



Centros de Integración Juvenil, A.C.

Para vivir sin adicciones

Intervenciones preventivas en edades tempranas

DIRECTORIO

DR. JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

DR. ROBERTO TAPIA CONYER

Presidente del Patronato Nacional

SRA. KENA MORENO

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta Vitalicia
del Patronato Nacional

MTRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Directora General

DR. RICARDO SÁNCHEZ HUESCA

Director General Adjunto Normativo

DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ

Director General Adjunto Administrativo

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. Miriam Carrillo López

Dra. Beatriz León Parra

ELABORACIÓN

Lic. María del Pilar Reyes Munguía

Mtra. Raquel Mondragón Gómez

Mtro. Javier Darío Ríos Castillo

CORRECCIÓN DE ESTILO

Lic. Jeanette Muñoz López

DISEÑO EDITORIAL

Lic. Gerardo R. Narváez Rivas



Centros de Integración Juvenil, A.C.

Para vivir sin adicciones

Intervenciones preventivas en edades tempranas

D.R. © 2017 Centros de Integración Juvenil, A.C.
Tlaxcala 208, Col. Hipódromo
06100, México, D.F.
www.gob.mx/salud/cij

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	5
------------------------	---

CAPÍTULO 1. INDICADORES DEL DESARROLLO INFANTIL Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS 9

Desarrollo psicosocial en la infancia y sus indicadores.	9
Factores de riesgo asociados con el consumo de drogas en población infantil	14
Consumo de drogas en edades tempranas	17
Lineamientos y estándares para la prevención con niñas y niños.	22
Programas preventivos eficaces	30

CAPÍTULO 2. DERECHOS DE LA INFANCIA Y PROTECCIÓN ANTE EL CONSUMO DE DROGAS 41

Derechos del niño	41
Derechos de la infancia	42
Convención de los Derechos del Niño (CDN)	47
Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	48
Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	51
Protección de niñas, niños y adolescentes ante el consumo de drogas.	52

CAPÍTULO 3. DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS PARA EL USO DE DROGAS. 55

Salud física	55
Salud mental	58
Familia.	62
Escuela.	66
Comunidad	69

CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN EN CIJ DEL CONSUMO DE DROGAS EN EDADES TEMPRANAS. 73

Elementos básicos para programas preventivos	75
Etapa prenatal	84
Niñas y niños de tres a cinco años de edad	87
Niñas y niños de seis a nueve años de edad	90
Niñas y niños de 10 a 14 años de edad	92
Cursos de verano y de otros periodos vacacionales	95
Estimulación cognitiva para el desempeño escolar	97
Padres de familia y otros responsables de crianza	100
Personal docente y profesionales de la salud	101

REFERENCIAS	106
-----------------------	-----

ÍNDICE GRÁFICO

FIGURAS

1. Factores de riesgo en edades tempranas	15
2. Porcentaje de la población de 12 a 17 años de edad que ha tenido contacto con drogas “Alguna vez”	18
3. Porcentaje de edad de inicio del consumo de drogas en estudiantes de secundaria y bachillerato.	19
4. Relación de niñas y niños que han consumido drogas en quinto y sexto año de primaria	20
5. Lineamientos, mejores prácticas y estándares de calidad.	24
6. Ley General para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	46
7. Elementos básicos y estructurales de la Ley.	49
8. Problemas de salud mental más frecuentes en población de cinco a 18 años de edad	60
9. Prevención del consumo de drogas en edades tempranas: CLJ.	83

TABLAS

1. Edad de inicio del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento, segundo semestre de 2016	21
2. Uso de drogas en menores de edad	22
3. Estándares internacionales de la prevención en edades tempranas	28
4. Monitoreo de antecedentes obstétricos y del embarazo actual.	56
5. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R2)	61
6. Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)	61
7. Principales funciones parentales	62
8. Inventario de prácticas de crianza	63
9. Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil (CHAMI)	64
10. Encuesta Breve de Salud (MOS/SF-36)	65
11. Consideraciones en la entrevista clínica.	66
12. Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ en español)	67
13. Bull-M	68
14. Inventario Riesgo-Protección para la Comunidad (IRPACO-DIF)	70
15. Recomendaciones preventivas para niños y jóvenes en riesgo de uso indebido de drogas.	79

Nota sobre el lenguaje incluyente: en este documento se ha respetado el uso del lenguaje incluyente y no sexista, atendiendo a las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2016).

INTRODUCCIÓN

Si bien el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas inicia por lo general durante la adolescencia, en el campo de la prevención deben impulsarse políticas públicas y programas dirigidos a la primera infancia. La finalidad es identificar y contrarrestar, de manera temprana, aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales que incrementan la probabilidad de padecer en etapas posteriores algún trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (National Institute of Drug Abuse [NIDA], National Institutes of Health [NIH], & U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2016).

En la infancia pueden confluir distintos factores de riesgo –individuales, familiares y socioambientales–, como la falta de cuidados prenatales, el uso de sustancias psicoactivas por parte de los padres, una disciplina inflexible, un escaso control emocional y dificultades de aprendizaje, que alteran de manera significativa el desarrollo y el bienestar de las niñas y los niños.

Las experiencias tempranas de vida son un punto nodal para el futuro. La alteración en los indicadores de desarrollo en la infancia podría tener consecuencias negativas a largo plazo, pues en esta etapa, las personas son más sensibles al impacto de la interacción familiar y social. Una muestra de lo anterior es el estrés tóxico durante la infancia causado por situaciones de pobreza extrema, abuso físico, emocional y sexual, conflictos familiares recurrentes y consumo de drogas por parte de los padres.

En los primeros años de vida se conforma el andamiaje neurobiológico –combinación de la genética y el aprendizaje– y se forman las habilidades básicas que servirán de soporte ante futuras circunstancias psicosociales complejas. Las neurociencias han aportado una serie de elementos para explicar la interconexión entre los circuitos neuronales que constituyen la base de la estructura

y el funcionamiento cerebral. Conocer y promover esta información entre las personas responsables de la población infantil es una buena práctica en la prevención del consumo de drogas, ya que la detección temprana facilita la atención especializada.

Esta etapa de desarrollo representa, por tanto, una oportunidad fundamental para intervenir y prevenir distintas alteraciones en materia de salud física y mental; es en este momento cuando realmente se logra modificar el curso evolutivo –desde un enfoque ontogenético–, para encauzarlo en una dirección saludable, positiva y constructiva.

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes plantea que las personas menores de 12 años constituyen un grupo de riesgo. La presencia de problemas en la niñez, como el comportamiento negativista desafiante, se relaciona con una elevada probabilidad de progresar hacia otras circunstancias como la conducta antisocial o el abuso de drogas en la adolescencia o la adultez (Frick, Marsee, & Patrick, 2006; Loeber et al., 2005).

Centros de Integración Juvenil ha retomado hallazgos científicos, principios metodológicos y estándares de calidad que destacan la importancia de contar con programas preventivos para niñas, niños y adolescentes, que tengan como marco los enfoques del desarrollo positivo y los derechos de la infancia.

En CIJ se han diseñado y puesto en práctica programas específicos para prevenir, desde edades tempranas, el uso de sustancias y otros riesgos psicosociales asociados que se presentan en etapas posteriores del desarrollo. Además, con estos programas preventivos, se busca fortalecer hábitos saludables y de autocuidado, valores y comportamientos proactivos, relaciones positivas y ambientes que promuevan el desarrollo saludable a nivel personal y colectivo. Las intervenciones también involucran de manera activa a los padres y las madres de familia, así como a los educadores, docentes u otros responsables de la formación y el cuidado infantil, mediante estrategias enfocadas en reforzar habilidades de crianza, conductas

prosociales, desempeño escolar y alternativas de acompañamiento a los menores de edad.

En esta Serie Técnica se reúnen experiencias y evidencias con la finalidad de que los profesionales de la salud y la educación cuenten con información científica sobre intervenciones tempranas eficaces y las mejores prácticas. Se incorporan las estrategias del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones” de CIJ dirigidas a la población infantil y a sus estructuras de apoyo.

En primera instancia se presentan los indicadores de desarrollo social y afectivo de los niños y los factores de riesgo asociados con el consumo de drogas en la población infantil. Se describen, además, algunos resultados de intervenciones que se han realizado en etapas tempranas para prevenir el consumo de drogas.

En el capítulo dos, se aborda la normatividad existente en torno a los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes; y se destaca la labor de los profesionales de la salud para emprender acciones que garanticen y fortalezcan el cumplimiento de estos derechos desde el interés superior del niño (Convención sobre los Derechos del Niño [CDN]).

El tercer apartado incluye diferentes herramientas de detección de los principales factores de riesgo a nivel individual, familiar, escolar y social asociados con el consumo de drogas, por ejemplo, problemas de conducta, estilos negativos de crianza y violencia escolar, por mencionar algunos.

Para finalizar, en el cuarto capítulo se reúnen los principales proyectos que se han realizado en CIJ, para dar respuesta a la necesidad de disponer de alternativas de atención preventiva y promoción de la salud que fortalezcan el sano desarrollo infantil y faciliten la participación de las niñas y los niños.

La instrumentación de este tipo de intervenciones desde edades tempranas tiene múltiples beneficios, no sólo en la calidad de vida de esta población, sino también en la de sus familias y comunidades.

Esperamos que este libro sea útil para la toma de decisiones y la puesta en marcha de nuevas políticas y líneas de acción que potencialicen el bienestar integral de las niñas, los niños y los adolescentes. Buscamos, asimismo, que ayude a impulsar ambientes libres de drogas.

Mtra. Carmen Fernández Cáceres

Directora General

Centros de Integración Juvenil

CAPÍTULO 1. INDICADORES DEL DESARROLLO INFANTIL Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Desarrollo psicosocial en la infancia y sus indicadores

En la prevención del consumo de drogas, los estándares de calidad recomiendan las intervenciones desde la primera infancia a fin de favorecer y potenciar el desarrollo integral de las personas.

En este capítulo se incluyen indicadores del desarrollo y bienestar correspondientes a la primera infancia. El objetivo es brindar información útil a las figuras de apoyo y modelos conductuales a seguir por parte de la población infantil: madres y padres de familia, tutores, cuidadores y docentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la primera infancia es el periodo que se extiende desde la fase prenatal hasta los ocho años de edad. Es una etapa fundamental para el crecimiento y el desarrollo personal: las experiencias en este intervalo influyen en todo el ciclo de vida. Es una oportunidad para establecer las bases del aprendizaje y la participación, así como para evitar retrasos en el desarrollo y discapacidades (OMS & Unicef, 2013).

Para los profesionales de la salud y los responsables de crianza familiar, cuidado y educación de la población infantil es de alta relevancia identificar y dar seguimiento al desarrollo psicosocial de niñas y niños, porque su rol es estratégico para facilitar el curso evolutivo esperado y, en caso necesario, solicitar apoyo especializado.

La Unicef define el desarrollo psicosocial como “el proceso de transformaciones que se dan en una interacción permanente del niño o niña con su ambiente físico y social. Empieza en el vientre

materno, es integral, gradual, continuo y acumulativo. El desarrollo psicosocial es un proceso de cambio ordenado y por etapas, en que se logran, en interacción con el medio, niveles cada vez más complejos de movimientos y acciones, de pensamiento, de lenguaje, de emociones y sentimientos, y de relaciones con los demás...” (Unicef, 2004, pág. 6).

Los indicadores del desarrollo son parámetros para valorar cada etapa de vida por la que transitan las personas, en este caso, la primera infancia; se refieren a las actividades que la mayoría de las niñas y los niños pueden realizar a una edad determinada.

El bienestar de una persona depende de un conjunto de variables y dimensiones (físicas, emocionales y sociales) que influyen en el desarrollo y la calidad de vida; también inciden en el potencial en términos de desarrollo humano. Los indicadores relacionados con la infancia surgieron como referencia del bienestar, a fin de orientar la toma de decisiones en materia de políticas públicas (Castro, Allen-Leigh, Katz, Carulla, & Lazcano, 2013, p.S268).

Los indicadores de desarrollo y bienestar infantil que sirven de base para definir áreas prioritarias y programas de intervención son, principalmente:

- Prevención del bajo peso al nacer.
- Promoción de la lactancia.
- Tamiz neonatal.
- Estimulación temprana.
- Cobertura equitativa y con calidad en la provisión de consultas para la atención del desarrollo de niñas y niños, en especial en los primeros dos años de vida.
- Esquema completo de vacunación.
- Suplementación de vitamina A.
- Terapia de rehidratación oral.
- Prevención y mejoría en la atención de accidentes domésticos y de otro tipo.

- Calidad en la prevención, el tamiz, el diagnóstico, la canalización y la atención para diferentes tipos de discapacidad.

El modelo conceptual de Quiceno y Vinaccia (2008) explica las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionadas con la Salud Infantil (CVRSI, siglas estipuladas por los autores), mediadas por variables como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales. Es decir, la percepción del bienestar del niño o el adolescente sobre su salud mental y física está determinada por el contexto cultural al que pertenece y en el que se desenvuelve. El niño se comporta y actúa conforme a patrones propios de su medio, en el que las familias –o quien desempeñe la función de cuidado– tienen un papel significativo como primer agente socializador. La forma en que un niño interpreta su mundo dependerá no sólo de su contexto cultural, sino también de la etapa de vida en que se encuentre. Este elemento es básico en el diseño de intervenciones preventivas dirigidas a la población infantil.

Para brindar apoyo a los profesionales de la salud y a las personas responsables del cuidado, educación y desarrollo de los niños, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un esquema que muestra la evolución de las conductas esperadas, en áreas como el desarrollo motriz, la coordinación, la socialización y el lenguaje, con base en la edad de los niños –a partir de un mes y hasta los cinco años de edad–, sin dejar de considerar que la conducta está integrada por “logros clave”: sentarse, balbucear, caminar, levantar un objeto, etcétera.

- Coordinación.- Integración de habilidades básicas para lograr el dominio de funciones sensorio-motrices (audiovisual y óculo-manual) ante objetos y situaciones.
- Lenguaje.- Adquisición progresiva de la reproducción de sonidos y palabras hasta lograr un lenguaje articulado.
- Motriz.- Movimientos iniciales bruscos y sin coordinación, que de manera paulatina se tornan lentos y se limitan hasta llegar a ser coordinados para lograr el desplazamiento.
- Social.- Capacidad de adaptación al medio, a través de la observación e interacción con las personas con las que se convive; incluye el proceso de socialización, la individuación, la autonomía y la independencia

Con base en la revisión de las esferas del desarrollo hasta los cinco años de edad, es de suma importancia vigilar y estimular desde la primera infancia. Las neurociencias explican que en los primeros años de vida (cero a tres años de edad), en el cerebro se constituyen las conexiones neuronales elementales para la ejecución de habilidades básicas, las cuales sirven de base para la formación de una red neuronal que permite llevar a cabo otras habilidades más complejas en etapas de vida posteriores.

En este orden de ideas, es relevante identificar las variables que alteran, deterioran o limitan el curso del desarrollo integral de las niñas y los niños, por ejemplo, la carencia alimentaria, la falta de acceso a la educación, el trabajo infantil y la violencia, entre otras. Con el análisis de algunos datos que sistematizó el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2017), en la Encuesta Inter-censal 2015, es factible ilustrar algunas variables sociodemográficas que ponen en desventaja a la población infantil:

- En el país residen 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de cero a 17 años de edad (32.8% de la población total), los cuales se distribuyen en los siguientes grupos etarios:
 - 32.4 por ciento, cero a cinco años de edad.
 - 33.7 por ciento, seis a 11 años de edad.
 - 33.9 por ciento, 12 a 17 años de edad.
- 84.3 por ciento de la población de tres a 17 años de edad asiste a la escuela.
- 16.9 por ciento de los hogares con niñas y niños de cero a 17 años presenta una situación de inseguridad alimentaria leve; 9.5 por ciento, moderada; y 7.6 por ciento, severa¹.
- Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2016) muestran que ocho de cada 100 niñas, niños y adolescentes trabajan; 14 por ciento tiene entre cinco y 11 años de edad; y 53.3 por ciento, además de trabajar, estudia y realiza quehaceres domésticos.

Es destacable que estas variables pueden vulnerar el desarrollo integral y la calidad de vida en niñas, niños y adolescentes.

Respecto a los predictores de adversidad psicosocial, 20 por ciento de los niños mexicanos presenta algún tipo de deficiencia en el desarrollo: no hablan, presentan retraso cognoscitivo o, en su caso, no caminan a la edad que deben hacerlo por factores ligados a la pobreza (Cruz, 2017).

Además, datos de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) mencionan que cuatro de cada 10 niñas y niños (12 a 17 años de edad) de 47 ciudades de México son víctimas de delito o maltrato (INEGI, 2017).

¹ Los hogares con niveles de inseguridad moderada y severa se catalogan con carencia alimentaria, es decir que, por falta de dinero, en ellos al menos una niña o un niño come poco, menos de lo que debería o, incluso, aunque tenga hambre, no come.

Ante este panorama, es preciso generar estrategias interinstitucionales para vigilar y dar seguimiento al curso saludable e integral del desarrollo infantil, a fin de facilitar la atención a las familias con hijos menores de edad. En el siguiente apartado se abordan factores de riesgo –derivados de evidencia científica– que aumentan la probabilidad de iniciar el consumo de drogas en etapas posteriores de vida, de manera particular, en la adolescencia.

Factores de riesgo asociados con el consumo de drogas en población infantil

En el marco de la prevención del consumo de drogas, los factores de riesgo se definen como aquellas características personales o del entorno que pueden afectar de manera negativa el desarrollo infantil y que, en etapas posteriores, aumentan la probabilidad de consumir drogas o de presentar problemas de conducta (NIDA et al., 2016).

Estas características individuales, familiares, escolares y sociales pueden variar en función de la etapa de desarrollo. Los factores de riesgo más citados en la literatura se incluyen en la Figura 1, en la que se pueden observar –desde la etapa prenatal hasta los ocho años de edad– las variables que inciden en edades tempranas y son indicadores de alteración en la trayectoria del desarrollo, por lo que se deben detectar de manera temprana para la derivación y atención oportuna en instancias especializadas. La detección de riesgos asociados con el consumo de drogas desde etapas tempranas de vida es un punto de buena práctica en la prevención de las adicciones (ver Figura 1).

Figura 1. Factores de riesgo en edades tempranas



Fuente: NIDA et al., 2016.

Otros factores de riesgo que pueden presentarse son estrés, uso de drogas por parte de los padres y problemas de salud mental como trastornos de ansiedad, del control de impulsos o déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este último trastorno es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, la hiperactividad y la impulsividad; puede persistir hasta la edad adulta e impactar diferentes áreas de la vida como la académica, la laboral y la social. Estudios epidemiológicos recientes han reportado una prevalencia a nivel mundial de ocho a 12 por ciento en niños y adolescentes. Sus principales características son actividad motriz excesiva, déficit de atención y falta de autocontrol (Vásquez et al., 2010).

La Secretaría de Salud (2017) recomienda a los padres de familia y otros responsables de crianza y cuidado de la población infantil

y adolescente estar atentos al comportamiento de los niños ya que, el TDAH, por ejemplo, se manifiesta entre los cuatro y 12 años de edad. Las señales de alerta son bajo rendimiento escolar, problemas de conducta, dispersión o hiperactividad. Ante estos indicadores, es fundamental realizar un diagnóstico multidimensional y buscar apoyo especializado e integral.

