

EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD 096 CDMX NORTE

LICENCIATURA EN PEDAGOGIA

Afectación del desarrollo motriz en niños de 0 a 3 años con madres que consumieron drogas antes y durante el embarazo

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Pedagogía:

Presenta:

Luis Fernando Luna García

Asesora:

Dra. Elia Isabel Gutiérrez Martínez

Ciudad de México a 18 de Septiembre del 2023



Afectación del desarrollo motriz en niños de 0 a 3 años con madres que consumieron drogas antes y durante el embarazo

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Pedagogía:

Presenta:

Luis Fernando Luna García

Asesora:

Dra. Elia Isabel Gutiérrez Martínez

Ciudad de México a 18 de Septiembre del 2023



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



Rectoría
Dirección de Unidades
Unidad UPN 096 CDMX Norte

Ciudad de México a 16 de enero de 2024.

Oficio **D-U096/00023/2024.**

ASUNTO: **DICTAMEN DEL TRABAJO PARA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA.**

C. LUIS FERNANDO LUNA GARCÍA.

ALUMNO DE LA LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA
DE LA UNIDAD UPN 096 CDMX NORTE
MATRICULA: 190960007.

PRESENTE

Estimado C. Luna García:

En mi calidad de presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, intitulado: **"AFECTACIÓN DEL DESARROLLO MOTRIZ EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS CON MADRES QUE CONSUMIERON DROGRAS ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO"**, opción **TESIS** a propuesta de su asesora la **DRA. ELIA ISABEL GUTIÉRREZ MARTÍNEZ** manifiesto a usted que reúne los requisitos académicos al respecto por la institución.

Lo anterior, se dictamina favorable su trabajo y se autoriza a presentar su examen profesional para obtener el Título de la Licenciatura en Pedagogía, el día **13 de febrero del presente a las 12:30 pm**, con el orden del Jurado que se presenta a continuación:

PRESIDENTA: DRA. OLGA ROCÍO DÍAZ CANCINO.
SECRETARIA: DRA. MARIANA HERNÁNDEZ OLMOS.
VOCAL: DRA. ELIA ISABEL GUTIÉRREZ MARTÍNEZ.

Deseándole el mayor de los éxitos, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"



S. E. P.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

DR. MIGUEL ÁNGEL OLIVO PÉREZ CDMX NORTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD UPN 096 CDMX NORTE

Calle 659 N°. 39 Col. San Juan de Aragón V Sección, C.P. 07979, Gustavo A. Madero, CDMX
Tel. (55) 56 30 97 00 Ext. 6002 www.upn.mx unidad096@g.upn.mx
<https://upn096.com/>



ÍNDICE

Introducción	4
Problematización	6
Preguntas de investigación:.....	10
a) Pregunta general:	10
b) Pregunta específica:	10
Objetivos:	10
Objetivo general:.....	10
a) Objetivos específicos:	10
Justificación:	11
Supuestos:	13
Capitulo I. Marco Teórico	15
1.1 ¿Qué es la drogadicción?	15
1.2 Tipos de drogas	19
1.3 Consumo de drogas durante la gestación	21
1.4 Madres consumidoras de drogas	25
2.1 Desarrollo Motriz.....	28
2.2 Tipos de desarrollo motriz	37
2.3 Cómo la pedagogía puede coadyuvar en el desarrollo motriz en los niños con algún tipo de afectación en su desarrollo sensorio y psicomotor	39
2.3.1 Intervención en la primera infancia	46
2.3.2 Niños con problemas de su aprendizaje.....	54
2.3.3 Afectación en los procesos de aprendizaje	55
2.3.4. Los aprendizajes	57
2.3.4.1 Desarrollo psicomotriz	59
3.1 Desarrollo infantil en la Primera Infancia	62
3.2 Principios del desarrollo	63
3.3 Desarrollo según Vygotsky	65
Capitulo II. Marco Contextual.....	67
2.1 Los Organismos Internacionales y la lucha contra la drogadicción en el mundo. ...	67
2.2 Drogadicción en América Latina.	71
2.3 La drogadicción en México	75

2.3.1 Centros de tratamiento residencial no gubernamentales.....	78
2.4 La drogadicción infantil.....	80
Capítulo III. Metodología de la investigación.....	84
3.1 Método de recolección.....	84
3.2 Técnicas de recolección.....	85
3.3 Sujetos participantes.....	86
3.4 Ruta crítica sobre la pedagogía y sus acciones acerca de la drogadicción.....	87
Capítulo IV. Resultados.....	89
4.1 Interpretación de los datos:.....	95
4.2 Historias clínicas vs pruebas de desarrollo motriz.....	106
4.3 Respuesta a las preguntas de investigación.....	109
4.4 Afirmación o negación de los supuestos:.....	113
Limitantes del estudio.....	115
Conclusiones.....	116
Referencias.....	120
Lista de tablas.....	123
Lista de gráficos:.....	123
ANEXO 1.....	125
ANEXO 2.....	128

Introducción

El presente trabajo aborda un tema de enorme relevancia para la sociedad y la educación. Se refiere a cómo se ven afectados los hijos de mujeres que estuvieron bajo el consumo de drogas durante el embarazo. La población a considerar será la de niños y niñas de cero a tres años de edad; siendo esta una de las etapas más relevantes para el desarrollo psicomotriz, físico y emocional durante la primera infancia. Aunado a esto, interesa saber cómo la Pedagogía puede contribuir a mejorar, revertir o apoyar a esta población.

A la par de este objetivo y de forma transversal, se presenta el tema de la drogadicción, el cual es un problema de índole social y de salud a nivel mundial; tanto la OMS como la ONU, han puesto en la mira la importancia de mejorar la calidad de vida de estas personas, pero no solo mejorarla, sino de erradicar el problema de raíz, en la cual se han involucrado muchas personas, tanto en el consumo como en la venta de diversas drogas manera ilegal. Aunado a los problemas subyacentes como son el consumo, venta y distribución de sustancias ilegales, que han dejado una guerra en todo el mundo, por disputar la zonas de venta, el narcotráfico, la violencia, la ilegalidad implícita en dichas actividades.

Dichos acontecimientos debilitan la estructura social de los países, pero sobre todo las afectaciones a quienes consumen y mueren por involucrarse en ello. El consumo por parte de hombres y mujeres se ha demostrado en un porcentaje en el que ambos sexos son expuestos a la adicción, hace algunos años se pensaba que el consumo estaba más presente en el sexo masculino; pero hoy en día esa idea ha sido rebasada por la realidad. Con el paso del tiempo el consumo de drogas está perjudicando tanto a hombres como mujeres. En América Latina las condiciones sociales, económicas y políticas han puesto en jaque un sistema donde el acceso a las drogas es mayormente común de lo que se piensa.

Este fácil acceso a las drogas expone también a las mujeres a su consumo, mismas que al no tener información adecuada, podrían generar o estar en riesgo de

adicción. Por ello es importante conocer más de cerca el tema: en lo concreto de esta investigación saber quiénes son estas mujeres, que por diversas circunstancias ingirieron drogas durante su embarazo, sobre todo nos interesa centrarnos en sus hijos: saber de qué manera y cómo, el consumo de estupefacientes por parte de la madre afectó a los menores, principalmente en su desarrollo motriz y como puede repercutir en el niño o la niña.

La afectación de las drogas en neonatos expuestos, son abordadas en 2 campos mayoritariamente lo que la pediatría y la psicología, estos campos apoyan y ayudan a formar individuos que se sobrepongan al problema, el objetivo de esta investigación es dar a conocer cómo la pedagogía puede retomar, apoyar, pero sobre todo aportar elementos necesarios a los NN que han sido afectados. En este sentido, la pedagogía será una herramienta amplia que genere o disminuya la afectación del desarrollo motriz, reforzando la psicomotricidad, el lenguaje y la percepción de los reflejos.

De acuerdo a esto, la investigación es importante porque estamos comenzando a ver el mismo problema sobre nuestro campo, la educación ha ido cambiando durante las últimas décadas y no basta solo con ser un buen profesor o tener un buen alumno, ahora nos toca ver la educación desde la familia, la sociedad, los ámbitos culturales y desde los problemas físicos, psicológicos y mentales.

Por lo tanto, interesa indagar si hubo algún tipo o nivel de afectación en el desarrollo motriz de los niños y cómo puede la pedagogía aminorar o mejorar a los niños que estuvieron expuestos a drogas durante su gestación. Quizá los resultados de este trabajo puedan apoyar a profesores, personal a cargo de niños en edad temprana o para aquel interesado en el tema.

Problematización

El abuso de sustancias ilegales es un tema muy relevante y más común de lo que se quisiera, las drogas han existido como medio y fin de diversión de jóvenes y adultos. Buscando poder generar una conciencia del tema, diferentes países se han dado a la tarea de informar y prevenir el consumo a toda la población, sin importar sexo, identidad, edad o estatus social. Al respecto, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), ha implementado el Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo (CENADIC, 2014), y el Taller para Familiares y otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas (CENADIC, 2014). Estos programas y talleres se han enfocado en la población consumidora, mas no así en los hijos de padres y madres consumidores o bien en menores de edad con este problema; incluso podría pensarse que “el consumo es de quien lo ingiere.” Al respecto, ¿Qué sucede con los infantes que, si bien no son consumidores directos, pero sí sus padres? ¿Porque no se ha enfocado la mirada del problema del consumo de drogas ilegales en el caso de una población vulnerable, y cómo esta se ve también afectada?

El programa Prevención de las Conductas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva, propuesto en el 2013, por el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), expone:

“En general, las conductas disruptivas se mantienen estables a través del tiempo, desde la edad preescolar hasta la adolescencia, esto propicia la aparición de otro tipo de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y otras drogas, habilidades de solución de problemas deficientes, dificultades académicas, violación de reglas, actos delictivos y trastornos de tipo psiquiátrico”. (CENADIC, 2013, p.7)

En este programa que llamaremos “crianza positiva” expone el problema desde una perspectiva de prevención, la que puede prevenirse o ser expuesto el infante, por la

forma y estilo de familia en el que es criado. Incluso hace referencia a las posibles consecuencias de no tener un adecuado estilo de prevención de 2 a 7 años que es donde este programa coloca su parámetro, a partir de esto ver el posible impacto del programa en los niños de 0 a 3 años.

El consumo de drogas durante el embarazo es un problema que afecta a los sectores de salud, seguridad y educación; en los últimos años en México, la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), se ha dedicado a difundir información sobre este problema, así como en programas, gestión en centros y acciones, que puedan contrarrestar el consumo de drogas en niños, adolescentes y adultos. El consumo de sustancias adictivas puede afectar directamente al niño cuando la madre ha consumido drogas durante el embarazo, toda vez que atañe directamente a su desarrollo cognitivo.

En este sentido, en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), se propone un paquete de acciones que abarcan etapas de los niños de 6 años hasta los 65 años. El objetivo del programa es promover ambientes preventivos que favorezcan el desarrollo saludable de niños, niñas y jóvenes, y les permita adquirir competencias para afrontar o reducir riesgos psicosociales y daños asociados al consumo de drogas.

- Es un programa integral que interviene con las personas, las familias y las comunidades.
- Las intervenciones son acordes al nivel de riesgo y a las características, recursos y necesidades de la población.
- Fortalece la participación ciudadana, la solidaridad y el compromiso de la comunidad en la promoción de la salud y del bienestar social a través de la vinculación intersectorial e interinstitucional y la consolidación de redes comunitarias que fortalecen prácticas participativas y la inclusión en un modelo solidario.

El Programa de CIJ cuenta con estrategias acordes a la edad y etapa de desarrollo de las personas para prevenir riesgos y daños específicos, enfatizando

la relevancia de la prevención desde edades tempranas y con usuarios de drogas. (CIJ, 2019)

1.- Etapa prenatal el objetivo es proteger a las mujeres embarazadas o con planes de embarazo y a sus bebés, de los riesgos y daños asociados al uso de tabaco, alcohol y otras drogas durante el periodo de gestación, embarazo, nacimiento y lactancia.

2.- Niñas y niños el objetivo es favorecer el desarrollo de hábitos saludables, valores y estrategias de autocuidado.

3.-Adolescentes y jóvenes el objetivo es fortalecer habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales para hacer frente a situaciones de riesgo ante el uso de drogas y reducir los riesgos y daños del consumo desde una perspectiva de derechos humanos.

El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo. “La ingesta de sustancias por parte de la madre es crucial en la gestación y el desencadenante de muchos problemas en el desarrollo el niño”. Así lo explican González y Martínez (1999 p.4)

También se ha asociado con trastornos neurológicos y neuro comportamentales en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100 % prevenible (Páscale, 2015). En la primera infancia, deben existir acciones concretas que mejoren los procesos del desarrollo del niño que creció en su gestación con este problema y que prevengan el consumo de sustancias durante el embarazo.

Cuando la prevención se implementa a través de programas como el CONADIC, que se enfoca en consumidores en activo, esta puede resultar benéfica para las personas a las que va dirigida, pero ¿qué sucede si se consumieron drogas durante el embarazo, esto porque obtuvieron la información posteriormente? Justamente aquí existe una población vulnerable, donde las acciones de prevención

no fueron tomadas para evitar el consumo de drogas en estos sectores de la población. Durante la primera infancia, los bebés, comienzan etapas de desarrollo de suma importancia que garantizan al individuo del futuro, acciones como la memoria, aprendizaje, retención, distinción, lenguaje, proximidad, entre otros, que mejoraran su desarrollo. El consumo de sustancias no permitirán que dichos procesos se presenten de manera adecuada, es por ello que, la acción e implementación de estrategias pedagógicas oportunas, pueden apoyar al niños, en el sentido de que no tengan un estrago mayor al que posiblemente tienen por el historial de la madre con dependencia a algún tipo de droga, la cual ha afectado tanto biológica como físicamente a su hijo.

Castañeda y Palacios (2017), indican que, los primeros años de vida son cruciales en la configuración del cerebro, redes neuronales ya que aquí se van a asentar todos los aprendizajes futuros. Algunas estrategias didácticas enfocadas en la motricidad, el lenguaje y la cognición, permitirán que este estrago no se vea afectado de manera significativa a la par de otras disciplinas como la medicina, la psicología, la neurociencia y otras ramas permitirán que los niños con alguna afectación mejoren o incluso podría revertir algunas consecuencias causadas a su desarrollo. Respecto a la pedagogía, esta puede contribuir con la implementación de estrategias para apoyar en la solución o disminución del problema, específicamente en niños y niñas de 0 a 3 años, previo a que el niño ingrese a preescolar, pues una intervención temprana resulta más eficaz cuando este problema se trata al comienzo del desarrollo del infante. Las acciones preventivas de este problema podrían reducir algunos de los problemas educativos actuales en México, tal y como lo exponen estos autores, el desarrollo del niño requiere de formación y reforzamiento de la motricidad, la audición, el lenguaje que puedan fomentar el apoyo escolar en el infante mediante el apoyo de la pedagogía.

La pedagogía es una herramienta que fomenta y promueve estrategias para solventar alguno de estos problemas que presenten los niños expuestos al consumo indirecto de drogas. Por ejemplo, al desarrollar la motricidad gruesa de manera adecuada, permite que el niño se desenvuelva en acciones concretas como saltar,

moverse, correr, caminar y adaptarse a su medio. La importancia de este proceso adecuara a la niñez al pleno en virtud de su desarrollo. A través de la investigación conoceremos los procesos adecuados que el niño y/o niña (en lo sucesivo NN) deben obtener y aprender para una mejor calidad de vida.

Preguntas de investigación:

a) Pregunta general:

¿Cómo se ve afectado el desarrollo motriz del neonato por el consumo de drogas de la madre durante el embarazo?

b) Pregunta específica:

¿Qué estrategias pedagógicas pueden ayudar a apoyar el desarrollo motriz durante la primera infancia en niños y niñas que se han visto expuestos al consumo de drogas de la madre durante la gestación?

Objetivos:

Objetivo general:

Analizar la afectación del desarrollo motriz del neonato expuesto al consumo de drogas durante el embarazo.

a) Objetivos específicos:

- Conocer la contribución de la pedagogía, para revertir el problema del desarrollo motriz en niños de 0 a 3 años.
- Indagar las estrategias pedagógicas que puedan ayudar al desarrollo motriz de niños expuestos al consumo de drogas de la madre durante la gestación.

Justificación:

La drogadicción es uno de los temas relevantes que en la sociedad ha tenido importancia sobre su impacto, su relación con la violencia, la delincuencia y el narcotráfico de sustancias. En el mundo este problema ha afectado a miles de familias, pues se convirtió en un negocio ilegal que muchos países han querido erradicar. Los niños, jóvenes y adultos son blancos al consumo de diversas sustancias estupefacientes, volviéndose una adicción en los que las consumen; lo cual proyecta un problema social de enorme relevancia porque afecta a las poblaciones.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que en el mundo existían 205 millones de personas que consumían drogas, de las cuales 25 millones habían generado una dependencia a su consumo. Este dato es preocupante, pues rápidamente se estimó que dentro de estos datos los niños y adolescentes son los principales actores de la dependencia, por factores de riesgo como la ausencia de padres, embarazos no deseados, la pobreza, delincuencia. (OMS, 2017).

Al respecto, en México, desde 1974 se realizaron encuestas sobre el consumo de drogas en la población; según el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), quien fuera el responsable de implementarlas indicó que la mayoría de

consumidores estaban en el sector estudiantil. Por su parte, la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1976, realizó una segunda encuesta que contribuyó al fomento de programas de prevención sobre el consumo de drogas y se crearon programas de intervención en los niveles de educación media superior y superior. Desde entonces México, en un conjunto intersectorial de las políticas públicas, crea la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en 1986 por decreto presidencial y en fechas más recientes se diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) creada en el 2019, como parte de la campaña “juntos por la paz”, cuyo objetivo es prevenir y proteger a la población sobre el consumo de drogas, la delincuencia y la lucha contra el narcotráfico. ¹

El consumo de drogas, dentro del ámbito escolar se ha desarrollado de tal forma que niños y adolescentes son presas fáciles por la facilidad con la que se pueden adquirir y volver al consumidor un adicto. La prevención en estos casos ha sido preocupación para la SEP, programas como el de “mochila segura,” ² se demostró un interés sobre el tema. Sin embargo, no hay un programa que de modo exclusivo se enfoque al consumo de drogas al interior de las escuelas. Diferentes investigadores han aplicado en diversas escuelas de la Ciudad de México en zonas de alto riesgo las acciones de prevención a través de los programas “Dejando Huellitas en tu vida” y CAPAS-Mx, “Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México”. Los dos programas se focalizan en la prevención de conductas de riesgo a través del trabajo con cuidadores en intervenciones para el desarrollo de habilidades de crianza positiva y con los alumnos y docentes en el aula, apoyados en material didáctico, basado en habilidades sociales y emocionales donde se fomenta la reflexión. (ENPA, 2019 p.24)

Es importante mencionar que los programas preventivos no son suficientes, toda vez que existen casos donde la prevención ha sido rebasada, pues existen niños y adolescentes que ya son consumidores y requieren una atención

¹ Estrategia Nacional para la Prevención de adicciones URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD_Y_BIENESTAR_3.pdf

² El Operativo Mochila Segura fue una medida impuesta por las autoridades educativas en 2001 para la revisión de mochilas de estudiantes de escuelas tanto públicas como privadas de educación básica, con el objetivo de evitar que los alumnos introdujeran objetos prohibidos, armas, drogas, entre otros. (SEP, 2017)

especializada y focalizada. Los centros de Integración Juvenil (CIJ) han implementado, estrategias en conjunto, que van de la prevención a la atención inmediata. Han implementado etapas de atención como lo son: Etapa prenatal, Niños y niñas (6 a 12 años), Adolescentes y Jóvenes (12 a 17 años), Adultos (18 a 65 años). Por ejemplo, en mujeres que en etapa de gestación también consumen diversos tipos de drogas como son alcohol, canna-binoides, cocaína, cafeína y disolventes volátiles. Esto evidentemente es un factor social de riesgo, pues los padres pueden consumir drogas y afectar directamente el desarrollo del infante, el cual no se genera de manera adecuada, pues el uso de drogas evita que la sinapsis,³ se vea afectada. Dicha inteligencia disminuye cuando la madre durante la etapa de gestación consume drogas y estas a su vez afectan directamente el desarrollo y aprendizaje del niño. Los programas de la Estrategia para la Prevención de Adicciones (2019), como los estilos de crianza, talleres para padres, previsión de la recaída, se han dedicado a la prevención del consumo, pero ¿qué sucede con aquellos niños que se ven afectados por el consumo de la madre durante la etapa de gestación? Es por ello que esta investigación está sujeta al apoyo pedagógico que se le puede brindar al niño de los 0 a los 3 años, como medio de intervención temprana para reducir el impacto de la drogadicción en niños, que tuvieron madres consumidoras de drogas. El trabajo se enfoca en el apoyo pedagógico, pues tal y como señalan algunos autores, “los niños con antecedente de exposición prenatal a sustancias psicoactivas tienen dificultades en: lenguaje expresivo, falta de repetición de sílabas, letras o sonidos y ausencia de denominación de objetos” (Quino y Barreto, 2015); así como muchos otros problemas en el desarrollo físico, cognitivo o psicológico.

Supuestos:

- 1.- La drogadicción durante la etapa del embarazo, reduce los procesos cognitivos y motrices que el infante necesita para generar

³ Las sinapsis son las estructuras que se encuentran entre las neuronas para comunicarse funcionalmente. Las sinapsis son responsables de que aprendamos y memoricemos. (INA, 2022).

procesos neuronales básicos e indispensables. Dicho desarrollo se puede observar durante la etapa escolar en la diferencia de los aprendizajes marcados por el crecimiento adecuado durante la primera infancia, así como una buena implementación en su desarrollo posterior.

- 2.- La drogadicción, provoca que los infantes nazcan y crezcan durante sus primeros años con una desventaja sobre la población en general, la pedagogía puede apoyar y proponer estrategias didácticas que solventen en cierto punto esta desventaja y generen un desenvolvimiento adecuado a futuro.

