§ *Variable independiente:* Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando” .

§ *Variables dependientes:* puntaje general del grupo en la escala de actitud hacia los “factores de riesgo-protección”, el puntaje colectivo por áreas y puntaje individual de la escala de actitud hacia los “factores de riesgo-protección” del Modelo “Aprender Jugando”

### **3.6 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de intervención y evaluación, desde el momento en que pretende evaluar la aplicación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños.

Es una investigación con diseño preexperimental, sin grupo control. La investigación se llevó a cabo en un grupo del Centro Educativo Integral Popular de la UMI. Se aplicó pretest y posttest; el pretest con el fin de realizar un diagnóstico previo a la intervención. El diagnóstico se realizó mediante la aplicación de una escala de actitud que mide la aceptación hacia los factores de protección que propone el modelo de prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando”. La escala de actitud se aplicó una semana antes de iniciar la intervención y una semana después de realizarla. La segunda aplicación de la escala de actitud es decir el posttest, permitió obtener datos después de la aplicación del modelo. Los

datos obtenidos en ambas aplicaciones se analizaron para hacer la evaluación correspondiente del Modelo Referido.

Se optó por un diseño preexperimental, sin rigurosas condiciones de control debido a que es una primera aproximación al objeto de estudio y debido también a la limitación en los recursos. Posteriormente, se podrá continuar la investigación implementando otros diseños experimentales. En este primer acercamiento se pretende mejorar los instrumentos de intervención y de medición, de acuerdo con los resultados obtenidos.

### **3.7 COLONIA MIRAVALLE, CENTRO EDUCATIVO INTEGRAL POPULAR Y GRUPO DE NIÑOS.**

En este apartado se describe el contexto socioeconómico de la Colonia Miravalle y del Centro Educativo Integral Popular en donde se realizó la investigación, con el fin de ubicar los factores de Riesgo presentes en el medio ambiente, también se describe el grupo de niños de 3° de preescolar con quienes se implementó el Modelo “Aprender Jugando”.

#### **3.7.1 Colonia Miravalle.**

La investigación se llevó a cabo en la Colonia Miravalle, ubicada en la Sierra de Santa Catarina. Las colonias de esta Sierra se encuentran ubicadas en laderas

de una zona montañosa. Se ubica al oriente de la Ciudad de México, dentro de la delegación Iztapalapa.

La Sierra de Santa Catarina se integra por 47 colonias donde habitan aproximadamente 350, 900 personas (DECA Equipo Pueblo; 2002). La población proviene principalmente del interior de la República y del centro de la Ciudad de México.

Entre las condiciones que imperan en la localidad podemos identificar algunas que pueden ser consideradas como factores de riesgo sociales. A continuación se describen las condiciones de la colonia y a que tipo de factor de riesgo se asocian.

Por un lado se presenta el problema del empleo: pocos empleos y baja remuneración, lo cuál se vive no solo en esta localidad sino en muchas zonas del país. Esta situación provoca que madres de familia se integren a la fuerza de trabajo. Al carecer de servicios de guardería en la colonia, los hijos crecen solos o al cuidado de familiares. En otros casos los propios niños se integran a la fuerza de trabajo, esto último en particular es un fuerte factor de riesgo para el consumo de sustancias (Medina-Mora, Vllatoro, Fleiz, 1999). El problema se acentúa cuando los empleos de los niños se realizan en las calles como es el caso, hay un grupo de niños que laboran en el cruce del eje 6 y la calzada Ermita Iztapalapa, algunos de estos niños ya han abandonado sus hogares y viven en la calle, muchos de ellos provienen de la colonia Miravalle.

De acuerdo con una investigación realizada por el Equipo Pueblo (2002), se encuentra respecto a las actividades económicas que un 77% de la población masculina se encuentra laborando. Un 59% de los hijos trabajan y un 22% de mujeres se encuentran económicamente activas. La distribución de las ocupaciones en la población masculina son las siguientes: albañilería 28%, empleados de comercios o empresas 26%, comerciantes 20%, choferes 8%, profesionistas 3%, y un 14% se dedica a diversas actividades. La población declaró que percibe aproximadamente 2 salarios mínimos mensuales. El ingreso familiar podría ser mayor dependiendo del número de integrantes de la familia que laboran. Dicha investigación no especifica los datos correspondientes a la distribución de las ocupaciones de la población femenina, sin embargo se sabe por información de la misma población que la mayor parte de las mujeres se dedican al trabajo doméstico domiciliario, empleadas de fábricas y empleadas en talleres de costura domiciliarios.

Por otra parte, podemos mencionar la carencia de otros servicios tales como el agua, esta problemática repercute principalmente en el ámbito de la salud. Cabe mencionar que el agua que se distribuye en la Sierra de Santa Catarina es agua de mala calidad, la distribución se hace una vez por semana. Al no contar con agua de calidad la población presenta frecuentemente enfermedades de la piel y diarreas, que se ven agravadas por la mala alimentación<sup>1</sup>. En la colonia Miravalle no hay centros de salud de la Secretaría de Salud, ni Hospitales, lo que dificulta la atención adecuada a los problemas de salud en la población.

---

<sup>1</sup> Diagnóstico Comunitario de Salud Col. Miravalle, COCOMI A.C. México, 1997-2003.

Otros servicios en los que hay insuficiencia son los servicios públicos de educación. No hay ninguna escuela de educación media superior solo se cuenta con dos secundarias y dos primarias de las cuales una de cada nivel son particulares. Centros de preescolar solo hay uno público que trabaja en los turnos matutino y vespertino. Son escasos los recursos para brindar educación a la población, lo que provoca que la gente acuda a colonias cercanas para tener acceso a servicios educativos “gratuitos” o mejor dicho de la Secretaría de Educación Pública. Por otra parte aún cuando por disposición constitucional la educación debe ser gratuita, en las escuelas se exigen cuotas obligatorias que condicionan la inscripción de los niños. Cuando no se aporta la cuota se niega el acceso a la escuela, esta situación dificulta el acceso en la educación, lo que constituye un factor de riesgo. El no asistir a la escuela representa un factor de riesgo, pues el apego escolar y la permanencia en la escuela son factores que protegen de un posible inicio en la adicción.

Respecto a los recursos para uso del tiempo libre la situación es difícil y encontramos varios factores de riesgo, por un lado hay pocos centros recreativos y deportivos y por otra parte los pocos que hay favorecen la realización de actos delictivos y los niños que acuden a estos lugares observan el consumo de sustancias: alcohol, tabaco y drogas, lo cual corre el riesgo de que sea percibido como conducta tolerada socialmente.

En la colonia Miravalle no hay centros deportivos ni culturales, los escasos espacios de recreación o áreas verdes se han convertido en basureros públicos. Estas áreas son frecuentadas por “chavos” adictos; en tres de estos espacios se

han suicidado cuatro “chavos” siendo el primer caso en el año de 1999, el más reciente ocurrió en septiembre del 2003, en todos los casos se trató de “chavos” adictos menores de 18 años. Es importante mencionar que algunas personas de la comunidad saben de la existencia de redes de distribución de sustancias, pese a ello no se realizan acciones pues se teme represalias.

Resumiendo, los factores de riesgo que encontramos en la colonia son: Desempleo, Marginalidad, Situación de niños de y en la calle, Dificultades para el acceso a la educación, Insuficientes opciones recreativas y deportivas, Redes de distribución y Fácil acceso a sustancias adictivas.

### **3.7.2 Escuela: Centro Educativo Integral Popular de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan.<sup>2</sup>**

La Unión de mujeres de Ixtlahuacan (UMI) es una organización civil fundada en 1991, la integran mujeres que se organizaron para mejorar su calidad de vida y la de otras familias mediante el trabajo comunitario en tres áreas: Abasto Popular (venta de productos de la canasta básica), Alimentación Infantil (cocina popular que brinda desayunos económicos para los niños de la comunidad) y Educación Infantil Popular mediante el Centro Educativo Integral Popular.

En el Centro Educativo Integral Popular la educación está a cargo de mujeres “educadoras populares” que constantemente se capacitan. Las educadoras

---

<sup>2</sup> Solano, M. Norma. entrevista hecha por Segura T. Angélica, México Oct. 2003.

populares son mujeres de la comunidad que no tienen formación profesional como educadoras, pero son capacitadas por la organización civil, para ello cuentan con el apoyo de otras organizaciones como el FAI (Fundación de Apoyo Infantil), que les apoya con asesoría y capacitación mediante su programa de “Capacitación para Madres Educadoras”. Actualmente siguen la metodología alternativa: educación integral popular, la cual se basa en el manejo de estímulos educativos.

El Centro Educativo Integral Popular no está incorporado a la SEP. Actualmente, hay seis educadoras y atienden a 53 niños divididos en cuanto grupos. Las edades de los niños van de uno a seis años, se les atiende en tres horarios diferentes según las necesidades de las madres de familia. Se reciben a niños de cualquier estrato socioeconómico, aunque predominan los de condición socioeconómica baja, las familias aportan una cooperación que va desde los \$55 semanales hasta los \$120 semanales dependiendo de la cantidad de horas que permanecen los niños en la estancia.

Las sesiones de trabajo con los niños se dividen en tres momentos, en el primer momento atienden las necesidades especiales de motricidad de cada niño, las actividades en esta etapa son individuales. En el segundo momento se proporciona almuerzo a los niños. Después del almuerzo se les permite jugar en el patio, cuidando que jueguen con los niños de todos los grupos. El tercer momento se dedica a dinámicas grupales.

### **3.7.3 El Grupo de niños de tercer grado de preescolar.**

Para implementar el modelo de prevención de riesgos “ Aprender Jugando” se decidió trabajar con un grupo de 3° de preescolar, dado que los niños de este grado tienen edades de 4 a 6 años. A estas edades se dirige el Modelo de intervención.

La selección del grupo de niños en donde se implementó el Modelo “Aprender Jugando” surge de la relación entre organizaciones.