Con respecto al consumo de drogas, destaca la necesidad tanto de promover y facilitar la detección oportuna, como de desarrollar intervenciones preventivas tempranas en los servicios de salud desde el primer nivel de atención (Kingston et al., 2011).

La influencia de los factores de riesgo para el uso de drogas se incrementa durante las transiciones en la vida, sobre todo durante la niñez y la adolescencia. La transición inicial más significativa se da cuando se deja la seguridad de la familia para asistir a la escuela por vez primera. Después, cuando se pasa de la educación primaria a la secundaria, donde se experimentan nuevas situaciones académicas y sociales, como relacionarse con un nuevo grupo de compañeros, enfrentarse a una mayor autonomía o trasladarse más lejos. En esta etapa existe una mayor probabilidad de que los adolescentes se enfrenten por primera vez a las drogas: oferta, curiosidad sobre los efectos del consumo, mitos sobre las consecuencias, uso de tabaco, alcohol u otras sustancias en el círculo de amistades... (NIDA, 2004).

En este contexto, es necesario llevar a cabo intervenciones dirigidas a reforzar recursos de protección, tanto con la población infantil como con las personas adultas responsables de su crianza, cuidado y educación:

- Programas preventivos desde edades tempranas, para favorecer el desarrollo de hábitos saludables y habilidades, así como para evitar que se involucren en conductas riesgosas como el consumo de drogas (Gutiérrez & Villatoro, 2011).

- Para ser eficaz, la prevención temprana debe ser integral (Griffin & Botvin, 2010): debe incluir a padres y madres de familia u otras personas responsables de la crianza, además de a los profesores, debido a que el individuo pasa sus primeros años de vida en contacto con ellos y se constituyen en modelo de conducta.

La primera infancia es una etapa fundamental en el desarrollo psicosocial de un individuo. Es decisiva en la constitución del cerebro y sus conexiones; y en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada persona. En ella se forman las condiciones biológicas y competencias esenciales para la vida, por lo que, a la vez, es la fase más vulnerable del crecimiento (Unicef, 2004).

En este sentido, es necesario impulsar políticas y acciones dirigidas a prevenir riesgos y a promover y facilitar el crecimiento saludable e integral de los niños, en el marco de los derechos de la infancia.

La prevención en edades tempranas debe orientarse a fomentar habilidades personales y recursos sociales que permitan tomar decisiones responsables en la interacción con los demás, ya que es en esta etapa cuando se puede incidir en forma más exitosa en el desarrollo de conductas prosociales y cuando las intervenciones alcanzan mayores logros. En el apartado siguiente se incorporan algunos principios, recomendaciones y programas preventivos eficaces.

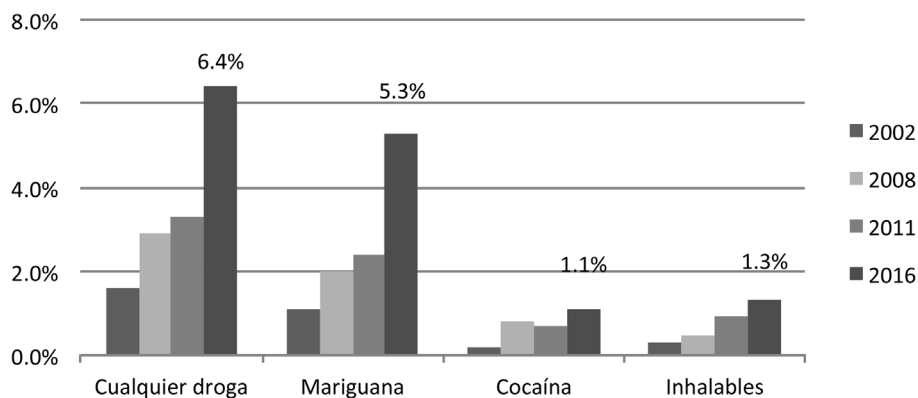
Consumo de drogas en edades tempranas

La edad en la que se inicia el consumo es un indicador de importancia para proyectar el posible impacto de las drogas a largo plazo en la vida de las personas. En México, se han realizado estudios para identificar a los sectores poblacionales que por diversas circunstancias sociales están en mayor riesgo de iniciar o incrementar el uso de sustancias. Sin embargo, las características o tendencias de

consumo de algunos grupos poblacionales y contextos con elevada vulnerabilidad (menores en situación de calle, migrantes, jornaleros agrícolas e indígenas, entre otros) no se encuentran descritas de manera clara en las encuestas nacionales debido al subregistro y a las dificultades de acceso.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) reportó que la edad de inicio en población de 12 a 65 años es de 17.7 años para los hombres y de 18.2 años para las mujeres. En población adolescente de 12 a 17 años de edad, la prevalencia “alguna vez” de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9 por ciento, en 2011, a 67.2 por ciento, en 2016. La droga de mayor consumo es la mariguana, en el periodo aumentó de 2.4 a 5.3 por ciento en este grupo poblacional. En la Figura 2, se muestran prevalencias “Alguna vez” del consumo de drogas en el comparativo anual.

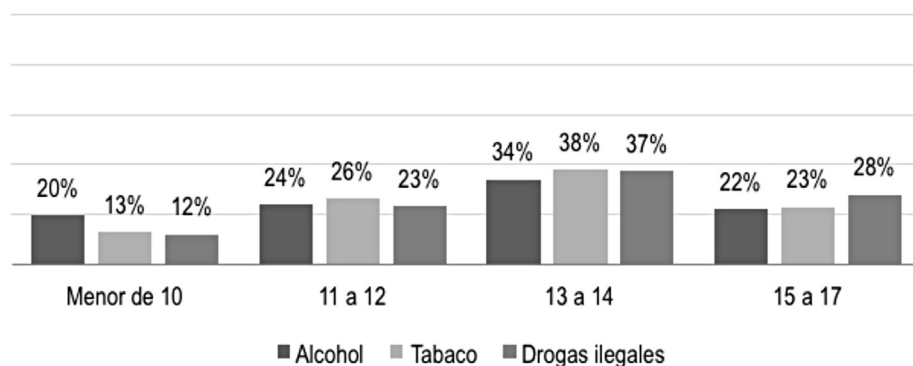
Figura 2. Porcentaje de la población de 12 a 17 años de edad que ha tenido contacto con drogas “Alguna vez”



Fuente: ENCODAT, 2016.

La Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE, 2014) muestra que la mayoría de los jóvenes de secundaria y bachillerato que han consumido alguna droga inició entre los 13 y 14 años de edad (Secretaría de Salud [SS], 2015), como se muestra en la Figura 3.

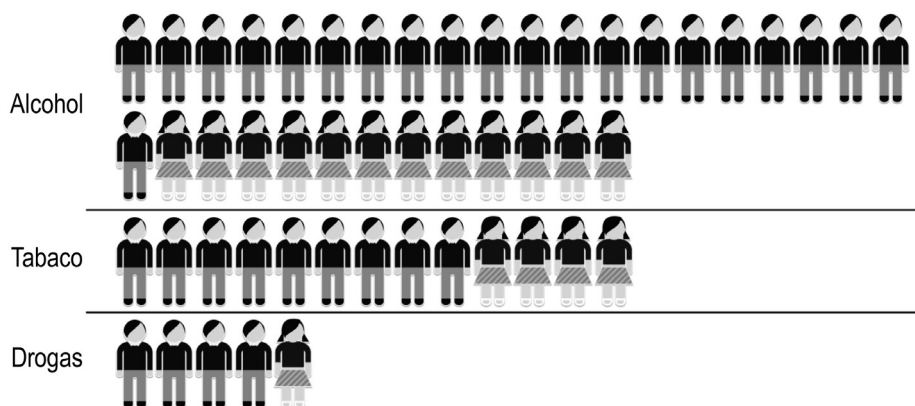
Figura 3. Porcentaje de edad de inicio del consumo de drogas en estudiantes de secundaria y bachillerato



Fuente: SS, 2015.

Esta encuesta también recabó datos del consumo de sustancias psicoactivas “alguna vez” en estudiantes de quinto y sexto de primaria, como se ilustra en la Figura 4. A nivel nacional, 21 por ciento de los niños y 12 por ciento de las niñas han probado alcohol; 8.9 y 4 por ciento, respectivamente, mencionaron haber fumado; y 4.7 de los varones y 1.7 por ciento de las mujeres han consumido drogas ilegales.

Figura 4. Relación de niñas y niños que han consumido drogas en quinto y sexto año de primaria



Fuente: SS, 2015.

El Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD, 2017) de Centros de Integración Juvenil presenta datos del uso de sustancias en pacientes de primer ingreso a tratamiento. En el análisis del segundo semestre de 2016 se encontró que 39.2 por ciento de quienes ingresaron a tratamiento son jóvenes de 15 a 19 años de edad; 14.8 por ciento tiene entre 10 y 14 años; y menos de uno por ciento de quienes solicitan atención especializada es menor de nueve años.

Los pacientes adolescentes reportan, en su mayoría, una edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas de entre 10 y 14 años, como se observa en la Tabla 1. La marihuana es la principal droga de inicio y la de mayor impacto; asimismo, es la que propicia mayor cantidad de problemas relacionados directa o indirectamente con el consumo.

Tabla 1. Edad de inicio del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento, segundo semestre de 2016

Edad de inicio para el consumo de tabaco	
Menores de 9 años	3.3%
10 a 14 años	45.0%
15 a 19 años	33.1%
Edad de inicio para el consumo de alcohol	
Menores de 9 años	3.2%
10 a 14 años	40.5%
15 a 19 años	39.3%
Edad de inicio para el consumo de drogas ilícitas	
Menores de 9 años	1.2%
10 a 14 años	43.1%
15 a 19 años	42.9%
Drogas ilícitas de inicio	
Cannabis	74.0%
Inhalables	9.6%
Cocaína	7.3%

Fuente: SIECD, 2017.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Unicef realizaron, en 1998, un estudio en 100 ciudades de México, con niñas, niños y adolescentes que salen a las calles a trabajar; incluyeron tanto a aquéllos que tienen un hogar donde vivir como a quienes viven en las calles.

El estudio mostró que el hecho de no vivir con la familia es uno de los principales factores relacionados con el inicio del consumo de drogas en esta población (Tabla 2). El nivel de riesgo de estar en

contacto con las sustancias y de consumirlas está vinculado con el tipo de actividad que desarrollan los niños en la calle; el sexo servicio y la mendicidad, por ejemplo, son considerados de alta peligrosidad (Medina-Mora, Villatoro, & Fleiz, 1999).

Tabla 2. Uso de drogas en menores de edad

Sustancia de consumo	Niños		Niñas	
	Viven con su familia (%)	No viven con su familia (%)	Viven con su familia (%)	No viven con su familia (%)
Inhalables	2.4	19.0	0.7	5.5
Mariguana	2.6	13.9	0.6	6.0
Cocaína	0.5	2.6	0.2	3.0
Pastillas	0.5	4.6	0.3	2.7
Cualquier droga	5.6	32.8	1.9	12.9

Fuente: Medina-Mora et al., 1999.

Al revisar este panorama epidemiológico, resulta claro que, aunque los programas preventivos del consumo de drogas se dirigen a la población adolescente, es necesario desarrollar intervenciones tempranas fundamentadas en la delimitación de los factores y las circunstancias que pueden presentarse en estas etapas de vida y que aumentan la probabilidad de consumir drogas de manera posterior.

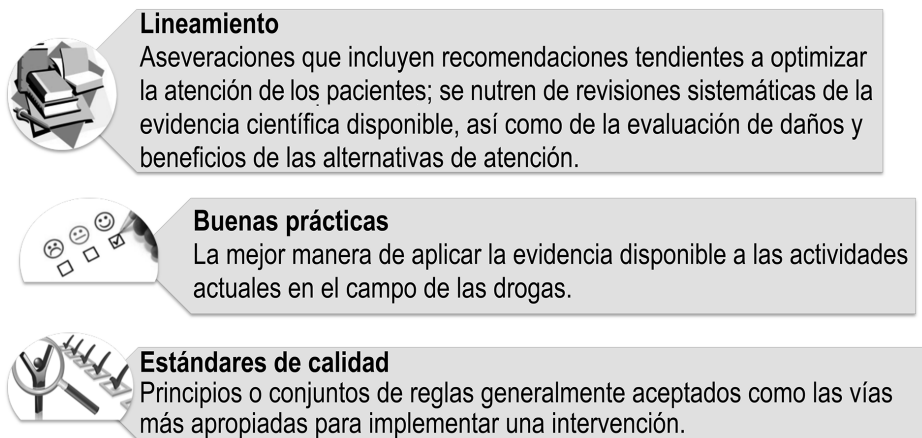
Lineamientos y estándares para la prevención con niñas y niños

¿Por qué hacer prevención del consumo de drogas desde edades tempranas? Diversas investigaciones científicas sustentan el desarrollo de intervenciones preventivas con niñas y niños:

- El consumo de sustancias en la niñez o en la adolescencia afecta de forma significativa las áreas del cerebro que aún no han madurado; por ejemplo, el desarrollo de la corteza prefrontal, que se vincula con la evaluación de situaciones y la toma de decisiones, se interrumpe, lo que puede generar consecuencias a corto y largo plazo (NIH & NIDA, 2007).
- Las personas con problemas de socialización muestran escaso manejo de la frustración, buscan satisfacciones inmediatas y presentan déficit de habilidades sociales, por ello presentan un alto riesgo de iniciarse en el consumo de drogas. Es importante mencionar que las bases de las habilidades emocionales y sociales se establecen durante la infancia (Guerra & Bradshaw, 2008).
- Si, desde edades tempranas, las niñas y los niños participan en intervenciones preventivas dirigidas a favorecer el desarrollo de hábitos de vida saludable y habilidades, se evita que se involucren en conductas riesgosas como el consumo de drogas (Denham, Basset, Zinsser, & Wyatt, 2014).

En la actualidad, hacer prevención desde edades tempranas es una necesidad que debe cubrirse con base en los lineamientos científicos, mejores prácticas y estándares de calidad de los servicios preventivos (Figura 5).

Figura 5. Lineamientos, mejores prácticas y estándares de calidad



Fuente: Uchtenhagen & Schaub, 2011.

Uno de los principios para garantizar la efectividad de la puesta en marcha de estrategias preventivas del consumo de drogas es que las intervenciones deben iniciarse en el momento más temprano posible dentro del proceso evolutivo de desarrollo de las personas, antes de que se manifiesten conductas problemáticas o los resultados de dichas conductas (Salvador et al., 2010).

En 2004, el NIDA acotó dos principios para la planificación de acciones preventivas en el contexto escolar, en los que destacó la importancia de las intervenciones a edades tempranas:

- Principio 6. Diseñar intervenciones a temprana edad (años preescolares) que enfoquen los factores de riesgo para el abuso de drogas, como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas.
- Principio 7. Dirigir a los estudiantes de primaria al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para

abordar factores de riesgo relacionados con el abuso de drogas, tales como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en habilidades de autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico, sobre todo en la lectura.

Las intervenciones preventivas en la primera infancia (del periodo prenatal a los ocho años de edad) deben responder a siete principios (NIDA et al., 2016):

1. La intervención en la infancia puede alterar la trayectoria del curso de la vida en dirección positiva (Kellam et al., 2008 y Kitzman et al., 2010, citados en NIDA et al., 2016). El abuso de sustancias y otros problemas de comportamiento que se manifiestan durante la adolescencia tienen sus raíces en los cambios de desarrollo que se producen desde la etapa prenatal. La prevención puede ser eficaz a cualquier edad, sin embargo, tiene efectos particularmente fuertes al aplicarse en edades tempranas, cuando es más fácil detectar indicadores de riesgo en el desarrollo.
2. La intervención temprana en la infancia puede incrementar los factores de protección y reducir los de riesgo (August et al., 2003 y Catalano et al., 2003, citados en NIDA et al., 2016). Los factores de riesgo son características individuales y del entorno que ponen a los niños en peligro de presentar problemas conductuales como el abuso de sustancias. Los factores de protección, por otra parte, son características que promueven el afrontamiento y la adaptación exitosa, por lo que reducen las posibilidades de tener dificultades. Todos los niños tienen una combinación de ambos; las intervenciones buscan cambiar el equilibrio hacia los factores de protección.

3. La intervención temprana en la infancia puede tener efectos positivos a largo plazo (Degarmo et al., 2009 y Shaw et al., 2006, citados en NIDA et al., 2016). En la primera infancia, se centra en herramientas o comportamientos que pueden no parecer relevantes para el ajuste posterior en la niñez o en la adolescencia; sin embargo, contribuye a preparar el escenario para la autorregulación positiva y otros factores de protección que, en última instancia, reducen el riesgo de consumir drogas.
4. La intervención en la primera infancia puede tener efectos sobre una amplia gama de comportamientos (Beets et al., 2009; Hawkins et al., 2008; y Snyder et al., 2010, citados en NIDA et al., 2016), incluso en aquéllos no contemplados específicamente por la intervención (Hawkins et al., 1999; Kellam et al., 2014; y Lonczak et al., 2002, citados en NIDA et al., 2016). Debido a que las conductas (tanto positivas como negativas) están vinculadas entre sí, los factores de riesgo para el consumo de sustancias pueden ser al mismo tiempo factores de riesgo para otros problemas como enfermedades mentales o dificultades en la escuela. Esta es la razón de que la intervención para prevenir un resultado no deseado tenga un efecto amplio y mejore la trayectoria de vida del niño en múltiples formas.
5. Las intervenciones en la infancia pueden influir de manera positiva en el funcionamiento biológico de los niños (Bruce et al., 2009 y Fisher et al., 2007, citados en NIDA et al., 2016). Los beneficios no se limitan a resultados psicológicos; la investigación ha demostrado que también pueden favorecer la salud física. Por ejemplo, una intervención para niños pequeños realizada en el sistema de cuidado de crianza tomó en cuenta el nivel de cortisol, una medida biológica de la respuesta al estrés; con el tiempo, la respuesta al estrés de los niños que recibieron la intervención mostró

una mejor regulación y se hizo semejante a la presentada por los niños de la población general.

6. Las intervenciones tempranas de prevención en la infancia deben dirigirse a los ambientes cercanos al niño (Tolan et al., 2004 y Webster-Stratton et al., 2008, citados en NIDA et al., 2016). El entorno familiar es el contexto más importante en todos los periodos del desarrollo infantil temprano, por lo tanto, los padres son un objetivo importante de muchas intervenciones en la primera infancia (Dishion et al., 2008; Fisher et al., 2011, citados en NIDA et al., 2016). A medida que el niño crece pasa cada vez más tiempo fuera de casa, por lo que las intervenciones se deben ampliar a diferentes contextos (guardería o escuela, en combinación con el hogar) (Beets et al., 2009; Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Hawkins et al., 1999; Lalongo et al., 1999; Snyder et al., 2010, citados en NIDA et al., 2016).
7. Los efectos positivos de la intervención temprana pueden provocar un comportamiento positivo en los cuidadores adultos y en otros niños, lo que mejora el entorno social en general (Fisher & Stoolmiller, 2008; Shaw et al., 2009, citados en NIDA et al., 2016). Los cambios de comportamiento en los niños y los adultos que interactúan con la persona intervenida pueden ser mutuamente reforzantes. Mejorar el entorno familiar o escolar puede, con el tiempo, provocar un cambio positivo y saludable en el comportamiento social del niño; esto, a su vez, puede generar interacciones más positivas con los demás y mejorar el entorno social.