Capítulo I. Marco Teórico

En este capítulo, se analizarán los conceptos claros que ayudaran a entender la parte teórica de la investigación con el fin de dar un claro panorama del problema.

1.1 ¿Qué es la drogadicción?

Según la Organización mundial de la salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (OMS, 2017).

Según esta definición, son drogas la marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, heroína, tabaco, alcohol y algunos fármacos.

El concepto de droga hace referencia a que la modificación puede ser perjudicial o beneficios en el caso de que se use de forma medicinal, esto depende del tiempo de administración y de la dosis y de las características de la persona que la consume.

Para que una droga sea considerada como tal ha de cumplir las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo)
- Inducen a las personas que las toman a repetir sus autoadministración por el placer que generan
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica)

- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, puede utilizarse con fines no terapéuticos

Su uso regular puede generar procesos conocidos como:

- Tolerancia: a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos. Se habla de tolerancia cruzada cuando una persona tolera drogas de la misma especie o de otro tipo.
- Dependencia: tras un uso habitual más o menos prolongado, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate
 - Para no experimentar síntomas de abstinencia (dependencia física)
 - Para afrontar su vida cotidiana (dependencia psicológica)
- Síndrome de abstinencia: conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia (alcohol o bebidas con etanol, tabaco u otras drogas) deja de consumirla. Aunque los síntomas varían en forma e intensidad de acuerdo con el producto empleado y el tiempo que lleva desarrollándose la dependencia, en todos los casos se deben a que se ha alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso. Aunque no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia temida por los drogodependientes, sobre todo los heroinómanos.
- Sobredosis: cantidad excesiva de una medicina o de una droga (o de varias combinadas) que suele causar intoxicación o incluso la muerte. Los riesgos de sobredosis aparecen sobre todo después de un paro prolongado del consumo, cuando el organismo ha perdido la tolerancia a la dosis habitual.

Su abuso puede provocar distintos tipos de trastornos:

- Físicos: cuando dañan el organismo de la persona consumidora
- Psicológicos: cuando inciden negativamente sobre la relación de la persona consigo misma o con su entorno afectivo

- Sociales: cuando impactan sobre la comunidad

(OMS, 2017)

Se entiende por uso aquella modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no son probables consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o sobre su entorno.

Esta es la situación más habitual entre los adolescentes y los jóvenes que experimentan con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. En la mayoría de las ocasiones su consumo no llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo de mayor riesgo. Se trata de consumos ocasionales y moderados, como los realizados por una gran mayoría de consumidores de alcohol. Evidentemente, consumos esporádicos pueden ocasionar reacciones de intoxicación aguda grave, aunque no sea lo más frecuente. (OMS, 2017).

En el caso de mujeres embarazadas, el consumo aunque no esté presente en la gestación, puede tener un impacto debido a que los consumos esporádicos u ocasionales piensan que no hay una afectación. La cultura en México demuestra que entre menos consumas o lo hagas de vez en cuando no afecta. Esta idea precisamente debe preocupar a la población y a los expertos sobre el uso frecuente o no frecuente de dichas sustancias, puesto que de la misma manera hay un antecedente de afectación. Algunas ideas sociales marcan unas drogas menos dañinas que otras pero eso no significa que no deje de tener una patología de consumo y adicción.

Los datos de consumo juvenil de drogas legales (tabaco y alcohol) y cannabis (hachís y marihuana), indican que prácticamente la mitad de los jóvenes se ha iniciado en el consumo de estas sustancias, una proporción superior a la de generaciones anteriores. En el caso del alcohol, la proporción de consumidores habituales destaca respecto al resto de sustancias. El consumo está ampliamente extendido entre la población, sobre todo en Europa, con niveles de consumo

superiores al cincuenta por ciento de los jóvenes con una edad superior a los 15 años. (OMS, 2017). En el caso del tabaco, el inicio en el consumo, variable entre regiones y países, puede llegar a afectar a dos de cada cinco jóvenes, convirtiéndose en una pauta habitual en, aproximadamente, uno de cada tres.

Más de las tres cuartas partes de los iniciados en el consumo de alcohol devienen en consumidores habituales, y dos tercios de los iniciados en el consumo de tabaco, en fumadores habituales. En el caso del cannabis, alrededor de la mitad de quienes se inician en su consumo terminan siendo consumidores habituales de hachís y marihuana. (OMS, 2017).

Esta forma de consumo no se refiere únicamente a la cantidad consumida de una sola vez, ni a la repetición de un consumo moderado y controlado de ciertas sustancias. Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud y con las consecuencias sociales del consumo. Se trata de un concepto ambiguo, porque se relaciona estrechamente con las costumbres propias de cada cultura. Lo que una sociedad considera normativo en un momento de su historia puede parecer abusivo para otra o para la misma en un momento diferente.

Hablamos de abuso cuándo se dan las siguientes circunstancias:

- La utilización de una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos (al provocar una pérdida de concentración en la conducción...)
- Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia, relacionadas con el consumo de una sustancia (actos violentos o accidentes bajo los efectos de las drogas...)
- La agravación de problemas personales o sociales causados o intensificados por los efectos de una sustancia sobre la conducta (deterioro de las relaciones familiares, problemas económicos...)
- Dificultades y/o incapacidad para cumplir las obligaciones en la vida profesional, la escuela, la familia (ausencias repetidas, déficit de rendimiento

en el trabajo, malos resultados, absentismo escolar, exclusión, abandono de responsabilidades...)

- Incapacidad para prescindir de las drogas durante varios días
- Peligrosidad para la salud y el equilibrio de los demás (los riesgos que puede provocar una mujer embarazada sobre el desarrollo del feto)

(OMS, 2017)

Estos problemas que causan el consumo, demarca la incapacidad del ser humano para poder ver el problema grave, los factores son múltiples pero en el caso de la mujer embarazada, nos interesa ver como las mujeres son expuestas a estas drogas por familiares, patrones, sociedad, amigos o incluso la propia pareja. No solo las mujeres son importantes también el padre del bebé es quien debe recapacitar sobre el uso de drogas y que también mantiene una posición de suma importancia para estas afectaciones.

1.2 Tipos de drogas

Se habla de dependencia en aquellos casos en los que, tras un período de consumo variable en función de la sustancia, se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad. La vida cotidiana gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia; es entonces cuando puede decirse que una persona es drogodependiente.

Existen dos tipos de dependencia, asociadas o no, que se caracterizan por síntomas generales:

- La imposibilidad de resistirse a la necesidad de consumir
- El crecimiento de una tensión interna, de una ansiedad ante el consumo habitual

- El alivio experimentado cuando se produce el consumo
- El sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo

(OPS, 2021)

La dependencia a alguna sustancia implica que la persona que consume no pueda dejar estas sustancias aun en situaciones fuertes y de salud, las mujeres que presentan estos síntomas de dependencia mostraran un consumo durante el embarazo afectando al neonato, por lo cual es importante ver que este factor social, afecta a los niños con madres dependientes y consumidoras, en este contexto se coloca la dependencia, como un tema que ilustra la problemática de la investigación.

La dependencia psíquica

La privación de una droga de la que se es dependiente provoca una sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a la depresión. Una vez que cesa el consumo, el individuo puede tardar en adaptarse a una nueva vida sin la sustancia. Esta interrupción altera sus costumbres, deja un vacío y permite la reaparición del malestar que el consumo intentaba suprimir. Esto explica en gran medida las recaídas, que forman parte del lento proceso que permite consolidar una vida sin relación problemática con las drogas.

La dependencia física

Algunas drogas provocan dependencia física: el organismo reclama la sustancia mediante la aparición de síntomas físicos que traducen un estado de carencia.

La privación de algunas drogas tales como los opiáceos, el tabaco, el alcohol y ciertos psicofármacos, genera un malestar físico que varía según la sustancia de que se trate: dolores con los opiáceos, temblores con el alcohol, convulsiones con los barbitúricos y las benzodiacepinas. Estos síntomas pueden ir acompañados de alteraciones psicológicas (ansiedad, angustia...). (OMS, 2017).

1.3 Consumo de drogas durante la gestación

Las repercusiones en el niño del consumo materno de drogas durante embarazo, incluyendo entre las mismas el alcohol y el tabaco son muy variadas y pueden estar presentes al nacimiento o con posterioridad al mismo. En cualquier caso, debe resaltarse inicialmente que uno de los aspectos que dificultan el estudio de las repercusiones de las drogas sobre el embarazo, el parto o posteriormente sobre el niño, es el consumo por parte de la madre de varias drogas simultáneamente, o la coexistencia de factores, como malnutrición, infecciones maternas o deficiente control de la gestación, entre otros, lo cual hace difícil a veces relacionar una determinada patología con una sustancia concreta. Igualmente resulta complejo en los problemas surgidos durante el desarrollo, delimitar lo que puede atribuirse a las drogas y lo que puede atribuirse a las circunstancias ambientales adversas en las que el desarrollo de estos niños tiene lugar en muchas ocasiones.

Teniendo en cuenta esta consideración previa trataremos los siguientes apartados:

- 1 - Repercusiones de las drogas sobre el embarazo y el parto.
- 2 - Repercusiones durante los períodos de recién nacido y lactante y en los años posteriores.

Mismos que figuran las afectaciones desde el embarazo y repercute a dar un vistazo al problema que podría aumentar o incrementar durante los años, por supuesto este panorama solo arroja la visibilidad, no los datos precisos que se deben considerar en otro apartado.

Repercusiones de las drogas durante el embarazo y el parto

a) Control de la gestación. Generalmente, es deficiente o nulo y en consecuencia con elevada incidencia de complicaciones obstétricas, debido por una parte, al estilo de vida y marginación social propios de la drogadicta y por otra, al miedo a los posibles efectos punitivos por su hábito de consumo. Una excepción son las heroinómanas incluidas en programas de metadona, las cuales realizan los controles prenatales con más regularidad.

b) Abortos y muertes fetales. Están presentes, fundamentalmente, en las consumidoras de tabaco, alcohol, heroína y cocaína. En estas últimas las muertes fetales se relacionan con la abrupcio placentae (cocaína) o con el síndrome de abstinencia materno (heroína).

c) Patología placentaria. Se asocia al consumo de alcohol (desprendimiento prematuro) tabaco (placenta previa, necrosis placentaria u otros cambios morfológicos) y estimulantes del tipo de la cocaína y anfetaminas. En estas últimas el desprendimiento prematuro se asocia a sus efectos vasoconstrictores e hipertensores y contribuye a la incidencia aumentada en estos casos de muertes fetales antes del parto.

d) Sufrimiento fetal. Se aprecia en cualquiera de los casos anteriores que conducen a desprendimiento prematuro o insuficiencia placentaria. Asimismo, se observan alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal en la intoxicación aguda por cocaína y opiáceos e incluso asfixia perinatal grave en síndromes de abstinencia maternos a heroína.

e) Partos patológicos. Se refiere mayor incidencia de partos instrumentales y por cesárea, partos domiciliarios, rotura prolongada de membranas por cervicovaginitis, y líquido amniótico meconial ligado al sufrimiento fetal.

Sin embargo, la consecuencia más importante con respecto al parto, es la presentación prematura del mismo, hecho muy relacionado con la falta de control de la gestación. Así se refiere en las consumidoras de más de cinco cigarrillos semanales de marihuana (hachís) en las fumadoras de tabaco relacionado con la dosis o en el síndrome alcohólico fetal. En el caso de los narcóticos, el parto prematuro se relaciona, además, con el síndrome de abstinencia materno y en el caso de la cocaína y anfetaminas con el incremento de la irritabilidad uterina por sus efectos vasoconstrictores o por acción directa de las drogas sobre el miometrio. (CONACID, 2019).

Repercusiones de la drogadicción materna en los períodos de recién nacido, lactante y en los años posteriores

a) Repercusiones somato métricas. Hacen referencia, fundamentalmente, al bajo peso adecuado o no a la edad gestacional, el retraso de crecimiento intrauterino y la disminución del perímetro craneal. Al margen de la influencia de otros factores asociados, los mecanismos por los cuales las drogas pueden interferir el desarrollo somático del recién nacido son los siguientes: Interferencia en el transporte placentario de nutrientes, hipoxemia crónica o hipofunción del eje hipotálamo-hipofisario materno con disminución de la hormona de crecimiento.

Las drogas más implicadas en el retraso de crecimiento intrauterino son los narcóticos, estimulantes, alcohol y tabaco. En los recién nacidos de madre heroinómana el retraso de peso y longitud puede mantenerse hasta el año de edad, pero el perímetro craneal puede persistir descendido con posterioridad, hecho que con frecuencia guarda relación con dificultades en el desarrollo psicomotor.

Algo similar ocurre con los hijos de cocainómanas o consumidoras de anfetaminas y en el síndrome alcohólico fetal. En este último se recoge que, cuando el consumo de alcohol se mantiene durante todo el embarazo el retraso de peso, talla y perímetro craneal puede persistir aun en los años escolares. Particularmente negativa sobre el crecimiento fetal es la influencia del tabaco que afecta, sobre todo

al peso siendo factores a tener en cuenta no sólo la cantidad de cigarrillos consumidos, sino su contenido en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono.

c) Malformaciones congénitas. La teratogenicidad de las drogas durante la gestación constituye en la actualidad una preocupación importante, asociándose, sobre todo al consumo de cocaína y alcohol y con menor frecuencia a otras sustancias. Con la marihuana, opiáceos y anfetaminas aunque se han descrito malformaciones menores aisladas, los datos no son concluyentes.

En cambio la cocaína parece por sí sola ser capaz de producir malformaciones diversas, la mayoría de naturaleza disruptiva secundarias a la disminución de vascularización en la placenta, útero y feto. Por este motivo pueden originarse en cualquier momento del embarazo y no sólo en el primer trimestre y alterar o destruir estructuras previamente formadas. (CONACID, 2019).

Tabla 1: Porcentaje del consumo de drogas, por género y por años.

Consumo cualquier droga alguna vez en la vida por rangos de edad, 2016 12 a 17 años (%)	18 a 34 años (%)	35 a 65 años (%)	12 a 65 años (% Total)	
Hombres	6.6*	22.8*	13.8	16.2*
Mujeres	6.1*	7.6*	1.8	4.8*
Total	6.4*	15.0*	7.5	10.3*

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

Esta tabla arroja los datos del consumo de drogas en hombres y mujeres, si bien no es una cifra que muestre el panorama amplio, por lo menos da los indicios de que las mujeres al igual que los hombres están inmersos en una situación de consumo de drogas. Esta información es importante ya que en la investigación interesa visualizar el consumo de sustancias enervantes en mujeres en etapa de gestación y cómo dicha práctica pudo haber afectado al bebé.

1.4 Madres consumidoras de drogas

Las alteraciones neuroconductuales. Son frecuentes en la mayor parte de las drogas consumidas en el embarazo. En el caso de la marihuana (hachís) no parece probada su relación con las mismas. Con la cocaína y anfetaminas en cambio, parece indudable su existencia relacionada con el efecto directo de las drogas sobre el SNC y secundarias a las alteraciones isquémicas y hemorragias cerebrales que producen.

Clínicamente los recién nacidos presentan síntomas parecidos a los del síndrome de abstinencia a opiáceos o alcohol. En edades posteriores aparecen alteraciones en la orientación visual y auditiva, alteraciones de lenguaje y de la conducta, peores habilidades motoras e incluso convulsiones en los primeros meses, y cociente intelectual descendido, sobre todo en casos de disminución del perímetro craneal. Con los opiáceos al margen del síndrome de abstinencia, se han descrito efectos de éstos sobre el SNC que se traducen posteriormente en alteraciones de la conducta, convulsiones, alteraciones del ritmo de sueño y del desarrollo psicomotor que pueden mantenerse hasta los años escolares. También son muy evidentes las alteraciones neuroconductuales en la exposición al alcohol después de superarse el síndrome de abstinencia. (González, 1999).

En general, son parecidas a las descritas para las otras drogas, admitiéndose en la actualidad que el alcohol es probablemente la causa más frecuente de deficiencia mental de origen desconocido en los países desarrollados. Respecto al tabaco las alteraciones neuroconductuales son quizá más leves que las del crecimiento, pero en muchos casos su importancia es mayor. A veces en el recién nacido se observan síntomas que sugieren un leve síndrome de abstinencia. Sin embargo, tiene mayor interés la observación hasta los 5-6 años de alteraciones del

lenguaje, atención, auditivas, de expresión o cognoscitivas y de gran trascendencia es la posibilidad en algunos casos de que el tabaco durante la gestación sea por sí solo causante posteriormente de retraso mental en el niño, bien sea por efecto tóxico directo, por alteraciones de la nutrición materna, por aumentar las complicaciones durante el embarazo o por producción de hipoxia fetal.

En todo caso es difícil separar muchas veces en los niños expuestos a drogas durante el embarazo, el papel que juegan en las alteraciones conductuales, las drogas y las circunstancias ambientales adversas en las que se desarrollan:

1.- Alteraciones inmunitarias. De forma esporádica se han demostrado anomalías en los linfocitos T y otros parámetros de la inmunidad que se mantienen durante el primer año y que pudieran explicar la mayor susceptibilidad de estos niños a infecciones víricas, como la infección por VIH.

2.- Infecciones. Los hijos de drogadictas presentan riesgo elevado de contraer, sobre todo por transmisión vertical, determinadas infecciones que son frecuentes en estas mujeres, en parte por el efecto inmunosupresor que las propias drogas ejercen sobre el sistema inmunitario del niño. De ellas las más comunes son la infección por VIH ya citada, la hepatitis B y C y la lúes. Con menor frecuencia se presentan otras, tales como citomegalia, toxoplasmosis o infección herpética.

3.- Síndrome de muerte súbita del lactante. Se señala que su frecuencia en estos niños es varias veces superior a la del hijo de madre no drogadicta, sobre todo en los expuestos a opiáceos, cocaína, alcohol y tabaco. Como mecanismos implicados se han referido alteraciones del patrón respiratorio durante el sueño, arritmias cardíacas o alteraciones madurativas del centro respiratorio.

4.- Otros problemas médicos y sociales. En este sentido son de interés los debidos al ambiente en el que estos niños se desarrollan, el cual a veces puede ejercer un efecto más perjudicial que la propia droga consumida por la madre. Efectos ambientales adversos que van a afectar también a hijos de drogadictos aunque no procedan de embarazos en los que el consumo de drogas se produjo. Las situaciones patológicas más frecuentes en estos casos son el abuso y

negligencia hacia los niños, las anomalías del comportamiento materno, la poca capacidad receptiva de los padres y el desarrollo de un ambiente donde con frecuencia aparece violencia y que se traduce muchas veces en malos tratos físicos y abusos sexuales. (González, 1999)

- Tipo de afectación según el tipo de droga

Afectación de fumar durante el embarazo

El consumo de tabaco eleva el riesgo de que el feto experimente retraso en el desarrollo, además de que la madre tenga parto prematuro, abortos espontáneos, niños de bajo peso, muerte fetal (desde las 20 semanas de gestación hasta el momento del parto), muerte neonatal (desde el nacimiento hasta los primeros 28 días), así como muerte súbita.

Cuando las madres fuman durante el embarazo, aumenta su probabilidad de tener hijos con trastornos de déficit de atención e hiperactividad (niños extremadamente inquietos). (CONADIC, 2019).

Afectación de beber alcohol durante el embarazo

El alcohol es una de las drogas más peligrosas para la mujer embarazada, especialmente durante los primeros meses, ya que se transforma en sustancias dañinas para las células que son absorbidas por el feto.

Tomado en cantidades abundantes, el alcohol aumenta el riesgo de que nazcan niños con defectos como el síndrome alcohólico fetal, que implica la formación de un cráneo pequeño, facciones anormales, así como retardo físico y mental. Consumir bebidas alcohólicas al final del embarazo también puede afectar al feto. Los médicos están de acuerdo en que la mujer debe abstenerse de tomar alcohol desde el momento en que decide embarazarse, o por lo menos desde que sabe que está encinta. (CONADIC, 2019)

2.1 Desarrollo Motriz

El desarrollo motor del niño de los 0 a los 6 años no puede ser entendido como algo que le condiciona, sino como algo que el niño va a ir produciendo a través de su deseo de actuar sobre el entorno y de ser cada vez más competente (Justo Martínez, 2000). La función del desarrollo motor es conseguir el dominio y control del propio cuerpo, hasta obtener del mismo todas sus posibilidades de acción.

Dicho desarrollo se pone de manifiesto a través de la función motriz, la cual está constituida por movimientos orientados hacia las relaciones con el mundo que circunda al niño y que juega un papel primordial en todo su progreso y perfeccionamiento, desde los movimientos reflejos primarios hasta llegar a la coordinación de los grandes grupos musculares que intervienen en los mecanismos de control postural, equilibrios y desplazamientos. La mejora motriz está sujeta a las cuatro leyes del desarrollo:

- Ley céfalo-caudal.
- Ley próximo-distal.
- Ley de lo general a lo específico.
- Ley del desarrollo de flexores-extensores.

Y el desarrollo, a su vez, tiene una serie de características que lo singularizan, causales de que tanto él mismo como el perfeccionamiento motriz dependan de la maduración y del aprendizaje, ya que para que se produzca un aprendizaje en la coordinación de movimientos es preciso que el sistema nervioso y el sistema muscular hayan conseguido un nivel idóneo de maduración. En relación al desarrollo psicológico, los estudios sobre el desarrollo humano nos muestran la gran importancia que adquiere el papel de la motricidad en la construcción de la personalidad del niño.