Para la realización de esta investigación se contó con apoyo de COCOMI A.C. (Coordinadora Comunitaria Miravalle), asociación que presta servicios de salud, y que mantiene una relación de cooperación con otras organizaciones comunitarias. COCOMI A.C realizó exámenes médicos a los niños del Centro Educativo Integral Popular y la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan (UMI) por su parte permitió la implementación del Modelo con los niños del 3° de preescolar. No se siguió ningún método de selección dado que es el único grupo de 3°.

De acuerdo al planteamiento que hemos venido siguiendo, entre los factores de riesgo que se pueden identificar en el grupo de niños tenemos: patrones de agresividad en la relación de iguales, ello habla de factores de riesgo en cuanto a “conducta antisocial” se refiere. Por otra parte hay algunos niños que están viviendo eventos negativos como el divorcio o ausencia del padre y también encontramos problemas de obesidad que podemos relacionarlos con dos “áreas de riesgo-protección” “salud y consumismo.



El grupo de 3° de preescolar esta integrado por 6 niñas y 12 niños. Al aplicar la escala de actitud niños y niñas informaron lo siguiente:

Respecto al número de hermanos un 5.5% informó que no tiene hermanos. El 66.6% informó que tiene 1 hermano (a), el 11.1% tienen 2 hermanos (as), el mismo porcentaje manifiesta tener 3 hermanos (as), y el 5.5 informa que tienen 4 hermanos (as).

A la pregunta ¿con quien vives? Informan un caso en donde se vive solo con el padre y un caso donde se vive solo con la madre, el 88% de los casos reportan que viven con su familia. Esta información sin embargo, no coincide con la proporcionada por la maestra, ella afirma que “en este grupo hay una niña de madre soltera, esta niña presenta una fuerte agresividad, no contra sus compañeros sino contra mí, la niña me grita y avienta”. “Hay una niña con padre ausente y un niño cuyos padres se han divorciado por problemas de maltrato al interior de la familia, este niño presenta leve grado de retraso mental. Tres niños son hijos de madres trabajadoras y establecen una relación agresiva con sus compañeros , se avientan y se golpean constantemente “<sup>3</sup>

Por otra parte recientemente se realizaron exámenes médicos a los niños del Centro Educativo Integral Popular<sup>4</sup>, y los datos obtenidos ponen de manifiesto que no hay casos de desnutrición, pero sí los hay de sobrepeso.

---

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> Reporte de salud en la población del Centro Educativo Popular Integral. COCOMI AC. México, 2003.

### **3.8 INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN Y DE MEDICIÓN.**

Como se recordará esta investigación es de intervención-evaluación para la intervención se diseñó un instrumento, el Modelo “aprender Jugando”, con el cual se realiza el trabajo directamente con los niños. Para la evaluación del Modelo se diseñó un segundo instrumento, es una escala de actitudes llamada “Escala de actitud hacia Factores de Riesgo-Protección”. La descripción de ambos instrumentos se formaliza en los siguientes apartados.

#### **3.8.1 Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando”.**

Para llevar a cabo la intervención se utilizó el Modelo “Aprender Jugando” . Se aplicó en 17 sesiones con duración de una hora.. Cada sesión se centró en el trabajo con los factores de protección que propone dicho modelo. (v. Anexo 1)

Durante la intervención se realizaron observaciones directas, la atención se centró en la participación de los niños en las dinámicas, se observó si hubo tedio, cansancio, hastío, alegría entusiasmo, agrado, etc. También se notaron las reacciones al tema tratado durante la sesión, y distractores que se presentaron. Todos los elementos percibidos aportaron datos cualitativos para la evaluación del Modelo.

En términos generales la propuesta de trabajo fue bien recibida por los niños. Entre las actividades que más les agradaron fueron las de teatro guiñol, la elaboración de memoramas y los ejercicios de imaginación, utilizados en algunos

temas. Las actividades en las que hubo poca atención fueron las expositivas, en las actividades de lluvia de ideas participaron activamente.

### **3.8.2 “Escala de Actitud hacia Factores de Riesgo-Protección”.**

Una de las dificultades que se presentaron durante la realización de esta investigación fue la dificultad de elaborar un instrumento de medición para la evaluación del modelo. Se requería la construcción de una escala de actitudes que midiera la aceptación hacia los factores de protección que maneja el modelo en las seis áreas. La dificultad se refiere al hecho de que el niño de edad preescolar aún no sabe leer ni escribir.

Para solucionar esta situación se elaboró una escala de actitud en donde todas las opciones de respuesta se presentan en dibujos, y el niño tacha el dibujo que prefiere elegir como respuesta.

#### **3.8.2.1 Elaboración de la escala de actitud.**

Para elaborar la escala de actitud, se analizaron los factores de protección y de riesgo que debería incluir la escala y se elaboró su representación en imágenes o dibujos.

La “escala de actitud hacia los factores de riesgo-protección” consta de dos partes, en la primera se solicitan datos generales como sexo, número de hermanos, con quien viven y quienes trabajan en su familia. La segunda parte consta de 32

reactivos con dos posibilidades de respuesta, un factor de riesgo y un factor de protección. Se refieren a las seis áreas de riesgo-protección que maneja el Modelo: salud, sexualidad, adicciones, consumismo, actos antisociales y eventos negativos. (v. anexo 2)

Los reactivos se redactaron en sentido positivo y negativo con el fin de poder determinar el grado de consistencia de las respuestas en la escala. La redacción de los reactivos se hizo lo más concreta posible y utilizando palabras sencillas por ejemplo se utiliza “tacha”, en lugar de “Marca con una X”. El orden de los reactivos se hizo al azar.

Ej. Tacha el dibujo que te ayude a mantenerte sano y sentirte bien.

Tacha el dibujo que puede ocasionar daño a tu cuerpo.

**Tabla 1. Contenido de la escala de actitud hacia Factores de Riesgo-Protección**

<b>Área</b>	<b>Contenido</b>	<b>Reactivo</b>
<b>Salud</b>	Higiene	1 y 9
	Ejercicio	2 y 10
	Alimentación	3 y 11
<b>Actos Antisociales</b>	Agresión	4 y 15
	Robo	5 y 16
<b>Adicciones</b>	Cerveza	6 y 12
	Cigarro	7 y 13
	Soledad	8 y 14
<b>Consumismo</b>	Uso del Tiempo libre	17 y 20
	Uso del dinero	18 y 21
	Tipo de comida	19 y 22
<b>Eventos Negativos</b>	Divorcio	22 y 30
	Muerte	23 y 31
	Violencia	24 y 32
<b>3.8.2.2 Sexualidad</b>	Autoestima	26 y 28
	Abuso sexual	27 y 29

### **3.8 Piloteo de la escala de actitud.**

La escala se aplicó a un grupo de niños para su piloteo. El piloteo se realizó en el preescolar Ziggy, se aplicó a 10 niños (5 niños y 5 niñas), que fueron elegidos directamente por la educadora. Al realizar la aplicación de la escala se observó que los niños contestaban la escala imitando las respuestas de sus compañeros de junto. Fue interesante descubrir que algunas respuestas a los reactivos las identificaban como factor de riesgo, no en el sentido en el que se pensaba, por ejemplo, el pasear en bicicleta, para ellos representaba un peligro para su integridad física y no una forma de hacer ejercicio.

Otro aspecto a resaltar es la dificultad que se presentó ante las indicaciones que contienen la palabra NO, por ejemplo “tacha las que no te hacen daño”, en este tipo de indicaciones fue necesario repetir varias veces la indicación y ejemplificar.

La observación de la aplicación del piloteo, permitió cambiar algunas estrategias en la aplicación del instrumento.

Inicialmente la escala se diseñó de tal modo que se realizaba una pregunta que abarcaba tres reactivos, ello se hizo así para no cansar a los niños con tantas instrucciones. Sin embargo debido a que los niños de esta edad no saben contar tachaban más, o menos dibujos de los indicados. Ante esta situación se decidió enunciar los 32 reactivos, uno por uno, y hasta que contestan el primero se lee el segundo.

Otras estrategias a considerar fueron la distancia entre los niños, prestar más atención al número de dibujos que se eligen, realizar preguntas acerca del por qué de su elección y qué representa para ellos el dibujo elegido. Esta última parte nos permitió realizar un análisis de validez del contenido de la escala, como resultado de ello se cambiaron los dibujos que hacen referencia a los factores de Higiene, Ejercicio, Alimentación y Muerte.

Considerando las observaciones derivadas del piloteo se procedió a la aplicación de la escala de actitud a nuestra población.

### **3.8.2.3 Calificación de la Escala de actitud.**

Los puntajes obtenidos de la aplicación de la escala nos permiten obtener el nivel de protección el cual definimos como: el porcentaje que representa el promedio de respuestas esperadas, es decir es el promedio porcentual. El nivel de protección se obtiene en tres niveles: grupal, por áreas e individual.

El propósito de obtener el nivel de protección grupal, es contar con un parámetro de la posición del grupo con respecto a todos los “factores de protección” que fomenta el Modelo.

Para obtener este dato se realiza una sumatoria de las respuestas de todo el grupo y se divide en el número de casos, es decir se obtiene la media del grupo. Para obtener el porcentaje, el dato obtenido de la operación anterior se multiplica por 100 y se divide en el total respuestas esperadas en toda la escala es decir entre 32.

Nivel de protección Grupal: i)  $\bar{X} = \sum x/N$       ii)  $NPG = \bar{X} * 100 / 32$

En donde:  $\bar{X}$  = el valor promedio

x = la calificación positiva esperada

N = el número de casos.

32 = la calificación total esperada de la escala.