En 2013, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), el Centro Canadiense de Lucha contra Abuso de Sustancias (CCSA), la Comisión Interamericana para el Control del

Abuso de Drogas (CICAD), Fundación Mentor, NIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentaron los Estándares Internacionales Globales, en los cuales se resume la evidencia científica disponible en la actualidad y se identifican los componentes y las características más importantes de los programas de prevención del consumo de drogas.

En la Tabla 3, se describen los estándares relacionados con intervenciones en edades tempranas.

Tabla 3. Estándares internacionales de la prevención en edades tempranas

Nombre	Descripción	Características asociadas con resultados positivos
A) Infancia temprana		
Intervención con mujeres embarazadas con trastornos por abuso de sustancias.	El abuso de sustancias durante el embarazo es peligroso para la madre y para el futuro niño. Debe ofrecerse como una prioridad y cumplir con rigurosas directrices clínicas basadas en la evidencia científica.	1. Servicios integrales de tratamiento para mujeres embarazadas que sufren de abuso de sustancias, incluidos los concurrentes trastornos de salud mental. 2. Intervenciones basadas en el apego y la crianza.
Visitas prenatales e infantiles.	En estos programas, personal de enfermería o trabajo social visita a las madres para dotarlas de habilidades de crianza y brindarles apoyo para afrontar problemas legales, de salud, vivienda y empleo. Se dirigen a grupos de riesgo.	1. Visitas regulares hasta los dos años de edad, al principio cada dos semanas, luego cada mes y menos hacia el final. 2. Habilidades básicas de crianza. 3. Apoyar a las madres para hacer frente a cuestiones socioeconómicas.

Educación temprana.	Apoya el desarrollo social y cognitivo de niños en edad preescolar (dos a cinco años) que provienen de comunidades desfavorecidas.	1. Mejora habilidades cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños. 2. Impartido por profesores capacitados. 3. Orientación socioeconómica a las familias.
---------------------	--	--

B) Infancia media

Programas de crianza positiva (Padres).	Apoyan a los padres en crianza, vinculación afectiva, establecimiento de reglas, seguimiento al tiempo libre y las amistades y toma de decisiones informadas. Ayudan, también, a ser modelos conductuales positivos.	1. Vinculación familiar. 2. Papel activo de los padres en el seguimiento de sus hijos. 3. Disciplina positiva y de desarrollo. 4. Sesiones secuenciales y continuas (10 en promedio). 5. Actividades para padres e hijos.
Habilidades personales y sociales.	Contienen sesiones estructuradas que apoyan el desarrollo de competencias sociales, incluyendo el bienestar mental y emocional; abordan, además, normas y actitudes prosociales.	1. Mejora de habilidades personales y sociales. 2. Facilitadores capacitados. 3. Actividades interactivas. 4. Sesiones de refuerzo durante varios años.
Programas de mejora en el salón de clases.	Fortalecen las capacidades de gestión de los maestros en el aula y apoyan a los niños a reducir el comportamiento agresivo y a socializar como estudiantes. Facilitan el aprendizaje académico y socioemocional. Se dirigen a toda la comunidad escolar.	1. Estrategias para reconocer el comportamiento prosocial. 2. Retroalimentación de expectativas. 3. Participación activa de todos los estudiantes.

Políticas para los niños en la escuela.	La asistencia y el apego escolar, así como los logros en lenguaje y aritmética (de acuerdo con la edad) son importantes factores de protección para los niños, a fin de apoyar la asistencia y mejorar sus resultados educativos.
---	---

Fuente: UNODC, 2013.

Estos estándares se han aplicado en diferentes programas desarrollados a nivel mundial, tal como se muestra en la siguiente sección.

Programas preventivos eficaces

A fin de retardar la edad de inicio del uso de sustancias psicoactivas, evitar o reducir el consumo en la adolescencia, mejorar el desempeño académico, aminorar la comisión de actos ilegales o delitos, disminuir los trastornos psiquiátricos y ampliar los beneficios a la familia o al ámbito comunitario, se han desarrollado diferentes acciones y programas de prevención (NIDA et al., 2016).

A continuación, se describen las características y resultados de los principales programas presentados por el NIDA, que cuentan con evidencia y son aplicables a edades tempranas en diferentes contextos.

Durham conecta

Se dirige a la etapa prenatal y la primera infancia (cero a tres años de edad). Incluye visitas posnatales para evaluar las necesidades de la familia y vincular a los padres con los recursos de la comunidad, a fin de mejorar la salud y el bienestar infantil. Sus principales objetivos son disminuir el consumo de drogas en padres y madres de familia y prevenir el maltrato infantil.

Los hallazgos de un ensayo clínico aleatorizado con 5 mil familias mostraron que aquéllas que formaron parte de este proyecto tuvieron 50 por ciento menos emergencias médicas que el grupo control.

Programa comunitario de guarderías

Su población son las niñas y los niños en transición escolar (cinco a ocho años de edad). Se realiza en el contexto familiar y escolar, y se centra en el fortalecimiento del sentido de pertenencia a una comunidad como la escuela; promueve la motivación y el logro académico, y reduce el consumo de drogas, la violencia y los problemas de salud mental.

Los resultados de la investigación mostraron una reducción significativa en el consumo de drogas de los participantes y en el desarrollo de otros problemas de conducta en la escuela (NIDA et al., 2016).

Intervención centrada en el aula

Interviene con niñas y niños de seis a ocho años. Busca reducir el comportamiento agresivo y el bajo rendimiento escolar, a fin de disminuir el riesgo de consumo de sustancias y el comportamiento antisocial a largo plazo. Incrementa las habilidades de los profesores para orientar el comportamiento de sus alumnos y mejorar el programa escolar de lectura y matemáticas.

Los resultados de un estudio de seguimiento indicaron que la intervención disminuye los problemas de conducta, retrasa el inicio del consumo de tabaco en hombres y mujeres, y se asocia con una mayor probabilidad de graduarse de la escuela (NIDA et al., 2016).

Uniendo intereses de padres y profesores

Su población son niñas y niños en transición escolar (seis a ocho años de edad). Se desarrolla en escuelas primarias ubicadas en comunidades con altos niveles de delincuencia juvenil, para mejorar el entorno escolar y familiar, y reforzar los vínculos entre ambos contextos. Su objetivo es disminuir la conducta agresiva y el re-

chazo de pares, a través del entrenamiento en habilidades sociales y la solución de problemas. Incluye componentes para padres y madres de familia sobre prácticas disciplinarias; fomenta, además, la comunicación entre los padres y la escuela vía telefónica, correo electrónico, Internet y un boletín semanal que sugiere actividades complementarias para implementar en casa.

En un ensayo aleatorizado realizado en 12 escuelas, se observaron mejoras en la conducta de los padres y las habilidades sociales de los niños, así como en la reducción de la agresión física en el recreo.

Durante sus años de secundaria y preparatoria, los niños de las escuelas asignadas a la intervención presentaron tasas más bajas de detención policial y uso de sustancias, en comparación con los niños de las escuelas control (DeGarmo et al., 2009; Eddy et al., 2000, citados en NIDA et al., 2016).

Criando niños saludables

La población objetivo son niñas y niños en transición escolar (seis a ocho años de edad). Se lleva a cabo en escuelas y hogares, donde se trabaja con profesores, alumnos, padres y madres de familia, con el objetivo de incrementar el comportamiento prosocial y disminuir el uso de sustancias y otras conductas problemáticas. Los profesores asisten a talleres para mejorar sus habilidades de instrucción y manejo de clases. Los padres de familia participan en talleres de orientación sobre los cambios en el desarrollo adolescente; y los niños aprenden habilidades sociales, emocionales y cognitivas.

Los estudiantes que participaron en la intervención mostraron mayor rendimiento académico, compromiso con la escuela y competencia social. De la misma forma, disminuyeron el comportamiento antisocial, el consumo de alcohol y marihuana, y fueron menos propensos a conducir bajo la influencia del alcohol o a “andar con alguien” que había estado bebiendo.

Proyecto de desarrollo social de Seattle

Trabaja con niñas y niños de seis a ocho años. Se desarrolla en el ámbito escolar y familiar para incrementar las habilidades pro-sociales y disminuir la delincuencia. El componente familiar consiste en clases para padres y madres sobre manejo familiar y participación en la educación de los niños; incluye un programa sobre abuso de drogas. El componente escolar abarca el entrenamiento de los profesores para que puedan establecer reglas claras y manejar recompensas; se promueven, además, habilidades para enseñar de forma interactiva y promover el aprendizaje cooperativo.

La intervención se asoció con la reducción del comportamiento agresivo en hombres y una disminución del comportamiento auto-destructivo en mujeres. También redujo la delincuencia y el consumo de alcohol en hombres y mujeres; aumentó el apego escolar, el aprendizaje cooperativo y el rendimiento académico. Los efectos a largo plazo demostraron que los niños que recibieron la intervención tuvieron menos comportamientos sexuales de riesgo (menos parejas, menos infecciones de transmisión sexual y embarazos, y mayor uso del condón), menos problemas legales y más probabilidades de concluir la secundaria y tener un trabajo remunerado (Hawkins et al., 2008, citados en NIDA et al., 2016).

Pasos tempranos, chequeo familiar

Es una intervención breve destinada a proporcionar apoyo a las familias con niños pequeños (de dos a cinco años de edad) que pueden experimentar estrés debido a bajos ingresos u otras circunstancias sociales. Consiste en una entrevista inicial seguida de una evaluación y una sesión de retroalimentación. Su objetivo es mejorar las prácticas de crianza, incrementar el seguimiento de los cuidadores a los niños y vincular a los padres con los servicios de atención para prevenir el desarrollo de problemas de conducta infantil.

Los resultados mostraron una reducción de problemas de comportamiento, sobre todo entre los niños con mayor nivel de riesgo. Este efecto se explica por la mejora de la crianza positiva. También se encontró una relación con el decremento de conductas internalizadas, el aumento en la autorregulación, la mejora de habilidades lingüísticas en los niños y la reducción de síntomas depresivos en las madres de familia (NIDA et al., 2016).

Espíritu familiar

Se lleva a cabo en los periodos de gestación y primera infancia. Las sesiones se dirigen a reforzar las habilidades de crianza en la primera infancia (cero a tres años de edad), a prevenir el abuso de sustancias y a promover el desarrollo psicosocial del niño. Consta de 43 lecciones que se desarrollan de manera semanal durante el embarazo; quincenalmente en los primeros tres meses después del parto; de forma mensual entre los 4 y 12 meses de edad; y bimestralmente entre los 12 y 36 meses de edad.

Los resultados mostraron que doce meses después del parto, las madres que recibieron la intervención tuvieron mayor conocimiento y autoeficacia en la crianza y mejor actitud para el establecimiento de reglas en el hogar; de manera complementaria, sus hijos tuvieron menos problemas de externalización (Barlow et al., 2006; Barlow et al., 2012, citados en NIDA, 2016).

Asociación enfermeros-familia

Abarca la etapa prenatal y la infancia temprana (cero a tres años de edad). Se desarrolla, durante dos años, con madres embarazadas y durante la lactancia, a través de visitas en hogares de ingresos económicos bajos. Su propósito es mejorar los cuidados durante el embarazo, a través de la alimentación y la interrupción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Busca, también, optimizar la

salud y el desarrollo de los niños mediante la promoción del cuidado parental; la autosuficiencia económica de los padres, a través del desarrollo de un plan de vida; la toma de decisiones para que los padres concluyan su educación; la búsqueda de un empleo; y la planificación de embarazos posteriores.

Los hallazgos confirmaron que la intervención produce efectos positivos a corto y mediano plazo, incluyendo la mejora de la salud materno-infantil y la reducción del maltrato infantil. Asimismo, se registraron efectos a largo plazo en los niños, por ejemplo, tasas más bajas de uso de sustancias y de conductas delictivas (Kitzman et al., 2010; Olds et al., 2010, citados en NIDA et al., 2016).

Programa de prevención de riesgos “Habilidades para el éxito”

Su población son las niñas y los niños de seis a ocho años, con alto riesgo de desarrollar problemas de conducta, incluyendo el uso y abuso de drogas. Son seleccionados con base en la presencia de factores de riesgo, como el comportamiento agresivo temprano y la exposición a experiencias de vida estresantes. El objetivo es orientar a los niños hacia un desarrollo normal, a través de la mejora en competencias académicas, el aprendizaje de habilidades de autorregulación y el establecimiento de relaciones positivas con pares. Incluye un componente para los padres de familia sobre habilidades de crianza y cuidado.

Los participantes tuvieron mejor reputación entre sus compañeros, mayores logros académicos y control parental, que los grupos control.

Niños en transición a la escuela

Se dirige a niñas y niños de seis a ocho años. Busca mejorar la preparación académica y psicosocial al entrar a la escuela, mediante la promoción de recursos de prealfabetización y el incremento de la atención y el autocontrol. Ofrece a los cuidadores habilidades para

facilitar la transición escolar de los niños, a través del juego terapéutico y grupos de apoyo psicoeducativo durante el verano.

Los niños que recibieron la intervención presentaron menos comportamientos agresivos y de oposición en el aula (Pears et al., 2013; Pears et al., 2012, citados en NIDA et al., 2016).

Vía rápida: ensayo preventivo para problemas de conducta

Se implementa a largo plazo con niños. Incluye una intervención universal en la escuela, donde se desarrollan habilidades emocionales, de comunicación, vinculación con amistades, autocontrol y solución de problemas. Además, se ofrece una intervención selectiva para niños que presentan agresión en el hogar y en la escuela. Los menores de edad reciben entrenamiento en habilidades sociales y tutoría académica, mientras que sus padres son capacitados a través de sesiones grupales y visitas en sus hogares.

La intervención reduce la delincuencia juvenil, el trastorno negativista desafiante y el TDAH (conductas externalizantes). Los niños tuvieron menos visitas al pediatra, a urgencias y a los servicios de salud en general, para atender consumo de alcohol y problemas académicos o de comportamiento emocional. A los 25 años, la participación en la intervención disminuyó de forma significativa la probabilidad de abuso de alcohol, aunque no mejoró el consumo excesivo de marihuana (Grupo de Investigación en Prevención de Problemas de la Conducta, 2011; 2015, citados en NIDA et al., 2016).

Años increíbles: entrenamiento para padres, profesores y niños

Es una intervención con multiniveles de prevención y tratamiento dirigido al entrenamiento de niños y la formación de padres de familia y profesores. Se implementa en guarderías, preescolar (dos a cinco años) y primeros grados de primaria (seis a ocho años). La

prevención puede operarse en escuelas de alto riesgo o centros de día. El tratamiento se aplica a niños con problemas de conducta.

- A los niños se les enseñan reglas escolares, herramientas para el éxito académico, reconocimiento de emociones, empatía, autorregulación emocional, solución de problemas y vinculación con pares.
- Los padres son orientados para que apoyen el rendimiento académico de sus hijos; desarrollen habilidades sociales y emocionales; sepan usar elogios e incentivos; apliquen métodos de disciplina positiva que promuevan relaciones positivas y fortalezcan el desarrollo del lenguaje; y pongan en práctica competencias sociales y emocionales en la solución de problemas y el manejo de la ira.
- Con profesores se abordan estrategias eficaces de manejo del aula, así como formas de colaborar con los padres para promover la coherencia del aprendizaje en la escuela y la casa.

El programa para padres mostró resultados asociados con una mayor tasa de conductas parentales positivas y menos problemas de conducta de los niños en el hogar. El programa infantil mejoró las interacciones sociales y la resolución de problemas; además, disminuyó la agresividad y el comportamiento negativo entre compañeros. Con maestros, se logró la puesta en práctica de estrategias positivas para el manejo de la clase y la enseñanza (Webster-Stratton y Reid, 2010; Webster-Stratton et al., 2004, citados en NIDA et al., 2016).

Acción positiva

Es una intervención multinivel para escuelas. Busca mejorar el rendimiento académico, apoyar los comportamientos prosociales y redu-

cir los problemas de conducta. En el salón de clases se desarrollan actividades físicas e intelectuales y se imparten lecciones sobre autoconcepto, competencias sociales y emocionales, responsabilidad, honestidad y empatía.

Mediante un componente de clima escolar se apoya al plan de estudios en curso, a través del refuerzo de comportamientos positivos con el apoyo de asambleas, boletines, carteles y otras herramientas. Además, los consejeros escolares trabajan con estudiantes y familias en alto riesgo. El componente familiar provee a los padres y madres de familia de recursos paralelos a los contenidos en los planes de estudio, para reforzar la información que los niños reciben en la escuela.

Los niños que participaron en el programa mejoraron su rendimiento académico y mostraron menores tasas de consumo de drogas, violencia y actividad sexual riesgosa (Beets et al., 2009; Flay & Allred, 2010; Snyder et al., 2010, citados en NIDA et al., 2016).

En México, a partir de los datos reportados por Castro y colaboradores (2015), se identificaron tres programas de prevención en edades tempranas que se realizan a nivel nacional:

“Dejando huellitas en tu vida”, intervención para la prevención en consumo de drogas y problemas de salud mental con niños

Su población objetivo son niñas y niños de primero a cuarto grado de primaria. Busca reforzar habilidades sociales mediante la detección y atención de problemas de salud mental en la infancia; involucra de manera directa a padres, maestros y profesionales de la salud. El trabajo se apoya con cuatro cuadernillos y actividades para el desarrollo de habilidades sociales y actitudes asertivas frente a conflictos que pudieran enfrentar posteriormente.

Después de la intervención, los niños y las niñas fueron más asertivos, mejoraron sus relaciones, aumentaron su autoestima y conductas positivas, tuvieron mejor manejo de emociones, mayor

tolerancia a la frustración y menos discriminación hacia los otros. En el seguimiento se observó que después de un año, se mantuvieron habilidades como autoestima, manejo de emociones, tolerancia a la frustración y no discriminación (Gutiérrez & Villatoro, 2011).

Prevención de conductas adictivas a través de la crianza positiva para reducir el comportamiento antisocial

La intervención integra una evaluación psicométrica y la observación directa de habilidades en padres de familia; incluye un entrenamiento en cuatro sesiones para la aplicación de principios básicos de comportamiento como reforzamiento positivo, castigo negativo, extinción de la conducta mantenida por reforzamiento positivo o negativo y control de estímulos para la programación de la generalización del comportamiento en diversos escenarios y a lo largo del tiempo. Se utilizan estrategias de entrenamiento conductual: instrucción verbal, modelamiento de habilidades, ensayos conductuales y retroalimentación de la ejecución de habilidades en situaciones simuladas.

Dichas estrategias influyen tanto en la adquisición de conductas parentales de crianza positiva, como en la reducción del reporte de comportamiento negativista desafiante, agresión, inatención e hiperactividad en niños (Morales & Vázquez, 2014).

Criando con amor: promoviendo armonía y superación en México

La intervención consta de 10 sesiones cuya finalidad es empoderar a los padres y madres para aumentar sus recursos de crianza positiva y reducir las conductas coercitivas, mediante el entrenamiento en cinco estrategias de crianza positiva: involucramiento positivo, estímulo de nuevas destrezas, disciplina efectiva, monitoreo y solución de problemas (Amador, Guillén Ochoa, Sánchez Moreno, Domenech, & Baumann, 2012).