Etapas cognoscitivas

Piaget fue un psicólogo constructivista suizo cuyos pormenorizados estudios sobre el desarrollo intelectual y cognitivo del niño ejercieron una influencia trascendental en la psicología evolutiva y en la pedagogía moderna. Jean Piaget se licenció y doctoró (1918) en biología en la Universidad de su ciudad natal. A partir de 1919 inició su trabajo en instituciones psicológicas de Zúrich y París (donde colaboró con Alfred Binet) y comenzó a desarrollar su teoría sobre la naturaleza del conocimiento. Publicó varios estudios sobre psicología infantil y, basándose fundamentalmente en el crecimiento de sus hijos, elaboró una teoría de la inteligencia sensoriomotriz que describía el desarrollo espontáneo de una inteligencia práctica, basada en la acción, que se forma a partir de los conceptos incipientes que tiene el niño de los objetos permanentes en el espacio, del tiempo y de la causa.

Para Piaget, los principios de la lógica comienzan a desarrollarse antes que el lenguaje y se generan a través de las acciones sensoriales y motrices del bebé en interacción con el medio. Piaget estableció una serie de estadios sucesivos en el desarrollo de la inteligencia:

1. Estadio de la inteligencia sensoriomotriz o práctica, de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad. Esta etapa constituye el período del lactante y dura hasta la edad de un año y medio o dos años; es anterior al desarrollo del lenguaje y del pensamiento propiamente dicho.
2. Estadio de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto. Esta etapa abarca desde los dos a los siete años. En ella nace el pensamiento preoperatorio: el niño puede representar los movimientos sin ejecutarlos; es la época del juego simbólico y del egocentrismo y, a partir de los cuatro años, del pensamiento intuitivo.
3. Estadio de las operaciones intelectuales concretas, de los sentimientos morales y sociales de cooperación y del inicio de la lógica. Esta etapa abarca de los siete a los once-doce años.
4. Estadio de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos

(adolescencia). Aunque Piaget estableció, para cada una de estas etapas, las edades correspondientes, no hay que tomar tales delimitaciones de forma rígida; el ritmo varía de un niño a otro y ciertos rasgos de estos estadios pueden solaparse en un determinado momento. (Piaget, 1995)

Piaget teorizó sobre las fases del desarrollo en el niño, dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro grandes etapas: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales, cada una de las cuales representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer.

En cada etapa se supone que el pensamiento del niño es cualitativamente distinto al de las restantes. Según Piaget, el desarrollo cognoscitivo no sólo consiste en cambios cualitativos de los hechos y de las habilidades, sino en transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento. Una vez que el niño entra en una nueva etapa, no retrocede a una forma anterior de razonamiento ni de funcionamiento. Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable. Es decir, todos los niños pasan por las cuatro etapas en el mismo orden. (UAB, 2019)

- a) Etapa sensorio-motor Piaget propuso cuatro etapas del desarrollo cognitivo: el período sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. El estadio sensoriomotor es la primera de las cuatro etapas del desarrollo cognitivo que “se extiende desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje”. En esta etapa, los niños construyen progresivamente el conocimiento y la comprensión del mundo mediante la coordinación de experiencias (como la vista y el oído) con la interacción física con objetos (como agarrar, chupar, y pisar). Los bebés adquieren el conocimiento del mundo de las acciones físicas que realizan dentro de ella. Estas progresan de acción reflexiva e instintiva a luz a principios del pensamiento simbólico hacia el final del estado
- b) La Etapa Pre-operacional la segunda etapa de Piaget, la etapa de las preoperaciones, se inicia cuando el niño comienza su aprendizaje del habla,

a los 2 años y dura hasta la edad de 7 años. Durante esta etapa previa a las operaciones de desarrollo cognitivo, Piaget observó que los niños aún no entienden lógica concreta y no pueden manipular mentalmente la información. En los niños, se incrementa el juego y pretenden tener lugar en esta etapa, sin embargo, el niño aún tiene problemas para ver las cosas desde diferentes puntos de vista. Los juegos de los niños se clasifican principalmente por el juego simbólico y la manipulación de símbolos. Dicha obra se demuestra por la idea de que fichas son aperitivos, los trozos de papel son platos, y una caja es una mesa. Sus observaciones de símbolos ejemplifican la idea de juego con la ausencia de los objetos reales en cuestión. Mediante la observación de secuencias de juego, Jean Piaget fue capaz de demostrar que, hacia el final del segundo año, se produce un nuevo tipo de funcionamiento psicológico cualitativo, esto se conoce como el estadio pre-operativo.

- c) Estadio de las operaciones concretas es el tercero de los cuatro estadios de la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. Este estadio, que sigue al estadio preoperacional, ocurre entre las edades de 7 y 11 años y se caracteriza por el uso adecuado de la lógica. Durante este estadio, los procesos de pensamiento de un niño se vuelven más maduros y “como un adulto”. Empieza solucionando problemas de una manera más lógica. El pensamiento hipotético, abstracto, aún no se ha desarrollado y los niños solo puede resolver los problemas que se aplican a eventos u objetos concretos. Piaget determinó que los niños son capaces de incorporar el razonamiento inductivo. El razonamiento inductivo involucra inferencias a partir de observaciones con el fin de hacer una generalización.
- d) Estadio de las operaciones formales el estadio final se conoce como el estadio de las operaciones formales (adolescencia y en la edad adulta, alrededor de 12 años hacia adelante): La inteligencia se demuestra a través de la utilización lógica de símbolos relacionados con los conceptos abstractos. En este punto, la persona es capaz de razonar hipotéticamente y

deductivamente. Durante este tiempo, las personas desarrollan la capacidad de pensar en conceptos abstractos.

(Piaget, 1995).

Las etapas se relacionan generalmente con ciertos niveles de edad, pero el tiempo que dura una etapa muestra gran variación individual y cultural, estas etapas definen los rasgos característicos de los cuales los niños van generando con forme a su crecimiento, esta información nos permite indagar sobre el desarrollo óptimo y adecuado de los infantes:

Tabla 2: Estadios propuestos por Piaget.

TABLA 3.1. ETAPAS DEL LA TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO DE PIAGET		
Etapa	Edad	Característica
Sensoriomotora El niño activo	Del nacimiento a los 2 años	Los niños aprenden la conducta propositiva, el pensamiento orientado a medios y fines, la permanencia de los objetos
Preoperacional El niño intuitivo	De los 2 a los 7 años	El niño puede usar símbolos y palabras para pensar. Solución intuitiva de los problemas, pero el pensamiento está limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo.
Operaciones concretas El niño práctico	De 7 a 11 años	El niño aprende las operaciones lógicas de seriación, de clasificación y de conservación. El pensamiento está ligado a los fenómenos y objetos del mundo real.
Operaciones formales El niño reflexivo	De 11 a 12 años y en adelante	El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional.

Fuente: Universidad Autónoma de Barcelona, p. 62, 2009.

La primera etapa o el estadio sensoriomotor, nos interesa primordialmente porque es esta donde se ubica la población objetivo en esta investigación. Al respecto: El estadio sensorio-motor (desde el nacimiento hasta los dos años), el bebé se relaciona con el mundo a través de los sentidos y de la acción, pero, al término de esta etapa será capaz de representar la realidad mentalmente. El período

sensoriomotor da lugar a algunos hitos en el desarrollo intelectual. Los niños desarrollan la conducta intencional o dirigida hacia metas (golpear un sonajero para que suene). También, los niños llegarán a comprender que los objetos tienen una existencia permanente que es independiente de su percepción (permanencia de objeto). Además, existen unas actividades que en este período experimentarán un notable desarrollo: la imitación y el juego. Piaget denominó reacción circular al mecanismo de aprendizaje más temprano. Consiste en una nueva experiencia que es el resultado de la propia acción del sujeto.

La reacción es circular porque, debido a los efectos “interesantes”, el niño intenta repetir este evento una y otra vez. Hay tres tipos de reacciones circulares que van apareciendo de forma progresiva: las primarias que están centradas alrededor del cuerpo del niño (p.ej., sacar repetidamente la lengua); las secundarias dirigidas hacia la manipulación de objetos (p.ej. golpear un objeto); y las terciarias, que tienen que ver con la exploración de efectos novedosos en el mundo que le rodea (p.ej., golpear un objeto de formas distintas).

(UAB, 2009).

a) Primer sub-estadio: ejercitación de reflejos (0 a 1 mes).

Cuando Piaget (1995), habla de las estructuras de acción, utiliza el término esquema para referirse a cualquier forma de acción habitual, tal como mirar, agarrar o golpear. Los primeros esquemas que posee el niño son los reflejos innatos. Los reflejos implican cierta pasividad del organismo: éste se encuentra inactivo, hasta que algo lo estimula. Sin embargo, los reflejos pronto llegan a ser formas de actividad que el niño inicia por sí mismo. Por ejemplo, podemos observar en lactantes de pocos días de edad, movimientos de la boca que corresponden al reflejo de succión, aun cuando no tengan nada en la boca. Pareciera ser que realiza estos movimientos por el simple placer de hacerlos. Según Piaget, cuando se forma un esquema de acción, sentimos la necesidad de ponerlo en uso.

Aun cuando la asimilación es la actividad más notoria en esta etapa, también se puede notar los comienzos de la acomodación. Por ejemplo, los lactantes tienen que aprender a ajustar los movimientos de su cabeza y labios, para encontrar el pezón y alimentarse. Estos ajustes (acomodaciones) también demuestran los comienzos de la organización: la secuencia de movimientos se organiza, de modo que alimentarse se hace cada vez más rápido y eficiente. (UAB, 2009)

b) Segundo sub-estadio: Reacciones circulares primarias (1 a 4 meses).

Una reacción circular se produce cuando el lactante intenta repetir una experiencia que se ha producido por casualidad. Un ejemplo evidente es la conducta de chuparse el dedo. Durante la actividad espontánea que realiza el lactante, es posible que en uno de sus movimientos casualmente ponga en contacto su mano con la boca, desencadenando el reflejo de succión y comienza a chuparse el dedo. Puesto que estos movimientos no son todavía controlados por el bebé, al continuar con su actividad aleja nuevamente la mano de su cara y boca, pero intentará repetir la experiencia.

Aun cuando inicialmente fracasa, lo que en lenguaje piagetano se explica porque el bebé es incapaz de hacer las acomodaciones necesarias para asimilar la mano al esquema de acción de succionar, en algún momento se repite la combinación necesaria de movimientos y el mover la mano y chupar comienzan a organizarse en un nuevo esquema de acción que permite al niño dominar el arte de chuparse el dedo. Tal como ocurre con el chuparse el dedo, la mayoría de las reacciones circulares primarias involucran la organización de dos esquemas previos de movimientos corporales. Estas reacciones circulares son una buena demostración de lo que Piaget quiere decir cuando se refiere al desarrollo intelectual como “un proceso de construcción” de conocimientos. El lactante en forma activa “junta” diferentes movimientos y esquemas para crear un nuevo esquema de acción, más complejo.

c) Tercer sub-estadio: reacciones circulares secundarias (4 a 10 meses).

Los desarrollos característicos del segundo sub-estadio son llamados reacciones circulares “primarias” porque consisten en la coordinación de movimientos de partes del cuerpo del propio cuerpo del lactante. Las reacciones circulares “secundarias” se producen cuando el bebé descubre y reproduce un efecto interesante que se produce fuera de él, en su entorno. Por ejemplo, en algún momento de su actividad puede percibir que al sacudirse o realizar un movimiento más brusco, se mueven y suenan los juguetes que cuelgan de su cuna. Probablemente se detenga un instante, mientras observa el efecto. Luego intentará repetir la experiencia y tal vez incluso se ría cuando lo logre. Pareciera que el bebé disfrutara su propio poder, su habilidad para hacer que algo ocurra una y otra vez.

d) Cuarto sub-estadio: Coordinación de esquemas secundarios (10 a 12 meses).

En el tercer subestadio el infante realiza una acción simple (un movimiento) para obtener un resultado, como sacudirse para hacer mover los juguetes. En el cuarto subestadio, las acciones se hacen más diferenciadas, aprende a combinar dos esquemas de acción para obtener un resultado. Este logro es más evidente cuando se trata de superar obstáculos. Por ejemplo, si ponemos un juguete que le interesa al niño, detrás de una caja, de modo que no lo puede tomar, combina el esquema de acción de “retirar la caja” con el esquema de acción de “coger el juguete”. En este caso, uno de los esquemas (retirar la caja) se transforma en un medio para un fin.

Este logro, que parece tan simple, tiene sin embargo otras implicaciones importantes: en primer lugar, pone en evidencia la intencionalidad del niño a través de una conducta orientada a un objetivo (algo que ya se insinuaba en el sub-estadio anterior); en segundo lugar, evidencia los comienzos de las nociones de tiempo y

espacio, puesto que el bebé debe retirar la caja antes, para coger el juguete después, y debe entender que un objeto se puede encontrar delante de otro que está detrás.

e) Quinto sub-estadio: reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses).

En el sub-estadio 3 los niños realizan una acción simple, para obtener un resultado. En el sub-estadio 4 realizan dos acciones separadas para obtener un resultado. Ahora, en el sub-estadio 5, de las reacciones circulares terciarias, experimentan con diferentes acciones para observar diferentes resultados. Por ejemplo, puede darse cuenta al golpear su mesa de juegos, que los objetos sobre ella vibran, o se caen. Luego puede repetir el golpe varias veces, con distinta intensidad o fuerza y observar las diferencias en los efectos.

En otra ocasión puede ser que observe cómo el agua sale de la llave, y poner su mano en el chorro, haciendo que el agua salpique. Entonces puede comenzar a experimentar poniendo su mano repetida veces en el chorro de agua a diferentes distancias de la llave y observar cómo el agua salpica con mayor o menor fuerza. Es importante destacar que con este tipo de acciones el niño está “estudiando” en forma activa y aprendiendo a conocer las diferentes consecuencias o resultados de sus acciones sobre el medio. En este sentido vale la pena destacar que el niño está aprendiendo en forma absolutamente autónoma, desarrollando sus esquemas y conocimientos del mundo exclusivamente a partir de su curiosidad.

f) Sexto sub-estadio: Comienzo del pensamiento (18 a 24 meses).

En el sub-estadio 5 los niños son pequeños científicos, que realizan diferentes acciones para observar sus resultados. Sin embargo, sus descubrimientos ocurren sólo gracias a sus acciones directas sobre las cosas. En el sub-estadio 6, los niños

parece que piensan las cosas más, antes de actuar. Por ejemplo, enfrentado a sacar una bolita del interior de una caja parcialmente abierta, de modo que la bolita no pasa por la abertura, puede intentar diferentes cosas: introducir un dedo en la abertura tratando de coger la bolita; o dar vuelta la caja intentado hacer caer la bolita. Si ninguna de las dos cosas le resulta, probablemente se detenga un momento observando la abertura de la caja. Es probable que realice algunos movimientos, como de abrir y cerrar la mano, o abrir y cerrar la boca varias veces, para luego decididamente abrir la caja y sacar la bolita. Los intentos de lograr el objetivo con actividades de ensayo y error es probable que en algún momento hubieran dado el resultado deseado, pero al detenerse y “reflexionar” acerca de la situación encontró la solución de un modo más rápido y eficiente. Podemos suponer que, en la medida que el niño a esa edad aún no tiene desarrollado un lenguaje que le permita simbolizar o representar las acciones que necesita realizar, realiza movimientos motrices (es este ejemplo, abrir y cerrar las manos o la boca) para representarse los actos que luego ejecuta. (UAB, 2009)

2.2 Tipos de desarrollo motriz

La psicomotricidad se divide en dos partes: la motriz y la psíquica. La unión de éstas constituye parte del proceso del desarrollo integral de las personas. Según la teoría de Piaget, la inteligencia se construye a partir de la actividad motriz de los niños. La importancia de la psicomotricidad en los primeros años de vida de las personas es básica, ya que el aprendizaje se produce a través del movimiento, la acción del niño sobre el medio y las experiencias. (UAB, 2009).

En los primeros años de vida, la psicomotricidad juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, ya que influye directamente sobre el desarrollo intelectual, afectivo y social.

- A nivel motor; Permite al niño dominar su movimiento corporal

- A nivel cognitivo; Permite al niño mejorar en memoria, atención y concentración.
- A nivel social y afectivo; Permite a los niños conocer y afrontar sus miedos así como relacionarse con los demás

a) Motricidad

Esta motricidad manifiesta todos los movimientos del ser humano. Dichos movimientos determinan el comportamiento motor de los niños desde 0 a los 6 años mediante las habilidades motrices básicas. La motricidad fina y gruesa es el dominio que el ser humano es capaz de realizar sobre su propio cuerpo. Es algo integral ya que intervienen todos los sistemas del organismo.

Motricidad gruesa

La adquisición de habilidades de carácter grueso se concibe como un proceso sistémico, en donde la percepción visual y la ejecución de movimientos influyen de forma recíproca. La motricidad gruesa implica los grandes movimientos del cuerpo, de carácter más global, como por ejemplo: el salto, la carrera y la marcha. Dichos movimientos se mejoran de forma progresiva a lo largo de la Etapa de Educación Infantil.

Etapa de 0 a 6 meses

En esta etapa existe una dependencia completa de la actividad refleja, en especial la succión. Si nos vamos hacia los 4 meses, comienzan a los movimientos de carácter voluntario, debido a los estímulos externos.

Motricidad fina

El control de dicha motricidad hace referencia a la coordinación de las funciones de carácter neurológico, esquelético y muscular. Constituye un refinamiento más específico del control de los movimientos gruesos y por tanto, se demora más en el tiempo su desarrollo y expresión. Es más, el control de esta motricidad fina es uno de los elementos que se emplean para precisar la edad de desarrollo que tiene un niño o niñas. (UAB, 2009)

La motricidad es una herramienta valiosa para las cuestiones didácticas, de esta tomar el lápiz o pluma se vuelve complicado si no se lleva un adecuado proceso, las manualidades y el deporte son un ejemplo del afinamiento del desarrollo psicomotriz, la pedagogía debe tener estrategias que fomenten el refuerzo cuando falle o se complique este proceso.

2.3 Cómo la pedagogía puede coadyuvar en el desarrollo motriz en los niños con algún tipo de afectación en su desarrollo sensorio y psicomotor

Durante el período sensorio-motor, anterior a la aparición del lenguaje, el niño ha aprendido a actuar sobre las cosas y a prever sus comportamientos. Mientras que el bebé de pocos meses se limita a llorar cuando experimenta una necesidad, el de dos años sabe cómo tiene que actuar sobre los adultos para conseguir lo que quiere. De la misma forma ha aprendido mucho sobre las propiedades de las cosas y sabe que no puede meter un objeto grande dentro de uno pequeño, pero sí al revés. Sabe que si suelta un objeto, cae, y que puede desplazarlo a distancia lanzándolo. En una palabra, ha realizado grandes progresos desde el punto de vista de su inteligencia y de su conocimiento del mundo, que se desarrollan paralelamente. (Delval, 1998).

Durante el consumo de drogas de las madres en el embarazo, se debe tener en cuenta que el desarrollo del bebé puede verse afectado, por ello debemos conocer como la pedagogía puede apoyar el desarrollo en los niños dentro de los 0 a 3 años. Ejemplo de ello es lo realizado por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), quien en el 2010 propuso una serie de recomendaciones dentro de la "Guía de estimulación y psicomotricidad en la educación inicial", la cual abarca:

1.- El diálogo tónico

El diálogo tónico es la primera comunicación no verbal entre madre e hijo a través del tono muscular, es decir, la tensión activa de los músculos.

- El diálogo tónico se da piel a piel y es primordial en la comunicación entre ambos.

- En la regulación del tono participan muchas estructuras del sistema nervioso que tienen que ver con la afectividad.
- El diálogo tónico inicia la comunicación no verbal, que luego pasará a la verbal. Todo lo que el bebé percibe, lo comunica de manera inconsciente (sin intención) en su estado de ánimo a través de su tono muscular; por ejemplo, si está molesto, su tono podrá ser rígido (hipertonía o tono alto), y si por el contrario se encuentra triste, su tono puede ser más flácido (hipotonía o tono bajo).

La actividad tónica realiza una función muy importante en el ser humano, ya que permite la postura y el equilibrio y prepara para el movimiento más especializado, como caminar.

2.- El llanto del bebé

- El llanto es la primera manifestación con la que el bebé expresa sus necesidades; de esta forma sabemos si tiene hambre o frío, si está mojado o tiene sueño.
- Es importante que no dejar llorar al bebé durante mucho tiempo, pues es posible que ocurran problemas respiratorios y vómito.
- La mamá puede calmar al niño hablándole, arrullándolo y acariciándolo.
- A veces los bebés lloran sin razón aparente, pero el llanto también les sirve como un medio para aliviar tensiones.

(CONAFE, 2010)

3.- Cómo cargar al bebé

- Levanta al bebé de manera suave; evita movimientos bruscos para no asustarlo y nunca lo jales de las manos o los pies.
- Al tomarlo en brazos, la madre le transmite seguridad, lo acompaña, le da calor y lo protege.
- El cuerpo de mamá deberá ser un apoyo, dando soporte en pecho y brazos.

- El niño debe quedar acurrucado con la cabeza más arriba que su cuerpo.
- Cuando lo levantes, es importante que le sostengas su cabeza (recuerda que el control cefálico no se logra hasta después de los tres meses).
- Al cargarlo, la madre puede aprovechar para hablarle, sonreírle y cantarle. (CONAFE, 2010)

4.- La alimentación

- En los primeros días de vida, el lactante y la madre forman una unidad.
- Es importante que la madre busque una posición cómoda para amamantar al bebé, procurando tener contacto piel a piel.
- La mejor posición para alimentarlo es acurrucarlo, apoyarlo sobre el cuerpo de la madre, dejando libres sus piernas y acomodando la cabeza más arriba de su cuerpo para que pueda respirar bien. Después de alimentarlo se le debe sacar el aire dándole palmaditas en la espalda.
- La mamá debe permitir que el bebé se acurruque al momento de ser amamantado.
- Es importante que la mamá le hable al bebé mientras lo alimenta; incluso puede invitar al padre a la conversación.
- Se debe respetar el ritmo del bebé, no es recomendable despertarlo para amamantarlo, es mejor dejarlo dormir y esperar a que él despierte para ser alimentado.
- Para el bebé, la alimentación es un placer en el que se involucran factores como la succión y la deglución.
- El momento de la alimentación favorece la aparición de la sonrisa como una forma de agradecimiento, y la percepción de la madre a través de la fijación de la mirada.
- Desde el tercer día de nacido, el bebé es capaz de esperar si la mamá le habla mientras aguarda para ser alimentado.