El Nivel de protección por áreas se obtiene con el fin de identificar las áreas de mayor riesgo, en tales áreas se debe enfatizar la intervención. Probablemente se requieran reforzar o fortalecer el trabajo en dichas áreas en futuras intervenciones, pues el riesgo puede ser tan elevado que no se logre mediatizar con una sola intervención. El nivel de riesgo, se puede obtener fácilmente a partir de que se obtiene el nivel de protección, pues el primero es el complemento del segundo, así si se obtiene por ejemplo, un nivel de protección de 78%, el nivel de riesgo en éste caso sería: 22%. Para determinar el nivel de protección por áreas se siguen los siguientes pasos:

Nivel de Protección Grupal por Áreas:

i)  $\bar{X} = \sum x_a/N$       ii)  $NPA = \bar{X} \times 100/\text{número de reactivos de cada área.}$

En donde:  $\bar{X}$  = valor promedio

$x_a$  = calificación positiva esperada por área.

N = número de casos.



El nivel de protección individual se obtiene con el propósito de identificar si el Modelo impacta al grupo en su conjunto o bien determinar si el avance que pudiera obtenerse se debe al aumento en los niveles de protección de algunos casos, lo que podría indicar que se requiere implementar otras estrategias para lograr un impacto a nivel grupal.

Nivel de Protección Individual:

$$\text{i) } \bar{X} = \frac{\sum x}{n} \quad \text{ii) } \text{NPI} = \frac{\bar{X}}{32} \times 100$$

En donde:  $\bar{X}$  = el valor promedio

32 = la calificación total esperada de toda la escala.

#### **3.8.2.4 Aplicación de la escala de actitud.**

El instrumento se aplicó a la población de la investigación, el número de participantes a quienes se aplicó la escala en el pretest fue de 18. La aplicación se realizó por subgrupos de 3 y 4 participantes, ello con el fin de prestar mayor atención a sus respuestas y de poder aclarar sus dudas. La aplicación de las escalas se realizó durante dos días, el tiempo de aplicación fue de media hora para cada

subgrupo de niños. Para la segunda aplicación de la escala se siguió el mismo procedimiento.

Después de la aplicación se realizó la codificación de las respuestas se consideró valor de 0 para las respuestas no esperadas y valor de 1 para las respuestas esperadas. Las respuestas que se esperan son la identificación de los factores de “riesgo-protección” de acuerdo con el estímulo presentado.

#### **3.8.2.5 Confiabilidad de la escala.**

Para determinar la confiabilidad de la escala se calculó el Coeficiente alfa de Cronbach, mediante el paquete estadístico spss. El instrumento en su totalidad obtuvo un coeficiente de Confiabilidad alfa de Cronbach = .8191, con 18 casos y 32 ítem.

### **3.9 DISEÑO ESTADÍSTICO.**

Con el objetivo de observar el efecto de la aplicación del Modelo y de indicar la significancia en las diferencias observadas entre la primera y segunda aplicación del Modelo se establece el siguiente diseño estadístico.

Cabe mencionar que debido a las condiciones en las que se realizó la investigación, el presente apartado constituye un exploración de los resultados que se podrían encontrar en la evaluación del Modelo en otras condiciones, ya que no se

cumplen los requisitos que establece un análisis estadístico inferencial, utilizando estadística paramétrica, a saber: condiciones de normalidad en la población. Dicha condición no se cumplió pues el tamaño de nuestra población fue de 18 casos. Por ello y debido a que no se encontró un método no paramétrico que nos permita establecer las diferencias entre dos proporciones, procedemos a establecer las hipótesis y el estadístico que *podría aplicarse en condiciones de distribución normal en la población*.

Hipótesis:

Ho: No hay diferencia significativa entre los niveles de protección grupal obtenidos en la primera y segunda aplicación de la “Escala de actitud hacia Factores de Riesgo-Protección”

Ha: Existe una diferencia significativa entre los niveles de protección grupal obtenidos en la primera y segunda aplicación de la “escala de actitud hacia factores de riesgo protección”.

Para someter a prueba las hipótesis estadísticas presentadas se utilizó la prueba estadística: de diferencia de proporciones, con la que se pretende analizar si las diferencias en las proporciones de ambas aplicaciones son significativas. El estadístico se formula en los siguientes términos:

$$Z = \frac{P1 - P2}{\sqrt{\frac{P1q1}{N1} + \frac{P2q2}{N2}}}$$

Donde:

$$q1 = 1 - P1$$

$$q2 = 1 - P2$$

P1 y P2

son los porcentajes  
expresados en proporción

### **3.10 PROCEDIMIENTO**

En este apartado se describe el procedimiento que se siguió para la realización de la investigación.

1. Elaboración del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para niños.
2. Elaboración de la Escala de actitud hacia factores de protección.
3. Piloteo de la escala.
4. Convenio entre organizaciones para la aplicación del Modelo.
5. Aplicación de la Escala de actitud.
6. Codificación y vaciado de datos.
7. Aplicación del Modelo.
8. Segunda Aplicación de la Escala de actitud.
9. Vaciado de datos.
10. Análisis de resultados

## **TERCERA PARTE**

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

#### **4. EVALUACIÓN DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”**

Como se mencionó el objetivo de esta investigación fue realizar una evaluación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales para Niños “Aprender Jugando”, Para llevarla a cabo se efectuó un análisis en el que se tomaron en cuenta las observaciones realizadas durante la aplicación del Modelo y los datos estadísticos descriptivos e inferenciales obtenidos a partir de la aplicación de la escala de actitudes.

Las aportaciones de orden cualitativo de la evaluación surgen de los resultados observados en el momento de la aplicación del Modelo; se consideraron los siguientes parámetros de observación y análisis: participación de los niños, dificultades en la aplicación, respuesta a las dinámicas, respuesta a los temas, cambios de actitud observados durante la aplicación del Modelo análisis.

A continuación se presentan los resultados tanto descriptivos e inferenciales como cualitativos de dicho análisis.

##### **4.1 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO (PRETEST).**

Se aplicó la “Escala de actitud hacia factores de Riesgo-Protección” a una población de 18 participantes. Los resultados se expresan en porcentajes e indican el nivel de protección grupal (media porcentual), por área e individual antes de la intervención con el Modelo “Aprender Jugando”

El grupo presentó un nivel de Protección grupal de 76.39%. Dicho nivel manifiesta la posición promedio de todo el grupo. Aún no estamos en posibilidad de afirmar si dicho porcentaje es considerado alto o bajo, para ello será necesario realizar varias aplicaciones de la escala y del modelo, para determinar un parámetro válido y confiable.

En las áreas se tienen las siguientes medias porcentuales que como se ha indicado son los niveles de protección: Consumismo: 67.59%, Adicciones: 71.3%, Salud: 73.15%, Sexualidad: 79.16%, Eventos negativos: 83.33%, Actos antisociales: 88.89%,. ( véase cuadro 2)

**Cuadro 2. Niveles de protección y de riesgo en los alumnos del 3° de Preescolar del Centro Educativo Integral de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan antes de la aplicación del Modelo “Aprender Jugando”.**

Como puede apreciarse los datos ponen de manifiesto que el área de

	<b>Nivel de protección (media porcentual)</b>	<b>Nivel de Riesgo</b>
GRUPAL	76.39	23.61
Consumismo	67.59	32.41
Adicciones	71.3	28.7
Salud	73.15	26.84
Sexualidad	79.16	20.84
Eventos Negativos	83.33	16.67
Actos Antisociales	88.89	11.11



consumismo, el segundo lugar de riesgo lo ocupa el área de adicciones, y le sigue en orden descendente el área de salud, sexualidad, eventos negativos y finalmente el área de actos antisociales que por consiguiente es el área que presenta mayor nivel de protección.

El nivel de riesgo es mayor en el área de consumismo debido a que para el niño de 4 a 6 años resulta atractivo poseer juguetes y comer golosinas. En este sentido, la televisión juega un papel de primerísima importancia y atrapa la atención de los niños al exhibir productos principalmente juguetes con atractivos colores, música o sonidos, muñecos articulados o que tienen algún efecto de luces o efectos especiales, por ejemplo las muñecas (os) de la marca Mattel como "Max Steel" o "Barbie"; además de que presentan a niños guapos y niñas bonitas anunciando estos productos. Esta situación provoca que los niños idealicen las cualidades del producto (Guerrero, G. s.f). Pese a esta situación el riesgo podría ser menor si los padres de familia mantuvieran un papel mediador y no fomentaran desde casa patrones de consumo sino, por el contrario, alentaran en los niños el hábito del ahorro y hábitos de alimentación sana.

Durante la aplicación del Modelo se observó que antes de salir al comedor, los niños depositan en un recipiente los alimentos y juguetes que llevan de su casa, en ese recipiente abundan alimentos poco nutritivos tales como: "sabritas", donas, chocolates, dulces y paletas, entre los juguetes destacan "tazos"<sup>1</sup>, que los obtienen al comprar "sabritas", otros juguetes son autos de carreras, muñecos de peluche, "barbie", y "estuches de belleza"

---

<sup>1</sup> Los tazos son fichas de plástico y metálicas con figuras de personajes de caricaturas, son coleccionables.

Pasando a otra área, el nivel de riesgo que se observa en el área de adicciones es de un 28.7%. Anteriormente hemos mencionado las condiciones de la comunidad en cuanto al problema de las adicciones, como se recordará en esta comunidad se observa como práctica común el uso de alcohol, tabaco y otras drogas así mismo, el consumo de sustancias es accesible pues existen redes de distribución locales.

El área de salud presenta un nivel de riesgo de 26.84%, en esta área se contemplan las actitudes hacia el cuidado del propio cuerpo, los niños manifestaron algunas ideas que son escuchadas en sus hogares y que ellos reproducen, por ejemplo consideraban el baño como un factor de riesgo, ya que es común que los padres expresen “se enfermó porque lo bañe” de este modo, los niños rechazan la idea del baño “si me mojo me enfermo”. En algunos casos se puso de manifiesto el componente afectivo, “no me gusta bañarme porque mi mamá me talla muy fuerte”. En lo que se refiere al cuidado del cuerpo mediante alimentación sana, las actitudes de los niños se ven permeadas por los hábitos que se siguen en casa.