Con la revisión de los programas preventivos desde la etapa prenatal hasta los ocho años, se puede resaltar, como parte de las mejores prácticas, el trabajo integral y multinivel para detectar y atender de manera temprana y oportuna los factores de riesgo (comportamiento agresivo temprano, TDAH, bajo rendimiento escolar, maltrato infantil, entre otros) que alteran el curso evolutivo saludable de la población infantil. El trabajo dirigido a los adultos responsables del cuidado y la crianza se realiza de manera conjunta a la labor realizada con el personal docente.

Es destacable que los estándares internacionales de calidad en prevención recomiendan el desarrollo de programas en la gestación y la infancia temprana y media (UNODC, 2013). En este sentido, es obligación del Estado vigilar y participar en el desarrollo de la normativa vigente para el diseño de programas, a fin de facilitar y garantizar el interés superior de niñas, niños y adolescentes.

CAPÍTULO 2. DERECHOS DE LA INFANCIA Y PROTECCIÓN ANTE EL CONSUMO DE DROGAS

En el capítulo anterior, se enfatizó en la importancia de realizar intervenciones preventivas en edades tempranas y se dieron algunos ejemplos de lineamientos y estándares de programas que han sido efectivos y se deben incorporar en la planificación y el diseño de futuras intervenciones. Además, es necesario considerar el marco normativo relacionado con los derechos de niños, niñas y adolescentes, como una de las principales bases para justificar los beneficios y costos asociados con la implementación de intervenciones preventivas en edades tempranas.

Estos derechos buscan garantizar el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social en forma saludable, a través de la acción colectiva, no sólo del Estado, sino de padres de familia, profesores y profesionales de la salud.

Una de las acciones centrales debe ser proteger a los niños contra el uso de drogas e impedir que participen en la producción y el tráfico ilícito de sustancias.

Desde el enfoque de la prevención del consumo de sustancias en edades tempranas, se debe considerar la normativa vigente para el planteamiento y el desarrollo de programas. A continuación, se presenta un panorama general, internacional y nacional sobre los derechos de la infancia.

Derechos del niño

En diciembre de 1946 se creó la Unicef, que defiende los derechos y el bienestar de todos los niños del mundo; en la actualidad, desempeña su labor en más de 190 países y territorios.

El organismo cuenta con ocho programas: 1) protección de la infancia e inclusión, 2) supervivencia infantil, 3) educación, 4) Uni-

cef en situaciones de emergencia, 5) género, 6) innovación en favor de los niños, 7) suministros y 8) logística e investigación y análisis.

En 1989, 140 países firmaron la Convención sobre los Derechos del Niño (CND), misma que se convirtió en ley en 1990; este documento es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a niñas y niños como agentes sociales y titulares activos de sus propios derechos.

En México, la CND entró en vigor en 1990, con la cual el país se vio obligado a adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier otra índole, para dar efectividad a los derechos reconocidos en favor de las niñas, los niños y los adolescentes.

Derechos de la infancia

La Cámara de Diputados, por medio del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) publicó el documento titulado “Los derechos de la infancia”, en el que se consideraron los antecedentes nacionales e internacionales en la materia (Hernández, 2009). Con el propósito de comprender los derechos de la infancia, a continuación, se presentan los puntos centrales del marco internacional de los Derechos Humanos:

- En 1948 las Naciones Unidas establecieron, a nivel internacional, la noción de los derechos humanos (inalienables, universales, indivisibles, relacionados e interdependientes).
- El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que en la infancia y la maternidad, las personas tienen derecho a cuidados y asistencia especiales; todos los niños, nacidos en matrimonio o fuera de él, tienen derecho a igual protección.
- Las Naciones Unidas han aprobado diversos instrumentos internacionales vinculantes sobre derechos humanos; los principios y derechos que definen se han convertido en

obligaciones jurídicas para los Estados que decidan vincularse a ellos. Los instrumentos que conforman el marco internacional son:

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos sirvió de preámbulo para el establecimiento de la Declaración de los Derechos del Niño, conformada por 10 principios (Hernández, 2009):

Principio 1

El niño disfrutará de todos los Derechos enunciados en la Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión...

Principio 2

El niño gozará de protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios dispensados por la ley y otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad (...), la consideración fundamental que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3

El niño tiene desde su nacimiento derecho a un nombre y a una nacionalidad.

Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre...

Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, así como su sentido de responsabilidad moral y social, para llegar a ser un miembro útil de la sociedad...

Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciben protección y socorro.

Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

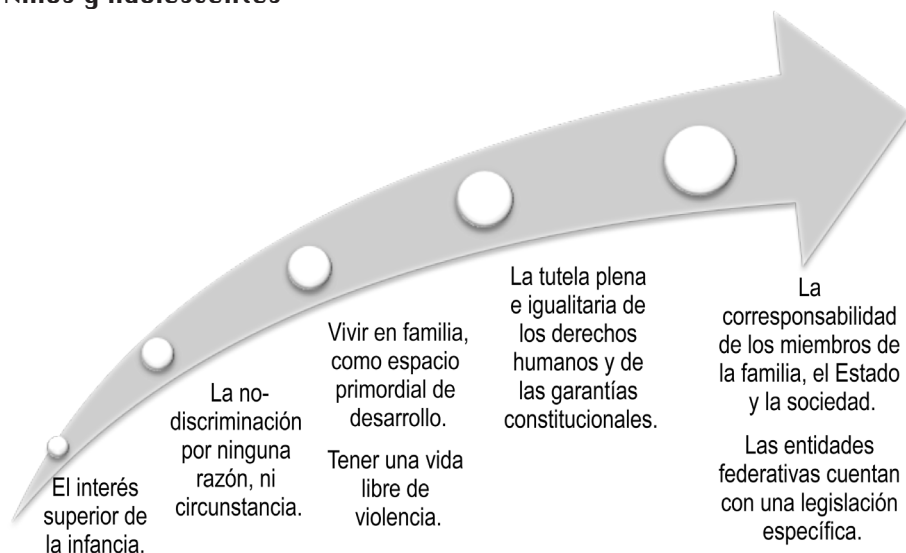
Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal...

Ante este panorama internacional, en México, el Congreso de la Unión (Jiménez, 2000, citado en Hernández, 2009), aprobó una adición al artículo 4.o constitucional, en el que se elevaron a rango constitucional los derechos de la infancia

Esta reforma permitió que se creara la Ley General para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, encargada de velar, tanto en el ámbito público como en el privado, los derechos de la infancia mexicana. El documento define como niños a las personas de hasta 12 años de edad y a los adolescentes menores de 18 años. La Figura 6 ilustra algunos elementos básicos contenidos en dicho documento normativo.

Figura 6. Ley General para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes



A la fecha, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2016) se destacan los siguientes derechos y garantías:

Artículo 1.º

- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse...

Artículo 4.º

- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los

servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (...) Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de los derechos de la niñez. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez...

Con base en la revisión de los antecedentes antes expuestos y de la relevancia del tema en materia de los derechos de la infancia, se presentan los Artículos de la Convención de los Derechos del Niño relacionados con la participación de la sociedad y el Estado en materia de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Convención de los Derechos del Niño (CDN)

La CDN reconoce claramente el derecho de todos los niños y niñas (menores de 18 años) a un nivel de vida adecuado, lo que implica nutrición, educación y protección. Es un tratado jurídicamente vinculante, esto es, de obligado cumplimiento para los países que lo ratifiquen (Unicef, 2016).

Los 54 artículos que componen la CDN se organizan en derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de niñas y niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de los propios niños, las madres y los padres de familia, los profesores, los profesionales de la salud y los investigadores.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Fue expedida el 4 de diciembre de 2014, con lo que se reformaron diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios de Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

Esta ley tiene por objeto reconocer a Niñas, Niños y Adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; así como garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de sus derechos humanos, conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Unicef México dedicó importantes esfuerzos y contribuyó activamente a lograr que esta ley contara con elementos sólidos para la protección efectiva de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el país.

Para lograr los objetivos planteados en la Ley se ha puesto en funcionamiento un Sistema Nacional de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que busca articular acciones institucionales que ayuden en todo momento al cumplimiento de los propósitos de la Ley. La Figura 7 muestra los elementos básicos y de estructura del documento normativo.

Figura 7. Elementos básicos y estructurales de la Ley

Elementos clave	1. Reconocer a los niños, las niñas y los adolescentes (NNA) como titulares de derechos. 2. Garantizar el pleno ejercicio de los derechos de los NNA. 3. Crear y regular el Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de los NNA. 4. Coordinar el trabajo entre gobiernos, instituciones, legisladores, poder judicial y sociedad civil organizada 5. Impulsar la participación del sector privado, social y los NNA
Establece	Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de los NNA, presidido por el presidente de la república e integrado por sistemas de protección estatales y municipales, diferentes sectores de gobierno, el congreso y el poder judicial, con la participación de niños, niñas y adolescentes.
	Sistema de Información para contar con datos sobre la infancia y monitorear el cumplimiento de sus derechos.
	Procuraduría Federal de Protección de los NNA y 32 procuradurías locales para actuar cuando los NNA vivan una situación de vulnerabilidad.
	Registro Nacional de Centros de Asistencia Social para llevar un registro y supervisión de los NNA en albergues o instituciones de cuidado.
	Presupuesto para la niñez, destinando el máximo de recursos posibles a la atención de los NNA.
	Evaluación de políticas de infancia, encabezado por el Consejo de Evaluación Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
	Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Se creará con 32 programas locales de protección para contar con una política nacional de derechos de los NNA.
	Derechos de los NNA. Incluye un apartado sobre los derechos de los NNA y obliga a las autoridades, las familias y la sociedad a garantizarlos. Derechos: salud, educación, registro de nacimiento, protección, participación, juego y recreación, vida en familia y desarrollo, entre otros.
Para la restitución de derechos, las autoridades federales y locales adoptarán medidas de protección especiales para restituir los derechos de los NNA cuando enfrenten situaciones de vulnerabilidad como vivir en situación de pobreza, discriminación, discapacidad y falta de acceso a la salud, entre otras.	

Retomado de Cámara de Diputados LXII Legislatura, Senado de la Republica LXI Legislatura, CNDH México, Unicef (s.f).

Los artículos relevantes para dar marco a las intervenciones preventivas con población infantil se presentan en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (DOF, 2014):

- Artículo 5. Son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor de dieciocho años, se presumirá que es adolescente. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor o menor de doce años, se presumirá que es niña o niño.
- Artículo 11. Es deber de la familia, la comunidad a la que pertenecen, del Estado y, en general, todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, así como garantizarles un nivel adecuado de vida.
- Artículo 12. Es obligación de toda persona que tenga conocimiento de casos de niñas, niños y adolescentes que sufran o hayan sufrido, en cualquier forma, violación de sus derechos, hacerlo del conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente y, en su caso, instrumentar las medidas cautelares, de protección y de restitución integrales procedentes en términos de las disposiciones aplicables.

En los artículos 12 y 13 se enfatiza la responsabilidad de velar por los derechos de niñas, niños y adolescentes, misma que recae en todos los integrantes de la sociedad. La ley también hace hincapié en el derecho a la vida, a la supervivencia, el bienestar y el sano desarrollo integral:

Artículo 15. Niñas, niños y adolescentes deberán disfrutar de una vida plena en condiciones acordes a su dignidad y en condiciones que garanticen su desarrollo integral.

Artículo 43. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, y en condiciones que permitan su desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social.

De manera explícita, se menciona la protección hacia niñas, niños y adolescentes ante las adicciones: en el capítulo noveno se trata lo referente al derecho a la protección de la salud y la seguridad social.

Artículo 50. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud (...) XV. Establecer medidas tendentes a la prevención, atención, combate y rehabilitación de los problemas de salud pública causados por las adicciones...

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

El Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes se publicó el 2 de diciembre de 2015 en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2015). En éste se establece como obje-

tivo “regular las atribuciones de la Administración Pública Federal a efecto de respetar, promover, proteger y garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes”; también aclara, en el Artículo 5, que el Sistema Nacional de Protección Integral deberá promover políticas que fortalezcan los vínculos familiares, a fin de evitar la separación de niñas, niños y adolescentes de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de ellos.

Tras revisar la normatividad vigente, se destaca la importancia de identificar la legislación en materia de salud y bienestar infantil y juvenil, pues es un marco de referencia a considerar en el desarrollo integral de la población objetivo, en materia de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Protección de niñas, niños y adolescentes ante el consumo de drogas

Como ya se señaló, por la interacción de diversas características biopsicosociales y de vulnerabilidad (pobreza extrema, vivir en calle, violencia, carencia alimentaria, entre otras), la población infantil puede conformarse como un grupo en riesgo para el uso o abuso de sustancias psicoactivas.

Una estrategia primordial para contrarrestar el riesgo es atender a las comunidades vulnerables, pues con ello se reduce la morbilidad y la mortalidad de los menores de edad y se les provee de todos los recursos posibles para asegurarles un sano desarrollo en sus primeros años de vida.

La estrategia número 4.1 del Programa Sectorial de Salud (parte del Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018) busca atender estas condiciones, mediante la aplicación de intervenciones de salud enfocadas en la prevención y la atención oportuna de las personas menores de cinco años.

La Ley General de Salud, en el Artículo 185, señala las principales acciones a emprender para la prevención del alcoholismo, entre

ellas, la difusión de información sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales entre la población en general y, en especial, entre los menores de edad y los grupos vulnerables, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva; se recomienda, también, fomentar actividades cívicas, deportivas y culturales.

El Artículo 191 menciona la pertinencia de realizar acciones de educación sobre los efectos de otras drogas. De forma complementaria, el Artículo 192 desataca la obligación de ofrecer a la población un modelo de intervención temprana que considere la prevención y la promoción de una vida saludable. El Artículo 220 indica que en ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad.

La Ley General para el Control del Tabaco (DOF, 2009), en su Artículo 10, determina la necesidad de llevar a cabo acciones de promoción de la salud; aconseja reforzar el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del tabaquismo, a través de la educación sobre los efectos del uso de tabaco en la salud. Dicha educación debe estar dirigida, en especial, a la familia, los niños y los adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, que incluyan un exhorto a la población para que se abstenga de fumar al interior de los espacios libres de humo de tabaco.

El Artículo 17 prohíbe el comercio, la distribución, la donación, el regalo, la venta y el suministro de productos del tabaco a menores de edad; de la misma forma, penaliza el hecho de emplearlos en actividades de comercio, producción, distribución, suministro y venta de estos productos. Esta ley es producto de la adherencia y la ratificación de México (2004) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Los Artículos 57 y 58 establecen la necesidad de que las escuelas públicas o privadas, las asociaciones de padres de familia y las organizaciones civiles participen de manera individual o colectiva

en la vigilancia para cumplir las disposiciones de esta ley, como evitar la venta de cigarros por unidad a personas menores de edad, proteger los espacios libres de humo de tabaco y señalar correctamente las áreas destinadas al consumo de este producto para evitar el ingreso de personas menores de edad.

La revisión de los antecedentes y la normativa vigente a nivel nacional e internacional es un punto de buena práctica para difundir e incorporar en la planeación y el diseño de intervenciones preventivas dirigidas a la población infantil, con la finalidad de proteger los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes. En el siguiente capítulo, se abordan de manera específica los factores de riesgo que, señala la evidencia científica, aumentan la probabilidad de iniciar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Los instrumentos de tamizaje facilitan la detección de posibles casos para su atención oportuna.

CAPÍTULO 3. DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS PARA EL USO DE DROGAS

Por lo general, las niñas y los niños en edades tempranas constituyen un grupo poblacional que todavía no desarrolla niveles severos de conductas de riesgo para el consumo de drogas. Esta etapa es una gran oportunidad para detectar de manera oportuna algún indicio de riesgo; con ello, no sólo se evita el consumo nocivo de sustancias, sino que, además, se incide en el desarrollo personal de manera positiva.

La detección de estos factores de riesgo puede ser un proceso costoso y poco efectivo si no se tiene claro cómo se delimitan y se ubican en cada contexto. Se requiere de una visión amplia sobre la situación del infante y su entorno para poder identificar los factores que generan mayor riesgo en cada caso, así como analizar la manera en que pueden ser abordados en un plan de intervención. Por eso, la labor preventiva se apoya en cuestionarios, entrevistas, inventarios y pruebas de tamizaje que sirven para identificar, de manera práctica, las circunstancias que representan una mayor necesidad de atención.

En este capítulo se resumen técnicas para la detección de factores de riesgo en distintos contextos, así como instrumentos útiles para definirlos e intervenir. Estas herramientas deben ser usadas por personas capacitadas, y no deben ser interpretadas por un público general. En especial, se enfatiza la necesidad del consentimiento informado de los padres de familia o tutores para que puedan aplicarse con sus hijos menores de edad.

Salud física

Como se mencionó en el capítulo 1, desde etapas prenatales y hasta la niñez media, se pueden identificar factores que afectan el desa-

rollo infantil y aumentan la probabilidad del consumo de drogas en etapas posteriores. En primera instancia, se recomienda que la detección se centre en las posibles alteraciones de salud física de las niñas y los niños, a través del tamizaje y el monitoreo constante del desarrollo infantil en sus diferentes áreas.

Tamizaje del desarrollo

Proceso de control metodológico del desarrollo de los niños que tiene como objetivo identificar, a través de pruebas o escalas, exámenes y otros procedimientos, aquellos casos con alto riesgo de sufrir alteraciones de desarrollo (Figuerias, Neves, Ríos y Benguigui, 2011).

El monitoreo de la salud infantil comienza desde la etapa prenatal al evaluar y tratar factores de riesgo en la mujer embarazada, incluidos los antecedentes obstétricos y el estado del embarazo actual (ver Tabla 4).

Tabla 4. Monitoreo de antecedentes obstétricos y del embarazo actual

Antecedentes obstétricos	• Muertes fetales o neonatales previas. • Abortos. • Hijos con bajo peso al nacer (menos de 2,500 o más de 4,000 gramos) • Edad, • Enfermedades como diabetes, lupus, asma, convulsiones, hipertensión, VIH, enfermedades renales o del corazón. • Cirugías previas del aparato reproductor. • Partos prematuros. • Hemorragias postparto en embarazos previos. • Rh (-) o con antecedentes de isoinmunización Rh. • Hijos con malformaciones congénitas del tubo neural.
--------------------------	--

Embarazo actual	• Enfermedad crónica no transmisible: diabetes, hipertensión, enfermedades de tiroides, renales o cardiopatías. • Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. • Trastornos depresivos. • Edad. • Embarazo actual no deseado. • Violencia. • Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
-----------------	---

Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador y Centroamérica, 2014

En segunda instancia, la detección se concentra en la identificación de indicadores de problemas de salud en el recién nacido como apnea, sibilancias, cianosis, palidez, distensión abdominal, vómitos, letargia, inconsciencia, hipotonía, hipoactividad, irritabilidad, llanto inconsolable, secreción purulenta del ombligo, ojos u oídos, pústulas o vesículas en la piel, ictericia, entre otras (Ministerio de Salud, El Salvador y Centroamérica, 2014). En etapas posteriores, el monitoreo de la salud infantil contempla la evaluación de otras dificultades:

- Tos o dificultad para respirar.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Erupción cutánea.
- Problemas en el oído y la garganta.
- Anemia.
- Alimentación.
- Maltrato y violencia familiar.