- El niño empieza a experimentar el día y la noche a partir de la forma en que la madre lo amamanta: durante el día le habla y en la noche lo alimenta de prisa y con sueño.
- El destete debe hacerse de manera definitiva, sin avisos previos ni paulatinos, a la edad aproximada de ocho meses; a excepción de que el médico sugiera algo distinto.

El bebé empieza a explorar también a través de la succión y el chupeteo, por lo que debe permitírsele que se lleve objetos a la boca. Es importante cuidar que sean objetos suaves que no le lastimen las encías ni los dientes, y que estén muy limpios; nunca hay que darle objetos pequeños que pueda tragarse porque se podría asfixiar.

5.- La importancia del arrullo

- Algunas investigaciones han demostrado que los niños recién nacidos responden a la voz de la madre con movimientos muy pequeños, casi imperceptibles; hay sincronía entre movimientos y palabras. Por eso es fundamental que la madre le hable y lo arrulle.
- El contacto físico con la madre durante el arrullo le ayuda al bebé a bajar la tensión muscular.
- El arrullo tranquiliza al niño cuando está llorando o intranquilo.
- El arrullo es un estímulo rítmico para el bebé.

Cómo acariciar al bebé

- Todos los bebés necesitan ser tocados con cuidado y cariño.
- El contacto les ayuda como estimulación rítmica y tranquilizadora.
- Para iniciar el contacto corporal, la mamá debe colocarse frente al niño y generar en ambos una buena disposición; puede aprovecharse la hora del baño o cuando el bebé esté contento. De preferencia en un lugar tranquilo.

- Para darle un masaje utiliza toda la mano, sin ahuecar la palma, presionando muy suavemente; incluso puedes hacerlo con una esponja, procurando ser breve para no fatigarlo.
- Procura no tocar las ingles, las coyunturas, el contorno de los ojos, la columna vertebral, ni los genitales, ya que son áreas delicadas.

¿Por qué no es recomendable el uso de la andadera?

- La andadera no es recomendable porque el niño no se mueve por sí mismo. No recibe la percepción de su propio cuerpo, sino del objeto que lo mueve.
- Se desliza de forma rápida y no le ayuda a la construcción espacial que requiere para adquirir los conceptos “lejos” y “cerca”.
- No ayuda a que el bebé gatee o se arrastre, pues le es más fácil resbalar con la ayuda de la andadera que hacerlo por sí mismo.

6.- El apego

- El apego se refiere al lazo afectivo entre el niño y la madre. Al inicio es muy estrecho, incluso se puede decir que existe una fusión entre ambos; posteriormente pasa a una dependencia relativa, en la cual el niño empieza a reconocerse como un ser individual distinto de la madre; para finalizar con la independencia, desarrollando la confianza en su entorno y en sí mismo.
- La relación que tiene la madre con su hijo le ayudará a que, cuando éste crezca, tenga las bases necesarias para relacionarse con los demás. Es muy importante hacer partícipe al padre y a la familia cercana; por ejemplo, los hermanos del bebé.

7.-Control de esfínteres

El control de esfínteres es un proceso que se da en familia, alrededor de los dos años y medio.

- El niño controla fácilmente sus esfínteres cuando la madre se relaja y no da importancia a los posibles accidentes que éste llegue a tener.
- Conviene que a los niños se les explique lo que hacen y a dónde va lo que consideran parte de su cuerpo.
- El niño tratará de imitar lo que hacen los adultos, como el uso de letrinas y sanitarios.
- Es importante enseñarle al niño conductas relacionadas con la higiene, como lavarse las manos después de ir al baño y limpiarse de forma adecuada.

(CONAFE, 2010)

Estas recomendaciones ayudaran al padre/madre, a conocer mejor al bebé y estimular de forma adecuada su desarrollo, la pedagogía propone desde el punto de vista en la educación inicial poder solventar y apoyar a los padres para que sus hijos tengan un adecuado desarrollo motriz.

De acuerdo a esta estimulación psicomotriz, cuando un niño nace debe reforzarse la estimulación temprana que emita en el bebé un desarrollo motriz adecuado, si bien las drogas pueden afectar o disminuir estas habilidades, el estimularlas y reforzarlas en la pedagogía podrá solventar este daño, por ejemplo:

1.- En pedagogía y en primera infancia, el contacto verbal que tiene el bebé con su madre, crea un lenguaje muy significativo y único. Este lenguaje según Evelio Cabrejo, menciona: “La transmisión y la apropiación del lenguaje hacen parte de adquisiciones determinantes de la primera infancia” p. 15. Por lo tanto mejorar y estimular desde el inicio este lenguaje, solventara algún daño preciso formado en el consumo durante el embarazo.

2.-. El vínculo afectivo demostrado en las etapas del arrullo, el apego y como cargar al bebé, fortalecerán la estimulación del bebé, como se muestra en las estadísticas de los centros de integración juvenil, nos menciona lo siguiente: “La mayoría de los casos presentaba diversos problemas de aprendizaje, como déficit de atención, bajo

rendimiento escolar y reprobación, así como diferentes trastornos de conducta, en los cuales la impulsividad y la agresión son síntomas frecuentes.” p. 25. Esto relacionado a que muchos niños en problemas de drogas se sitúan en la etapa escolar, los problemas que abarcan se dan en el aula de clases, por ello en pedagogía, tenemos estas herramientas para fortalecer principalmente estos casos. Los cuales son:

1.- Potenciar su autoestima. Use mensajes positivos; crea en sus habilidades y competencias acorde a sus posibilidades; otorgue responsabilidades gradualmente. En la medida que el niño sea estimulado, se sentirá capaz de conseguir las metas propuestas.

2.- Bajar las expectativas personales de los adultos y céntrese en el esfuerzo que el niño imprime a cada acción, con independencia de las calificaciones. Todas las personas tendemos a esforzarnos por lograr una meta cuando somos reforzados positivamente.

3.- Ayudar a los niños a generar hábitos de estudio. Establezca horarios claros y estables. Recuerde que no debe disminuir la exigencia, sino que adaptarla a las necesidades de cada hijo.

4.- Potenciar en el niño distintas habilidades, más allá de lo cognitivo. Pueden ser de carácter deportivo, social o afectivo. Lo importante es comprender que la dificultad para aprender es sólo una parte de su existencia.

5.- Desincentivar los comportamientos inadecuados o violentos, evitando imponer el castigo físico como medida disciplinaria, ya que esto potencia la aparición de la conducta que se trata de extinguir.

6.- Dar instrucciones claras, breves y precisas. Esto ayudará al niño a comprender mejor el mensaje.

7.- La rutina, el orden y la organización de los espacios y tiempos es primordial. Los niños deben tener claridad respecto de aquello que deben hacer, cuándo y dónde lo deben cumplir.

8.- Fomentar las habilidades sociales. En la medida que los niños juegan con otros, aprenden la experiencia de la autorregulación a través de la socialización con los pares.

(Arancibia, 2018).

2.3.1 Intervención en la primera infancia

Para poder intervenir en la primera infancia es necesario conocer que aspectos o áreas se deben reforzar especialmente pensando en el desarrollo motor del niño. El CONAFE propuso intervenir para desarrollar los ámbitos de exploración y conocimiento del medio, lenguaje y comunicación y personal y social del niño de cero meses a tres años de edad. Implemento sesiones de acuerdo a la edad y lo que es necesario para el niño de acuerdo a 3 fases:

Sesión para niños de 0 a 3 meses

Exploración y conocimiento del medio

- Acunar al bebé y ponlo en varias posiciones: de espalda, boca arriba y de frente.
- Cuando el bebé esté acostado, flexionar sus brazos para luego estirarlos de manera muy suave hacia arriba de su cabeza.
- Con el bebé acostado, pon sus palmas de las manos en contacto con las plantas de los pies para propiciar el pataleo.
- Con el bebé acostado boca arriba, trazar círculos con sus piernas, como si pedaleara una bicicleta, de manera suave y lenta.
- Enrollar una toalla o manta de manera que forme un rodillo y, sobre éste, colocar al bebé boca abajo; sostenerlo por las piernas (en forma de carretilla) y hazlo rodar hasta que sus manos toquen el suelo.
- Colocar en las manos del bebé un aro pequeño (puede ser un aro de costura forrado con listón) o algún otro objeto cilíndrico (como sonaja) que pueda manipular, y ayudarle a moverlo hacia distintas direcciones.

Lenguaje y comunicación

- Familiarizar al bebé al lenguaje: hablarle mientras se baña, se cambia y se alimenta. • Imitar los sonidos guturales que hace el bebé, para motivarlo a hacerlos.
- Hacerle gestos con la nariz, los ojos, la boca, etcétera, para que observe la expresión del rostro.
- Cargar al bebé sosteniéndole la cabeza por encima del hombro para ampliar su campo de visión y que pueda observar cosas diferentes.
- Colocar objetos brillantes o móviles cerca de su cuna.
- Mostrarle un objeto a la altura de sus ojos, captar su atención y mover lentamente el objeto de izquierda a derecha y después de arriba hacia abajo, para que lo siga con la mirada. • Sacudir una sonaja frente al bebé, luego dársela en la mano y ayudarle a moverla de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo.
- Amarrarle un listón con cascabeles en las muñecas de sus manos, para que al escuchar el sonido le provoque moverlas. Hacerlo sólo por unos minutos.
- Sonreírle al bebé mientras lo miras a los ojos.
- Llamarlo por su nombre.
- Acariciarlo. Es muy importante diferenciar un lenguaje cariñoso de uno infantilizado; con el bebé se debe utilizar un lenguaje normal, nombrando las cosas con su nombre real.
- Explicarle lo qué le estás haciendo o qué van a hacerle: lo vas a bañar, a cambiar porque está sucio, le darás de comer, etcétera. Tratar siempre de platicarle qué está sucediendo.
- Cantarle canciones y moverlo suavemente siguiendo el ritmo.
- Arrullarlo y cantarle a la hora de dormir y en diferentes momentos.
- Cuando esté ansioso, tomarlo en brazos y hablarle con cariño para calmarlo.

- Cuando está llorando porque se está lejos (por ejemplo, preparando su leche), hablarle desde donde te encuentres para tranquilizarlo.
- Permite que toque el rostro (el de su madre, padre y familiares cercanos) y decirle quién eres o quién es; por ejemplo, “ésta es la cara de papá”.

(CONAFE, 2010)

Sesión para niños de 4 a 6 meses

Exploración y conocimiento del medio

- Acostar al bebé boca abajo y mostrarle objetos para captar su atención; muévelos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, para que él los siga y mueva su cabeza.
- Cuando el bebé esté boca arriba, ayudarlo a voltearse boca abajo empujando un poco su cadera.
- Cuando el bebé esté boca abajo, mostrarle un objeto y aléjase un poco para que trate de empujarse para alcanzarlo.
- Cuando no este junto al bebé y tenga que acercarse, hazlo extendiendo tu mano con un juguete u objeto para que también estire su mano y trate de recibirlo.
- Darle objetos o juguetes para que los tome y los tire, después muéstrale el lugar donde han quedado los objetos.
- Flexionar las piernas del bebé, después suéltalas y estíralas completamente.
- Poner objetos en su cuna a la altura de sus pies para que pueda patearlos y moverlos.
- Colocar al bebé boca abajo y darle soporte en las plantas de sus pies para que se empuje hacia adelante.
- Cuando esté boca abajo, sujetarlo de las piernas para que empiece a fortalecer sus brazos.

- Cuando el bebé esté boca arriba, darle un aro para que se tome de él. Levantar el aro poco a poco para que se vaya levantando; iniciar mientras esté acostado para que primero despegue un hombro, después el brazo y, finalmente, el antebrazo.
- Sentar al bebé, con apoyo (por ejemplo, sobre almohadas), dentro de un huacal (caja de madera) cubierto por una manta.
- Sentar al bebé apoyándolo sobre almohadas o mantas enrolladas. Cuando esté sentado, balancearlo de un lado hacia otro y de atrás hacia adelante, para favorecer su equilibrio.
- Tomar al bebé por la espalda y el pecho, y alzarlo a la altura de tu mirada para que extienda sus brazos y piernas.
- Dejarlo participar en su alimentación permitiendo que tome de su plato pequeños trozos de comida y se los lleve a la boca; también dale la cuchara para que vaya aprendiendo a tomarla.
- Realizar juegos en los cuales tenga que mover sus manos. Ayudarle a sentir sus dedos: dale un suave masaje a cada uno.

Lenguaje y comunicación

- Hablarle al bebé en distintos tonos de voz, según la situación, para que conozca diferentes estados de ánimo: serio, alegre, cariñoso, etcétera.
- Cantarle en diferentes ritmos y con distintas voces, para que los demás miembros de la familia también participen.
- Permitir que tome y explore los objetos que tiene cerca.
- Esconder algunos objetos bajo una manta y después indicarle dónde están; por ejemplo, mostrarle una pelota, después esconderla y preguntar: “¿dónde está la pelota?” Sácala y responde: “¡aquí está!” Una variante de esta actividad puede ser ocultar al bebé, a la mamá o a otro miembro de la familia.

- Permitir que el bebé huelga los alimentos que va a comer. Además de éstos, ayudarlo a descubrir aromas de flores, hojas, frutas y otros elementos de la naturaleza.
- Cuando el bebé esté boca abajo, tocar una sonaja para que la busque, cambiando el lugar desde el cual la haces sonar.
- Acostar al bebé en mantas con diferentes texturas y déjalo que juegue libremente con ellas.
- Hacerle caricias con diferentes texturas: plumas, esponjas, toallas.
- Motivarlo a que deje caer algunos objetos, al tiempo que en voz alta se le dice: “se cayó la pelota, se cayó la sonaja”, según corresponda, para que descubra el efecto de soltar las cosas.

Personal y social

- Hablarle de higiene explicándole que se va a bañar para que esté limpio o que debe lavarse las manos antes de comer; esto le ayudará a crear hábitos.
- Llevar al bebé a diferentes lugares para que conozca cosas nuevas; describirle qué es lo que ve.
- Poner al bebé frente al espejo y ayudarlo a señalar a su mamá y a él mismo, diciendo: “aquí estás tú” (también di su nombre).
- Marcar límites con el uso de la palabra no y moviendo la cabeza en señal de negación para que aprenda su significado. Por ejemplo: “no, esto no se hace”.
- Provocar su risa haciendo gestos, cosquillas, juegos y cantando canciones.
- Repetir su nombre rítmicamente.

(CONAFE, 2010)

Sesión para niños de 7 a 9 meses

Exploración y conocimiento del medio

- Recostar al bebé sobre una almohada para que quede inclinado, después mostrarle un juguete para que intente tomarlo; de esta forma se impulsará hasta quedar sentado.
- Colocar al bebé cerca de las barandas de su cuna y mostrarle un objeto de su agrado para que se apoye en éstas y se incorpore.
- Ponerlo boca abajo sobre una manta enrollada, para que de esta manera quede en posición de cuatro puntos, y mostrarle algún juguete para que intente moverse.
- Darle una sonaja y enseñarle a pasarla de una mano a otra. Motivarlo para que lo haga.
- Enseñarlo a aplaudir y animarlo a que repita el movimiento.
- Doblar una manta y pasarla bajo el pecho del bebé; alzarla con las manos para que quede en posición de cuatro puntos. También puedes motivarlo a avanzar en esta posición.
- Enseñar al bebé a sacar objetos de una caja y a volverlos a meter.
- Colocar varios objetos en el piso (pueden ser almohadas y mantas enrolladas o dobladas) para que sirvan de obstáculos cuando el bebé esté gateando y pueda anticipar sus movimientos.

Lenguaje y comunicación

- Enseñarle con palabras y movimientos el significado de sí y no.
- En presencia del bebé, ocultar un objeto con una manta y preguntar dónde está el objeto escondido; dejar que él lo descubra.
- Enseñarle con pequeñas acciones la relación causa-efecto; por ejemplo, encender la luz, la radio o un juguete. Repetirlas varias veces y motivar al niño a que él las haga.
- Amarrar un juguete a una cuerda y enseñarle al bebé a acercar el juguete jalando la cuerda. Repetir esta acción varias veces e invítalo a que él lo intente.

- Mostrarle al niño diferentes animales e imita el sonido que hacen.
- Poner distintos géneros de música y bailar con el bebé de acuerdo con el ritmo, para que reconozca movimientos lentos y movimientos rápidos.
- Antes de vestir al niño, ayudarle a que toque la textura de cada prenda para favorecer su percepción táctil.
- Motivar al bebé a repetir algunas palabras sencillas: mamá, papá, agua, etcétera.
- Enseñarle el significado del saludo y la despedida por medio de movimientos con sus manos.

Personal y social

- Permitir que el bebé juegue con otros niños para que se familiarice con diferentes personas.
- Invitarlo a jugar escondidillas bajo una manta diciendo el nombre de quien se esconde, ya sea el niño, la mamá o algún otro participante.
- Llamarlo por su nombre desde lejos, para que preste atención cuando lo escuche.
- Continuar con las actividades de los meses anteriores para reforzar el significado de sí y no. Compartir tiempo con él a través del juego, los cantos, el masaje, el arrullo, la comida y el aseo.
- Continuar el aprendizaje de hábitos de higiene, ayudándole a lavarse las manos antes de comer, cepillarse los dientes después de tomar sus alimentos, peinarse, etcétera.

(CONAFE, 2010)

Sesión para niños de 10 a 12 meses

Exploración y conocimiento del medio

- Ayudar al bebé a levantarse tomándolo de las manos para que él se impulse.

- Dar apoyo al bebé para que inicie la marcha. Puede pasar una manta doblada por debajo de sus brazos y motivarlo a caminar.
- Colocarlo junto a la cama para que se apoye en ella con una mano y tomarle la otra para darle mayor seguridad; guíalo alrededor de la cama para que camine.
- Darle oportunidad de que tome su comida y se la lleve a la boca él mismo.
- Jugar a pasar objetos de una caja a otra.
- Ponerlo cerca de algún mueble del que se pueda apoyar para caminar alrededor; por ejemplo, la cama, una silla, la mesa o un sillón.
- Muéstrale cajas de cartón y enseñarle a quitar y colocar sus tapas; después invitarlo a que lo intente solo.
- Poner su juguete favorito sobre la cama y al bebé colocarlo en posición de cuatro puntos frente a ésta, para que intente hincarse y alcanzarlo.
- Darle pequeñas cajitas o cubos de madera para que los apile. Ayudarle a que forme una torre.

Lenguaje y comunicación

- Poner dos objetos frente al bebé y pedirle que te dé uno de ellos, por ejemplo: “dame el carro”; apoyar la petición señalando el objeto para que identifique cuál es.
- Permitir que el niño toque un hielo al tiempo que le dices: “es frío”; en otras ocasiones haz lo mismo con agua tibia diciendo: “el agua está caliente”.
- Aprovechar el momento del baño para darle un cedazo, una coladera o un vaso para que pueda atrapar diferentes objetos en el agua.
- Contarle cuentos antes de dormir; usar algún muñeco que narre la historia.
- Motivarlo a expresarse, pidiéndole que llame a sus hermanos o a su papá a comer, a bañarse, a dormir, etcétera.
- Nombrarle las actividades mientras las lleva a cabo, por ejemplo: “estás comiendo, te estás bañando, vas a dormir”, según corresponda.

Personal y social

- Estimular los gestos del bebé. Realizar diferentes gestos e invitarlo a imitarlos.
- Enseñarle a compartir caricias con los demás; por ejemplo, acarícialo la cabeza y después ayudarlo a que él acaricie la cabeza de su papá, su hermano, su mamá, etcétera.
- Estimular la expresión de sus emociones, permitiéndole que abrace con suavidad algún muñeco y trate de arrullarlo.
- Colocarte frente al niño y extender las manos cerca de las suyas para que trate de alcanzarlas; camina hacia atrás tratando de que el bebé te siga. (CONAFE, 2010).

2.3.2 Niños con problemas de su aprendizaje

Estimular la psicomotricidad en los niños a edades tempranas, es de suma relevancia porque podemos ver si existe un posible problema en el aprendizaje del niño. La estimulación psicomotriz temprana resulta altamente positiva para su desarrollo físico y psicológico porque facilita que los menores.

- Alcancen más velozmente algunas destrezas y habilidades musculares
- Mejor desarrollo del pensamiento crítico y de memoria, así como mantener la concentración durante más tiempo
- Favorece la adquisición del esquema corporal permitiendo que el niño sea consciente de su propio cuerpo.
- Contribuye a lograr el control postural, la lateralidad, el equilibrio, la coordinación y el sentido del espacio.
- Ayuda a que el niño se oriente en tiempo y espacio.
- Alentar la percepción y la exploración del entorno.
- Fomenta el aprendizaje, la concentración y genera la creatividad.
- Propicia las relaciones sociales y estimula la expresión emocional.
- Reafirma el autoconcepto y fortalece la autoestima infantil.

La psicomotricidad es especialmente importante durante los primeros años de la infancia, ya que es cuando los niños tienen una mayor plasticidad cerebral, desarrollan potentes conexiones neuronales y presentan flexibilidad y posibilidades, que no volverán a tener en el resto de su vida. Por tanto, la detección temprana de posibles signos de alarma que comprometan los hitos del desarrollo evolutivo de un niño en cualquiera de sus esferas (bio, psico y social) deberían ser motivo más que suficiente para ponerse en marcha y actuar.