En el área de sexualidad se observa un nivel de protección de 79.16% y por lo tanto un nivel de riesgo de 20.84%, en esta área se contempla la autoaceptación, el amor a sí mismo, el respeto a los demás y el rechazo de abuso sexual, el manejo de esta área es de suma importancia ya que en varias escuelas

de educación primaria se han detectado casos de abuso sexual a menores<sup>2</sup>, por ello es de suma importancia disminuir los niveles de riesgo presentes en ésta área.

Eventos negativos muestra un nivel de riesgo de 16.67%, en relación a esta área la profesora comentó algunos eventos estresantes que en ese momento vivían algunos de los niños, tales como divorcio y ausencia del padre; por su parte, los niños mencionaron durante la aplicación del modelo otras situaciones estresantes como la violencia intrafamiliar, y el abuso de bebidas alcohólicas por parte de familiares, situación que a su vez interviene en el nivel de riesgo presente en el área de adicciones.

El menor nivel de riesgo 11.11% y por tanto el mayor nivel de protección 88.89% se obtiene en el área de actos antisociales; este dato toma mayor relevancia al compararlo con otros resultados obtenidos con niños de primaria y secundaria que han participado en un programa similar de prevención de riesgos psicosociales<sup>3</sup>. En dichos resultados se obtiene que el área de mayor riesgo y en la cual es más difícil lograr cambios es el área de actos antisociales. Las quejas constantes de los profesores son acerca de los actos violentos que se suscitan en los planteles escolares, específicamente riñas entre compañeras (os). Estos datos sustentan nuestro planteamiento en el sentido de que es importante iniciar la prevención a edades tempranas, antes de que los problemas se presenten o agudicen. No debe subestimarse el hecho de que en ésta área el riesgo es

---

<sup>2</sup> Resultados del programa de Prevención de Riesgos Psicosociales de COCOMI A.C., México, 2002-2003.

<sup>3</sup> Idem.

menor, recuérdese que los factores de riesgo presentes en un área actúan de tal manera que al asociarse con otros factores de riesgo contribuyen a una situación de vulnerabilidad.

Al abordar el contenido temático correspondiente los niños manifestaron ser víctimas de algunas agresiones en sus familias, igualmente revelaron que existe violencia entre sus padres: “ Mi papá le pegó a mi Mamá en el baño, ellos creían que yo estaba dormida, pero los oí, eso me pone triste”, “Mi hermano me dice estúpido, y mi mamá le pega”, “ Mi primo me pega, y yo le digo a mi tía y ella no me hace caso” .

Del análisis anterior se obtiene que en promedio el factor de riesgo a nivel grupal es de 23.61%. En el siguiente apartado analizaremos de que manera ha influido la aplicación de modelo “Aprender Jugando” en la disminución de los factores de riesgo encontrados.

#### **4.2 EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”**

Con la aplicación del modelo “Aprender Jugando” se obtuvieron cambios importantes y positivos. La aplicación del Modelo “Aprender Jugando”, logró disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección en los tres niveles: grupal, por áreas e individual. Dichos cambios son notables y se obtienen luego de realizar comparaciones en las medias porcentuales del pretes y postest.

Para el análisis correspondiente se presentan cuadros con la información tanto de los niveles de protección antes y después de la intervención así como cuadros donde se presentan las variaciones y variaciones porcentuales propias en cada caso.

#### **4.2.1 Cambios en el nivel de protección grupal.**

El nivel de protección grupal es determinado por los niveles de protección en cada una de las áreas y los niveles de protección individual, por lo que a un aumento en estos niveles de protección, corresponde un aumento en el nivel de protección grupal. Dicho aumento no es simétrico ni proporcional en todas las áreas, pero aún la más mínima variación se refleja en el nivel de protección total.

En éste caso el nivel de protección grupal se incrementó de un **76.39** a un **89.84%**. Es decir se obtuvo una variación de **13.45**, el aumento de dicho incremento corresponde a un **14.97** % del nivel de protección inicial. (v. cuadro 3)

Con el último dato podemos confirmar que el modelo “Aprender Jugando”, aumentó en un 15% los niveles de protección a nivel grupal en los niños del Centro Educativo Popular Integral. El nivel de protección grupal adquirido podría llegar a un 100% implementando otras intervenciones.

**Cuadro 3. Nivel de protección grupal en el grupo de niños del 3° de preescolar del Centro Educativo Integral de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan. Antes y después de la aplicación del Modelo de Prevención “Aprender Jugando”.**

Nivel de protección grupal (media porcentual)	Antes N=18	Después N=16	Variación	Variación porcentual
<b>Grupal</b>	<b>76.39</b>	<b>89.84</b>	<b>13.45</b>	<b>14.97</b>

#### **4.2.2 Cambios en los niveles de protección por áreas.**

Como se mencionó antes todas las variaciones en los niveles de protección de las áreas se reflejan en los niveles de protección total, en éste caso todas las variaciones son en sentido positivo y se hallan presentes en las seis áreas.<sup>4</sup>

El incremento en el nivel de protección por áreas va desde un 8.45% en el área de adicciones hasta un 21.64% en el área de salud, estos datos se pueden observar en el cuadro 5.

*Las áreas de mayor impacto fueron salud y adicciones.*

En el área de salud antes de la intervención se tenía un nivel de protección de **73.15%**, después de la intervención con el modelo se incrementó el nivel de

<sup>4</sup> Los cuadros 4, 5 y 6 desglosan los datos sobre: niveles de protección antes y después, variación y variación porcentual respectivamente. Los datos derivan de las aplicaciones del pretest y postest.

protección hasta un **94.79%**. Hubo una variación de **21.64**, (v. Cuadro 5) lo que a su vez corresponde a una variación porcentual de **29.68%**. Como puede apreciarse es un aumento considerable de casi 30%. (v. Cuadro 6)

Esta área fue la primera que se abordó con los niños y a pesar del tiempo transcurrido los niños manifestaron un cambio positivo en los tres temas que comprende: higiene, alimentación y ejercicio. Especialmente en cuanto a los hábitos de higiene como el baño, se logró cambiar la asociación que tenían los niños: baño = enfermedad.

#### Cuadro 4

**Niveles de protección por áreas en los alumnos del 3° de preescolar del Centro Educativo Integral de la Unión de Mujeres de Ixtlahuacan. Antes y después de la aplicación del Modelo de Prevención “Aprender Jugando”**

Nivel de protección grupal y por áreas (media porcentual)		
	Antes N=18	Después N=15
Consumismo	67.59	<b>76.04</b>
Adicciones	71.3	<b>88.54</b>
Salud	73.15	<b>94.79</b>
Sexualidad	79.16	<b>89.06</b>
Eventos Negativos	83.33	<b>94.79</b>
Actos Antisociales	88.89	<b>98.44</b>

La segunda área de mayor impacto es el área de adicciones, en donde el nivel de protección inicial fue de **71.3%**, al final de la intervención el nivel de protección aumentó hasta el **88.54%**, en dicho aumento hubo una variación de **17.24**, lo que equivale a un **24.35%** del nivel de protección inicial. Ésta área es de las más importantes en el modelo y en la que consideramos se requiere fomentar y promover más actividades preventivas en forma constante, pues por una parte es una fuerte problemática en la comunidad y por otra es una situación presente en las familias de los niños. Durante las sesiones de trabajo correspondientes al tema los niños, participaron activamente aportando ideas para pasar el tiempo sin



utilizar bebidas alcohólicas y cigarro, sin embargo todos los niños manifestaron tener algún familiar consumidor de bebidas alcohólicas, en la mayoría de los casos mencionaban al padre y a los tíos o primos mayores, inclusive un niño mencionó que a su padre le llamaban “mariguano”. Estas observaciones nos permiten dar más importancia a los resultados obtenidos, pues indica que a pesar de la fuerte problemática que se vive el modelo “aprender Jugando”, logró no solo fortalecer los factores de protección presentes antes de la intervención sino que los aumentó notablemente.

Por otra parte es importante destacar que las áreas de mayor impacto sean precisamente salud y adicciones, dada la relación existente entre la farmacodependencia como problema de salud.

**Cuadro 5. Variación en los niveles de protección por áreas después de la Aplicación del Modelo “aprender Jugando”**

Nivel de protección por áreas (media porcentual)			
	Antes N=18	Después N=15	Variación
Consumismo	67.59	76.04	<b>8.45</b>
Adicciones	71.3	88.54	<b>17.24</b>
Salud	73.15	94.79	<b>21.64</b>
Sexualidad	79.16	89.06	<b>9.9</b>
Eventos Negativos	83.33	94.79	<b>11.46</b>
Actos Antisociales	88.89	98.44	<b>9.55</b>

Siguiendo en orden descendente, el tercer lugar lo ocupa el área de eventos negativos en donde creció el nivel de protección de un **83.33** a un **94.79%**, la variación obtenida después de la intervención es de **11.46** puntos, que a su vez corresponde a una varianza porcentual de **13.6** %, con dicho aumento estamos a solo un 5.31% de lograr un nivel de protección del 100%, en ésta área.

El cuarto lugar corresponde al área de sexualidad, en donde se abordaron temas sobre autoestima, autoconocimiento y rechazo de abuso sexual. Aquí también hubo una variación en sentido positivo, el aumento que se obtuvo de **9.9** puntos porcentuales logran una variación del **12.65%** del nivel de protección inicial, de este modo el nivel de protección pasa de un **79.16%** a un **89.06%**. En lo

que respecta a los temas que se abordaron correspondientes a ésta área, el tema de rechazo al abuso sexual, fue abordado con la técnica de teatro guiñol, ello motivó mucho la participación de los niños, entre las recomendaciones que ellos mismos propusieron están la de denunciar ese tipo de casos y pedir ayuda, desde este punto de vista se cumple uno de los objetivos que contempla ésta área.