Existe un problema creciente de niños menores de cinco años con sobrepeso y obesidad. En México, nueve por ciento de la población infantil padece obesidad (Berlinski & Sachad, 2015), por ello, los profesionales de la salud y los familiares directos de los niños

tienen una gran responsabilidad en la identificación y la atención oportuna de los probables problemas de salud que pueden interferir con el sano desarrollo infantil.

El concepto de salud propuesto por la OMS (2004) refiere que ésta es “un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad”, por lo cual, la detección temprana de riesgo debe abarcar la salud mental de niñas y niños.

La ausencia de cimientos básicos en la vida se asocia con una nutrición inadecuada, un crecimiento inapropiado, enfermedades frecuentes, rendimiento escolar deficiente y acumulación de limitaciones en el potencial para asumir mayores responsabilidades en la comunidad.

Salud mental

Los problemas de salud mental se refieren a la “perturbación” en el funcionamiento en un área como el estado anímico, el comportamiento o el establecimiento de relaciones sociales. Cuando estos problemas persisten o cuando una serie de ellos se experimenta al mismo tiempo, se hace referencia a un trastorno de la salud mental (Office of Health Economics and the Mental Health Foundation, 2005).

La salud mental en los niños establece las bases para el bienestar en el futuro y se manifiesta en la capacidad para:

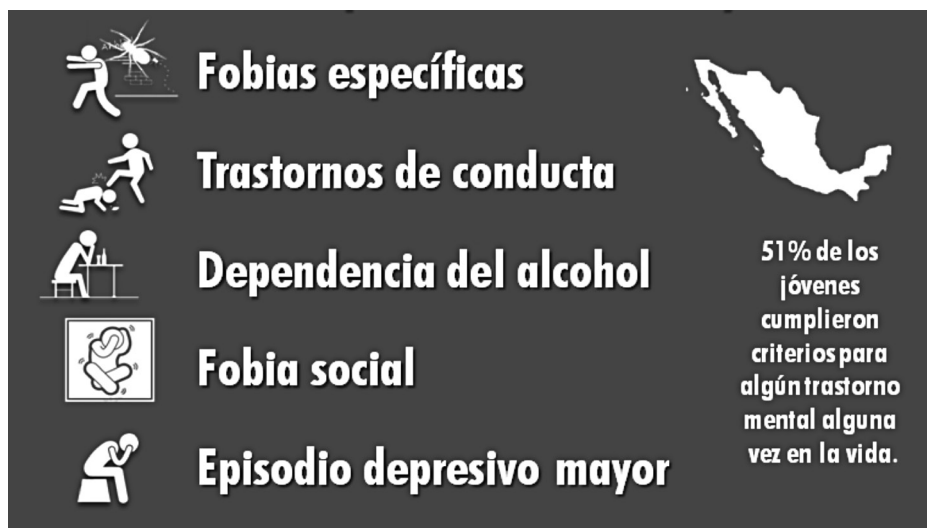
- Participar en el entorno físico y social.
- Establecer y mantener relaciones saludables.
- Regular, entender y expresar emociones.
- Entender y regular comportamientos.
- Interactuar con otras personas.
- Desarrollar un sentido de seguridad en sí mismo.

Los problemas de salud mental en niñas y niños suelen repercutir en el desarrollo de diferentes áreas, como la socialización, el aprendizaje o la cognición. Por ejemplo, la población infantil que presenta este tipo de conductas tiende a ser aislada y a inmiscuirse en peleas y disputas, lo que favorece que estas niñas y niños perciban las situaciones sociales como estresantes (Corapci, 2008).

A nivel mundial, se estima que entre cuatro y 12 por ciento de la población infantil ha presentado problemas de conducta (Baker & Abbott-Feinfield, 2007). En México, esta cifra es de 6.1 por ciento (Medina-Mora et al., 2003). Además, 34.5 por ciento de la demanda de servicios de salud mental en el primer nivel de atención deriva de problemas psicopatológicos en la infancia; desafortunadamente, muchos de los niños acuden en fases avanzadas y con diversas complicaciones (Caraveo, 2006).

Los trastornos de ansiedad se presentan a edades cada vez más tempranas (mediana de inicio de cinco años para fobia específica y de seis años para ansiedad de separación en 50 por ciento de los entrevistados). La mediana de inicio de los trastornos afectivos y de impulsividad se ubica entre los 11 y 12 años de edad, con excepción del trastorno por déficit de atención que comienza a los cinco años. Los trastornos por uso de sustancias se presentan a edades más tardías (mediana de inicio alrededor de los 13 y los 14 años) (Benjet et al., 2009) (ver Figura 8).

Figura 8. Problemas de salud mental más frecuentes en población de cinco a 18 años de edad



Fuente: Benjet et al., 2009.

Los problemas de conducta infantil pueden progresar, en etapas posteriores como la adolescencia, hacia otras dificultades como bajos resultados académicos y laborales, relaciones sexuales problemáticas, conflictos de pareja, trastorno de personalidad antisocial, trastornos del estado de ánimo, conducta suicida y abuso de sustancias psicoactivas (Frick & White, 2008).

Dada esta situación y la repercusión en etapas posteriores del desarrollo, es importante hacer uso de distintas herramientas para la detección de dificultades en la salud mental de niñas y niños. A continuación se presentan algunos instrumentos para la evaluación de la ansiedad (Tabla 5) y la evaluación de los procesos neuropsicológicos (Tabla 6), áreas de identificación básicas en la salud mental de los niños y las niñas.

Tabla 5. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R2)

Instrumento de autoinforme para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, hombres y mujeres, de seis a 19 años de edad. Se les pide que respondan a cada afirmación con “Sí” o “No”. La puntuación arroja un índice de ansiedad total, a través de la evaluación de cuatro áreas:

1. Ansiedad fisiológica.
2. Inquietud/hipersensibilidad.
3. Preocupaciones sociales/concentración.
4. Mentira.

Ejemplo:

- Tengo demasiados dolores de cabeza.
- Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien.
- Me da miedo hablar fuerte en un grupo.
- Me es difícil concentrarme en mis tareas escolares.

Fuente: Reynolds & Richmond, 1997

Tabla 6. Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)

Comprende la evaluación de 10 procesos neuropsicológicos:

- | | |
|--|--|
| • Atención. | • Lectura. |
| • Habilidades construccionales. | • Escritura. |
| • Memoria (codificación y evocación diferida). | • Cálculo. |
| • Percepción. | • Habilidades visoespaciales. |
| • Lenguaje oral. | • Capacidad de planeación, organización y conceputación. |

Las 12 subpruebas del instrumento abarcan las relaciones entre la audición, el habla, la lectura y la escritura: Analogías habladas, Vocabulario oral, Cierre morfológico, Oraciones sintácticas, Eliminación de sonidos, Secuencias rimadas, Secuencias de oraciones, Vocabulario escrito, Decodificación visual, Decodificación auditiva, Ortografía visual y Ortografía auditiva. Además se incluyen dos anexos, uno para evaluar la lateralidad manual y el otro para analizar la presencia de signos neurológicos blandos.

Fuente: Matute, Rosselli, Ardila, & Ostrosky, 2007.

Los problemas de salud mental de los padres de familia, como el estrés, la depresión, la agresividad u otras alteraciones, afectan los estilos de crianza y las relaciones con los hijos, por lo cual, la valoración de la salud mental no debe orientarse en exclusiva a niños y niñas (Cuervo Martínez, 2009); la salud de los adultos, en particular la mental, puede tener un gran impacto en el desarrollo de las personas que están bajo su cuidado (Institute of Medicine and National Research Council, 2014).

Familia

El contexto familiar es fundamental en la detección temprana de riesgos, debido a la convivencia cotidiana y a la información que los padres de familia o responsables de la crianza pueden facilitar sobre la salud física y mental de niñas y niños. Además, el cumplimiento de funciones (Tabla 7) impacta no sólo en el bienestar del infante, sino también en el suyo:

Tabla 7. Principales funciones parentales

-
- Satisfacer las necesidades básicas de los infantes como nutrición, cuidado de la salud física, vestido y hogar.
 - Guiar el desarrollo físico, cognoscitivo y socioemocional al estimular la exploración y la enseñanza de habilidades básicas.
 - Reconocer los avances en el desarrollo, al practicar nuevas habilidades, re-confortar y proporcionar límites.
 - Prevenir el abuso y el abandono físico o psicológico al proveer cuidado y supervisión al infante, y al involucrarse en acciones que disminuyan el riesgo de accidentes y lesiones.
 - Asegurar una buena calidad en el cuidado y la educación en casa o en la escuela, involucrándose activamente en el proceso de aprendizaje.
 - Comprometerse con la comunidad, en beneficio de los hijos, al promover ambientes seguros y la inclusión de niñas y niños con discapacidad.
 - Balancear y atender el autocuidado, mediante estrategias de afrontamiento que permitan mantener la salud mental y establecer relaciones positivas con las personas cercanas.
-

Fuente: Unger & Rich, 2014.

Para la identificación de factores de riesgo en la familia se puede hacer uso de diferentes instrumentos validados en población mexicana, que evalúan prácticas de crianza (Tabla 8), manejo infantil (Tabla 9) y salud mental de los padres de familia y otros responsables de crianza (Tabla 10). Esta información también puede obtenerse mediante la entrevista clínica, al indagar en temas como los que se presentan en la Tabla 11:

Tabla 8. Inventario de prácticas de crianza

Cuestionario autoaplicable, de 20 minutos de duración promedio. Consta de 40 preguntas cerradas que evalúan conductas de los padres de familia con respecto a la disciplina y a la promoción del afecto hacia sus hijos, a través de seis subescalas:

1. Castigo.
2. Ganancias materiales.
3. Interacción social.
4. Normas.
5. Ganancias sociales.
6. Límites.

Ejemplo:

Cuando mi hijo no hace lo que le digo, yo...

Le grito.

Lo obligo a hacer lo que le pedí.

Cuando mi hijo me obedece, yo...

Le doy las gracias.

Le compro algo.

Fuente: López, 2013.

Tabla 9. Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil (CHAMI)

Cuestionario autoaplicable con 11 viñetas de situaciones simuladas de interacción problemática con el niño; se usa para evaluar las habilidades de manejo de conducta infantil. Los padres de familia responden de manera abierta qué harían ante la situación descrita.

Ejemplo:

- El niño está viendo la televisión y es hora de dormir. Usted le ordena apagar la tv e irse a dormir. Él comienza a llorar y a pedirle que le permita verla otro rato. ¿Qué haría?
- El niño está viendo su programa favorito de televisión y usted le pide que vaya por las tortillas; en ese momento, el niño comienza a quejarse diciendo: “¿por qué siempre yo?, al rato o ¿por qué no vas tú?”. ¿Qué es lo que haría?
- Usted desea solucionar un problema importante con su hijo: “Su cuarto siempre está desarreglado”. ¿Qué haría para solucionarlo?

Fuente: Morales & Vázquez, 2014.

Tabla 10. Encuesta Breve de Salud (MOS/SF-36)

Escala para evaluar el estado de salud y la calidad de vida. Puede usarse para que los miembros adultos responsables de crianza familiar identifiquen si presentan alguna dificultad en su “funcionamiento normal”. Puede aplicarse por profesionales de la salud. Valora ocho conceptos:

- Limitaciones en actividades físicas por problemas de salud.
- Limitaciones en actividades usuales por problemas físicos.
- Dolor corporal.
- Percepción general de salud.
- Vitalidad.
- Limitaciones en actividades sociales por problemas emocionales.
- Limitaciones en actividades usuales por problemas emocionales.
- Salud mental general.

El profesional solicita al participante contestar las preguntas de acuerdo con la manera en que se ha sentido la semana pasada. El cuestionario usa una escala tipo Likert que otorga a algunas respuestas cinco o seis puntos y a otras dos o tres.

El cuestionario es contestado por adultos de manera individual. Se puede emplear como formato de entrevista para abrir la discusión sobre el autocuidado que esta persona se procura y la necesidad de que reciba apoyo para cumplir con distintas tareas o superar limitaciones. Las respuestas deben ser recodificadas para los reactivos que así lo necesiten; posteriormente, se suman los reactivos pertenecientes a cada área y se promedian. Entre mayor sea la calificación, mejor nivel de salud presenta la persona; una puntuación menor representa un menor nivel de salud. Los reactivos de cada área y la forma en que se codifican se encuentran indicados en la parte final del cuestionario.

Fuente: Ware & Shrebourne, 1992; Zúniga, et al., 1999.

Tabla 11. Consideraciones en la entrevista clínica

Componentes de la entrevista con padres de familia o responsables de crianza:

- Descripción del nacimiento del niño y sucesos relacionados con el nacimiento.
 - Historial de desarrollo del niño.
 - Antecedentes médicos del niño.
 - Características de la familia e historial familiar.
 - Exposición prenatal al alcohol.
 - Historia de abuso de alcohol en la familia.
 - Historial de delincuencia de los padres de familia.
 - Creencias de los padres de familia acerca del alcohol.
 - Nivel cognitivo, personalidad y temperamento del niño.
 - Habilidades interpersonales del niño.
 - Historia académica.
 - Comportamientos sexuales del niño.
 - Descripción del problema que presenta el niño.
 - Expectativas de los padres de familia.
 - Maltrato infantil.
-

Fuente: Sattler, 2008.

Escuela

La escuela facilita la detección del consumo de drogas –debido a su infraestructura y a su potencial–, en la medida en que las autoridades escolares y los padres de familia se muestren sensibles a la problemática y deseen cooperar entre ellos o con un profesional capacitado para identificar los factores de riesgo en el ambiente escolar.

La detección de riesgos puede realizarse mediante la entrevista a madres y padres de familia, docentes e, inclusive, alumnos. Existen diversos instrumentos que pueden usarse para realizar tamizajes rápidos con la población escolar, que permiten tener una apre-

ciación general sobre las posibles dificultades experimentadas por los estudiantes en su entorno. Estas dificultades pueden expresarse como problemas emocionales o de la conducta y pueden estar vinculados con aislamiento, ansiedad o agresividad, factores de riesgo, a su vez, para el consumo de drogas. Su detección puede realizarse con el instrumento mostrado en la Tabla 12.

Tabla 12. Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ, en español)

Instrumento breve de tamizaje que evalúa problemas psicológicos en niños y adolescentes. Está compuesto por 25 reactivos tipo Likert que describen conductas positivas (10 reactivos) y negativas (15 reactivos); fueron construidos a partir de las principales clasificaciones de psicopatología (DSM-IV y CIE-10).

1. Problemas de conducta (problemas internalizados)
Reactivos: 5, 7 (Inv*), 12, 18, 22
Puntuación límite: 3
2. Hiperactividad (problemas externalizados)
Reactivos: 2, 10, 15, 21 (inv), 25 (inv)
Puntuación límite: 6
3. Síntomas emocionales (problemas externalizados)
Reactivos: 3, 8, 13, 16, 24
Puntuación límite: 4
4. Problemas con compañeros (problemas internalizados)
Reactivos: 6, 11 (inv), 14 (inv), 19, 23
Puntuación límite: 3
5. Conducta prosocial
Reactivos: 1, 4, 9, 17, 20
Puntuación límite: mínimo 5

(*Inv= los reactivos se califican de manera inversa)

Debe llenarse por familiares o maestros. La suma de los 15 reactivos negativos y cinco positivos que puntúan de manera inversa, conforman el Total de Dificultades; mientras que los cinco positivos restantes conforman la Escala de Conducta Prosocial, que se interpreta de manera independiente y contraria al Total de Dificultades.

Fuente: Goodman, 2001.

Entre los mayores problemas a los que pueden estar expuestos los estudiantes de educación básica se encuentra la violencia escolar. Se han observado mayores prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los perpetradores de acoso. Esto puede deberse a que el uso de drogas comparte características con el abuso escolar, como menor monitoreo de los padres de familia y dificultades para controlar el temperamento, en conjunción con otros problemas de conducta (rompimiento de reglas, agresividad, escaso control de impulsos, etc.) (Ramos, Wall, Villar, & Hernández, 2013).

Para detectar oportunamente a niños y jóvenes en situaciones acoso escolar se puede emplear el instrumento que se muestra en la Tabla 13, mismo que puede servir para prevenir daños a la salud mental e, incluso, suicidio, en víctimas de violencia.

Tabla 13. Bull-M

Tamizaje para identificar alumnos en potencial situación de víctima o agresor, así como la intensidad del acoso. Sirve, también, para establecer una prevalencia en la comunidad escolar. Se compone de 10 preguntas: cinco relacionadas con la identificación de la víctima (de la 1 a la 5); cuatro, con la participación en conductas de acoso escolar, como agresor (6 a 9); y una enfocada en identificar los efectos somáticos del acoso (pregunta 10). Con el fin de evaluar la frecuencia de cada situación experimentada y la participación de los alumnos, se utiliza una escala tipo Likert de cinco opciones: nunca, rara vez, a veces, a menudo y cada día. En cada pregunta, se presentan verbos marcados con negritas que indican distintas conductas que pertenecen a un continuo de gravedad; deben marcarse si corresponden a la situación de los estudiantes.

Se enfatiza la naturaleza anónima del cuestionario y se asegura que no se compartirán los datos con ninguna persona. Una mayor puntuación en la suma de los reactivos 1 a 5 indica que la persona es víctima de un acoso escolar constante y violento. Si el puntaje es mayor en la suma de los reactivos 6 a 9, nos encontramos frente a un agresor con altos niveles de violencia. Se puede ubicar también la forma en la que otros participan en el acoso.

Fuente: Ramos-Jiménez et al., 2013.

Comunidad

La detección temprana de factores de riesgo y variables asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad es una actividad que requiere de la participación de autoridades o líderes, personas comprometidas con el cuidado de la salud y, de manera primordial, cada uno de los miembros de la localidad.

La detección de riesgos puede realizarse por profesionales en trabajo social, sociología y psicología social, con el apoyo de diversos actores sociales que pueden participar en acciones preventivas y de promoción de la salud.

El primer paso para cualquier intervención preventiva es la identificación de los principales factores de riesgo presentes en el contexto. Los resultados de esta primera identificación pueden contribuir a sensibilizar a la población sobre la naturaleza y la severidad del problema, y servir de base para la delimitación de objetivos y actividades a concretar.

Para evaluar el nivel de riesgo en una comunidad se sugiere:

- Considerar datos existentes sobre tendencias y patrones de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Recolectar información sobre los factores de riesgo y de protección en la comunidad.
- Identificar los esfuerzos que ya se hacen para atender el problema y los recursos disponibles.

Esta información puede ser provista por líderes o personas estratégicas en la comunidad, como agentes de seguridad, personal escolar, autoridades morales, uniones de vecinos o asociaciones civiles (NIDA, 2003).

Un instrumento probado en población mexicana para evaluar la presencia de factores de riesgo en la comunidad, a partir de la percepción y el consenso de los integrantes de la misma, es el Inven-

tario Riesgo-Protección para la Comunidad (IRPACO-DIF), como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14. Inventario Riesgo-Protección para la Comunidad (IRPACO-DIF)

Sistematiza las opiniones y las percepciones de los miembros de la comunidad sobre la presencia o ausencia de riesgos psicosociales en su vida cotidiana. La percepción de los informantes ofrece una apreciación del fenómeno de uso de drogas que complementa los datos obtenidos por métodos probabilísticos y, sobre todo, permite realizar intervenciones más cercanas a lo que la comunidad define como problemático.