Cuando se habla de un desarrollo de la psicomotricidad infantil normal se hace referencia a un proceso que permite al niño adquirir las habilidades adecuadas para su edad. Partamos de la premisa que existe una gran variabilidad en las edades de adquisición de algunos conocimientos y habilidades puesto que, a pesar de que el desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo y continuo que sigue una secuencia similar en todos los niños, no se realiza de una manera rígida y presenta una gran diversidad sin por ello ser una patología. La línea que separa lo normal de lo no puede ser muy sutil y en ocasiones es complicado hacer un diagnóstico de problemas en el desarrollo psicomotor, ya que se necesitan muchos factores y su interacción para poder diagnosticar con precisión. (Cubel, 2021)

Posibles indicadores o señales:

- Retraso en la adquisición de habilidades o conocimientos
- Estancamiento o incluso regresión en habilidades adquiridas
- Persistencia de conductas de etapas previas
- Calidad de respuestas no adecuada, signos físicos anormales.

2.3.3 Afectación en los procesos de aprendizaje

Principales trastornos del desarrollo psicomotor:

1.- Debilidad motriz, la cual consiste en torpeza en los movimientos e incapacidad para relajar los músculos voluntariamente. Inestabilidad motriz, incapacidad de inhibición de movimientos, así como la emoción que los acompaña.

2.- Inhibición motriz, tensión e indiferencia en contexto sociales, muestran temor ante las interacciones sociales, tienen miedo de caerse, inseguridad, inhiben sus movimientos pensando así de hacerse invisibles.

3.- Trastorno del esquema corporal o lateralidad, dificultad de adquisición de conocimientos y representación del propio cuerpo. Le cuesta la orientación espacio-temporal y utilizar su cuerpo de forma eficaz para relacionarse con el entorno. Un ejemplo de este trastorno sería un niño que a los tres años no identifica los elementos de su cara.

4.- Apraxias y dispraxias infantiles, el menor conoce el movimiento, pero es incapaz de realizarlo correctamente, no coordina en las actividades y no puede imitar gestos sencillos.

5.- Tics o trastorno de Tourette, movimientos repentinos e involuntarios que afectan a pequeños grupos de músculos y se repiten de manera intermitente. Pueden ser crónicos o transitorios.

6.- Disarmonías tónico-motoras, Se dan problemas con el tono muscular. Emerge en aquellos casos en los que el niño está permanentemente tenso o constantemente relajado.

Relación entre psicomotricidad infantil y problemas de aprendizaje

Cada día son más frecuentes los niños entre cinco y siete años que presentan dificultades importantes para aprender a leer, escribir y a hacer operaciones de cálculo básico. Una gran parte de las causas son de carácter psicomotriz. Cuando hablamos de problemas psicomotrices, nos referimos a problemas de inmadurez o disfunción de los patrones motrices, sensoriales, y de desarrollo que el cerebro utiliza para realizar estos aprendizajes, integrar la información, la memoria y comprender. Pensemos que muchas inversiones gráficas no se resuelven haciendo

fichas de números colocados correctamente, sino detectando y tratando la causa que hace que el niño no tenga unas coordenadas espaciales bien estructuradas.

Existen otros obstáculos habituales como la confusión de letras y números, el saltar palabras al leer, la falta de concentración y atención, letra de mala calidad, posturas imposibles al escribir todas relacionadas con un adecuado desarrollo psicomotriz. Los problemas de psicomotricidad están presentes en niños con TDAH que manifiestan déficit en la motricidad fina, gruesa, coordinación motriz y equilibrio, en niños con TANV, en trastornos de aprendizaje como la dislexia, la discalculia y la disgrafía. (Cubel, 2021)

2.3.4. Los aprendizajes

Los aspectos principales basados en la psicomotricidad son: Esquema corporal, percepción, motricidad fina y gruesa, ubicación espacial y lateralidad.

a) Esquema corporal

El concepto de esquema corporal abarca la totalidad de la persona, es la representación mental que tenemos sobre nuestro propio cuerpo, partes, movimientos, limitaciones en relación al medio, estando en situación estática o dinámica. Este concepto ha sido descrito por varios autores, las definiciones convergen en que es el conocimiento de nuestro cuerpo creado por las vivencias que éste ha tenido, ya sea expresado en palabras, como impresiones sensoriales, relación con el medio, relaciones recíprocas, etc.

Tasset (1987), define el esquema corporal como la toma de conciencia de la existencia de diferentes partes del cuerpo recíprocas que se establecen, en situación estática y de movimiento, y de su evolución en relación con el mundo externo.

b) Percepción

La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

c) Motricidad fina y gruesa

Motricidad gruesa

La adquisición de habilidades de carácter grueso se concibe como un proceso sistémico, en donde la percepción visual y la ejecución de movimientos influyen de forma recíproca. La motricidad gruesa implica los grandes movimientos del cuerpo, de carácter más global, como por ejemplo: el salto, la carrera y la marcha. Dichos movimientos se mejoran de forma progresiva a lo largo de la Etapa de Educación Infantil.

Motricidad fina

El control de dicha motricidad hace referencia a la coordinación de las funciones de carácter neurológico, esquelético y muscular. Constituye un refinamiento más específico del control de los movimientos gruesos y por tanto, se demora más en el tiempo su desarrollo y expresión. Es más, el control de esta motricidad fina es uno de los elementos que se emplean para precisar la edad de desarrollo que tiene un niño o niña.

d) Ubicación espacial

La orientación espacial es la competencia que involucra establecer diferentes posiciones en el espacio y operar con ellas; incluye la propia posición y sus movimientos, además, las posiciones de otras personas o de objetos, representadas en mapas y coordenadas. (Zapateiro, *et.al.* 2016)

e) Lateralidad

La lateralidad es la preferencia que muestra la mayoría de los seres humanos en el uso de los órganos situados a un lado u otro de su propio cuerpo. Un ejemplo más popular es la preferencia por utilizar la mano derecha o ser diestro.

2.3.4.1 Desarrollo psicomotriz

La palabra está compuesta por dos vocablos: psico, que se refiere a la psique (pensamiento, emoción), y motricidad, basada en el movimiento y el desarrollo motor. Por lo tanto, la psicomotricidad es una disciplina que estudia e interviene en el desarrollo motor en vinculación con el pensamiento y las emociones. El movimiento es la base de la psicomotricidad, esto es importante para el bebé porque cada acción que realiza tiene sentido para su desarrollo y aprendizaje.

La psicomotricidad es utilizada como una técnica que favorece el desarrollo integral del individuo. De esta manera, existe una interacción entre el cuerpo y el entorno, entre los componentes biológicos, cognoscitivos y psicosociales de la persona.

Patrones de movimiento

Es importante que los padres conozcan qué es un patrón de movimiento y para qué sirve en la psicomotricidad, por lo cual a continuación se explicará dicho concepto. Al inicio de la vida, los movimientos de los bebés son sólo reflejos; encontramos reflejos de supervivencia, como la succión, la prensión y la deglución; reflejos posturales, como el de reptación (arrastrarse) y el de marcha, entre otros. Éstos se presentan como respuestas reflejas (no existe anticipación ni planeación del movimiento) ante un estímulo. Con el tiempo algunos reflejos desaparecen y otros se convierten en reacciones posturales. Así, elementos como el equilibrio y los giros corporales le darán al niño la oportunidad de llevar a cabo su actividad motriz o desarrollo motor. El movimiento en el ser humano sigue una evolución determinada por la genética. Los procesos de movimiento se presentan en todos los niños de cualquier parte del mundo y se manifiestan casi en los mismos tiempos, aunque pueden variar según la cultura y el entorno. Un ejemplo de ello es que en algunas comunidades se acostumbra a llevar a los bebés cargados sobre la espalda con rebozos. Esto puede posponer un poco el patrón de marcha, pero no es algo negativo, pues favorece un mejor desarrollo en el ámbito psicosocial gracias al

contacto corporal con la madre y los estímulos auditivos y de movimiento que lo acompañan constantemente.

Estos procesos que se presentan en los niños se llaman patrones de movimiento; se manifiestan de manera secuenciada de acuerdo con la maduración neurológica basada en dos leyes de desarrollo:

1. Céfalocaudal. El control progresivo del cuerpo va de la cabeza hacia la pelvis (es decir, desde el control cefálico hasta la marcha).
2. Próximo distal. Control del tronco del cuerpo hacia los brazos y las piernas.

Los patrones de movimiento están clasificados de la siguiente forma:

1. Básicos: de 0 a 18 meses.
2. Maduros: de 18 meses a 3 años.
3. Manipulativos: de 3 a 6 años.
4. De perfeccionamiento: de 6 años en adelante.

Patrones básicos

Los patrones básicos de movimiento están relacionados con la maduración neurológica; son nueve y cada uno tiene una secuencia de desarrollo motriz.

1. Control cefálico. El primero en manifestarse es el control de la cabeza. Se presenta de los cero a los tres meses de edad y se consolida aproximadamente en el tercer mes.
2. Cambio de decúbito. Se manifiesta una maduración en el cambio de postura, pues el bebé logra pasar de una posición supina (boca arriba) a una prona (boca abajo) y viceversa. Se presenta aproximadamente de los tres a los seis meses de edad. (Pikler, 1985)
3. Posición sedente. Se presenta cuando ya hay fuerza en el tronco y el niño logra enderezarse con una flexión de cadera, apoyándose con el hombro, el brazo y la mano. Se desarrolla aproximadamente de los seis a los ocho meses de edad.

4. De sedente a decúbito prono. Cuando el niño logra apoyar sus palmas o brazos manteniendo la cabeza y el tronco levantados. Se presenta de los seis a los ocho meses.

5. Reptación o arrastre. Se manifiesta a partir del patrón anterior, pero ahora está involucrado el movimiento de los miembros superiores (brazos) e inferiores (piernas). Al principio, el niño mueve brazos y piernas al mismo tiempo; después logra mover de manera alterna las cuatro extremidades. Precede al gateo y se presenta a la edad de seis a ocho meses.

6. De sedente a cuatro puntos y gateo. Se basa en los patrones anteriores y ocurre cuando el niño puede apoyarse en las palmas de sus manos y en sus rodillas. Posteriormente inicia el gateo con movimientos de vaivén hacia adelante y atrás, para finalizar con el desplazamiento. El gateo se presenta de los ocho a los diez meses. Es importante aclarar que si un bebé se arrastra hacia atrás, no está gateando; para que exista el gateo tiene que darse en la posición de cuatro puntos, con dirección al frente.

7. De posición de cuatro puntos a hincado. A medida que evoluciona el enderezamiento del tronco, el niño va controlando la cadera y los brazos, sobre todo la pelvis, además de que se presenta el equilibrio. Esto ocurre entre los nueve y los once meses de edad.

8. De hincado a bipedestación. El niño logra esta posición a partir del patrón anterior; al inicio lo hace con apoyo, tomándose de la cuna u otro mueble. Se presenta de los diez a los doce meses.

9. De marcha. Finaliza el proceso de los patrones básicos de movimiento, debido a la maduración del sistema nervioso a partir de la ley cefalo caudal. Se involucran la postura, el equilibrio, el espacio, la estabilidad y la organización corporal. (Pikler, 1985)

Patrones maduros

Cuando el niño ha logrado ponerse en pie, su evolución motriz continúa con los patrones maduros, que se manifiestan de los dieciocho meses a los tres años de edad; éstos son:

1. Marcha. A partir de que el niño logra la marcha, irá perfeccionando la direccionalidad, la intención, el equilibrio, los altos totales y la coordinación; poco a poco podrá subir pequeñas rampas y escalones.

2. Carrera. Comienza con los intentos de dar velocidad a la marcha. Este patrón también conlleva un proceso, pues al inicio de la carrera hay muy poco despegue del piso e impulso y las extremidades superiores están pegadas al tronco; conforme evoluciona, existe un mayor impulso, despegue del piso (vuelo) y coordinación entre los brazos.

3. Salto. Al igual que el patrón anterior, hay un proceso mediante el cual el niño va despegando los pies del piso, primero de manera alterna y después con los pies juntos, hasta lograr un despegue con impulso, vuelo y aterrizaje, coordinando también sus brazos. (Pikler, 1985)

3.1 Desarrollo infantil en la Primera Infancia

En términos de los procesos evolutivos, el desarrollo físico es considerado durante los primeros años de vida como “la base sobre la que se establece el desarrollo psicológico, aunque éste sea bastante independiente de las características físicas”; de este modo, el desarrollo motor ocupa un lugar intermedio entre el desarrollo físico y el psicológico, al depender no sólo del desarrollo de los músculos y nervios relacionados sino también de capacidades sensorio-perceptivas. Como ejemplo de esto, la coordinación entre aspectos madurativos de los sistemas nervioso, esquelético, muscular y sensorial, el progreso motor determina y a su vez resulta influenciado por otros componentes del desarrollo infantil, como los aspectos físicos, socioafectivos y psicológicos, que integran lo cognitivo. Así, en los primeros

años de vida, la habilidad para ejecutar actos motores es un indicador importante del funcionamiento cognitivo.

Piaget (1995), influyó profundamente en nuestra forma de concebir el desarrollo del niño. Antes que propusiera su teoría, se pensaba generalmente que los niños eran organismos pasivos plasmados y moldeado por el ambiente. Piaget nos enseñó que se comportan como “pequeños científicos” que tratan de interpretar el mundo. Tienen su propia lógica y formas de conocer, las cuales siguen patrones predecibles del desarrollo conforme van alcanzando la madurez e interactúan con el entorno. Se forman representaciones mentales y así operan e inciden en él, de modo que se da una interacción recíproca (los niños buscan activamente el conocimiento a través de sus interacciones con el ambiente, que poseen su propia lógica y medios de conocer que evoluciona con el tiempo).

3.2 Principios del desarrollo

Organización y adaptación

Dos principios básicos, que Piaget llama funciones invariables, rigen el desarrollo intelectual del niño. El primero es la organización que, de acuerdo con Piaget, es una predisposición innata en todas las especies. Conforme el niño va madurando, integra los patrones físicos simples o esquemas mentales a sistemas más complejos. El segundo principio es la adaptación. Para Piaget, todos los organismos nacen con la capacidad de ajustar sus estructuras mentales o conducta a las exigencias del ambiente.

- Asimilación y acomodación

Piaget utilizó los términos asimilación y acomodación para describir cómo se adapta el niño al entorno. Mediante el proceso de la asimilación moldea la información nueva para que encaje en sus esquemas actuales. Por ejemplo, un niño de corta edad que nunca ha visto un burro lo llamará caballito con grandes orejas. La asimilación no es un proceso pasivo; a menudo requiere modificar o transformar la información nueva para incorporarla a la ya existente. Cuando es compatible con lo

que ya se conoce, se alcanza un estado de equilibrio. Todas las partes de la información encajan perfectamente entre sí. Cuando no es así habrá que cambiar la forma de pensar o hacer algo para adaptarla. La asimilación es el proceso que consiste en moldear activamente la nueva información para encajarla en los esquemas existentes.

El proceso de modificar los esquemas actuales se llama acomodación. En nuestro ejemplo, el niño formará otros esquemas cuando sepa que el animal no era un caballito, sino un burro. La acomodación tiende a darse cuando la información discrepa un poco de los esquemas. Si discrepa demasiado, tal vez no sea posible porque el niño no cuenta con una estructura mental que le permita interpretar esta información. La acomodación es el proceso que consiste en modificar los esquemas existentes para encajar la nueva información discrepante.

De acuerdo con Piaget, los procesos de asimilación y de acomodación están estrechamente correlacionados y explican los cambios del conocimiento a lo largo de la vida.

- Mecanismos del desarrollo

Si el desarrollo cognoscitivo representa cambios en la estructura cognoscitiva o esquemas del niño, ¿a qué se deben esos cambios? Piaget es un teórico interactivo para quien el desarrollo es una compleja interacción de los factores innatos y ambientales. Según él, en el desarrollo cognoscitivo interviene los cuatro factores siguientes:

- Maduración de las estructuras físicas heredadas.
- Experiencias físicas con el ambiente
- Transmisión social de información y de conocimientos
- Equilibrio

El equilibrio es un concepto original en la teoría de Piaget y designa la tendencia innata del ser humano a mantener en equilibrio sus estructuras cognoscitivas, aplicando para ello los procesos de asimilación y acomodación. Piaget sostuvo que

los estados de desequilibrio son tan intrínsecamente insatisfactorios que nos sentimos impulsados a modificar nuestras estructuras cognoscitivas con tal de restaurar el equilibrio. Así pues, en su teoría ésta es una forma de conservar la organización y la estabilidad del entorno. Además, a través del proceso de equilibrio alcanzamos un nivel superior de funcionamiento mental.

3.3 Desarrollo según Vygotsky

Vygotsky sostuvo que el pensamiento tiene orígenes sociales. Las interacciones sociales juegan un papel crítico especialmente en el desarrollo de habilidades de pensamiento de orden superior, y el desarrollo cognitivo no se puede entender completamente sin considerar el contexto social e histórico dentro del cual está incrustado. Detalló: “Toda función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces: primero, a nivel social, y posteriormente, a nivel individual; primero entre las personas (interpsicológicas) y luego dentro del niño (intrapsicológico)” (Vygotsky, 1978 p. 57).

Esta noción vygotkiana del aprendizaje social contrasta con algunas de las ideas más populares de Piaget sobre el desarrollo cognitivo, que asumen que el desarrollo a través de ciertas etapas está determinado biológicamente, se origina en el individuo y precede a la complejidad cognitiva. Esta diferencia de suposiciones tiene implicaciones significativas en el diseño e implementación de experiencias de aprendizaje. Si consideramos, como lo hizo Piaget, que el desarrollo precede al aprendizaje, entonces nos aseguraremos de que no se introduzcan nuevos conceptos y problemas hasta que los alumnos hayan desarrollado primero las capacidades para entenderlos. Por otro lado, si tomamos en cuenta, como lo hizo Vygotsky que el aprendizaje impulsa el desarrollo y que el desarrollo ocurre a medida que aprendemos una variedad de conceptos y principios desafiantes con los demás, entonces nos aseguraremos de que las actividades estén estructuradas de manera que promuevan la interacción. Sabremos que es el proceso de

aprendizaje el que permite alcanzar niveles más altos de desarrollo, lo que a su vez afecta la “disposición de un niño para aprender un nuevo concepto” (Miller, 2011).

Como menciona Piaget y Vygotsky, el desarrollo se da en un sentido de aprendizaje pero también influyente entre el contexto social del niño y su desarrollo motriz, dichas frases fomentan que se contraponga la necesidad que se tiene para esta investigación, por otro lado Erik Erikson postulo estadios que influenciados por pensamientos de Sigmund Freud y estableció lo siguiente:

La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado. (Bordignon, 2005). La aportación de Erikson es interesante, pero su desarrollo no se basa de lleno en la primera infancia, por ello Piaget resulta el más adecuado a retomar.

Por lo anterior, si contrastamos a estos tres autores y lo que ellos proponen sobre el desarrollo en la infancia podemos decir que: “El desarrollo del niño se genera a través del aprendizaje obtenido por medio de la percepción y la asimilación, sin dejar a un lado que el contexto social donde se adapta impacta en la forma o cambio del mismo. Este proceso de desarrollo de va dando de forma paulatina desde el nacimiento hasta la vejez” (Vygotsky, 1978, pág. 54), con esto se visualiza que el desarrollo del neonato se debe dar en condiciones sanas, optimas y adecuadas que permitan, de acuerdo a estos tres autores, el desenvolvimiento del niño de una manera natural sin que este desarrollo pueda verse afectado o disminuido.

Por lo tanto, al conocer lo que estos autores nos dicen sobre el desarrollo infantil del niño, consideramos que la propuesta de Piaget es la que nos parece más adecuada para esta investigación, porque expone las etapas del desarrollo, los rasgos que estamos buscando pero sobre todo ese vínculo que se tiene de madre-hijo, puesto que desde aquí parte la problemática en el caso concreto de la

población objetivo de esta investigación. El consumo anterior y posterior del embarazo repercute en el neonato que su desarrollo se debilita o modifica por factores biológicos y físicos. Por lo tanto, para la pedagogía será muy relevante conocer estas modificaciones porque desde aquí se puede apoyar y ayudar a los niños durante la primera infancia de 0 a 3 años; mediante el uso de técnicas didácticas que lo ayuden a un mayor estímulo y posterior desarrollo en las áreas motoras y psicomotrices, desplegadas en la teoría de Piaget, como: el autoestima, juego de roles, participación activa.

Es por ello que para esta investigación, son relevantes las aportaciones de los estadios de Piaget y, con ello conocer e indagar las acciones que proponen para una buena adecuación del desarrollo motor, estas mismas se dejarán como una acción indagatoria que funcione en un futuro para posibles riesgos, afectaciones y adecuaciones en los infantes.

Capítulo II. Marco Contextual

2.1 Los Organismos Internacionales y la lucha contra la drogadicción en el mundo.

En los últimos años, el consumo de las drogas a nivel internacional se convirtió en un tema expuesto en diferentes países y contextos a cargo de los Organismos Internacionales, como lo fue el caso de la ONU en 1997, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). La labor de la UNODC consiste en educar a las personas en todo el mundo sobre los peligros del uso indebido de drogas y fortalecer las intervenciones internacionales contra la producción y el tráfico de drogas ilícitas y la delincuencia relacionada con las drogas.

Según el reporte de la UNODC (2021), alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Entre 2010 y 2019 el número de personas que consumían drogas aumentó un 22%, debido en parte al crecimiento de la población mundial. Basándose únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un aumento del 11% en el número de personas que consumen drogas en todo el mundo para 2030, y un marcado aumento del 40% en África, debido al rápido crecimiento de su población joven. Según las últimas estimaciones mundiales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total, padecen trastornos por consumo. (UNODC, 2021).

Estos trastornos son alarmantes, han generado que el tema de las drogas se vuelva de suma relevancia, no solo en los sectores de salud, seguridad o economía. El sector educativo ha incluido en este problema desde la perspectiva de prevención de adicciones, mediante un sin fin de folletos publicados y en los últimos años se observa la necesidad de atenderlo.