Analizando ahora lo que ocurrió con el área de consumismo obtenemos que se alcanzó un aumento en el nivel de protección grupal de **8.45** puntos logrando aumentar el nivel de protección de un **67.59%** a un **76.04%**, dicho aumento corresponde a una variación porcentual de **12.5%**. Respecto al contenido temático abordado: tipo de comida, uso del dinero y uso del tiempo libre, fue bien acogido y hubo mucho entusiasmo y participación. Inclusive comentarios de los niños respecto a actividades que realizaban después de haber visto las recomendaciones durante las sesiones de trabajo. Por ejemplo “ya estoy ahorrando”, “gasto un poco y guardo otro poco”.

Sin embargo las actitudes a favor del consumismo se mantienen aún elevadas, a lo largo de la aplicación del Modelo, aún después del trabajo de ésta área, se mantuvo la presencia de alimentos chatarra como donas, chocolates, sabritas, etc. Estos resultados se deben a situaciones familiares que permiten la continuidad de ciertos hábitos que obstaculizan el cambio v. g. es frecuente el uso de frases tales como “¿qué me trajiste?”, “¿me compras?”, “yo quiero” o bien “qué quieres que te compre”, “si te portas bien te traigo un juguete”, etc.

A pesar de ello si se lograron cambios positivos, que si se refuerzan con otras acciones podrían aumentar en mayor proporción un nivel de protección en

esta área. Por lo que proponemos la participación de los padres de familia en algunas actividades para lograr en ellos un cambio de paradigma.

El área de actos antisociales tiene el menor porcentaje de riesgo antes y después de la aplicación del Modelo. El nivel de protección pasó de un **88.89%** a un **98.44%**, ésta área está protegida casi al 100%. La variación fue de **9.55** puntos que corresponde a una varianza porcentual de **10.74%**.

Como se refirió anteriormente, los niños manifestaron vivir problemas de violencia en sus familias. La violencia intrafamiliar es una situación que requiere otro nivel de intervención, sin embargo, dentro del salón se pudieron observar cambios significativos, en las sesiones subsecuentes al tema de violencia y agresión cuando alguien agredía de algún modo a algún compañero, otro le decía “acuérdate de no pelear”, la profesora por su parte ha observado una disminución en las conductas agresivas de los niños, “ya no se pelean, no se como explicarlo, como que se detienen y lo piensan, ya no se dicen palabras ofensivas como antes”.

**Cuadro 6. Variación porcentual en los niveles de protección después de la aplicación del modelo “aprender Jugando”**

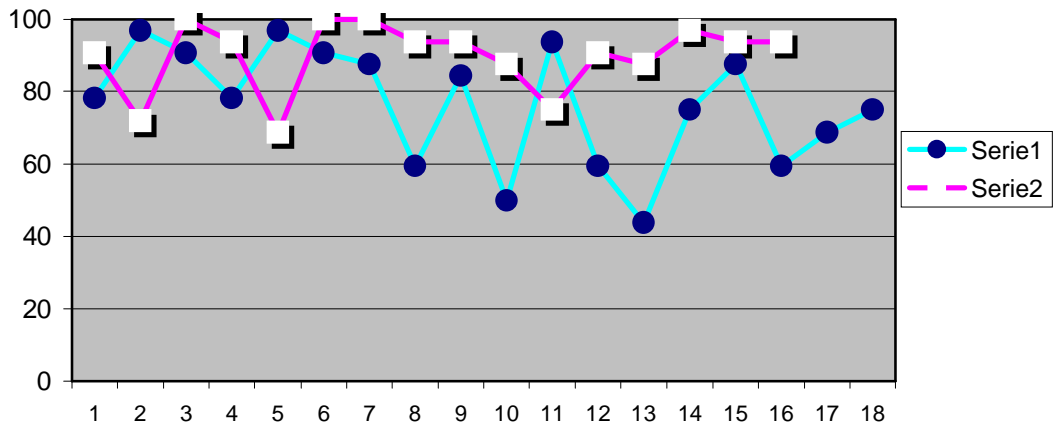
Áreas	Variación	Variación porcentual
Consumismo	8.45	<b>12.50</b>
Adicciones	17.24	<b>24.17</b>
Salud	21.64	<b>29.58</b>
Sexualidad	9.9	<b>12.50</b>
Eventos Negativos	11.46	<b>13.75</b>
Actos Antisociales	9.55	<b>10.74</b>

#### 4.2.3 Evaluación de los cambios en los niveles de protección individual.

Los niveles de protección individual antes y después de la intervención se muestran en la gráfica 2. Observamos que la población disminuyó de 18 casos en el pretest, a 16 casos en el postest.

La serie de datos del postest (serie 1), pone de manifiesto que hubo un aumento en los niveles de protección individuales en trece casos, de los cuales **tres casos de niñas incrementaron su nivel de protección hasta lograr un nivel del 100%.**

**Gráfica 3. Nivel de protección individual antes y después de la intervención con el modelo "Aprender Jugando" Centro Educativo Popular Integral (UMI)**



**Fuente: escala de actitud hacia factores de Riesgo-protección, Oct 2003, Mar 2004**

En el caso del nivel de protección más bajo antes de la intervención, a saber 44%, se incrementó su nivel hasta un 88% después de la aplicación del modelo. Así mismo podemos observar que con la aplicación del modelo, los niveles de protección individual se mantienen por arriba del 80% y logran concentrarse por arriba del 90%. De este modo ubicamos dos casos con un 91%, 5 casos con 94% y un caso con 97% en sus niveles de protección. (ver anexo 3 )

Por otra parte también ocurrió el descenso en los niveles de protección en tres casos. Los niveles de protección antes de la intervención, en estos casos, se encontraban por arriba del 90% y bajaron hasta el 70%. Cabe mencionar que los casos en que se registró un descenso en el nivel de protección corresponden a dos niños y una niña, en el caso de los niños, se invalidaron algunas respuestas

en sus escalas al tachar ambas respuestas de los ítem. Las respuestas invalidadas fueron cuatro para ambos niños y se concentraron en el área de consumismo y sexualidad. En el caso de la niña, no se invalidaron respuestas, pero su asistencia no fue regular durante la intervención. De hecho la asistencia en general fue variable y en promedio asistían 12 participantes por sesión, sin embargo, a pesar de ello observamos un aumento generalizado en los niveles de protección individuales.

#### **4.3 ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA EVALUACIÓN DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”**

Como se desprende de las hipótesis y del diseño (v. Diseño estadístico), se consideró la evaluación de los resultados por medio de la comparación de los niveles de protección obtenidos antes y después de la aplicación, para determinar si los cambios entre la primera y segunda aplicación son significativos, se sometieron a prueba las hipótesis nula y de investigación mediante el estadístico de puntuaciones Z, referente a las diferencias entre proporciones.

Respecto al análisis inferencial realizado y como se desprende de las hipótesis y el diseño estadístico obtenemos al aplicar la fórmula correspondiente y considerando los datos obtenidos con el pretest y posttest los siguientes resultados:

### 4.3.1 Significancia de los cambios a nivel grupal.

En éste apartado se somete a prueba la hipótesis sobre la significación de los cambios a nivel grupal de acuerdo con las siguiente hipótesis:

Ho: No hay diferencia significativa entre los niveles de protección grupal obtenidos en la primera y segunda aplicación de la “Escala de actitud hacia Factores de Riesgo-Protección”

Ha: Existe una diferencia significativa entre los niveles de protección grupal obtenidos en la primera y segunda aplicación de la escala de actitud hacia factores de riesgo protección.

Estadígrafo:

$$Z = \frac{P1 - P2}{\sqrt{\frac{P1q1}{N1} + \frac{P2q2}{N2}}}$$

Donde:

$P1$  y  $P2$  son los porcentajes expresados en proporción

$q1 = 1 - P1$

$q2 = 1 - P2$

Sean

$P1$  el nivel de protección grupal de la primera aplicación : .7639.



P2 el nivel de protección grupal de la segunda aplicación : 8984

N2= 16

N1 =18

Tenemos:

$$Z = \frac{.7639 - .8984}{\sqrt{\frac{.7639 \cdot .2361}{18} + \frac{.8984 \cdot .1016}{16}}} = 1.072$$

La puntuación Z calculada se compara con la puntuación Z de la distribución de puntuaciones Z correspondiente a un nivel de confianza de .005, para la cuál corresponde un valor de 1.645,<sup>5</sup> para valores unilaterales (una cola), Se considera el valor unilateral de Z, dado que se desea probar que la segunda puntuación es significativamente mayor a la primera.

Dado que la Z calculada cae en la región de aceptación que establece el estadígrafo definimos lo siguiente: dada la evidencia muestral y con un nivel de significancia de .05, no existe suficiente evidencia para afirmar que existe una diferencia significativa entre los niveles de protección obtenidos en la primera y segunda aplicación de la “Escala de actitud hacia factores de Riesgo-Protección”

#### 4.3.2 Significancia en los cambios por áreas.

<sup>5</sup> Spiegel,., Murray R. Estadística. Mc Graw Hill, Colombia, 1991. p. 226.

En el mismo sentido al realizar los cálculos para cada una de las áreas: salud, actos antisociales, adicciones, consumismo, eventos negativos y sexualidad, se obtienen los valores de Z expresados en el cuadro 7.

Observamos que en las áreas de adicciones, actos antisociales, eventos negativos y sexualidad, las puntuaciones Z calculadas son menores a la puntuación Z de tablas, por lo que a un nivel de significancia de .05 no existe la suficiente evidencia para afirmar que los cambios obtenidos con la segunda aplicación son significativos, para éstas áreas.