Considera tres categorías:

- Protección (las conductas de riesgo de esta área no ocurren o casi no ocurren en la vida cotidiana de la comunidad).
- Mediano riesgo (las conductas de riesgo ocurren, pero con poca frecuencia).
- Alto riesgo (las conductas de riesgo ocurren con mucha frecuencia).

Incluye 26 temas: 10 en el área de uso de drogas y conducta antisocial, seis en eventos negativos de la vida y 10 en estilo de vida.

Una vez que se ha formado una red de voluntarios que conducirá un plan de acción en la comunidad, se aplica la guía temática del IRPACO; la discusión se manejará a la manera de los llamados “grupos focales”, que se centran en temas de interés (en este caso, los 26 temas), pero que permiten la libre discusión de los contenidos temáticos, hasta el punto en que el promotor lo estima adecuado. En este momento, se pide un consenso, se lleva a cabo una votación y se anota la opción elegida por el grupo. La tarea del conductor consiste en focalizar las opiniones sobre lo que los informantes perciben que está ocurriendo en la comunidad de referencia.

Fuente: Llanes, Castro, & Margain, 2001; Castro, Llanes, & Elizondo, 2002.

Una fuente valiosa generada a partir del estudio de los factores de riesgo relevantes para el consumo de drogas es el Estudio Básico

de Comunidad Objetivo (EBCO) de Centros de Integración Juvenil (2013), un diagnóstico situacional, objetivo y actualizado del problema del consumo de drogas y de su contexto. Tiene el propósito de contribuir en la adecuada planeación y aplicación de los programas y servicios en las localidades, municipios o delegaciones, donde Centros de Integración Juvenil cuenta con unidades de atención. Comprende un enfoque de salud pública del consumo de drogas que integra tres componentes diagnósticos:

- Contexto sociodemográfico.
- Consumo de drogas.
- Respuesta social organizada.

Respecto al último punto, es importante ubicar en la comunidad a aquellas instituciones u organismos y colectivos que pueden dar atención a las principales problemáticas, como organizaciones no gubernamentales, sociedades civiles, servicios de salud, estaciones de policía o centros comunitarios. La ausencia de estos servicios e instituciones confiere un mayor nivel de riesgo a la comunidad.

También es recomendable delimitar qué variables de tipo social tienen mayor relación con el consumo de drogas. El diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México (Aurrecoechea, Rodríguez, Córdova, & Fernández, 2016) es un estudio sistemático que identificó las siguientes variables, como las de mayor importancia para el diagnóstico a nivel municipal y estatal:

- Edad promedio y proporción de población masculina.
- Tasa de migración internacional.
- Proporción de servicios de salud.
- Nivel de ingreso, pobreza alimentaria.
- Número de personas de tres años y más que no asisten a la escuela.

- Número de personas de 12 años y más que no asisten la escuela.
- Promedio de escolaridad en la comunidad.
- Proporción de embarazos tempranos.
- Zona ubicada en rutas de trasiego de drogas.
- Prevalencia del consumo de drogas en jóvenes.

Otra información de utilidad son los datos generados por instituciones o dependencias gubernamentales sobre delitos, accidentes o ingresos hospitalarios relacionados con el uso de drogas.

Como se ha revisado en este capítulo, la detección temprana de riesgos asociados con el consumo de drogas desde edades tempranas es una labor fundamental: se puede afectar el desarrollo saludable de un infante si quienes se encargan de su crianza y los profesionales de la salud generan un diagnóstico poco certero, en el que se “etiquete” a un niño, en vez de describir sus conductas en un contexto dado. Esto genera un proceso de estigmatización para él y su familia que, en vez de apoyar, limita la solución del problema y el desarrollo de las personas. Desde el enfoque de riesgo-protección, la identificación también debe focalizar y potenciar las fortalezas y recursos cognitivos, emocionales y sociales, como base para las intervenciones preventivas orientadas al desarrollo o el fortalecimiento de habilidades y competencias.

CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN EN CIJ DEL CONSUMO DE DROGAS EN EDADES TEMPRANAS

*El bienestar infantil no debe ser sólo la supervivencia física,
sino también el desarrollo del potencial físico,
social, emocional y cognitivo de la niñez
(Castro et al., 2013, p. S274).*

En este capítulo, se retoman los elementos revisados de manera previa, para mostrar el sustento del proceso de planeación, elaboración, operación y, en su caso, evaluación de estrategias, proyectos y actividades dirigidos a la población infantil para su desarrollo saludable y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en el marco del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones”, de Centros de Integración Juvenil.

También se incluyen las estrategias para la población adulta responsable de la crianza, el cuidado y la formación de niñas, niños y adolescentes, quienes fungen como modelos de comportamiento, por lo que resulta fundamental su participación en la promoción del desarrollo saludable y la prevención del consumo de drogas en los ámbitos familiar, escolar y comunitario.

En el capítulo inicial del libro, se abordaron los hitos del desarrollo desde el nacimiento hasta los cinco años, según lo estipulado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para apoyar a los profesionales de la salud y a las personas responsables del cuidado, la educación y el desarrollo de los niños. La finalidad es tener información disponible y vigilar las áreas de desarrollo (motriz, social, cognoscitiva y del lenguaje), así como, de ser necesario, solicitar atención especializada ante el retraso de los indicadores o la alteración y ausencia de conductas esperadas para la edad de la persona.

Como ya se señaló, es importante conocer y dar seguimiento a los indicadores del desarrollo -entendidos como las actividades que la mayoría de las niñas y los niños pueden hacer a una edad determinada (Castro et al., 2013– pues son un referente del bienestar infantil, conceptualizado como el conjunto de variables (físicas, emocionales y sociales) que impactan en la calidad de vida y en el potencial del desarrollo humano. Shonkoff y Karakowsky (2014) enfatizaron: “la construcción sólida para un desarrollo saludable durante los primeros años de vida es un requisito fundamental tanto para el bienestar individual como para la productividad económica, las comunidades exitosas y las sociedades civiles armoniosas”.

Los indicadores del desarrollo deben ser del dominio de los profesionales de la salud y de las personas responsables del cuidado y la crianza, sobre todo en la primera infancia. El trabajo se debe realizar de manera colegiada con las instancias del primer nivel de atención en salud, pues están en contacto directo con la población de interés, a través de las revisiones periódicas que establecen para vigilar y dar seguimiento al curso evolutivo esperado en etapas iniciales del desarrollo.

En capítulos anteriores también se presentaron los factores de riesgo que alteran, dificultan o impiden el desarrollo saludable e integral de niñas y niños en la primera infancia (desde la etapa prenatal hasta los ocho años de edad). En México, estas variables son carencia alimentaria, escasa o nula incorporación de los padres en actividades laborales y pobreza (Cruz, 2017).

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM, 2015) reportó otros factores de riesgo: encontró que 63 por ciento de los niños mexicanos de uno a 14 años de edad fueron sometidos al menos a una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar; y que en la mayoría de las familias se emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, bajo la premisa de que el castigo físico es necesario para educar (INSP y Unicef México, 2015). De acuerdo con la Encuesta de Cohesión Social para la Pre-

vención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED, 2014), cuatro de cada diez niñas y niños de 47 ciudades de México son víctimas de delito o maltrato (INEGI, 2017).

Estos factores interactúan y van configurando un estado de vulnerabilidad que impacta de manera desfavorable el bienestar infantil, ya que en esta etapa se constituye el andamiaje neurobiológico necesario para la conformación de las habilidades básicas que soportarán futuras conductas.

En México existen programas que abordan algunos de los determinantes que afectan el bienestar infantil (Castro et al., 2013); para la prevención del consumo de drogas, se han delimitado factores de riesgo que se gestan en edades tempranas y aumentan la probabilidad del uso de sustancias durante la adolescencia.

Los factores de riesgo varían con la edad, a excepción de la etapa prenatal, cuando están vinculados con el uso de sustancias psicoactivas por parte de la madre y los trastornos asociados con dicho consumo.

“La ciencia de la prevención en México ha evolucionado de forma importante durante los últimos veinte años, pasando de acciones aisladas a modelos con fundamento teórico, más estructurados y basados en evidencia” (Castro et al., 2015, pág. 11).

Entre los tres y seis años es posible identificar alteraciones en el comportamiento y el aprendizaje que pueden constituirse en factor de riesgo en caso de no ser atendidos por profesionales de la salud, por ejemplo, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que se manifiesta entre los cuatro y seis años.

Elementos básicos para programas preventivos

Para la prevención del consumo de drogas en edades tempranas se cuenta con evidencia científica, estándares de calidad, recomen-

daciones y puntos de buena práctica que guían y delimitan la planificación, el desarrollo y la operación de programas preventivos. Destacan los siguientes:

- Las intervenciones deben iniciarse en la etapa más temprana posible dentro del proceso evolutivo de desarrollo de las personas, antes de que se manifiesten conductas problemáticas o los resultados de las mismas (Salvador et al., 2010).
- La transición inicial más significativa se da cuando se deja la seguridad de la familia para asistir a la escuela por vez primera, por lo que es indispensable realizar intervenciones preventivas en nivel preescolar (NIDA, 2004).
- En la primaria, la educación debe enfocarse en habilidades de autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico –en especial en la lectura– (NIDA, 2004).

Si bien en la infancia pueden presentarse factores de riesgo que dificultan la trayectoria del desarrollo saludable y facilitan el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en etapas posteriores, es necesario inclinar la balanza hacia los factores de protección, a fin de fortalecer las habilidades y las capacidades de las niñas, los niños y los adolescentes.

La evidencia destaca el costo-beneficio del desarrollo de acciones preventivas (NIDA et al., 2016):

- Es factible y conveniente orientar el curso de la vida en dirección positiva cuando se detectan indicadores de riesgo en el desarrollo.
- Los factores de protección promueven el afrontamiento y la adaptación exitosa, por lo que reducen el riesgo de tener problemas. Niñas y niños presentan una combinación de

factores de riesgo y protección, la clave es cambiar el equilibrio hacia la protección.

- Las intervenciones en la primera infancia contribuyen a preparar el escenario para la autorregulación positiva y otros recursos protectores.
- Las intervenciones preventivas tempranas deben incluir a los ambientes proximales del niño. El entorno familiar es el contexto más importante en todos los periodos del desarrollo infantil temprano, seguido del escolar.
- La intervención temprana tiene efectos positivos en el niño, mismos que, a su vez, pueden generar un comportamiento positivo en los cuidadores adultos y en otros niños, con lo que se mejora el entorno social general.

La UNODC (2013) muestra de manera puntual los estándares de calidad en prevención, a considerar en la infancia temprana y media (preescolar y primaria). También señala, como buena práctica, el desarrollo de intervenciones con mujeres embarazadas con trastornos por abuso de drogas, al ser un grupo en situación de vulnerabilidad. Con base en los resultados positivos, el organismo recomienda dirigir las intervenciones hacia el desarrollo de habilidades en el apego y la crianza.

Para la población infantil en preescolar, las intervenciones deben ser integrales, es decir que deben incluir a los padres de familia y al personal docente y estratégico de apoyo. En la educación básica (primaria) también se recomienda realizar intervenciones con la comunidad educativa y actividades colegiadas entre padres de familia e hijos; así como impartir programas de crianza positiva con la finalidad de fomentar habilidades personales y sociales.

Es importante contar con políticas para mantener a niñas y niños en la escuela, en el entendido de que la asistencia y el apego escolar, en conjunción con los logros en áreas como el leguaje y la

aritmética (de acuerdo con la edad) son factores de protección en estas etapas de vida (UNODC, 2013).

Los programas eficaces (NIDA et al., 2016), dirigidos a niños en edades tempranas, en diferentes contextos, muestran metodologías y contenidos temáticos aplicables en otras comunidades, a fin de lograr el objetivo general de la prevención:

“El desarrollo saludable y seguro de niñas, niños y jóvenes para que aprovechen sus capacidades y potencial, se conviertan en miembros que aporten a sus comunidades y sociedad. La prevención efectiva del consumo de drogas contribuye a su participación positiva” (UNODC, 2013).

Difundir e informar sobre los hitos del desarrollo a los agentes socializadores en la primera infancia es una buena práctica para la prevención del consumo de drogas.

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado (NICE, por sus siglas en inglés) planteó, en 2017, recomendaciones sobre el desarrollo e implementación de intervenciones preventivas del uso de drogas en niños y jóvenes en riesgo (ver Tabla 15):

Tabla 15. Recomendaciones preventivas para niños y jóvenes en riesgo de uso indebido de drogas

1. Las intervenciones deben aumentar la resiliencia y reducir el riesgo.
2. Las habilidades personales y sociales a desarrollar pueden ser:
 - * De comunicación.
 - * Solución de conflictos.
 - * Identificación y manejo del estrés.
 - * Toma de decisiones.
 - * Manejo de sentimientos de exclusión.
 - * Comportamientos saludables.
3. Las estrategias de intervención deben incluir a los cuidadores y familiares de niñas y niños en condiciones de alta vulnerabilidad, con el abordaje de temas como:
 - * Habilidades de comunicación.
 - * Desarrollo y mantenimiento de relaciones saludables.
 - * Solución de problemas.
4. El diseño de intervenciones preventivas debe considerar la edad, la etapa de desarrollo, el contexto cultural, la religión y el grupo étnico, entre otras variables.

Fuente: NICE, 2017.

Los hallazgos de investigaciones internacionales, con relación a la efectividad de las intervenciones preventivas en edades tempranas, permiten identificar aquellas características metodológicas que favorecen resultados positivos.

La evidencia se retoma en la planificación, el desarrollo y el seguimiento de programas preventivos en edades tempranas:

- Desarrollar estrategias que hagan énfasis en las etapas de transición escolar.
- Identificar y tratar los problemas de conducta infantil, como el TDAH.

- Crear contenidos que promuevan el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y escolares (matemáticas, lectura, técnicas de estudio, etcétera).
- Incorporar a los docentes al proceso preventivo con contenidos que favorezcan las estrategias para el manejo del aula, la detección temprana del consumo de drogas y la derivación oportuna de conductas problemáticas.
- Ofrecer contenidos dirigidos a los padres de familia y otros responsables de crianza, como prevención del consumo de drogas durante el embarazo y habilidades de crianza positiva.
- Identificar a las poblaciones en mayor vulnerabilidad.

Otro elemento básico que debe considerarse en la planificación de los programas en edades tempranas son los derechos del niño, implícitos en el instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a niñas y niños como agentes sociales y titulares activos de sus propios derechos: la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), de obligado cumplimiento para los países que lo ratifiquen, como México.

Si bien de manera específica se revisó la normatividad al respecto en el capítulo 2, cabe mencionar como recomendación y punto de buena práctica, la difusión y el conocimiento de la CDN, pues los artículos que denotan y salvaguardan el interés superior del niño y la protección ante el consumo de drogas (4, 24 y 33) son de obligado cumplimiento para el Estado y la sociedad civil. De la misma forma, es preciso tener presente el contenido de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en 2014 y complementada con el Reglamento aparecido en 2015, donde de manera específica se señalan acciones preventivas y de promoción de la salud (5, 11 y 12, entre otros).

Complementariamente, existen documentos específicos para la protección de niñas, niños y adolescentes ante el consumo de ta-

baco, alcohol y otras drogas, como el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud, la Ley General de Salud y la Ley General para el control del Tabaco, por mencionar algunos.

A manera de recuento, diremos que los hitos del desarrollo, los factores de riesgo documentados en edades tempranas –tanto para el curso evolutivo positivo como para el inicio del consumo de drogas a posteriori– y la normatividad son elementos básicos a considerar en los programas y políticas públicas dirigidas a la población infantil y adolescente.

Programas preventivos en edades tempranas ante el uso de drogas	
Elementos básicos	Marco referencial
	Hitos del desarrollo
	Factores de riesgo: • Bienestar infantil. • Consumo de drogas.
	Normatividad: • Derechos del Niño. • Protección ante el consumo de drogas.
	Metodológicos
	Detección temprana y derivación oportuna: • Riesgos: salud física y mental (niñas, niños y adolescentes). • Consumo de drogas en las familias. • Violencia.

En este sentido, la estrategia de detección temprana de riesgos para el uso de drogas es parte de la metodología recomendada en edades tempranas; si bien en esta etapa, los niños constituyen un grupo poblacional que todavía no desarrolla niveles severos de con-

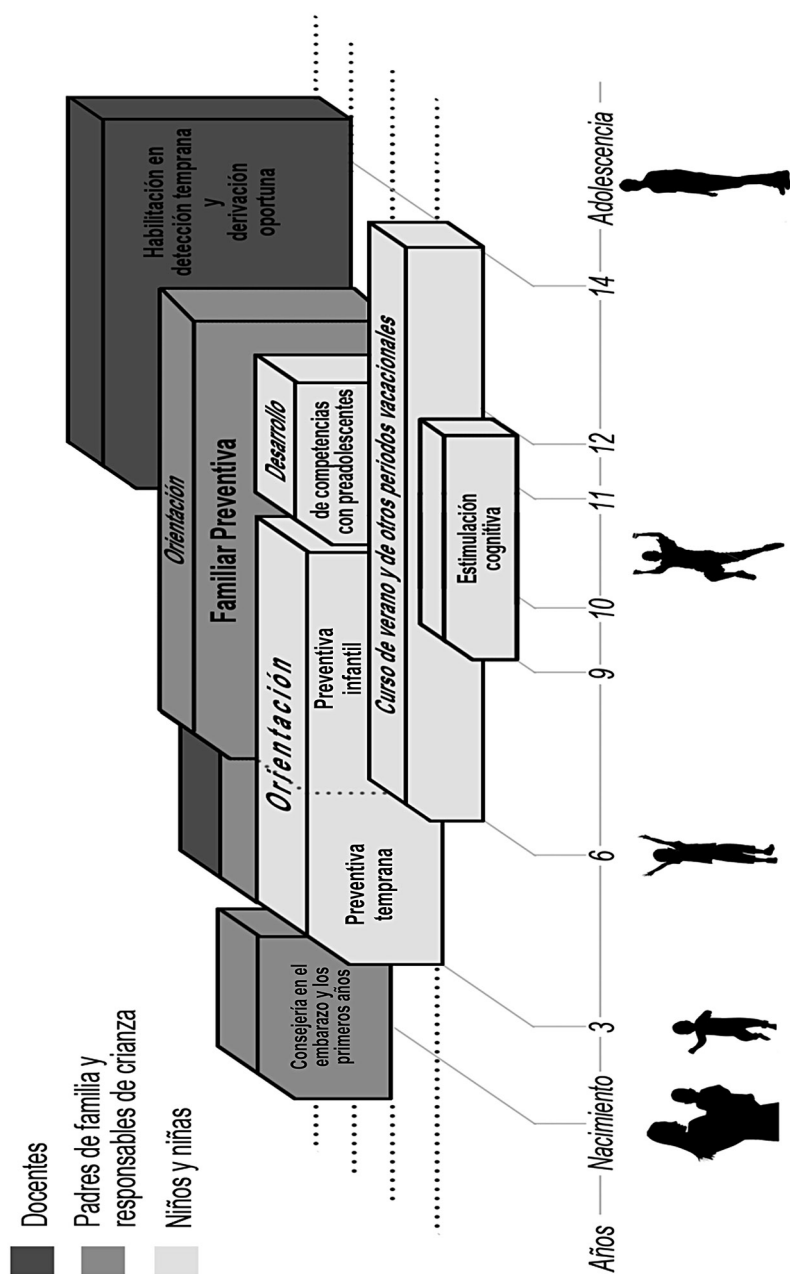
ductas de riesgo para el consumo de drogas, si ofrecen una gran oportunidad para detectar de manera oportuna algún indicio de riesgo. En el capítulo tres se revisaron técnicas e instrumentos útiles para intervenir, que deben ser usados por personas capacitadas y no deben ser interpretados por el público en general.