Los trastornos por consumo de drogas se encuentran entre las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad a lo largo y ancho del continente americano. Con una tendencia creciente en toda la región desde 2019, en la cual los trastornos por consumo de drogas se clasificaron como la novena causa de años de vida ajustados por discapacidad (DALY), la quinta causa de años vividos con discapacidad (YLD) y la decimoquinta causa de años de vida perdidos (YLL).) Debido a la mortalidad prematura. Esas muertes y años de vida saludable perdidos a causa de los trastornos por consumo de drogas son evitables mediante intervenciones preventivas y de salud pública, atención y tratamientos de salud adecuados, y prevención y manejo de los daños asociados con el consumo de drogas, y acceso a medicamentos controlados. (OPS, 2019)

La visualización de datos presenta el nivel, la distribución geográfica y las tendencias a lo largo del tiempo de la carga de los trastornos por consumo de drogas, incluidos los trastornos por consumo de opioides, los trastornos por consumo de cocaína, los trastornos por consumo de anfetaminas, los trastornos por consumo de cannabis y otros trastornos por consumo de drogas por edad, sexo, año y países de la región las Américas del 2000 al 2019.

Trastornos por consumo de drogas en la región de las Américas (OEA, 2019).

- En 2019, los trastornos por consumo de drogas causaron 85.984 muertes en ambos sexos (55.616 en hombres y 30.367 en mujeres); representando el 47% de las muertes globales causadas por trastornos por uso de drogas.
- El número de muertes en 2019 aumentó un 296% en relación con las 21.719 muertes en 2000, siendo América del Norte el principal contribuyente a este aumento.
- En 2019, la tasa de mortalidad en América del Norte, estandarizada por edad fue de 8,0 muertes por 100 000 habitantes (10,7 muertes por 100 000 habitantes en hombres y 5,4 muertes por 100 000 habitantes en mujeres).
- Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad aumentaron un 197 % de 2,7 muertes por 100 000 habitantes en 2000 a 8,0 muertes por 100 000 habitantes en 2019, en Estados Unidos.
- Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad debido a trastornos por consumo de drogas varían sustancialmente entre los países de la Región, de 21,3 muertes por 100.000 habitantes en los Estados Unidos a 0,4 muertes por 100.000 habitantes en Barbados.

El 20% de países con los niveles más altos de tasas de mortalidad en 2019 fueron:

1. Estados Unidos de América
2. Canadá

3. Bolivia
4. Guayana
5. Perú
6. Guatemala
7. Honduras

Estos datos, arrojados en el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, (2019), demuestran la cantidad de personas que en los últimos años han consumido drogas, estas cifras muestran un panorama del consumo que podría afectar a madres gestantes así como a sus familias.

La pérdida de salud debida a los trastornos por consumo de drogas se puede observar en las siguientes cifras:

En 2019, los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de:

- 791,2 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por 100.000 habitantes, mayor en hombres (973,6 AVAD por 100.000 habitantes) que en mujeres (613,8 AVAD por 100.000 habitantes)
- 409,1 años vividos con discapacidad (AVD) por 100.000 habitantes (458,1 AVD por 100.000 habitantes en hombres y 361,5 AVD por 100.000 habitantes en mujeres)
- 332 años de vida perdidos (AVP) por 100.000 habitantes debido a muertes prematuras (515,5 años por 100.000 habitantes para hombres y 252,3 años por 100.000 habitantes para mujeres) (OEA, 2019).

En la región, las tasas de AVAD estandarizadas por edad debido a trastornos por consumo de drogas aumentaron 102% de 387,0 AVAD por 100.000 habitantes en 2000 a 782,2 AVAD por 100.000 habitantes en 2019.

En 2019, el 20% superior de los países con las tasas de AVAD más altas debido a trastornos por consumo de drogas fueron:

1. Estados Unidos de América
2. Canadá
3. Perú
4. Bolivia (Estado Plurinacional de)
5. Uruguay
6. Brasil
7. Guayana

Estas cifras reflejan la situación política y social que los países de América Latina se han tenido que enfrentar a las muertes prematuras por el consumo directo de drogas, siendo esta una cifra alta que asimilan la mortalidad infantil como uno de los problemas graves de la niñez, aunado con problemas de salud, servicios y condiciones de vida. Estos datos son alarmantes pues estas muertes siendo provocadas por el consumo de drogas de la madre, muestran el problema que hay que identificar y cómo la pedagogía puede coadyuvar para disminuir algún factor negativo de lo antes citado dentro de sus propias posibilidades y límites.

2.2 Drogadicción en América Latina.

1) Uruguay

“Numerosos estudios han señalado que tanto el alcohol como su asociación con otras drogas durante la gestación causan diversos problemas para la madre y el niño, no solamente durante el periodo embrionario y fetal, sino también durante el resto de sus vidas con alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales” (Magri et al, 2007).

Como se plantea en esta investigación, en Uruguay un grupo de expertos en el sector salud y pediátrico se dio a la tarea de indagar sobre la drogadicción en el embarazo, aquí demuestra que las afectaciones se presentan en los procesos de aprendizaje y conducta, las cuales son vitales para la educación, incluso de aquí se abre el hilo de pensamiento sobre el impacto que tiene el problema en diferentes países.

El estudio internacional sobre “Género, alcohol, cultura” de la OPS/OMS y la Sociedad para el estudio del Alcohol Kjetil Bruun, GENACIS, señaló, en 2007, para el Uruguay un consumo de drogas del 48,9% y, en los estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, de 19 a 25 años a más de la mitad de las mujeres encuestadas. Eso quiere decir que en Uruguay aproximadamente la mitad de la población consume algún tipo de droga, mientras la cifra es más preocupante por tratarse de más mujeres que de hombres. (OPS, 2007).

Sin embargo el problema se agudiza con el consumo en mujeres, pues en la gestación estos síntomas y afectaciones alteran el desarrollo del niño, la influencia de las drogas se propaga rápidamente entre la población joven y aún más entre aquellos con vulnerabilidad.

2) Brasil

“Un estudio realizado con mujeres embarazadas reveló que el 15,9% fumaba, el 8,5% consumía alcohol y el 5,9% utilizaba drogas ilegales. Aproximadamente 1,93 millones de hijos de mujeres que consumen drogas están expuestos a sustancias nocivas durante el período prenatal. Por orden de frecuencia de consumo, la adicción al tabaco es la más elevada, seguida por el alcohol, la marihuana y la cocaína. Se verifica consumo de drogas múltiples en el 50% de las mujeres.”

(Marangoni et al. 2022).

En Brasil este estudio se realiza por la falta de datos e investigaciones sobre el tema, al ser de relevancia, los datos arrojados muestran una gravedad del

problema ya que el 50% de las mujeres son consumidoras de estas drogas durante el embarazo.

El consumo de drogas (tanto legales como ilegales) en mujeres de varios países del mundo, al igual que en Brasil, está aumentando y afecta a diversos estratos sociales en forma similar. Entre los más pudientes hay acceso a drogas caras; sin embargo, el mercado de las drogas ha creado opciones para llegar también a las personas menos pudientes, convirtiéndolas en consumidores; entre ellas, las mujeres han ido asumiendo un rol importante en este mercado. Una vez instalada la adicción, a raíz del consumo se delinea una serie de problemas, desde sociales hasta relacionados con la salud materna y fetal.

3.- Chile

El uso de drogas por parte de la mujer embarazada conlleva un alto riesgo no solo para ella, sino también dicho consumo puede repercutir en el crecimiento fetal normal, en la adaptación adecuada del recién nacido, e incluso en el normal desarrollo posterior del infante (Piñuñuri et al, 2015).

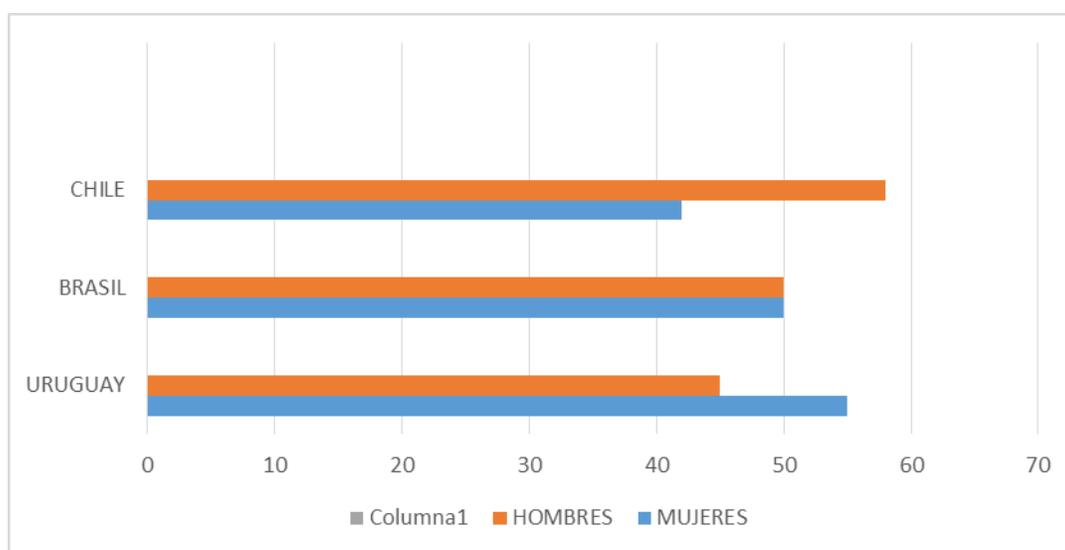
Los aspectos relacionados en el consumo de drogas, mantiene el eje de preocupación al sector salud, las políticas públicas muestran la atención de urgencia al tema, Piñuñuri menciona que la afectación del infante se ve después de la gestación e impacta directamente en el desarrollo del niño. Estos aspectos demuestran la creciente necesidad de fomentar un apoyo e impulso a este desarrollo que se ve comprometido con el consumo.

En el 2013 en el décimo estudio de drogas realizado en Chile, demuestra que las principales drogas consumidas son: la cocaína, pasta base de cocaína, marihuana, tabaco y alcohol. En este se observó un aumento del consumo de cannabis, relacionado con una percepción menor del riesgo de su consumo entre adolescentes y jóvenes (12-25 años). Otro factor a considerar es la frecuencia del consumo de drogas, que al ser repetitivo, genera una concentración estable en la

madre y el feto; generando mayor unión de metabolitos a moléculas fetales de origen proteico, pudiendo generar depósito de metabolitos en el líquido amniótico, la placenta y el feto mismo. Por otra parte, debido al aumento en la volemia⁴ durante el embarazo la distribución de las drogas incrementa, pero el flujo sanguíneo hepático permanece constante, llevando a una reducción del metabolismo hepático de algunas drogas, y a una menor velocidad de eliminación (Piñuñuri, 2015).

Las investigaciones de estos 3 países dan un panorama muy general pero claro para ver la afectación y el consumo de drogas en América Latina. El cual a pesar de los años aún sigue creciendo y aumentando el problema de drogas y su consumo. Tal y como puede apreciarse en la siguiente gráfica:

Gráfico 1: Porcentaje del consumo de drogas en 3 países de América Latina.



Fuente: Elaboración propia a partir de Magri et al, 2007; Marangoni et al. 2022; Piñuñuri et al, 2015.

En el gráfico se observa que en estos 3 países el consumo de drogas se ha presentado en cifras elevadas en ambos sexos. Respecto a las mujeres y lejos de lo que podría pensarse también son propensas al consumo de estupefacientes. En

⁴ La volemia puede definirse como el volumen total de sangre de un individuo. Consultado en: <https://www.quimica.es/enciclopedia/Volemia.html>

este sentido llama la atención cómo en Brasil el consumo de drogas es a la par entre hombres y mujeres y en el caso de Uruguay este es superado por el sexo femenino. Lo cual es preocupante siendo la mujer representa factores de riesgo al ser la que engendra y procrea un nuevo ser humano. Estos países presentan características similares a México con relación a ser países que necesitan atender la etapa prenatal y orientar a las madres en un buen desarrollo y salud.

2.3 La drogadicción en México

El Gobierno de México cuenta con distintas instituciones y organizaciones dedicadas al tratamiento de personas con problemas por el consumo de sustancias psicoactivas, cada una con distintos modelos de abordaje articuladas en la Red Nacional de Atención y Tratamiento, lo que permite atender el problema desde varias ópticas con la finalidad última de mejorar el bienestar de la población.

En concordancia también con la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028). En México existen dos modalidades principales de tratamiento: ambulatorio y residencial. El ambulatorio estaría representado por los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), por las 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil, y por los servicios que otorga un número no determinado de clínicas particulares.

En cuanto a la atención residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 unidades residenciales públicas y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, muchos de los cuales surgieron hace décadas como una respuesta de la sociedad para cubrir la escasez de este tipo de unidades en los servicios de salud gubernamentales. De estas últimas, 1,045 centros están registrados y reconocidos 56, es decir, que sus servicios dan cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad para ofrecer a la población atención de alta calidad. (CONADIC, 2019).

Para comprender de manera integral el fenómeno de las drogas en México, es importante dimensionar la complejidad de algunas variables geográficas, económicas y demográficas que tiene el país. Los Estados Unidos mexicanos tienen una superficie de 1, 964,375 kilómetros cuadrados que lo convierte en el 13º país de mayor superficie a nivel mundial. Políticamente se constituye como una república democrática, con un sistema representativo y federal compuesto por 32 entidades federativas en los cuales existen 2,458 municipios.

Según datos de 2013, se tiene una población de 123, 518,270 personas (60, 230,241 hombres y 63, 288,029 mujeres). De acuerdo con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, adicionalmente existen 11, 848,537 mexicanos que viven en el extranjero, de los cuales 97.23% radica en los Estados Unidos de América.

Los grandes grupos de edad se pueden agrupar entre quienes tienen entre 0 a 14 años que son un total de 33, 304,550 de personas; el grupo de jóvenes y adultos entre los 15 a 65 años, que suman 81, 381 346 de personas; y, 8, 832,374 de adultos mayores de más de 65 años. En 2015, 6.5% de la población mayor de tres años hablaba una lengua indígena, de las cuales el 84.6% hablaba también español, asimismo, se tienen reconocidas 67 lenguas indígenas propias del país. (CONADIC, 2019).

Dentro de los principales hallazgos que obtuvo Oxfam México en el estudio sobre la desigualdad extrema en México, identificó que el país está dentro del 25% de los países con mayores niveles de desigualdad en el mundo y es uno de los dos países más desiguales de la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económicos (OCDE).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2022 el 46.8% de la población se encontraba en situación de pobreza y el 10.8 % en pobreza extrema. El 19.4% estaba en rezago educativo, 22.3 % tenía carencia a servicios de salud, 50.2 % carencia por acceso a la seguridad social y 18.2% tenía carencia por acceso a la alimentación y el 43.5% de la población se encontraba con un ingreso inferior a la línea de bienestar.

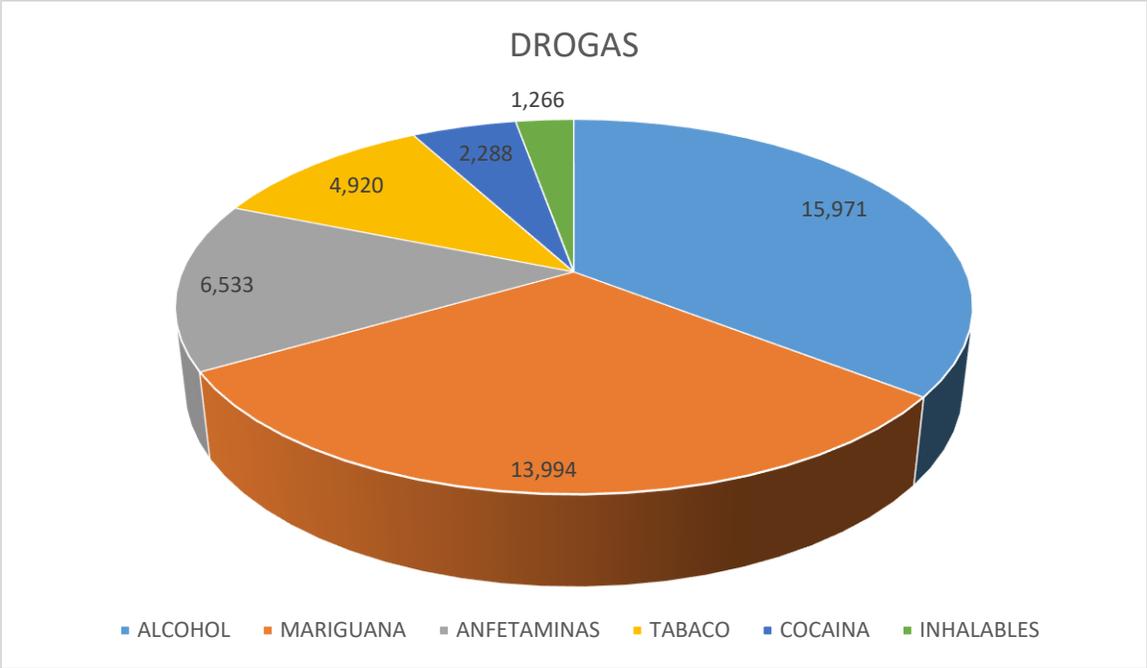
Por otro lado, dentro de los principales hallazgos del informe 2022 del CONEVAL destaca el comportamiento de algunos indicadores en materia de desarrollo social en el país:

- Los datos sobre pobreza muestran un panorama mixto. Entre 2008 y 2022, la pobreza aumentó en 3.9 millones de personas; al mismo tiempo, 2.9 millones de personas dejaron de estar en situación de pobreza extrema. Lo anterior es resultado, por un lado, de la reducción de la mayoría de las carencias sociales, aunque las carencias de acceso a la seguridad social y a la alimentación todavía son altas.
 - o La carencia por acceso a los servicios de salud tuvo la mayor reducción entre 2008 y 2016 (alrededor de 24 millones de personas), seguida de la carencia de calidad y espacios de la vivienda (5 millones de personas menos). La carencia de acceso a la seguridad social disminuyó en 4.1 millones de personas, pero todavía 68.4 millones presentan la carencia. La carencia de acceso a la alimentación prácticamente no tuvo cambios en este periodo, producto de un incremento entre 2008 y 2010 y, posteriormente, de una reducción de casi la misma magnitud entre 2010 y 2016. En 2016 había 24.6 millones de personas con esta carencia. (CONADIC, 2019).

Entre 1992 y 2016 el ingreso promedio ha tenido fluctuaciones que no han permitido mejoras permanentes en el bienestar de los hogares. De acuerdo con datos de 2018 del Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), en los UNEME CAPA a nivel nacional, se admitieron en tratamiento, principalmente a personas por consumo de alcohol (15,971), marihuana (13,994), anfetaminas y metanfetaminas (6,533), tabaco (4,920), cocaína (2,288) e inhalables (1,266). En menor medida se atendieron a personas

por consumo de fármacos (341), heroína, opiáceos y opioides (166), alucinógenos (60). A continuación se observa un gráfico que ilustra lo señalado anteriormente.

Gráfico 2: Admisión de personas según el tipo de drogas



Fuente: Elaboración propia con datos de SICECA, 2018.

2.3.1 Centros de tratamiento residencial no gubernamentales

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (*SISVEA*), fue creado en 1990 con el propósito de complementar la información relativa al consumo de sustancias psicoactivas, con apoyo de cuatro fuentes de información, a saber: Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales, Consejos Tutelares para Menores, Servicios Médico Forenses (SEMEFO) y Servicios de Urgencias Hospitalarias. A partir de 2017, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (*SISVEA*) actualizó el cuestionario a través del cual recaba información.

En 2018 se registraron en el *SISVEA* un total 71,601 registros, mismos que provienen de las 32 entidades federativas. La distribución de la población por sexo

mostró que el 92.3% (66,053) pertenecen al sexo masculino y el 7.7% al femenino (CONADIC, 2019).

Motivo de ingreso a tratamiento

Se reconoce que los pacientes que acuden a estos centros de tratamiento, lo hacen porque el consumo de drogas les ha generado problemas en distintos ámbitos de la vida (salud, familiar, social, laboral o legal), por lo cual la mayoría de los pacientes reportaron en su motivo de ingreso que acudieron de forma voluntaria (61.4%), seguidos por el 26.8% que fueron llevados por amigos o familiares, lo cual puede ser un referente del bajo grado de autopercepción de su dependencia o de la necesidad de apoyo para iniciar y continuar un tratamiento. (CONADIC, 2019).

Droga de inicio

Respecto a la droga de inicio que se consumió, se observa que los porcentajes más altos corresponden a sustancias legales como el alcohol (37.7%) y el tabaco (29.6%); las drogas ilegales de mayor consumo inicial fueron la marihuana (17.2%), los estimulantes de tipo anfetamínico (6.2%), los inhalables (3.6%) y la cocaína (3.2%). En promedio la edad de inicio fue a los 15.2 años (desviación estándar de 4.8 años) y el 91.7% reportaron que habían consumido la droga.

Droga de impacto

La droga de impacto es aquella que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas), sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que además es el motivo principal de la demanda de servicio en estas instituciones de rehabilitación. En 2018, la principal droga de impacto fueron los estimulantes de tipo anfetamínico (33.5%), seguidos del alcohol (27.4%), la cocaína (10.4%) y la marihuana (10.2%). El consumo de la droga de impacto inició en promedio a los 18.9 años (desviación estándar de 7.0 años), es decir, tres años posteriores al consumo de la droga de inicio. (CONADIC, 2019).

Justo los centros de rehabilitación no gubernamentales se encuentran nuestros sujetos de estudio, de quienes nos interesa conocer la perspectiva general de su situación y en qué condiciones llegan, pues esto nos servirá para recolectar

información de primera fuente. Las afectaciones desde el punto de vista de los factores sociales aumentan la significancia de por qué investigar sobre el tema conociendo de primera mano los datos no sólo cuantitativos sino cualitativos sobre la población objetivo: hijos de las mujeres con algún tipo de adicción cómo se pueden apoyar, mejorar y generar mecanismos desde la pedagogía como una posible estrategia de intervención mediante estrategias didácticas que permitirán solventar de alguna forma estos daños, a través de un análisis riguroso en la forma en que esos bebés se desenvuelven.