**Cuadro 7. Puntuaciones Z calculadas por áreas**

	Puntuación Z calculada
Salud	<b>Z= 1.82</b>
Adicciones	Z= 1.29
Actos Antisociales	Z= 1.189
Eventos Negativos	Z= 1.102
Sexualidad	Z= 0.801
Consumismo	Z= 0.550
Puntuación Z tablas con $\alpha = 0.05$ unilateral, Z= <b>1.645</b>	

Por el  
área de Salud,

contrario, en el  
en la que si

recordamos se obtuvo el mayor aumento en los niveles de protección, si

obtenemos una puntuación Z calculada mayor a la puntuación Z de tablas por lo que ***no rechazamos la hipótesis de que los cambios de la segunda aplicación sean significativos en el área de salud.***

#### **4.4 EVALUACIÓN DEL CONTENIDO TEMÁTICO DEL MODELO “APRENDER JUGANDO”**

Una vez realizada la evaluación en los cambios obtenidos en los niveles de protección, que se traducen en el impacto del modelo, corresponde ahora evaluar el contenido temático del modelo, considerando los aspectos observados durante su aplicación y que incluye el grado de aceptación a los temas y dificultades o facilidades con que se abordaron los temas, la ejecución de las actividades, estado de ánimo de los niños. etc.

El módulo temático correspondiente al área de salud, incluyo temas sobre higiene, ejercicio y alimentación, aún cuando fue el primer módulo abordado, los niños participaron activamente en todos los temas. Dentro de éste módulo el tema de ejercicio, contenía actividades de realización de juegos y ejercicio, ello provocó mucho movimiento en los niños, a pesar de implementar un ejercicio de relajación después de la actividad de ejercicio, no se logró plena relajación y los niños quedaron muy activos, debido a ello prestaron poca atención para hacer el cierre del tema.

En el área de consumismo el tema del uso del dinero también causó mucho dinamismo en los niños, una de las actividades consistía en realizar una

subasta, para ello se les proporcionó billetes didácticos, al cerrar la actividad los niños insistían en seguir utilizando “el dinero”, de modo que hasta la profesora comentó “No cabe duda que el dinero nos hace perder la cabeza”. Hacía el cierre del tema los niños seguían muy activos sin embargo, si exteriorizaron las ideas principales acerca del uso del dinero, ello lo pudimos comprobar en sesiones posteriores ya que siempre al iniciar cada sesión comentaban todas las actividades que realizaban y que tenían relación con los temas abordados. Dentro de éste módulo se abordó el tipo de alimentación como parte del consumismo, se realizó una actividad mediante el uso de la imaginación, la participación de los niños fue excelente, seguían todas las indicaciones y actuaban en consecuencia, les agradó mucho.

En lo que se refiere al módulo temático de sexualidad, el tema de autoestima fue uno de los que más retroalimentación proporcionó, los niños conocieron algunas situaciones que eran molestas para sus compañeros, aprendieron a respetarlos, y a reconocerse como personas que merecen respeto, para éste tema se siguió una actividad con un “árbol”, que después fue colocado en el patio de la escuela y ahí los niños exhibían sus trabajos para que todos los conocieran.

El tema de abuso sexual, fue trabajado con teatro guiñol, los niños estuvieron atentos al tema, al pedirles su participación fue unánime la respuesta de ellos: “Denúncialo Mariana”, “Denúncialo”, “Platícale a tu Mamá”, éste tema se reforzó con un folleto sobre los derechos de los niños, y en otras sesiones

podimos observar que están concientes de sus derechos y los exigen “no se vale que no me escuchen”.

En el área de eventos negativos y de actos antisociales algunos niños manifestaron situaciones en las que se han sentido tristes, agredidos o solos a pesar de las temáticas, no hubo niños que se mostraran renuentes al tema, no se notó angustia ni tristeza. Todos los niños manifestaron su acuerdo en expresar sus sentimientos y buscar la ayuda de alguien de confianza.

En términos generales los temas fueron recibidos con empatía y hubo excelente participación.

Sobre las técnicas utilizadas la que motivó más la participación fue la de lluvia de ideas, y la técnica imaginativa. El teatro guiñol captó de inmediato la participación de todos los niños y también les motivo a participar durante su desarrollo. Las técnicas que motivaban alguna actividad manual como dibujo o elaboración de un rompecabezas, mural, o memorama, les resultaban entretenidas, en la técnica del dibujo especialmente expresaban más libremente sus ideas acerca de los temas. En el mural todos se quedaban quietos y permanecían en su lugar para pasar a colocar sus recortes.

Por otra parte la técnica expositiva fomentó la dispersión de la atención, la exposición tenía que ser corta, para no aburrirles. En algunos casos se cambió la técnica expositiva por lluvia de ideas que fue la mejor técnica para que participaran, de éste modo en lugar de exponer el mensaje éste se construía con su participación y guiando sus respuestas en algunos casos.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo de ésta investigación fue, evaluar la aplicación del modelo "Aprender Jugando", dicha evaluación permitirá a su vez realizar las adecuaciones necesarias tanto del modelo como de la escala de actitud que se elaboró para medir la aceptación hacia los factores de protección del modelo referido.

La evaluación del modelo se realizó considerando los cambios de actitud hacia los factores de riesgo-protección, que se manifiestan en los niveles de protección alcanzados después de la aplicación del modelo.

***Al respecto podemos afirmar que el modelo "aprender Jugando", cumplió con el objetivo de aumentar y fortalecer los factores de protección en el grupo de niños del Centro Educativo Popular Integral.***

El modelo "Aprender Jugando" para niños, logró importantes cambios positivos en los niveles de protección en los tres niveles en que se planteó inicialmente grupal, áreas e individual y como consecuencia se redujeron los niveles de riesgo presentes. Los cambios son evidentes al realizar las comparaciones de los promedios porcentuales. Sin embargo dichos cambios no alcanzan un nivel significativo estadísticamente hablando, de acuerdo con la prueba estadística Z, excepto en el área de salud. Cabe recordar que el análisis inferencial se aplicó sin contar con las condiciones que se requieren para ello, a saber, condiciones de normalidad en la población, requisito que no se pudo cumplir dado que nuestra población participante fue de solo 18 casos.

Aún así los cambios resultaron positivos y algo importante a considerar es que los niveles de protección pueden aumentar, si se logran cambios en el entorno en el que se desenvuelven los niños. Como puede apreciarse, esta primera intervención ha impactado positivamente, de tal suerte que los niveles de protección pueden aumentar si se refuerzan implementando otros ciclos de intervención, con lo que se disminuye la probabilidad de que se inicien casos de abuso de sustancias.

Es notorio también el hecho de que los mayores cambios se presentaron en las áreas de salud y adicciones pues además de que la farmacodependencia es un problema de salud pública, en México no se cuenta con una adecuada cobertura de salud en general y de las adicciones en particular.

No descartamos la posibilidad de realizar adecuaciones al modelo y al instrumento de medición por lo que recomendamos ampliar la investigación. Ello podría determinar si los resultados obtenidos en esta investigación se debieron al Modelo o a la escala de actitud.

Finalmente cabe hacer la recomendación de incorporar a los padres a un trabajo de sensibilización y concientización con respecto a los factores de riesgo que agudizan el problema de las adicciones y ante los cuales se pueden ejercer acciones preventivas desde el interior de la familia.

A la sociedad en general se exhorta a que promueva la implementación de acciones preventivas en el ámbito de las adicciones. Pensemos que anticiparnos a

un problema resulta más económico y se traduce en una mayor tranquilidad para la sociedad en su conjunto.



## GLOSARIO

**Abuso:** Uso de cualquier fármaco, con fines de intoxicación y que se aparta de un uso considerado como normal, sea por prescripción médica o por norma social.

**Adicción:** Patrón de conducta por el uso compulsivo de una sustancia, y un estado de angustia que obliga a conseguirlo.

**Área de riesgo-protección:** áreas en donde se concentran los factores de riesgo y de protección a saber: salud, consumismo, sexualidad, eventos negativos, actos antisociales, adicciones.

**Consumismo:** patrón de comportamiento que ayuda a deteriorar el ambiente y las finanzas personales.

**Dependencia:** Es cuando el organismo se adapta biológicamente a los efectos de las sustancias que ha venido utilizando, por lo que requiere impresionantemente de estas, para vivir y aliviar los malestares causados por dichas drogas.

**Droga (también fármaco o sustancia):** Toda sustancia química o natural que introducida al organismo modifica una o mas de sus funciones, o bien altera el comportamiento de la persona.

**Droga ilegal:** sustancia cuya producción y uso con fines de intoxicación está legalmente prohibido.

**Droga legal:** sustancias para las cuales no existe restricción legal para su consumo y producción tal es el caso del alcohol, tabaco y café.

**Droga legalizada:** psicotrópicos o fármacos legalizados para uso médico.

**Eventos Negativos:** sucesos de naturaleza imprevista que provocan altos niveles de estrés.

**Factor de protección:** aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individuales que están inherentes en los ambientes clave en donde se desarrollan los niños y jóvenes -escuela, hogar, comunidad- y que eliminan o disminuyen la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo

**Factor de riesgo:** aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individuales que están presentes en los ambientes clave en donde se desarrollan los niños y jóvenes y que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo

**Farmacodependencia:** (también **drogadicción** o **toxicomanía**). “El estado psíquico y a veces igualmente físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una compulsión a lograr el fármaco de manera periódica o continua a fin de hacer presentes sus efectos físicos y a veces evitar malestares de la privación.”

**Narcotráfico:** Producción, venta y distribución ilegal de drogas.

**Resiliencia:** capacidad del individuo para enfrentar en forma exitosa eventos estresantes.

## BILIOGRAFIA

Álvarez, G. Ana. Hacia el desmantelamiento de la Lógica prohibicionista: Contribuciones a un debate científico sobre el problema de la droga. Ponencia UNAM, septiembre 1990.

Alcántara Moreno, H.; Reyes Murguía M. P; Cruz Silvia; Díaz Lino; Como Proteger a tus hijos contra las drogas: guía práctica para Padres de Familia. CIJ, México, 1999.

Bleichmar, Silvia; Benenati, Silvia. "Elaboración de algunas problemáticas en la terapéutica de la farmacodependencia infantil" en De la magia a la salud: Los niños y la comunidad en las Adicciones. CIJ, México, s.f.

Boletín 1625, del 17 de febrero del 2003, en [www.comunicación.diputados.gob.mx/boletines](http://www.comunicación.diputados.gob.mx/boletines).