Centros de Integración Juvenil, en el marco del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones”, cuenta con diferentes intervenciones que consideran los derechos de la población infantil, el contexto, sus potencialidades y los factores de riesgo a la que puede exponerse en las primeras etapas de la vida; fueron diseñadas e instrumentadas con base en el marco referencial que se precisó en el capítulo 1.

Los programas preventivos de CIJ dirigidos a esta población buscan incidir en problemas de comportamiento que pueden representar un factor de riesgo ante el consumo de drogas en etapas posteriores de la vida. Se operan en los contextos cercanos al niño, como la familia y la escuela, e intentan tener un efecto positivo en sus cuidadores (padres o tutores y docentes) y en otros niños cercanos (hermanos, compañeros de clase, vecinos). En la Figura 12, se muestran los programas preventivos institucionales para la población infantil y preadolescente; se incluyen, también, aquéllos orientados a padres de familia y docentes, como facilitadores del bienestar de niñas, niños y adolescentes:

- Padres y madres de familia o tutores.- Se pretende reforzar su papel preventivo, así como factores de protección y prácticas saludables en las familias.
- Docentes.- Se busca habilitarlos en la detección temprana de indicadores de riesgo asociados con el consumo de drogas (violencia familiar, acoso escolar, depresión, ansiedad y comportamiento suicida, entre otros), a fin de facilitar la derivación y la atención oportuna.

Figura 9. Prevención del consumo de drogas en edades tempranas: CIJ



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la Figura 9, las intervenciones preventivas abarcan desde la etapa prenatal hasta la preadolescencia, a fin de favorecer la continuidad en el desarrollo de hábitos, valores, creencias, habilidades y recursos personales y colectivos de protección ante el consumo. Además, se fomenta la integralidad de las intervenciones, mediante un trabajo paralelo con niñas, niños, adolescentes y sus modelos conductuales o figuras de apoyo (padres de familia o tutores y docentes).

Como estrategias preventivas se consideran desde la detección temprana de riesgos en el desarrollo infantil hasta la derivación a servicios especializados de atención, pasando por el reforzamiento de hábitos saludables y de valores personales y colectivos. Se fomenta, además, la identificación de riesgos en la casa, la escuela y la comunidad; se proponen prácticas de autocuidado y alternativas para pedir ayuda; y se analizan dudas, inquietudes y conocimientos sobre los daños y las consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Las intervenciones desarrolladas en CIJ incorporan principios y estándares derivados de la evidencia científica y las buenas prácticas dirigidas a la infancia. A continuación, se muestran las aportaciones de los proyectos del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones”.

Etapa prenatal

	Bienestar emocional en el embarazo. Consejería para evitar daños por uso de drogas en la gestación y en los primeros años de vida.	
---	---	--

La intervención está dirigida a mujeres mayores de 12 años, embarazadas, con planes de embarazo, en periodo de lactancia o con hijos de hasta dos años. Se puede realizar en los contextos de salud y comunitario.

El objetivo general de la intervención es promover recursos de apoyo para afrontar el malestar emocional y prevenir el consumo de drogas en el embarazo y la lactancia. Los objetivos específicos son: a) sensibilizar a las participantes y personas significativas cercanas sobre los daños y las consecuencias del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, en ellas y en sus hijos, mediante información científica; b) reforzar estrategias y recursos de afrontamiento del estrés, la ansiedad y la depresión; y c) fomentar el apoyo de redes vinculares para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

Se ubica en la modalidad de prevención indicada, ya que pretende evitar la escalada del uso experimental u ocasional de drogas hacia el abuso o dependencia, además de reducir los riesgos asociados en la madre y el hijo. Las estrategias preventivas utilizadas son la sensibilización para el incremento de la percepción de riesgo, la detección temprana de factores de riesgo y consumo experimental, y la reducción de daños.

Como parte de las estrategias metodológicas, se realiza una sesión informativa inicial dirigida a las participantes (detección temprana); posteriormente, y con base en las necesidades identificadas, se opera una intervención breve con sesiones secuenciales y diferenciadas por grupos etarios (menores y mayores de edad). Las sesiones pueden operarse de manera independiente, en función del nivel de riesgo, las necesidades, los recursos y las características del contexto y las participantes de cada grupo. Se dispone, también, de una sesión informativa para la pareja y la familia.

Contenidos temáticos

- Sensibilización, detección temprana y canalización (sesión inicial).
- Salud emocional en el embarazo.
 - El embarazo, emociones y consumo de drogas.
- Impacto del consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo.

- Daños asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Impacto del humo de tabaco ambiental.
- Exploración sobre el consumo y sus implicaciones en el proyecto de vida.
- Tomando una decisión sobre el futuro.
- Consumo de drogas, ansiedad y estrés.
 - Estrés y ansiedad en el embarazo.
 - Alternativas de afrontamiento.
- Depresión pre y postembarazo.
- Redes de apoyo.

Para la pareja y la familia, se incluye el tema denominado “crecer sin drogas”.

Recomendaciones para la operación

Para el desarrollo de esta intervención, se sugiere la participación de especialistas con perfil de psicología, trabajo social o medicina, que posean conocimientos actualizados en materia de adicciones y presenten, preferentemente, un enfoque cognitivo-conductual. En caso de intervenir con mujeres menores de edad, es necesario contar con el consentimiento informado de sus tutores.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 4, 5, 6 y 7) estipulados por el NIDA et al. (2016), que inciden en los cambios del desarrollo que se producen desde la etapa prenatal, a fin de favorecer recursos protectores.
- Retoma estándares internacionales de la prevención en edades tempranas, relacionados con el abordaje de mujeres embarazadas con trastornos por abuso de sustancias (UNODC, 2013).

Puntos de buena práctica CIJ

- Detección temprana de consumo experimental o problemático en las mujeres participantes.
- Consideración de riesgos de salud mental como la depresión pre y postparto, la ansiedad y el estrés.
- Participación de la pareja y la familia en esta etapa de vida.
- Conformación de redes de apoyo.

Niñas y niños de tres a cinco años de edad



Orientación Preventiva Temprana



Esta intervención es integral y está dirigida al contexto educativo de nivel preescolar, por lo que la población objetivo son niñas y niños de tres a cinco años de edad; para su aplicación, se busca el apoyo de padres de familia y docentes.

El objetivo general es promover recursos de protección para afrontar situaciones de riesgo en etapas tempranas del desarrollo. Los objetivos específicos son: a) niños preescolares: identificar situaciones de riesgo y estrategias para protegerse antes estos; b) madres y padres de familia: facilitar recursos protectores desde edades tempranas en la familia ante riesgos asociados con el uso de drogas; y, c) docentes: generar estrategias preventivas en el aula y detectar señales de alerta en el desarrollo de los niños.

La intervención se diseñó en el marco de la prevención universal, con la finalidad de facilitar y fortalecer recursos de protección en contextos cercanos, en los que interactúa de manera permanente la población infantil, como parte de su proceso de socialización. En este sentido, la estrategia preventiva utilizada es el reforzamiento de habilidades para la vida.

Las actividades están diferenciadas en consideración de los hitos del desarrollo: niños de tres, cuatro y cinco años de edad. Como parte del método, las estrategias se estructuran de la siguiente manera: sesión informativa con las tres poblaciones; círculos de lectura y talleres para preescolares y padres de familia; y capacitación para el personal docente.

Contenidos temáticos

a) Niñas y niños

- Situaciones de riesgo y cómo afrontarlas.
- Reconocimiento y expresión de emociones en situaciones de riesgo.
- Solicitud de ayuda.
- Reglas de seguridad.

b) Padres de familia

- Riesgos, daños y consecuencias del consumo de drogas y factores protectores.
- Estilos de crianza/padres democráticos.
- Establecimiento de límites, expresión de afectos.
- El papel preventivo de las personas adultas.

c) Personal docente

- Riesgos, daños y consecuencias del consumo de drogas.
- El docente como agente preventivo en edades tempranas.
- Riesgos asociados con el desarrollo psicosocial en preescolares.
- Acciones preventivas en el salón de clases.

Recomendaciones para la operación

Se sugiere estar familiarizado con las teorías del desarrollo y tener experiencia con niñas y niños de estas edades. Es necesario solicitar

consentimiento informado de padres de familia o tutores y la presencia del docente responsable del grupo durante el desarrollo de las actividades preventivas. Con base en los resultados de la fase de piloteo del programa, es fundamental la presencia del docente responsable del grupo, quien además de brindar seguridad a los niños, es un modelo a seguir para ellos.

El área de Investigación de CIJ (2015) realizó la evaluación de viabilidad de esta intervención con un diseño transversal para conocer la percepción de las personas que operaron el proyecto. Los resultados señalaron que el programa preventivo es pertinente, viable y útil para las tres poblaciones a las que está dirigido. Los facilitadores manifestaron que es un programa integral, novedoso y necesario para trabajar con niños preescolares.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 3, 4 y 6) estipulados por el NIDA et al. (2016), dirigidos a fortalecer la autorregulación positiva y a facilitar el desarrollo saludable e integral de niñas y niños en edad preescolar. La intervención incrementa la probabilidad de que se presenten efectos positivos a largo plazo, que en última instancia reducen el riesgo de consumir drogas en etapas de vida posteriores. Asimismo, trabaja con escenarios cercanos a los niños: las familias y la escuela.
- En el marco de los estándares de prevención en edades tempranas (UNODC, 2013), apoya el desarrollo social y cognitivo de niñas y niños de comunidades desfavorecidas.

Puntos de buena práctica CIJ

- Intervención preventiva integral con la comunidad escolar.

Niñas y niños de seis a nueve años de edad



Orientación Preventiva Infantil



Para la infancia media se cuenta con una intervención dirigida a niñas y niños de seis a nueve años de edad, que se realiza en los contextos escolar o comunitario; de manera paralela, se complementa con un proceso preventivo con padres de familia.

El objetivo general es ejercitar conductas de autocuidado e identificar situaciones de riesgo, como alternativa preventiva desde edades tempranas. Los específicos son: a) fortalecer la autoestima y los valores como elemento de protección ante situaciones de riesgo; b) identificar los peligros potenciales en diferentes ámbitos fuera de casa y tomar decisiones adecuadas; y c) fomentar el apego escolar mediante el uso del tiempo libre como opción de aprendizaje y diversión.

La intervención se desarrolló en el marco de la prevención universal, a través del reforzamiento de habilidades para la vida y el fomento de recursos de protección en la familia y la escuela. El proyecto incluye intervenciones diferenciadas por etapa de desarrollo, mediante un sistema de enseñanza-aprendizaje modular:

- a) Niñas y niños de seis y siete años de edad: “autoestima”, “habilidades”, “valores” y “aprendizaje y diversión”.
- b) Niñas y niños de ocho y nueve años de edad: se suma el módulo de “tabaco y alcohol”.

Como material de apoyo se utiliza el paquete “Prevenir jugando”, estructurado con base en la etapa de vida por la que transitan los niños; incluye cuentos y cuadernillos de trabajo, en versión impresa y multimedia.

Contenidos temáticos

- Autoestima
 - Autoconcepto.
 - Autovaloración.
 - Autocuidado.
- Habilidades
 - Comunicación.
 - Estrategias de convivencia.
 - Toma de decisiones.
- Valores
 - Respeto y empatía.
 - Cooperación y apoyo.
 - Responsabilidad.
- Aprendizaje y diversión
 - Actividades académicas y recreativas.
 - Motivación al logro.
- Tabaco y alcohol
 - Publicidad de tabaco y alcohol.
 - Situaciones de riesgo asociadas con el uso de tabaco y alcohol.

Recomendaciones para la operación

Se sugiere estar familiarizado con las teorías del desarrollo y tener experiencia con niñas y niños de estas edades. Es necesario solicitar consentimiento informado de padres de familia o tutores y la presencia del docente responsable del grupo durante el desarrollo de las actividades preventivas. Asimismo, se recomienda fomentar la

participación y reconocer el derecho de niños y niñas a expresarse libremente, para contribuir al mejoramiento de su entorno.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 3 y 4) estipulados por el NIDA et al. (2016), orientados a fortalecer factores de protección (autorregulación positiva) y facilitar el desarrollo saludable e integral de niñas y niños.
- Aumenta la probabilidad de mantener los efectos positivos a largo plazo.
- Favorece las habilidades de autocontrol estipuladas para estudiantes de primaria (NIDA, 2004).
- En el marco de los estándares de prevención para la infancia media (UNODC, 2013), apoya el desarrollo de habilidades personales y sociales.
- Facilita el trabajo con padres de familia para la crianza positiva.

Puntos de buena práctica CIJ

- Trabajo preventivo paralelo con padres de familia o tutores.
- Aborda el tema de tabaco y alcohol con personas de ocho y nueve años de edad, con lo que se refuerza su capacidad para identificar situaciones de riesgo.

Niñas y niños de 10 a 14 años de edad



**Desarrollo de Competencias
con Preadolescentes**



Esta intervención está dirigida a preadolescentes de 10 a 11 años de edad. Por la etapa de vida en la que se encuentran los niños y la información epidemiológica relacionada con el inicio en el consu-

mo de tabaco, alcohol y otras drogas, se realiza el trabajo preventivo en el marco de la modalidad selectiva que, además de apoyar el desarrollo de habilidades para la vida, refuerza competencias para el afrontamiento de riesgos específicos ante el consumo de drogas. Se trabaja en los contextos escolar y comunitario.

El objetivo general es proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Los objetivos específicos están dirigidos a identificar situaciones de riesgo para el uso de drogas; ejercitar la toma de decisiones ante la presión de pares; practicar la empatía en las relaciones interpersonales; favorecer la expresión y el manejo de emociones como enojo y tristeza; y planificar actividades recreativas, deportivas y culturales. La intervención consta de cuatro módulos:

Contenidos temáticos

- Módulo 1
 - Mitos y realidades de las drogas.
 - Disponibilidad en el contexto.
 - Situaciones de riesgo.
- Módulo 2
 - Toma de decisiones.
 - Resistir presión de amistades.
 - Empatía.
- Módulo 3
 - Emociones.
 - Identificar enojo y tristeza.
 - Redes de apoyo.
- Módulo 4
 - Actividades extraescolares.

- Instancias recreativas.
- Actividades en tiempo libre.

Recomendaciones para la operación

Se sugiere estar familiarizado con las teorías del desarrollo y tener experiencia con niñas y niños de estas edades. Es necesario solicitar consentimiento informado de padres de familia o tutores. Las actividades preventivas y de promoción de la salud deben realizarse con los padres de familia y los docentes. Se recomienda, además, efectuar actividades de detección de consumo de drogas en la escuela y con las familias.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 3 y 4) estipulados por el NIDA et al. (2016), encaminados a fortalecer la autorregulación positiva y a facilitar el desarrollo saludable e integral. Se favorecen las habilidades de autocontrol estipuladas para estudiantes de primaria (NIDA, 2004).
- En el marco de los estándares de prevención para la infancia media (UNODC, 2013), apoya el desarrollo de habilidades personales y sociales.

Puntos de buena práctica CIJ

- Realiza trabajo preventivo paralelo con padres de familia o tutores.
- Aborda el tema del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (riesgos y daños asociados) en edades tempranas.
- Ofrece capacitar a los docentes en materia de detección temprana y derivación oportuna.

Cursos de verano y de otros periodos vacacionales



Cursos de verano y de otros periodos vacacionales



En el contexto de la promoción de la salud y como complemento a las actividades preventivas con población infantil en periodos vacacionales, CIJ ha desarrollado una intervención dirigida a niñas y niños de seis a 14 años. Se lleva a cabo en el contexto comunitario.

El objetivo general es fortalecer hábitos, valores y habilidades para la vida, mediante actividades lúdico-recreativas, físico-deportivas, educativo-formativas, culturales-artísticas y psicosociales, como factores protectores ante el consumo de drogas. Con relación a los objetivos específicos, la intervención busca promover, durante los periodos vacacionales de invierno, semana santa y verano, el uso saludable del tiempo libre, a través de la realización de actividades proactivas por parte de la población infantil y juvenil de la comunidad; se intenta, además, reforzar hábitos, valores y habilidades para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y fomentar la participación de la población infantil de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de adicciones.

Se diseñó en la modalidad de prevención universal y las estrategias preventivas utilizadas son la promoción de la salud y el reforzamiento de habilidades para la vida.

El proyecto se opera en cualquier periodo vacacional de invierno, semana santa y verano. Para su realización se sugiere considerar un periodo de dos a cuatro semanas, en jornadas de cuatro horas diarias máximo. Los módulos y ejes temáticos –que no necesariamente deberán aplicarse en su totalidad– podrán elegirse de acuerdo con la programación realizada de manera previa por el facilitador, en función de la temporalidad del curso, el total de niños inscritos, su género, edades y expectativas.

Contenidos temáticos

- Habilidades sociales
 - Autoestima.
 - Comunicación asertiva.
 - Solución de problemas.
 - Control de emociones.
- Prácticas saludables y derechos de los niños
 - Alimentación, higiene y ejercicio para una vida saludable.
 - Participación infantil.
 - Comunidad y salud.
 - Derechos y obligaciones de las niñas, los niños y los adolescentes.
- Alcohol y tabaco
 - Alcohol y tabaco dañan mi salud.
 - Otras drogas que afectan mi salud.
 - ¿Cómo me protejo del consumo de drogas?
- Acoso escolar
 - ¿Qué hacer en situaciones de acoso escolar?
 - Actitudes de violencia en la escuela.
 - Cómo mejorar la convivencia escolar.

Recomendaciones para la operación

Se sugiere estar familiarizado con las teorías del desarrollo y tener experiencia con niñas y niños de estas edades. Es necesario solicitar consentimiento informado de padres de familia o tutores y entregar una credencial a cada participante (dos fotografías), con base en los registros iniciales.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 3, 4 y 7) estipulados por el NIDA et al. (2016), dirigidos a generar efectos positivos en el comportamiento de niñas y niños a través de la intervención temprana.
- Refuerza un comportamiento positivo en los cuidadores adultos y en otros niños de la misma edad, mejorando el entorno social.

Puntos de buena práctica CIJ

- Ocupación del tiempo libre en periodos vacacionales, mediante la promoción de la salud.

Estimulación cognitiva para el desempeño escolar



Estimulación cognitiva para el desempeño escolar



Es una intervención de prevención selectiva usada para contrarrestar el bajo rendimiento escolar en educación primaria; su finalidad es disminuir la probabilidad de reprobación y deserción escolar, factores de riesgo para el consumo de drogas. Se lleva a cabo con niñas y niños de nueve a 12 años de edad, que presentan calificaciones de seis o menos en la boleta, de manera particular en la materia de español.

El objetivo general es proporcionar estrategias prácticas de estudio a estudiantes de cuarto a sexto grado de primaria, que coadyuven a elevar su rendimiento escolar, sobre todo en el área de la lecto-escritura. Los objetivos específicos de la intervención son: a) enseñar técnicas para leer y comprender un texto; b) identificar acciones para mejorar las condiciones ambientales del lugar de estudio; c) proporcionar estrategias para estudiar antes de un examen; y d) practicar formas de estudio y memorización de la información.