2.4 La drogadicción infantil

La niñez es una población muy vulnerable en cuestiones sociales y políticas, el tema de la drogadicción se observa en personas adultas y jóvenes, pero la drogadicción infantil es una realidad que debe atenderse, la importancia de prevenir en ocasiones es tardía, ya que en muchas familias el consumo viene arraigado desde generaciones anteriores. Algunos niños se han expuesto al consumo de drogas y sus padres están relacionados con el consumo, el consumo puede afectar el temperamento y la conducta del menor, vulnerabilizando su crecimiento y forjamiento emocional.

Etapa de lactancia

Las características conductuales que se manifiestan en la lactancia pueden tener una influencia sobre el riesgo para presentar abuso de alcohol, tabaco u otras drogas (AATOD) o el trastorno por dependencia de sustancias (TDS). El temperamento del bebé en la lactancia está constituido por características emocionales y conductuales elementales que son moldeadas por la socialización para producir la personalidad. De manera importante, la calidad del temperamento del bebé influye sobre las actitudes y las motivaciones de los padres o cuidadores.

En familias con personas alcohólicas o drogadictas, han ocasionado que los hijos en la etapa de la lactancia muestren de manera considerable un cambio repentino en su temperamento afectando las interacciones entre los padres e hijos. Los vínculos débiles e inseguros de padre e hijo, aumentan el riesgo de una variedad

de problemas en la conducta del bebé, que se va observando a medida que el bebé va creciendo y afectando más este vínculo. La expresión afectiva entre padres e hijos se consideran parte del desarrollo integral de la primera infancia. (Moreno, 2005)

En este tipo de relación entre el padre e hijo es menos probable que se desarrolle entre niños con dificultades temperamentales y sus padres. También se ha observado que en las madres adolescentes, con desventajas socioeconómicas, es frecuente que la capacidad maternal sea deficiente o negligente, por la falta de conocimientos, habilidades de maternidad, apoyos familiares y sociales y recursos económicos. Investigaciones recientes demuestran que la negligencia, como un aspecto de maltrato, se relaciona importantemente con el consumo de drogas, al menos en sus etapas iniciales.

Etapa preescolar

El temperamento en etapa preescolar predispone al surgimiento de nuevas y más complejas características psicológicas concomitantemente con interacciones con el entorno. Esta situación aleja u orienta al niño hacia problemas conductuales o psicopatológicos, alejando o acercando la ruta del desarrollo hacia el abuso de alcohol, tabaco u otras drogas o de trastornos por dependencia de sustancias.

Las desviaciones del desarrollo, manifestadas tempranamente en la niñez y que están bien definidas como precursores de abuso de alcohol, tabaco u otras drogas durante la adolescencia, incluyen tanto los trastornos de conducta externalizada (Trastorno de Conducta; Trastorno por Déficit de Atención), así como los de conducta internalizada (Depresión; Trastorno por Angustia). Una de las manifestaciones de pobre control conductual es que el niño no satisfaga las expectativas del adulto o de la sociedad. Esta característica se ha documentado en hijos (no en hijas) de hombres alcohólicos. Esta no complacencia presagia el desarrollo de un trastorno oposicionista desafiante que, a su vez, va a consolidar un estilo adaptativo caracterizado por rebeldía y problemas de conducta que pronostican abuso de alcohol, tabaco u otras drogas y trastorno por dependencia de sustancias en la adolescencia. (Moreno, 2005)

Consumo de drogas en niños:

Quienes están más expuestos en convertirse en víctimas de las drogas son los adolescentes y ahora también los niños. El índice de consumo entre adolescentes es cada vez mayor y muchos de ellos son estudiantes que podrían ver trunca su carrera académica y sufrir las consecuencias, como delincuencia o adicción, con graves daños para la salud física. El consumo de estupefacientes modifica y altera el comportamiento psicológico, físico y social de una persona, además de ocasionar dependencia física y emocional.

El transporte, la distribución y el consumo de drogas causan conflictos, extorsiones, disfunción familiar, conductas delictivas y autodestrucción. La niñez y la adolescencia son el futuro de un país. Los principales indicadores en esta materia son referentes básicos del progreso logrado por una nación y de sus posibilidades futuras. Pese a la existencia de leyes y a los importantes esfuerzos realizados por las instituciones estatales y de la sociedad civil, la realidad actual nos devuelve una imagen preocupante sobre la situación de la niñez y la adolescencia de nuestro país y nos recuerda que tenemos con ellas una importante tarea social. Las estadísticas nos ayudan a observar los alarmantes indicadores sobre el alto riesgo que corren los niños y adolescentes de sufrir adicción a las drogas. Por ello debemos seguir priorizando y atendiendo conjuntamente este problema, considerando que, al hacerlo, se estará trabajando para el desarrollo de la gente y con ella, el desarrollo del país.

En los años 2003 y 2004 se realizó en Centros de Integración Juvenil una investigación que abarcó los expedientes de los menores cuyas edades oscilaron entre 8 y 12 años. Se observó que más de la mitad de los casos atendidos en dicho periodo (51 por ciento) se ubicaba alrededor de los 11 años de edad; mientras que los de 10 años representaron 31 por ciento. (Moreno, 2005)

En estos centros de integración juvenil, las acciones para prevenir el consumo de drogas se ha visualizado en generar un paquete de opciones como: crianza positiva, lactancia segura. Ambos aspectos que se han desarrollado a lo largo de esta investigación. Es importante resaltar que nuestros sujetos participantes se

encuentran en estos centros de integración, por lo tanto es fundamental situar estas estadísticas.

Esto resulta alarmante, pues vemos que el consumo de sustancias tóxicas se presenta cada día a menor edad. El 91 por ciento de los casos atendidos eran del sexo masculino. Cabe señalar que 72 por ciento de los niños atendidos asistía a la escuela, lo que desmitifica la “idea” errónea de que sólo los menores que se encuentran fuera del ámbito escolar son más vulnerables; 48 por ciento de ellos se encontraba cursando el cuarto y quinto año de primaria. La mayoría de los casos presentaba diversos problemas de aprendizaje, como déficit de atención, bajo rendimiento escolar y reprobación, así como diferentes trastornos de conducta, en los cuales la impulsividad y la agresión son síntomas frecuentes. Igualmente, se encontró que 94 por ciento de estos niños padecía problemas familiares, como desintegración, violencia y maltrato (fundamentalmente de tipo psicológico o emocional). (Moreno 2005)

En el estudio de Moreno se señala que esta alteración en la convivencia familiar se ve claramente reflejada en la actitud de la familia ante las drogas; 71 por ciento de las familias mostró un abierto rechazo, 26 por ciento de ellas al consumo, mientras que 23 por ciento declaró una actitud de ambigüedad y 6 por ciento lo veía “normal”. La droga más consumida, en 60 por ciento de los casos, fueron los inhalables, seguidos por el tabaco, el alcohol y la marihuana, observándose que 58.9 por ciento de los niños provenía de un nivel socioeconómico bajo y 36.8 por ciento de un nivel medio bajo. La desigualdad económica es un problema importante en nuestro país que se ha acentuado desde varias décadas, lo cual puede contribuir a aumentar este problema.

Diversos estudios sobre la pobreza han concluido que sus efectos impacten de manera especial a la niñez y a la adolescencia. La desigualdad de oportunidades y de apoyos sociales restringe severamente la justa distribución de oportunidades, presente y futura para los menores, lo que alimenta un círculo vicioso que sume en la pobreza a los mismos grupos de generación en generación. Sus impactos se

muestran en los índices de delincuencia, pandillerismo, desnutrición, trabajo infantil, deserción escolar, adicción a sustancias tóxicas y mortalidad.

Los problemas de la niñez y la adolescencia en un país multicultural y con grandes diferencias sociales y económicas no son semejantes para todos. Sin embargo, es posible aproximarse a esa diversidad y establecer quiénes son y dónde se encuentran los grupos más excluidos. Las adicciones son un problema de salud pública en el país. Los registros estadísticos hablan de su gravedad, al afectar a niños y a adolescentes en plena etapa de desarrollo, tanto neurológico como emocional. Es la edad en la que se afirma la seguridad del individuo y se prepara para afrontar las responsabilidades como adulto. La sociedad espera de los adolescentes que superen las vicisitudes del desarrollo, logren ser productivos y se conviertan en hombres y mujeres de bien. Las fallas en este proceso se convierten en factores de riesgo para el consumo de drogas. (Moreno, 2005).

Capítulo III. Metodología de la investigación

3.1 Método de recolección

Esta investigación es de tipo cualitativo, en ella se busca explorar e indagar la afectación del desarrollo motriz de niños nacidos con madres consumidoras de drogas durante el embarazo. Diversas áreas como la salud, la pediatría, neurología y la psicología abordan este tema de sumo interés y que abarca el buen desarrollo integral de los neonatos. Dentro de la pedagogía su aporte es fomentar a través de sus herramientas, en contribuir a mejorar aquello posiblemente afectado en el proceso de aprendizaje y desarrollo motriz en el discente, por eso la estrategia de investigación tiene un alcance descriptivo y analítico.

Para llevar a cabo este objetivo se hará un acercamiento a la teoría fundamentada; “que permite usar datos provenientes de cualquier método y fuente de investigación, ya sea experimento clínico, encuesta o análisis de contenido, etc., sin estar ligado a ellos; trasciende los métodos descriptivos y sus limitaciones, como son la búsqueda de datos precisos, la interpretación y el modo de construir los datos” (de la Espriella, y Gómez, 2020); esta investigación optó por revisar las historias clínicas de las madres, con ello se obtuvieron datos estadísticos que permitieron observar y analizar la información obtenida, debido algunas limitantes fue más factible realizar un cuestionario a los cuidadores de los bebés, aun cuando al principio se querían realizar entrevistas a profundidad. Con ello Palacios menciona: “la teoría fundamentada es un método flexible que posibilita el análisis de datos y la construcción de teorías basadas en los mismos, lo que permite administrar y optimizar el proceso de investigación” (2021). Por lo tanto tomar la teoría fundamentada optimizara mejor la investigación, al darse cambios inesperados respecto a los datos.

Dicho esto, la perspectiva desde las historias clínicas de las madres que consumieron drogas durante la gestación nos dará una visión de las mujeres implicadas así como sus antecedentes médicos, para así poder ver el fenómeno desde dos aspectos clave: conocer sobre el consumo que estas tuvieron antes y durante su embarazo y poder analizar qué factores han repercutido en la situación en la que se encuentran sus hijos.

3.2 Técnicas de recolección

La teoría fundamentada, nos ayudará a revisar la perspectiva obtenida través de las historias clínicas y conocer el problema que existe entre la relación del consumo de drogas con la posible afectación del desarrollo motriz de los bebés, entender el problema y enfatizar la objetividad de la pedagogía dentro del problema.

Los sujetos participantes serán 16 madres y 6 bebés (Solo se obtuvieron los permisos necesarios con ellos), a quienes se les aplicó la prueba de desarrollo conocida como “Nacimiento y primeros meses del niño”, esta se retomó

y adaptó de Eliseo Palau, quien realizó estudios similares en las que se presentan casos de mujeres expuestas al consumo de drogas durante el embarazo.

A partir de este test se realizará una prueba de habilidades psicomotrices a los bebés debido a que los indicadores que se colocan me parecen muy asertivos, estos para conocer el desarrollo motriz del bebé.



3.3 Sujetos participantes

Las madres pertenecen al Estado de México, en los municipios de Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, Ecatepec e Ixtapaluca, mismo municipios que asientan los centros de rehabilitación. El tamaño de la población es de 16 madres, algunas ingresadas a la actualidad y algunas otras ya egresadas de su periodo de internamiento.

Para ello se revisarán ocho centros de rehabilitación en adicciones, mismos que tienen personal capacitado y cuidadores para los bebés de las pacientes que lo

requieran, en algunos casos los menores son cuidados por la familia de la ingresada.

Para la realización del estudio, tuve acceso a algunas de las historias clínicas de las madres dado a que se relaciona con mi experiencia laboral en este contexto específico, eso proporcionó información valiosa para conocer sus antecedentes de salud, los cuales se van a contrastar con algunas entrevistas de algunas madres y cuidadores. Aunado a la revisión de las históricas clínicas, se pretende realizar entrevistas a las madres; como se señaló en caso de que de estas no estén en condiciones para una entrevista dada su condición al interior del Centro, se solicitará al personal cuidador de la madre o a la familia que está al cuidado del bebé una entrevista para poder contrastar los resultados obtenidos en las historias clínicas.

Cabe señalar que por el principio ético de toda investigación, se mantendrá el anonimato de los participantes. El acceso a los centros y permisos requeridos, fueron proporcionados por la Central Mexicana de AA., la cual regula los centros de rehabilitación, es un organismo no gubernamental, sin fines de lucro, regulados por asociaciones civiles. El grupo “Jóvenes Guerreros” y la “Fundación El refugio” incorporados a la Central Mexicana de AA, dará los medios de acceso para las entrevistas y proporcionará los materiales, estancias y tiempos para facilitar la recaudación de la información.

3.4 Ruta crítica sobre la pedagogía y sus acciones acerca de la drogadicción

En un estudio realizado en Colombia por Quintero Corzo, Josefina; Álvarez Márquez, Diana Yurany; Munévar Quintero y Fabio Ignacio, se señala que la violencia, la agresión física y verbal, el embarazo prematuro, el aborto, la ingesta de anticonceptivos, la drogadicción, el alcoholismo, el cigarrillo, la desnutrición, el abandono familiar, la carencia de afecto de los padres, el uso de códigos comunicativos, jergas y lenguajes, forman parte de la vida cotidiana en las aulas escolares. Esta preocupación no se satisface plenamente aunque se contemple dentro de la misión, propósitos, metas y objetivos de los planes curriculares. Por

estas razones, el currículo escolar ha dejado de ser pertinente y la formación del individuo ha dejado de ser integral. La primera infancia busca tener ese desarrollo integral que involucre en el proceso de enseñanza al niño, a la familia y a los docentes, todo profesor desea que sus estudiantes sean activos, piensen, participen, estén atentos a las explicaciones e instrucciones impartidas, desarrollen competencias y alcancen altos puntajes en las evaluaciones. Los profesores se interesan por planear clases lúdicas y con métodos actualizados para niños, adolescentes y jóvenes con el fin de controlar la disciplina e incrementar la participación incluyendo a estudiantes con dificultades de aprendizaje, desnutrición, falta de atención o desadaptación social. Esto es importante para la investigación sobre la afectación del desarrollo motriz en niños expuestos a drogas durante el embarazo, pues las afectaciones que presenta la descompensación de un desarrollo motriz adecuado, se refleja en las aulas, aquí se colocan esos ejemplos a los cuales pueden llegar a dificultar los aprendizajes.

Por su parte la UNESCO, exhorta a que cada persona ha de comprenderse a sí misma y a las demás. Los procesos formativos, tanto en educación básica como superior, deben alcanzar un mayor grado de pertinencia y su desarrollo favorecerá los avances científico, tecnológico y humanístico en los diferentes grupos poblacionales. Nos encontramos en un mundo caracterizado por la globalización, la apertura económica, la comunicación intercultural y el avance acelerado de progreso científico y tecnológico, donde los estudiantes adquieren y construyen nuevos lenguajes y comportamientos.

Los nuevos educadores manifiestan que carecen de herramientas para dar solución a esta problemática y que, además de una serie de contenidos y metodologías, necesitan fundamentación investigativa y competencias para abordar esas problemáticas. Unos y otros coinciden en afirmar que poseen un excelente y actualizado dominio de la disciplina enseñable pero existen barreras de otra índole que ni aún los grupos interdisciplinarios conformados por psicólogos, sociólogos, médicos, pedagogos o programas de Bienestar, con o sin apoyo de las Secretarías de Educación, han podido erradicar. (Quintero, 2011).

Por lo anterior, esta investigación, visualiza en quehacer del pedagogo en esta situación, las herramientas pedagógicas tales como programas, curriculum, acciones preventivas y disociativas, apoyarán el porcentaje de alumnos con problemas de drogadicción. Si bien nos aclara una situación real, aún faltan investigaciones y metodologías extensas para abrir mejor la brecha es por ello que esta investigación pretende hacer visible las herramientas con las que cuenta la pedagogía durante los últimos años, tales como estrategias metodológicas, temas como la inclusión, el género, la diversidad, la equidad y sobre todo el desarrollo integral proponen ayudar al alumno en cuestiones que hace años no eran la prioridad. Como el tema que aquí nos ocupa.

Capítulo IV. Resultados

En la investigación los datos arrojados para conocer la afectación del desarrollo motriz en niños de 0 a 6 años, se formuló de acuerdo a la indagación del problema en 2 poblaciones, la primera obteniendo las historias clínicas de las madres y la segunda con una población de seis bebés, a los cuales se les aplicó un test de desarrollo infantil “Nacimiento y primeros meses de vida” retomado y adaptado de Eliseo Palau (2001). En ambos casos los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Historias clínicas ^(ANEXO 1)

En las siguientes Tablas 3,4 y 5 se muestran los aspectos considerados en la revisión de las historias clínicas:

Tabla 3. Aspectos familiares revisados en las historias clínicas

Aspectos familiares	Indicadores	No. de incidencias
Antecedentes en el consumo de drogas	Se coloca los antecedentes a 3 generaciones anteriores de la paciente.	Con antecedentes: 9 internas. Sin antecedentes 6 internas.

Condiciones legales	Considera su situación de delitos no penales.	Con delitos: 2 internas Sin delitos: 13 internas
Delitos	Asalto, portadora de armas, narcomenudeo y violencia.	Asalto: 5 internas Portar armas: 2 internas Narcomenudeo: 7 internas Violencia: 14 internas
Patrones de conducta	Agresividad, impulsos.	Agresividad: 14 internas Impulsos: Todas
Apoyo familiar	Si algún familiar la apoyo en cuestión de vivienda y económicamente.	Apoyo familiar: 10 internas. Sin apoyo: 5 internas

Elaboración propia con datos de las historias clínicas de los centros de rehabilitación, 2023.

*Estos indicadores fueron colocados por parte de los médicos y psicólogos de los centros de rehabilitación, se retomaron en base al mismo formato.

La tabla 3, nos muestra los indicadores que se retomaron de acuerdo a las historias clínicas de las internas, esos datos fueron recopilados a través del seguimiento que tuvieron las internas, los formatos de las historias clínicas han sido desarrollados a lo largo de 10 años con aspectos cotidianos de las familias. Para esta investigación se retomaron indicadores que se presentan en las historias clínicas, conocer los antecedentes familiares y de violencia en la familia, podemos ver ejemplos como: violencia, asalto, narcomenudeo y drogadicción de los padres; con esto podemos ir colocando los aspectos que la madre tuvo que experimentar, exponiendo al bebé al consumo a través de la madre, pero también a las condiciones sociales y familiares que vive la interna.

Tabla 4. Aspectos sociales revisados en las historias clínicas

Aspectos sociales	Indicadores	No. de incidencias
Condiciones socioeconómicas	Su estabilidad económica, ingresos y gastos.	Estabilidad: 4 internas No estables: 11 internas

Repercusiones	La exclusión de su situación en cuestiones laborales y sociales.	Exclusión laboral: 12 internas Exclusión social: Todas.
Vivienda y pobreza	Tipo de vivienda y situación económica.	Vivienda propia: 2 internas Vivienda en renta: 13 internas
Vulnerabilidad	Pobreza, violencia e inseguridad.	Pobreza: 12 internas Violencia: 10 internas Inseguridad: Todas viven en comunidades inseguras.
Aspectos escolares	Su trayectoria escolar máxima.	Nivel de estudios Primaria trunca: 1 interna Primaria concluida: 14 internas Secundaria trunca: 4 internas Secundaria concluida: 10 internas ⁵

Elaboración propia con datos de las historias clínicas de los centros de rehabilitación, 2023.

*Estos indicadores fueron colocados por parte de los médicos y psicólogos de los centros de rehabilitación, se retomaron en base al mismo formato.

En la tabla 4, se muestran los aspectos sociales cotidianos de las internas, mismos aspectos que repercuten en su vida y desenvolvimiento. El nivel socioeconómico fue medido a través de un test, abarcando aspectos laborables y estables, con esto arroja que la interna se desenvuelve en colonias peligrosas y con altos índices de violencia y marginación, las oportunidades laborales responden a un salario mínimo y donde las familias acrecientan el número de integrantes, la necesidad de trabajar y dejar de estudiar se vuelve requisito para seguir solventando a la familia. Cabe

⁵ En esta tabla, se colocan el número de internas que término el nivel de estudios, es decir, se pueden repetir en algún parámetro pero el número total de internas siguen siendo las 15.

señalar que estos test los realizó el médico o especialista a cargo de las internas, se retoman estos indicadores pues se consideran importantes para observar a las mujeres bajo estudio. Por ejemplo: sus condiciones de vida, el tipo de vivienda, el contexto social, los niveles de inseguridad y delincuencia según el municipio. Al respecto, las internas pertenecen a varios municipios del Estado de México, por último se colocó el ultimo nivel de estudios de la interna y sus familiares.

Para esta investigación los datos demuestran una vertiente social importante, pues no solo conocer la afectación del consumo de drogas en el embarazo, de la misma manera conocer el origen nos da un entendimiento del problema. El origen del consumo de drogas, se debe a múltiples factores, algunos de ellos mencionados en el párrafo anterior, incluso conociendo su vulnerabilidad social y demográfica.

Tabla 5. Aspectos personales revisados en las historias clínicas

Aspectos personales	Indicadores	No. de incidencias
Consumo de drogas y tiempo de consumo.	El tipo de droga y su tiempo en el consumo sobre la paciente.	Consumo de drogas Alcohol:5 internas Cocaína: 2 internas Marihuana: 2 internas Inhalantes: 4 internas Fentanilo: 1 interna Cristal: 1 interna El tiempo de consumo (véase en la tabla 6).
	Daños físicos como: perdida de una extremidad, poca vista y	Daños físicos ⁶ Perdida de extremidad: 1 interna Poca vista: 3 internas Poca audición: 1 interna

⁶ En este apartado, algunas internas pueden tener 1 o más aspectos sobre el daño físico. Es por ello que los números son repetitivos, pero se sigue utilizando solo 15 internas como sujeto de estudio.