Bonifaz Pedrero, Rosa. "Herramientas para la prevención en México", (México) Psicología Iberoamericana Vol. 19 Abril 1999, pp 67-72.

Campos Huittich, Ricardo. Farmacodependencia drogas y algunos temas cercanos Universidad del Estado de México, México, 1992.

Carreño, Silvia; Medina Mora, Ma. Elena, y otros "Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la república mexicana". (México), Salud Mental Vol. 19: Abril 1996.

Castro, Luis. Diseño experimental sin estadística. Trillas, México, 1984.

Castro, María Elena; Llañes, Jorge; Carreño, Adriana. "Chimalli: un modelo de prevención de riesgos psicosociales. Cambios de actitud y modificación de los niveles de protección, en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país" (México), Psicología Iberoamericana Vol. 7 Diciembre 1999, N°4, pp14-23

\_\_\_\_\_ Llanes, Jorge; Margain, Mónica. Modelo de prevención de riesgos psicosociales chimalli Libro del Conductor. Aprendiendo a pasarla bien. Ed. Pax. México, 2002.

Cicero Raúl. ¿Legalización de las drogas? s.f. en [www.hgmsalud.gob.mx](http://www.hgmsalud.gob.mx) fecha de consulta abril 2004.

CONADIC Informa Secretaria de Salud , Boletín especial junio 2001.

CONADIC//SSA <http://www.ssa.gob.mx>

Chapela, Luz Maria. Hablemos de sexualidad: Ejercicios para los niños y para las niñas. Mexfam, Conapo México, 1997.

Diagnóstico Comunitario de Salud Col. Miravalle, COCOMI A.C. México, 1997-2003.

Evaluación de un Programa Alternativo de Información Preventiva para Incrementar la Percepción de Riesgo del Uso de Drogas entre Estudiantes de Educación Básica. CIJ, México, 2002.

Fenner, Louise “La legalización no tiene Sentido según Bennett y Klebert” en La familia del adicto y otros temas. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990

Forselledo, Ariel. Consumo de Drogas y Familia Situación y Factores de Riesgo Montevideo Uruguay. 1994. en [www.psicologia.com](http://www.psicologia.com) Fecha de Consulta octubre 2003.

Galván Reyes; Ortiz Castro; González Uribe. El sistema de registro de información sobre drogas un auxiliar diagnóstico en la evolución de la farmacodependencia. Salud Publica, México, 1997.

Garza, G. Fidel; Vega, Armando. La juventud y las Drogas Trillas, México, 1999.

Guerrero García Lucina. Alerta! Zona de niños consumistas. s.f. en [pfamilia@elnorte.com](mailto:pfamilia@elnorte.com), fecha de consulta abril 2004.

Guisa Cruz, V.M.; Díaz-Barriga Salgado; Sánchez Huesca, R. Farmacodependencia de los síndromes de Intoxicación y Abstinencia por psicotrópicos. CIJ, México, 1998.

Guisa Cruz, Víctor M. Adicciones en la adolescencia. CIJ, México, 1999

\_\_\_\_\_ “Legalización de las drogas: avance o retroceso” (México), CIJ Informa año 8, Enero-Marzo 2003, N° 27, pp 36-38.

Hernández Rivera, Susana. Factores facilitadores del desenvolvimiento de conductas farmacodependientes. Tesis UNAM, 1998.

Lerner, Roberto, “La Prevención del abuso de las drogas en América latina” en El combate a las drogas en México.. Fondo de Cultura Económica, México, 1993

Linaza, Maldonado Los Juegos y el deporte en el desarrollo psicológico del niño Antropos. España, 1987.

Llanes, Jorge. “Evolución de las ideas de prevención el uso de drogas” Psicología Iberoamericana. (México), Vol. 7: diciembre 1999, N° 4, pp24-28.

Mateo, Rafael; Valdivieso, Laura. “El Profesorado como agente social” en Los profesores ante las drogas. UNESCO, Universidad Complutense, Madrid.

Medina Mora, M. E.; Tapia Conyer, R.; Sepúlveda Jaime, y otros. “Extensión del consumo de drogas en México, Encuesta Nacional de adicciones” (México), Salud Mental Vol. 12 : Junio 1992, N°2

\_\_\_\_\_ Villatoro, Jorge; Fleiz, Clara. “Abuso de sustancias entre niñas, niños y adolescentes, trabajadores entre 6 y 17 años en 100 ciudades” en Nuestro futuro depende de su presente. La niñez ante los riesgos de las adicciones. Programa de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de Drogas Oficina Regional para México y Centroamérica. UNICEF-DIF, México, 1999. pp31-39

\_\_\_\_\_ “Abuso de sustancias” en Estudio de niñas, niños y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal. UNICEF-DIF. México.2000, pp 119-136.

Métodos y técnicas para el promotor infantil. Servicio Jesuita a refugiados, México, 1994.

Milanese, Efrem; Merlo, Roberto; Machin, Juan. Redes que previenen., Centro de Formación Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, Instituto Mexicano de la Juventud. México, 2000 (Colección cuádreros para la acción N°1)

Radiografía de la Sierra de Santa Catarina. DECA EQUIPO Pueblo. México, 2002.

Rangel, Charles “La legalización de las drogas sería catastrófica” en La familia del adicto y otros temas. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.

Reporte de salud en la población del Centro Educativo Popular Integral. COCOMI AC. México, 2003.

Resultados del programa de Prevención de Riesgos Psicosociales de COCOMI A.C., México, 2002-2003.

Sánchez Huesca, Ricardo. “Las Instituciones y los Niños” en De la magia a la salud: Los niños y la comunidad en las Adicciones. CIJ, México, s.f.

\_\_\_\_\_ Guisa Cruz, De León Pantoja. “Estudio descriptivo de 1215 casos de consumidores de sustancias, menores de 15 años atendidos en una institución especializada en adicciones en México” en De la magia a la salud: Los niños y la comunidad en las Adicciones. CIJ, México, s.f.

\_\_\_\_\_ Rosales Hernández M. Ramírez Luna M.E. “Los gráficos de niños como una forma de conocimiento del problema de farmacodependencia en la comunidad” en De la magia a la salud: Los niños y la comunidad en las Adicciones. CIJ, México, s.f.

Sistema nacional Para el desarrollo integral de familia [mauroruz@iserve.net.mx](mailto:mauroruz@iserve.net.mx)  
fecha de consulta Junio 2003-12-08

Spiegel, Murria R. Estadística. Mc Graw Hill, Colombia, 1991.

Solano, M. Norma. entrevista hecha por Segura T. Angélica, México Oct. 2003.

Uribe, Manual de Toxicología Clínica . Ed. Temis Colombia, 1992

Valverde Molina, Jesús Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida. Ed. Pirámide Madrid, 1996.

Vélez Barajas, Agustín. Aspectos legales de las adicciones s.f. en [www.adicciones.com](http://www.adicciones.com) Fecha de consulta Junio 2003

## **ANEXOS**

## **ESCALA DE ACTITUD**



## ESCALA DE ACTITUD HACIA FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN

Este cuestionario fue diseñado para conocer lo que los niños piensan de algunas situaciones de riesgo. No es un examen. Todas tus respuestas son importantes. Gracias por participar.

Instrucciones: marca con una **X** el dibujo que corresponde a tu situación personal.

Datos generales:

1. Tu eres



2. Vives con



3. Cuantos hermanos tienes

4. En tu familia trabaja



## **REPORTE DE SESIÓN (DIARIO DE CAMPO)**

Hora	Lugar UMI Reporte No. 13 Fecha: 19 de febrero 2004	Observaciones
9:10	<p style="text-align: center;"><b>Tema Alcohol y Tabaco</b></p> <p>El objetivo de éste tema es que el niño conozca las consecuencias negativas en la salud provocadas por el consumo de alcohol.</p> <p>Se inicia la sesión primero saludando a los niños.</p> <p>Actividad1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza la presentación del tema, antes de decir la introducción correspondiente se les pregunta si saben lo que es una adicción, todos contestan que no. Para aclarar lo que es una adicción se comenta lo siguiente:</li> </ol> <p>“Tener una adicción significa necesitar tanto alguna cosa que, sin ella, no se puede ser feliz, se cae en enfermedad se vive con malestar. Las personas podemos ser adictas a diferentes cosas como los refrescos, el café, los cigarros, la televisión, el dinero, el alcohol o las drogas. En general las personas no nacen adictas. Comienzan poco a poco a consumir un producto y repiten tantas veces su uso o su consumo, que un día se dan cuenta de que ya son adictas, es decir, de que parte de su felicidad y de su bienestar físico solo lo consiguen a partir de un producto o de una sustancia.”<sup>6</sup></p>	<p>Hoy asistieron 7 niños y 6 niñas.</p> <p>Los niños no saben lo que es una adicción, pero después de escuchar la explicación empiezan a participar comentando algunos casos.</p> <p>Daniel comenta: “mi papá toma cerveza”</p> <p>Isaac “ Mi primo se emborracha”</p> <p>Nadia “ Mi papá</p>

	<p>Antes de continuar se esperamos a que sigan haciendo sus comentarios.</p> <p>2. Se les pide que mencionen (lluvia de ideas) algunos productos que pueden hacer que la gente sea adicta, con sus participaciones realizamos un listado.</p> <p>Los productos o sustancias que mencionan son “cerveza y cigarro”, para completar el tema se les explica que las personas pueden ser adictas a otras cosas por ejemplo a las drogas.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Se inicia un ejercicio de relajación para preparar a los niños para la actividad.</p> <p>3. Se dan las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Vamos a levantarnos de las sillas y dar un paso adelante.</li> <li>§ Vamos a mover los brazos, las piernas y a soltar todo el cuerpo.</li> <li>§ Ahora vamos a gritar fuerte y rápido.</li> <li>§ Ahora vamos a respirar profundamente tres veces.</li> </ul>	<p>toma cerveza y le pega a mi mamá”.</p> <p>Este tipo de comentarios lo empiezan a hacer todos los niños, mencionaron al papá, tíos o primos. No se nota tristeza al hacer estos comentarios.</p> <p>En éste momento Javier comenta “ a mi papá le dicen mariguano”.</p> <p>Todos los niños siguen las indicaciones, al gritar lo hicieron con mucha energía, esto les</p>
--	--	---