La estrategia preventiva corresponde al desarrollo de competencias para el afrontamiento de riesgos relacionados con el bajo rendimiento escolar. El proyecto se desarrolla en tres módulos secuenciales con sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una, a través de un taller psicoeducativo.

Contenidos temáticos

- Módulo 1 “Cómo mejorar la lectura”
 - Lectura exploratoria.
 - Velocidad lectora.
 - Comprensión lectora.
 - Atención y concentración lectora.
- Módulo 2 “Manejo de recursos para estudiar”
 - Parafraseo.
 - Subrayado.
 - Elaboración de esquemas.
 - Claves mnemotécnicas.
- Módulo 3 “Técnicas de estudio”
 - Tiempo y lugar de estudio.
 - Estrategias para preparar un examen.
 - Red de apoyo escolar.
 - Búsqueda de información.

Recomendaciones para la operación

Se debe implementar de manera posterior a la detección de indicadores de bajo rendimiento escolar, mediante la verificación de calificaciones en boletas y con la realización de entrevistas con padres o madres, docentes y directivos. Se sugiere operar dentro del horario escolar, en coordinación con el personal docente para no

afectar las actividades académicas, así como integrar actividades preventivas y de promoción de la salud con los padres de familia y el profesorado.

Evaluación

En 2009, la Subdirección de Investigación de CIJ realizó la evaluación de esta intervención. Los resultados mostraron que su operación favorece la adquisición de estrategias de aprendizaje, lo cual fortalece la adherencia escolar como uno de los principales factores de ajuste psicosocial relevantes para la prevención del consumo de drogas con población infantil.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Considera los principios de prevención en edades tempranas (1, 2, 3 y 4) estipulados por el NIDA et al. (2016). Con base en los principios 6 y 7, se favorece el mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para contrarrestar factores relacionados con el abuso de drogas, como el fracaso académico y la deserción escolar (NIDA, 2004).
- En el marco de los estándares de prevención para la infancia media (UNODC, 2013), apoya el desarrollo de habilidades personales y sociales. También, facilita el trabajo con padres de familia para la crianza positiva.

Puntos de buena práctica CIJ

- Trabajo preventivo paralelo con padres de familia o tutores.
- Detección de indicadores de bajo rendimiento escolar mediante la verificación de calificaciones en boletas y la realización de entrevistas con padres o madres, docentes y directivos escolares.
- Trabajo grupal para evitar discriminar y excluir a los niños con calificaciones suficientes, aunque sean identificados.

Padres de familia y otros responsables de crianza

Como se mencionó al inicio del presente capítulo, el trabajo integral con las figuras de apoyo para la población infantil y adolescente es necesario para facilitar recursos de protección en las familias; lograr la participación activa y positiva de sus integrantes genera un alcance en las comunidades.

El programa dirigido a los padres de familia y otros responsables de crianza, denominado Orientación Familiar Preventiva, fomenta la crianza positiva y las habilidades parentales en consideración a la edad de los hijos. También busca reducir la influencia de factores de riesgo y promover estilos de vida y convivencia familiar saludables. Con él se pretende ofrecer herramientas para el desarrollo de habilidades específicas y su aplicación en la convivencia cotidiana con los hijos e hijas, como medida de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el hogar.

Esta población de apoyo es abordada mediante talleres o círculos de lectura, para el desarrollo y el reforzamiento de competencias para el manejo del estrés y el fortalecimiento de la autoestima y la comunicación asertiva, entre otros temas. Se incluyen programas selectivos dirigidos a las familias con hijos adolescentes en condiciones de riesgo ante el consumo de drogas y problemas asociados:

- ¿Mariguana? Infórmate y decide.
- Inhalables: habilidades para rechazar situaciones de consumo.
- Metanfetaminas: competencias socioafectivas para afrontar riesgos.
- Competencias prosociales y autocontrol en la adolescencia.
- Autocontrol ante el abuso de Internet, juegos de video y azar.
- Prevención del suicidio.

El objetivo de estos talleres selectivos es desarrollar competencias para afrontar y reducir factores de riesgo específicos en familias vulnerables.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Principios de prevención en edades tempranas (2, 4, 6 y 7) estipulados por el NIDA et al. (2016). El entorno familiar es el más importante en todos los periodos del desarrollo infantil temprano, por lo que los padres de familia son un objetivo importante de las intervenciones en la primera infancia.
- En la infancia media, los estándares en prevención recomiendan programas de crianza positiva y habilidades personales y sociales (UNODC, 2013).

Puntos de buena práctica CIJ

- Trabajo preventivo paralelo con hijas e hijos, en diferentes contextos (escolar, laboral).
- Intercambio de buenas prácticas de prevención en los hogares, mediante círculos de lectura con padres de familia y otros responsables de crianza.
- Habilitación en detección temprana de señales de alerta relacionadas con el consumo de drogas y el manejo de esta problemática en las familias.

Personal docente y profesionales de la salud

En el modelo preventivo de CIJ, los padres de familia y otros responsables de crianza, así como los docentes y el personal de salud son denominados población de apoyo para niñas, niños y adolescentes; es decir que son considerados sujetos y objetos de prevención, pues por su función social adquieren un rol fundamental en la promoción y la gestión de recursos de protección ante el consumo

de drogas. Desde sus contextos de influencia pueden realizar actividades preventivas, incluyendo la detección temprana, la derivación oportuna y la promoción de la salud.

Como parte de las estrategias preventivas, se ubica la capacitación dirigida a personas clave, en este caso personal docente, escolar estratégico y profesionales de la salud.

El contexto escolar, como espacio de participación activa y constructiva, es de alta relevancia en la prevención del consumo de drogas, pues favorece el trabajo integral con componentes universales, selectivos e indicados en función del nivel de riesgo detectado en los grupos y en la comunidad escolar en general. CIJ, a través de su Programa Preventivo, lleva a cabo actividades en todos los niveles educativos, en ellas involucra a otras instancias del primer nivel de atención en salud para coordinar objetivos, sumar esfuerzos y lograr espacios escolares saludables.

CIJ habilita al personal docente, pues tiene un papel fundamental en la prevención; dada su convivencia cotidiana con los estudiantes puede llevar a cabo la detección temprana de señales de alerta ante el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de otros riesgos asociados como violencia, bajo rendimiento escolar, ansiedad y depresión, entre otros. En este sentido, también está capacitado para la derivación oportuna.

En el marco del proyecto Orientación Preventiva Temprana, los docentes son capacitados en la detección de riesgos en el desarrollo integral y saludable de niñas y niños de tres a cinco años, y en la identificación del consumo de drogas por parte de los padres de familia. En edades escolares (primaria) se abordan señales de alerta del consumo de drogas en la escuela y las familias, y riesgos asociados como acoso escolar, ideación e intento suicida y bajo autocontrol de impulsos.

Los programas preventivos que cuentan con una estrategia de capacitación dirigida a personal docente son:



También se habilita a otras personas estratégicas de la comunidad escolar, como orientadores, directivos y personal estratégico de apoyo, quienes al concluir la capacitación se constituyen como promotores de salud para desarrollar, de manera autogestiva, acciones preventivas y de promoción de la salud.

En el contexto de la salud, se trabaja desde el primer nivel de atención con profesionales de disciplinas o especialidades médicas diversas para que en la consulta puedan detectar y derivar de manera oportuna casos de consumo de drogas y comorbilidad asociada. En este ámbito, CIJ oferta la siguiente capacitación:

- Detección temprana de casos de consumo de drogas y trastornos asociados, en la consulta médica.
- Canalización, referencia y contrarreferencia del consumo y trastornos físicos y psicológicos asociados.
- Consejería breve, en la consulta médica, sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Aportaciones de la intervención preventiva

- Principios de prevención en edades tempranas (6 y 7) estipulados por el NIDA et al. (2016). Conforme el niño crece, cada vez pasa más tiempo fuera de casa, por lo que las intervenciones se deben ampliar a diferentes contextos, en combinación con las familias.
- En la infancia media, los estándares en prevención recomiendan programas de crianza positiva, así como de habilidades personales y sociales (UNODC, 2013).

Puntos de buena práctica CIJ

- Habilitación de personas estratégicas de la comunidad para la detección temprana y la derivación oportuna de señales de alerta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en contextos diversos.
- Detección temprana y derivación oportuna de riesgos asociados con el consumo de drogas: violencia, depresión, ansiedad, estrés y comportamiento suicida, entre otros.
- Promotores de salud que realizan actividades preventivas en su entorno de influencia, en el marco del Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones”.

CIJ se ha sumado a la Red Nacional de Atención a las Adicciones de la Secretaría de Salud y otros organismos especializados en la materia. A manera de ejemplo, mencionaremos la Campaña “Escucha

primero” (UNODC, 2017), una iniciativa de la cual México forma parte, a fin de aumentar el apoyo a la prevención del uso de drogas basada en la ciencia y, de esta manera, coadyuvar en el bienestar de los niños y los jóvenes, sus familias y comunidades.

Los programas de CIJ dirigidos a la población infantil y adolescente incorporan la evidencia científica en su planeación, desarrollo y operación; asimismo, contemplan la visión de comunidades más armónicas, libres de drogas y violencia, factores que deterioran el potencial de las generaciones.

Se espera que el presente libro sea de utilidad para las personas tomadoras de decisiones, los padres de familia, los docentes y los profesionales de la salud, para que puedan continuar, de manera colegiada, cuidando el interés superior de las niñas, los niños y los jóvenes del país.

REFERENCIAS

- Amador, N., Guillén Ochoa, S., Sánchez Moreno, D., Domenech Rodríguez, M., & Baumann, A. (2012). *CAPAS-Mx: Criando con amor promoviendo armonía y superación en México*. [Manual para Terapeutas y Padres]. Ciudad de México: INPRFM.
- Aurrecoechea, V., Rodríguez, S., Córdova, A., & Fernández, M. (2016). Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2516-2526.
- Baker B., & Abbott-Feinfield, K. (2007) Early intervention and parent education. En A. Carr, C. Linehan, G. O'Reilly, P. Walsh, & J. McEvoy (Eds.). (2016). *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice*. Nueva York: Routledge.
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E. & Méndez, E. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS.
- Berlinski, S., & Schady, N. (2015). *Los primeros años. Development in the Americas Series*. New York: Palgrave MacMillan.
- Cámara de Diputados LXII Legislatura, Senado de la Republica LXI Legislatura, Comisión Nacional de Derechos Humanos, & Unicef. (s.f). *Infografía. Una Ley histórica para proteger los derechos de la niñez*. Recuperado de <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/ley-general-pdf/>
- Caraveo, J. (2006). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.
- Castro, F., Allen-Leigh, B., Katz, G., Carulla, L., & Lazcano, E. (2013). Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S267-S275. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a25.pdf>
- Castro, E., Llanes, J., Amador, N., Villatoro, J., & Medina-Mora E. (2015). La Prevención del consumo de drogas en México. En A. Pérez, J. Mejía, & E. Becoña, E. (Eds.). *De la prevención y otras historias. Historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en Amé-*

rica Latina y en Europa. California: California-Edit. Recuperado de <http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/DE%20LA%20PREVENCION%20Y%20OTRAS%20HISTORIAS%202015%20VERSION%20PDF%206NOV.pdf>

- Castro, M., Llanes, J., & Elizondo, A. (2002). *Percepción del riesgo psicosocial asociado al uso y abuso de drogas en 173 comunidades marginadas de 14 estados de la República Mexicana*. México: Conadic, Observatorio Mexicano de Alcohol, Tabaco y Drogas. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_5.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Guía para el uso de un lenguaje incluyente y no sexista en la CNDH*. Ciudad de México. México: Autor. Recuperado de <http://www.cdhezac.org.mx/TRANSPARENCIA/vinculos/GuiaLenguajeIncluyente.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (2013). *Estudio de Comunidad Objetivo*. México: CIJ, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/ebco2013/>
- Centros de Integración Juvenil. (2015). *Competencias prosociales y auto-control en adolescentes*. México: Autor.
- Corapci, F. (2008). The role of child temperament on head star preschooler's social competence in the context of cumulative risk. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 1-16.
- Cruz, A. (2017, 20 de abril). México, el 20% de los niños tiene algún tipo de deficiencia del desarrollo. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2017/04/20/sociedad/038n2socg>
- Denham, S., Bassett, H., Zinsser, K., & Wyatt, T. (2014). How preschoolers' social-emotional learning predicts their early school success: developing theory-promoting, competency-based assessments. *Infant and Child Development*, 23(4), 426-454.
- Diario Oficial de la Federación. (2009). *Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco*. (Última reforma 09-10-2012). México. Recuperado de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/134155/Reglamento_de_la_Ley_General_para_el_Control_del_Tabaco.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014
- Diario Oficial de la Federación. (2015). *Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. (Última reforma 02-12-

- 2015). Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5418303&fecha=02/12/2015
- Diario Oficial de la Federación. (2016). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (Última reforma 24-02-2017). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. (ENCODAT). Comunicado de Prensa. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas*. Colombia: Autor. Recuperado de <http://www.Unicef.org/colombia/pdf/ManualDPpdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Convención sobre los Derechos del Niño*. España: Unicef, Comité Español. Recuperado de <http://www.Unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
- Frick, P. J., & Marsee, M. A. (2006). Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. En C. J. Patrick (Ed.). *Handbook of psychopathy* (pp. 353-374). Nueva York: Guilford Press.
- Frick, P., & White, S. (2008). Research review: the importance of callous unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49, 359-375.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Griffin, K., & Botvin, J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505-526. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916744/pdf/nihms-189310.pdf>
- Guerra, N., & Bradshaw, C. (2008). Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: core competencies for positive youth development and risk prevention. *New directions for child and adolescent development* (122), 1-17.
- Gutiérrez, M., & Villatoro, J. (2011). Desarrollo de habilidades sociales en la escuela: experiencia de una estrategia de prevención. *Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 3(5), 34-40.

- Hernández, N. (2009). *Los derechos de la Infancia*. México: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG). Cámara de Diputados LX Legislatura. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/documentos/CEAMEG/3.%20derechos.pdf>
- Institute of Medicine and National Research Council. (2014). *The Cost of inaction for young children globally: workshop summary*. Washington, DC.: The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2017). *Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 de abril). Datos Nacionales*. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública, & Unicef México (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015. Informe Final*. Ciudad de México, México: Autor.
- Kingston, A., Morgan, A., Jorm, A., Hall, K., Hart, L., Kelly, C., ... (2011). Helping someone with problem drug use: a delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians. *BMC Psychiatry*, 11(3). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/3>
- Llanes, J., Castro, M., & Margain, M. (2001). *Protección de la comunidad ante adicciones y violencia: estrategias de intervención*. México: Editorial Pax.
- Loeber, R., Pardini, D., Homish, L., Wei, E. H., Farrington, D., Creemers, J., ... Koehler, S. (2005). The prediction of violence and homicide in young men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1074-1088.
- López, C. F. (2013). Inventario de prácticas de crianza. En S. Morales, & M. Martínez (Eds.). *Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva. Manual del Terapeuta* (pp. 14-19). México: CENADICSSA.
- Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky, F. (2007). *Evaluación Neuropsicológica Infantil-ENI*. México: Manual Moderno.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 4, 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., & Fleiz, C. (1999). *Estudio de niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años trabajadores en 100 ciudades*.

- Capítulo de uso indebido de sustancias. México: DIF Nacional, Unicef, PNUFID.
- Ministerio de Salud, El Salvador y Centroamérica. (2014). *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años*. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_aiepi.pdf
- Morales, S., & Vázquez, F. (2014). Prácticas de crianza asociadas a la reducción de los problemas de conducta infantil: una aportación a la salud pública. *Acta de investigación psicológica*, 4(3), 1700-1715.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Drug misuse prevention: targeted interventions*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64/resources/drug-misuse-prevention-targeted-interventions-pdf-1837573761733>
- National Institute of Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders* (2da. Ed.). Estados Unidos de América: Diane Publishing.
- National Institute of Drug Abuse. (2004). *Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños y en los adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Maryland: Autor.
- National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services. (2016). *Principles of substance abuse prevention for early childhood: a research-based guide*. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/early_childhood_prevention_march_2016.pdf
- National Institute of Health & National Institute of Drug Abuse. (2007). *Drugs, brains and behavior: the science of addiction*. Estados Unidos de América: Autor. Recuperado de: www.drugabuse.gov/es/en_espanol
- Office of Health Economics & the Mental Health Foundation. (2005). *Lifetime impacts: childhood and adolescent mental health: understanding the lifetime impacts*. London: Mental Health Foundation.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Centroamérica y el Caribe. (2017). “Escucha Primero” Campaña para la prevención del uso de drogas. Recuperado de <https://www.unodc.org/ropan/es/DrugDemandReduction/escucha-primero-campana-para-la-prevencion-del-uso-de-drogas.html>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas*. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe compendiado. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Un documento de debate*. Suiza: Autor. Recuperado de [http://www.Unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_\(low_res\).pdf](http://www.Unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf)
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1). Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/26575348_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_infantil_Una_aproximacion_conceptual
- Ramos, A., Wall, A., Villar, O. & Hernández, R. (2013). Design and validation of a self-administered test to assess bullying (bull-M) in high school Mexicans: a pilot study. *BMC Public Health*, 13, 334.
- Reynolds, C., & Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños*. México: Manual Moderno.
- Salvador, T., de Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaraz, A., Villar, A., Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la comunidad autónoma de la región de Murcia*. Recuperado de www.murciasalud.es/recursos/ficheros/218691-drogas.pdf
- Sattler, J. (2008). Entrevistas con niños, padres, maestros y familias. En *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas* (161-185). México: El Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE 2014. Reporte alcohol*. México: INPRFM.
- Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE 2014. Reporte drogas*. México: INPRFM.
- Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE 2014. Reporte tabaco*. México: INPRFM.

- Secretaría de Salud. (2017). *Cinco por ciento de la población infantil y adolescente presenta TDAH*. Dirección General de Comunicación Social. Comunicado de prensa núm. 035. Recuperado de <http://www.gob.mx/salud/prensa/035-cinco-por-ciento-de-la-poblacion-infantil-y-adolescente-presenta-tda?idiom=es>
- Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. (2017). *Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención. Segundo semestre del 2016*. México: CIJ, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/17-01c.xlsx>
- Shonkoff, J., & Karakowsky, Y. (2014). Neurobiología del desarrollo en la primera infancia. En Mexicanos Primero. (Eds.). *Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años. Estado de Educación en México 2014* (pp. 23-38). Recuperado de http://mexicanosprimero.org/images/stories/losinvisibles/Los-Invisibles_estado-de-la-educacion-en-mexico_2014.pdf
- Uchtenhagen, A., & Schaub, M. (2011). *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS. Final report*. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction, OMS.
- Unger, D., & Rich, A. (2014). Parenting as primary prevention. En T.P. Gullotta, & M. Bloom (Eds.). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Estados Unidos de América: Springer US. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-1-4614-5999-6%2F1.pdf>
- Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En S. Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, J. y M. E. Medina-Mora (Eds.). *Guías Clínicas para la atención de trastornos mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6). 473-483.
- Zúniga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., & Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118.



www.gob.mx/salud/cij

www.cij.org.mx

cij@cij.gob.mx