	<p>§ Ahora estamos tranquilos, vamos a sentarnos y vamos a imaginar una situación.</p> <p>4. Ahora se les pide que cierren sus ojos y que traten de imaginar la siguiente situación:</p> <p>Imaginemos que una persona nos invita a tomar cerveza, nos dice que se siente bien padre, y que nadie se va a dar cuenta. Nosotros aceptamos porque queremos saber que se siente así es que nos la tomamos. De pronto sentimos que el piso se mueve, estamos mareados, ahora nos tiembla todo el cuerpo, nos duele la cabeza y tenemos mucha sed, nos sentimos bastante mal.</p> <p>Ahora imaginemos que ya hemos visto como fuman las personas, y que se nos antoja hacerlo para ver que se siente. Tomamos un cigarro y lo prendemos para fumarlo. Cuando ya se acabó el cigarro, nos sentimos bien, así es que pensamos que no nos hace daño, y queremos seguir fumando. Pero cuando ya hemos fumado por mucho tiempo, descubrimos que ya no podemos dejar de fumar, y además ahora nos cuesta trabajo respirar y realizar ejercicio.</p> <p>5. Ahora les pedimos que tomen asiento. Les preguntamos como se sienten:</p> <p>Algunos comentan “se siente bien feo”.</p> <p>Otros niños dicen “yo no voy a fumar”</p> <p>Isaac “ mi primo fuma mucho, también mi tía”</p> <p>6. Para la tercera actividad se reparte a los niños esquemas del cuerpo humano, en donde están los órganos del cuerpo que se dañan por el consumo de alcohol y cigarro. Se da una explicación de</p>	<p>causa diversión, después de tranquilizan y la relajación resulto efectiva.</p> <p>Los niños participan y realizan los movimientos que se van mencionando.</p>
--	---	--

	<p>cómo es que los órganos se ven afectados, y se explica que esas son las consecuencias en el organismo dl consumo de estas sustancias.</p> <p>7. Una vez hecha la explicación, se les pide que en su esquema vayan identificando e iluminando las partes mencionadas.</p> <p>Actividad 4.</p> <p>Finalmente se les pide a los niños que nos ayuden a encontrar alternativas para sanas para disfrutar del tiempo libre con los amigos sin recurrir a las drogas. Para ello se les reparte hojas y crayones para que elaboren un dibujo.</p> <p>Al terminar sus dibujos uno por uno pasan a colocarlo en el pizarrón</p> <p>Para cerrar se les invita a que aprendan a cuidar su cuerpo y que digan No si se trata de algo que les causa daño.</p>	<p>Todos elaboran su dibujos, Rodrigo dibuja un vaso de jugo, Paulina dibuja una cerveza y le pone un tache, Daniel dibuja a niños jugando con una pelota.</p> <p>.</p>
--	---	---

**MODELO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS  
PSICOSOCIALES  
Carpeta DE trabajo  
TEMA ALCOHOL Y TABACO**

## MODULO 3

### ADICCIONES

Objetivo: Sensibilizar al niño en torno al problema del consumo de drogas.

#### **Tema Consumo de Alcohol y tabaco (cigarro).**

Objetivo: que los niños conozcan las consecuencias negativas en la salud provocadas por el consumo de alcohol y tabaco.

#### **Actividad 1**

Objetivo: Introducir al niño en el tema de las adicciones.

Tiempo : 15 min.

Técnica: expositiva

Material: hoja de rota folio, marcadores

Procedimiento:

#### 1. Presentar el tema, e iniciar con la siguiente introducción:

“Tener una adicción significa necesitar tanto alguna cosa que, sin ella, no se puede ser feliz, se cae en enfermedad se vive con malestar.

Las personas podemos ser adictas a diferentes cosas como los refrescos, el café, los cigarros, la televisión, el dinero, el alcohol o las drogas.

En general las personas no nacen adictas. Comienzan poco a poco a consumir un producto y repiten tantas veces su uso o su consumo, que un día se dan cuenta de que ya son adictas, es decir, de que parte de su felicidad y de su bienestar físico solo lo consiguen a partir de un producto o de una sustancia.”<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Chapela Luz María. 1997 Hablemos de sexualidad ejercicios para los niños y las niñas, Mexfam, México, p. 193



2. Mediante lluvia de ideas elaborar un listado con las sustancias, productos o actividades que los niños consideren les pueden causar adicción.

3. Anotar las respuestas de los niños en una hoja de rota folio, si es necesario completar el listado, de modo que se mencionen alcohol (cerveza, vino), cigarro y otras drogas.

## **Actividad 2**

Objetivo: Que el niño conozca los efectos que causa en su cuerpo el consumo de alcohol y tabaco (cigarro)

Tiempo 15 min.

Técnica: Representaciones

Material:

Procedimiento:

2. iniciar un ejercicio de relajación:

§ Vamos a levantarnos de las sillas y dar un paso adelante.

§ Vamos a mover los brazos, las piernas y a soltar todo el cuerpo.

§ Ahora vamos a gritar fuerte y rápido.

§ Ahora vamos a respirar profundamente tres veces.

§ Ahora estamos tranquilos, vamos a sentarnos y vamos a imaginar una situación.

3. Elegir a un niño y a una niña para que nos ayuden a representar las siguientes escenas:

4. Imaginemos que una persona nos invita a tomar cerveza, nos dice que se siente bien padre, y que nadie se va a dar cuenta. Nosotros aceptamos porque queremos saber que se siente así es que nos la tomamos. De pronto sentimos que el piso se mueve, estamos mareados, ahora nos tiembla todo el cuerpo, nos duele la cabeza y tenemos mucha sed, nos sentimos bastante mal.

5. Ahora imaginemos que ya hemos visto como fuman las personas, y que se nos antoja hacerlo para ver que se siente. Tomamos un cigarro y lo prendemos para fumarlo. Cuando ya se acabó el cigarro, nos sentimos bien, así es que pensamos que no nos hace daño, y queremos seguir fumando. Pero cuando ya hemos fumado por

mucho tiempo, descubrimos que ya no podemos dejar de fumar, y además ahora nos cuesta trabajo respirar y realizar ejercicio.

6. Les agradecemos a los niños que participaron y les pedimos que pasen a sentarse.

### **Actividad 3**

Objetivo: Que el niño conozca los efectos negativos que causa en su cuerpo el consumo de alcohol y tabaco (cigarro)

Tiempo 15 min.

Técnica:

Material: esquemas del cuerpo humano, donde aparezcan los órganos del cuerpo.

Procedimiento:

7. Formar tres equipos.
8. A cada equipo repartir un dos esquemas del cuerpo humano, uno del sistema respiratorio y uno del sistema digestivo.
9. Mencionar las consecuencias en la salud por el consumo de alcohol y cigarro:

“El consumo de alcohol, provoca en las personas, un estado de desinhibición, que les permite hacer muchas cosas que normalmente no harían, cambia el comportamiento de las personas, algunas se vuelven muy violentas y se involucran en peleas.

El consumir alcohol, afecta la coordinación del cuerpo, se producen temblores en brazos y piernas y las actividades no se pueden realizar en forma adecuada, por ello también se generan accidentes cuando las personas han tomado alcohol y realizan actividades como manejar un auto, subir escaleras, o manejar herramientas.

Cuando el consumo de alcohol continua, se produce pérdida de memoria y alucinaciones, en casos ya más graves afecta el hígado y el cerebro.”

“ Así como el alcohol hace que las personas se sientan mal también el tabaco (cigarro) provoca que las personas se sientan mal y se enfermen. Cuando alguien fuma en casa el humo del cigarro también nos afecta aunque nosotros no fumemos, por ello si en casa alguien fuma hay que pedirle que no fume.”

“ Los pulmones son órganos que todos tenemos, ellos tienen la función de almacenar aire para que nuestro cuerpo pueda funcionar adecuadamente, cada vez que respiramos

llenamos los pulmones de aire, cuando sacamos el aire de nuestro cuerpo (exhalar) debemos volver a llenar nuestros pulmones de aire limpio para que pueda ser usado por nuestro cuerpo”

“ Cuando alguien fuma sus pulmones se llenan de humo del cigarro y el aire que llega a ellos es menor, cuando se fuma en exceso el humo del cigarro afecta tanto a los pulmones, que se dificultan actividades sencillas como por ejemplo hacer un poco de ejercicio o inflar un globo, esto ocurre por que el humo del cigarro destruye poco a poco los pulmones”

10. Mostrar en un esquema que estará en el pizarrón las partes del cuerpo que se afectan por el uso de estas sustancias: hígado, cerebro, pulmones.

11. Pedirles que identifiquen esa partes del cuerpo en sus esquemas y que las iluminen.

#### **Actividad 4**

Objetivo: Que el niño participe en la generación de alternativas más sanas para disfrutar del tiempo libre con los amigos sin recurrir al uso de drogas.

Tiempo 15 min.

Técnica: Dibujo.

Material: Hojas, crayones.

Procedimiento:

15. Pedir a los niños que realicen un dibujo en donde expongan una forma de divertirnos y pasar el tiempo sin utilizar drogas.

11) Para cerrar “ el alcohol, y el cigarro pueden causar adicción en las personas es decir que ya no pueden estar sin beber ni fumar por ello es muy importante que aprendamos a decir NO”, con ello evitaremos dañar nuestro cuerpo. Recuerden que todos somos personas valiosas, que merecemos respeto y que nadie puede obligarnos a tomar algo que no deseamos.”

# HOJA DE CALIFICACIÓN DE ESCALA PRETEST Y POSTEST