Daños físicos y mentales	audición, enfermedades provocadas por su consumo. Daños mentales como: Trastornos emocionales, síndrome de Estocolmo, alucinaciones.	Trastornos emocionales: 7 internas Síndrome de Estocolmo: 2 internas Alucinaciones: 13 internas Enfermedades provocadas Enfermedades de transmisión sexual: 7 internas. Úlceras gástricas: 3 internas.
Alumbramiento	Tiempo de gestación y tipo de alumbramiento.	(Véase, tabla 6)
Aspectos del bebé ⁷	Peso, talla, aspectos relevantes al nacer.	Peso adecuado: 5 bebés Bajo peso: 10 bebés Talla adecuada: 6 bebés Talla inadecuada: 9 bebés.
Estancia	Su tiempo internada.	Tiempo internadas de las madres: Indefinido (Aún permanecen en la clínica): 13 internas. 6 meses: 1 interna 1 año: 1 interna

Elaboración propia con datos de las historias clínicas de los centros de rehabilitación, 2023.

*Estos indicadores fueron colocados por parte de los médicos y psicólogos de los centros de rehabilitación, se retomaron en base al mismo formato.

⁷ En este apartado, la cantidad de bebés es por cada una de las internas, recordemos que no dieron los permisos a los 15 para la aplicación del test, por lo que se colocan los datos que contenían las historias clínicas de las 15 internas.

En la tabla 5, nos muestra una vertiente importante sobre la vida y el consumo de drogas por parte de la madre, pues nos arroja el tipo de droga que consumieron, los aspectos sociales a los que se expusieron e incluso los daños físicos que la madre experimento al consumir droga. Pues en la mayoría las alucinaciones son parte de sus consecuencias al consumir, la exposición a enfermedades de transmisión sexual, aumenta los riesgos al que el feto fue sometido, pues a pesar de tener las ETS ningún niño nació bajo esas enfermedades. De igual manera algunos bebés nacieron con bajo peso al nacer, este factor lo mencionábamos al conocer las afectaciones del consumo de drogas por lo tanto, si es necesario conocer esas especificaciones para dar un panorama claro, algunas madres en la actualidad siguen internadas esto nos muestra que los bebés siguen expuesto a la ausencia maternal pues las madres, no están capacitadas para la lactancia, de ahí que el bebé siga teniendo afectaciones por el consumo de drogas y ya no son afectaciones físicas, si no emocionales.

Los datos recogidos de las historias clínicas demuestran que el alumbramiento, así como la gestación no fue de manera adecuada, algunas de las madres fueron internadas sin atención prenatal y con algunos meses de embarazo (ver tabla 6). Cabe señalar que el estudio consideró en un principio un número total de 16 historias clínicas. Sin embargo, una de ellas se omitió, por cuestiones personales de la familia y la propia interna.

Tabla 6. Información recopilada en las historias clínicas

Interna	Edad	Alumbramiento	Consumo en la gestación	Tipo de droga	Antecedentes de drogadicción	Edad del bebé
1	23	Normal	3 meses	Alcohol	No ⁸	4 m
2	15	Cesárea	6 meses	Alcohol	Si	9 m
3	38	Cesárea/preclamsia	5 meses	Cocaína	Si	6 m
4	19	Normal	3 meses	Marihuana	Si	12 m
5	21	Normal	4 meses	Inhalantes	Si	14 m
6	34	Normal	4 meses	Alcohol	No	3 m
7	30	Cesárea	6 meses	Inhalantes	Si	24 m
8	30	Cesárea	7 meses	Inhalantes	Si	20 m
9	17	Cesárea	6 meses	Fentanilo	Si	10 m
10	17	Normal	5 meses	Alcohol	Si	17 m
11	18	Cesárea/Riesgo	5 meses	Inhalantes	Si	19 m
12	19	Cesárea	4 meses	Marihuana	No	3 m
13	17	Normal/Riesgo	4 meses	Alcohol	No	10 m
14	16	Cesárea/Preclamsia	7 meses	Cristal	No se sabe	26 m
15	22	Normal	2 meses	Cocaína	No	2 m

Elaboración propia a partir de las historias clínicas de las internas, 2023.

4.1 Interpretación de los datos:

Como se muestra en la Tabla 6, el tiempo en el que la madre se expuso a las drogas junto con la variable “tipo de alumbramiento” es muy significativo porque nos da un panorama de que entre más se exponga el neonato al consumo de estupefacientes, más graves pueden ser las repercusiones, comenzando por el alumbramiento, donde

⁸ En el caso de las internas, donde sus antecedentes dicen “NO”, esto se refiere a que en su familia no hubo consumo de ninguna sustancia, pero la interna si consumió drogas y este tiempo se coloca en “Consumo en la gestación”. Para el caso de “No se sabe”, las internas no reconocen ni tienen alguna información sobre su familia o algún consumo.

existe riesgo de preclamsia y el bebé tenga complicaciones al igual que la madre. La edad del bebé nos muestra la comparación del ingreso de las madres y su estancia en el centro de rehabilitación, al revisar las historias clínicas surgió la idea de comparar la edad del bebé con el tiempo expuesto a drogas en el embarazo y poder ver la afectación motriz que tuvo, es decir, el tiempo expuesto del bebé, podría generar más daño de lo previsto.

Aplicación de la prueba de desarrollo motriz de Palau en bebés de 0 a 24 meses

Debido a las condiciones familiares se tuvieron restricciones para intervenir a los bebés. Pese a esto, se logró implementar la prueba de desarrollo motriz de Palau (ya explicitada), Dicha prueba se basa en la etapa de 0 a 3 años; por las edades de nuestra población y sujetos participantes, se adaptó dicha prueba a las edades de 0 a 24 meses. Parámetros que fueron encontrados en trabajos de Jean Piaget, Vygotsky y blúmer. En lo concreto de esta investigación, se adecuó el estudio realizado por Palau para observar específicamente los aspectos del desarrollo en las edades de los bebés (0 a 3), ya que no es posible hacer una serie de pruebas complementarias como la escritura, el aprendizaje o el lenguaje. Se consideraron en cambio las tres principales áreas: Reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal.

AREA I. REFLEJOS INNATOS

Esta área, refleja el desarrollo cerebral y de maduración del sistema nervioso se da en los primeros 4 meses de vida. Para la pedagogía estos reflejos son los primeros indicios de las respuestas motrices.

Reflejos innatos

1	2	3	4	5	6	7
Succión	Moro	Agarre	Enderezamiento	Magnus	Babinski	Hociqueo

AREA II. DESARROLLO PSICOMOTOR

En esta área, se conocen las bases del desarrollo del niño en 2 ejes: El primero la organización céfalo-caudal, donde el niño comenzara a controlar su cuerpo antes de sentarse y la segunda que es la organización próxima-distal, de la cual él bebe controlara esas partes más próximas. En pedagogía estos dos ejes son el inicio de la psicomotricidad, para la organización próxima-distal se conoce como motricidad gruesa y fina.

- Desarrollo psicomotor

1	2	3	4
Control de cabeza	Coordinación óculo-manual	Capacidad de sentarse	La marcha

AREA III. ESQUEMA CORPORAL

Esta área trabaja la asimilación de los objetos, es decir que el niño tenga 2 principales áreas: la primera es la organización del eje corporal donde tiene autonomía de su movimiento, se conoce como motricidad gruesa y la segunda organización próxima donde el niño tomara objetos y los manipulará con extraordinaria precisión es decir la motricidad fina. Estas 2 áreas son fundamentales para que el niño ingrese a la educación.

- Esquema corporal

Áreas	1. Exploración del propio cuerpo y el de los demás.
	2. Toma de conciencia de lo que posee.
	3. Organización, estructuración e integración.

En dichas pruebas se propuso la siguiente rúbrica para conocer el tipo de afectación de los bebés bajo estudio:

1	2	3	4	5
Grave	Malo	Regular	Bueno	Excelente

La rúbrica colocara un margen observable, donde se definirá en qué sentido se encuentre el desarrollo del niño, se propuso realizar una serie de ejercicios de los cuales en cada uno de ellos se colocará el margen observable. (VER ANEXO)

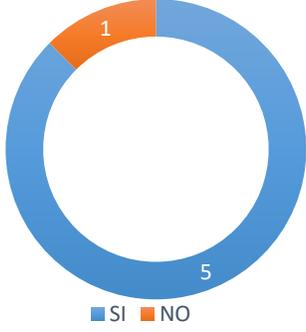
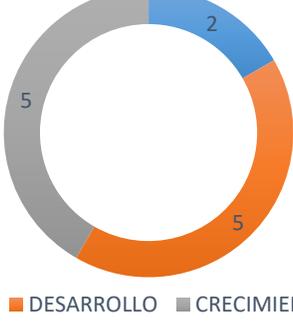
Los resultados que arrojo esta prueba fueron los siguientes:

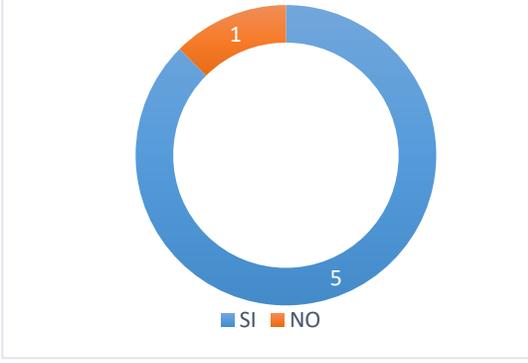
La prueba se aplicó en presencia del padre/cuidador del bebé, para no generar que el pequeño sintiera una sensación de desconfianza con algún extraño. Posteriormente a los cuidadores se les aplicaron cuestionarios con siete ítems, para dar cuenta de su percepción respecto al consumo de drogas de la madre internada y conocer en qué contexto y condiciones se encuentra actualmente el bebé.

A continuación en la Tabla 7, se muestran los principales resultados de los cuestionarios aplicados a los cuidadores. La intención primaria de la investigación fue realizar entrevistas a las madres de los bebés, pero por limitaciones del propio estudio se realizó un cuestionario a los familiares y este consta de 7 preguntas. Este instrumento ayudo a conocer a detalle y reforzar las historias clínicas de las madres, ampliar los datos y sobre todo visualizar más la problemática.

Tabla 7. Resultados diagnóstico para padres/cuidadores

Preguntas:	Respuestas:
------------	-------------

<p>1.- ¿Consideras que el consumo de drogas de la madre del niño(a), le afecto de alguna forma al bebé?</p> <p>R- La mayoría de los entrevistados considera que si hay una afectación a excepción de 1, quien no ve la droga como un problema.</p>	 <p>A donut chart with two segments: a large blue segment representing 'SI' (5) and a small orange segment representing 'NO' (1). A legend below the chart shows a blue square for 'SI' and an orange square for 'NO'.</p>
<p>2.- Si la respuesta fue negativa, pasa a la pregunta 3. ¿Qué tipo de afectación considera que tuvo el bebé?</p> <p>R- Dichas respuestas consideran daños físicos y psicológicos, pero presentes en los pequeños.</p>	 <p>A donut chart with three segments: a blue segment for 'FISICA' (2), an orange segment for 'PSICOLOGICA' (2), and a grey segment for 'SOCIAL' (1). A legend below the chart shows colored squares for 'FISICA' (blue), 'PSICOLOGICA' (orange), and 'SOCIAL' (grey).</p>
<p>3.- Usted como cuidador del bebé, ¿Alguna vez ha observado algo distinto en el bebé, por ejemplo en su salud, desarrollo o crecimiento?</p> <p>R- La mayoría concuerda que sí, la misma persona del bebé 5, dice que no.</p>	 <p>A donut chart with two segments: a large blue segment representing 'SI' (5) and a small orange segment representing 'NO' (1). A legend below the chart shows a blue square for 'SI' and an orange square for 'NO'.</p>
<p>4.- ¿Cuál?, omitir si la respuesta es No:</p> <p>R En esta respuesta tres colocaron en todos, por lo que se repitieron algunas, pero responden que observan una afectación en el desarrollo y crecimiento.</p>	 <p>A donut chart with three segments: a blue segment for 'SALUD' (2), an orange segment for 'DESARROLLO' (5), and a grey segment for 'CRECIMIENTO' (5). A legend below the chart shows colored squares for 'SALUD' (blue), 'DESARROLLO' (orange), and 'CRECIMIENTO' (grey).</p>

<p>5.- ¿Considera usted que el consumo de drogas durante el embarazo puede afectar al bebé?</p> <p>R- La mayoría dice que sí, la misma persona del bebé 5 dice que no.</p>	
<p>6.- ¿Cuáles considera que fueron las complicaciones más graves que tuvo la madre durante la gestación y el alumbramiento del recién nacido?</p> <p>R- Se colocaron las respuestas más comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El parto - Su consumo de drogas - El querer abortar - No fue al medico - La ignorancia, la desidia, la falta de importancia del tema.
<p>7.- Me podría compartir, ¿Cuál considera que es el reto más grande para el desarrollo del menor?</p> <p>R- Se colocaron las respuestas más comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crecer sin su mamá - Afrontar su realidad - Sus condiciones de vida - Mejorar y ser mejor que sus papás. - La escuela

Elaboración propia con base en los cuestionarios aplicados a los familiares, 2023.

Aquí se muestran los resultados que se realizaron a los padres o cuidadores. En un caso se observó que según el entrevistado, el consumo de drogas durante el embarazo no es peligroso o grave. Los demás participantes mostraron una preocupación inmediata al problema sabiendo que los bebés requieren apoyo a largo plazo, pues no será fácil que el niño crezca adecuadamente en esas condiciones. Para la investigación es de suma relevancia asumir que no todos los padres y/o cuidadores conocen el problema, algunos consideran el tema de la drogadicción como algo insignificante, pues sus aspectos de vida como la cultura, la sociedad y su propia educación familiar no permiten visualizar el problema, con

esto se vuelve a considerar la importancia del tema en 2 aspectos básicos: un desarrollo integral óptimo y un buen abordaje del tema.

Por tanto los resultados obtenidos captan algo similar como en el estudio de Moreno (2005), donde se obtuvo respuestas que las familias mostraban ambigüedad e incluso en algunos casos lo veían como algo normal. Esto justamente nos demuestra que el problema del consumo y su desinterés agrava la adicción, por tanto la investigación demuestra que el problema del consumo de drogas durante el embarazo, afecta de forma social al bebé, no solo por el hecho de la vulnerabilidad, si no por parte de algunos integrantes de su familia que no se preocupan ni siquiera por que el neonato tenga una buena salud.

A su vez estos resultados se complementaron con la aplicación de la prueba de desarrollo psicomotriz, donde a los 6 bebés se les realizó una serie de ejercicios ya descritos con anterioridad. Los resultados que arrojaron fueron los siguientes datos:

Tabla 8. Aplicación y resultados de la prueba de desarrollo motriz en bebés de 6 a 26 meses expuestos a drogas durante el embarazo.

Bebé	Edad	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	TOTAL
1	6 meses	3	3	2	53%
2	9 meses	4	3	1	53%
3	10 meses	2	2	2	40%
4	17 meses	3	2	2	46%
5	20 meses	2	1	3	40%
6	26 meses	3	3	2	53%
		56%	46%	39%	

Elaboración propia, Adaptación de Palau, 2004.

*El puntaje de calificación tiene como referencia del 1 al 10 en donde este último corresponde a la mayor calificación, es decir a un óptimo desarrollo del niño.

En primera instancia se hizo una prueba piloto. Cabe señalar que esta se aplicó a un niño cuya madre no tenía ningún antecedente en drogas, esta tuvo los cuidados y atenciones prenatales adecuadas. La prueba piloto arrojó buenos resultados, pues

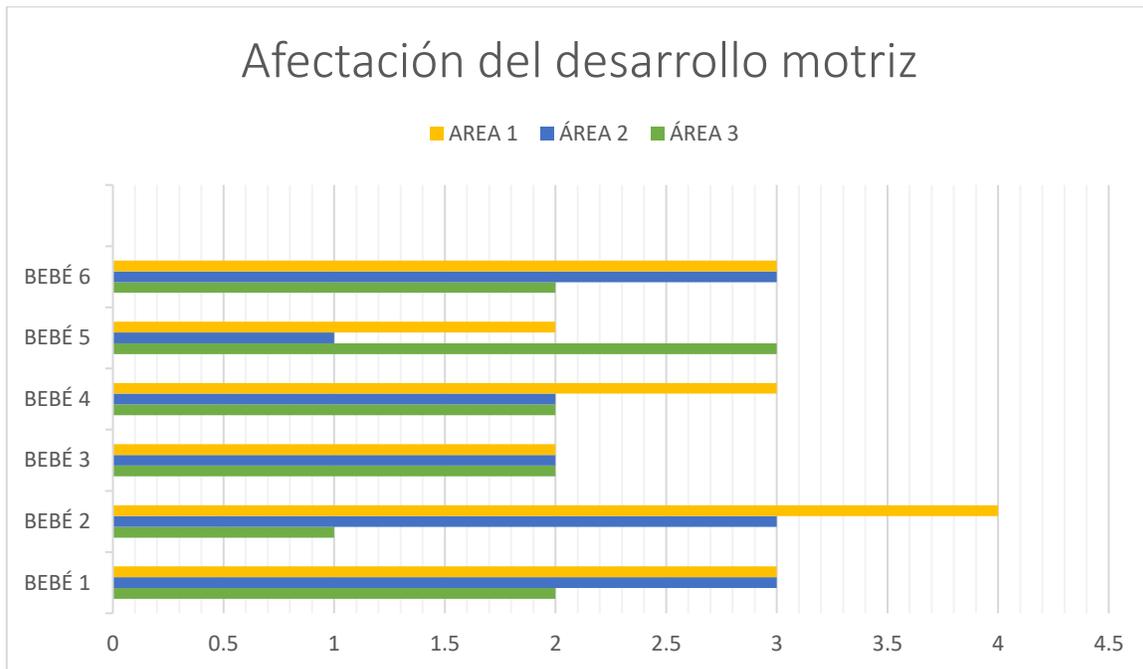
en cada ejercicio el bebé de doce meses, mostró un nivel de desarrollo de acuerdo a ciertos parámetros correspondientes a lo esperado en la etapa señalada. Lo cual nos hace observar necesario el realizar un contraste de los datos obtenidos con bebés expuestos a las drogas durante el embarazo, con otros que no han sido expuestos a drogas durante la gestación.

La prueba se realizó considerando a seis bebés de madres consumidoras, Los resultados como se observa arriba (Tabla 6) señalan entre otras cuestiones que:

- 1.- La mayoría de los pequeños sacaron dos y tres, (malo y regular).
- 2.- El área con más dificultad fue la tres (esquema corporal), los bebés de este estudio obtuvieron un promedio de 39%.
- 3.- Algo que llama la atención fue el caso del bebé de 6 meses, el cual es el más pequeño, este obtuvo una calificación mayor a comparación de otros bebés de mayor edad. Esto se atribuye que en la historia clínica de la madre su consumo fue menor a comparación de las otras internas.
- 4.- Los resultados perfilaron que los seis bebés, presentan por lo menos un promedio de al menos 30% del desarrollo en comparación de un pequeño con características normales.

Estos datos, muestran que la situación de los niños expuestos a drogas es preocupante, se debe observar que la educación en México se imparte a partir de los tres años de edad, es decir, cuando inicia el preescolar. Las acciones preventivas y de acción para la primera infancia fomentaran que el niño tenga un desarrollo óptimo, pero dadas las condiciones de estos niños, difícilmente pueden alcanzar dicho desarrollo. Por ello se requieren de acciones de política pública que aporten especialistas para apoyar a las familias y a los niños. A continuación se presenta la comparación y resultados de las 3 áreas, de acuerdo a los 6 niños.

Gráfico 3. Afectación motriz de seis bebés expuestos a algún tipo de droga durante el embarazo.



Elaboración propia, 2023

*El puntaje de calificación tiene como referencia del 1 al 10 en donde este último corresponde a la mayor calificación, es decir a un óptimo desarrollo del niño).

En el gráfico 3, se comparan los resultados y los demás niños. Este resultado demostró que las afectaciones motrices de los bebés, expuestos al consumo de drogas en el embarazo, tienen las calificaciones más bajas, como se ve los pequeños debajo de 3 puntos, son estos los que presentan mayor afectación, mientras que los de más de 3 puntos se consideran con un adecuado crecimiento. Con estos datos podemos señalar que el daño en estos bebés es evidente por lo menos en tres de ellos. Esto expone que se requieren tomar más acciones en conjunto para poder solventar de alguna manera el daño. La pedagogía puede aportar estrategias que pueden minimizar de alguna forma los resultados negativos. Por ejemplo, esta puede ejercitar a los bebés sanos y sobre todo a los afectados mediante diversos ejercicios que ayuden a un mejor desarrollo psicomotriz.

Debido a los datos arrojados en la tabla 8, específicamente en el punto 3. El bebé con 6 meses de vida, mostro un mejor desarrollo motriz, contrastando la historia clínica de su mamá, se encontró que el consumo de drogas fue en un menor tiempo a comparación de las demás, esto impulso a realizar las mismas pruebas de desarrollo a 6 niños con características adecuadas, en salud y bienestar. Por ello se exponen los siguientes resultados:

Tabla 9. Aplicación y resultados de la prueba de desarrollo motriz en bebés de 3 a 16 meses no expuestos a drogas durante el embarazo.

Bebé	Edad	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	TOTAL
1	3 meses	4	4	4	80%
2	7 meses	4	3	4	73%
3	9 meses	5	4	5	93%
4	12 meses	5	3	4	80%
5	10 meses	4	5	4	86%
6	16 meses	5	5	4	93%
		89%	79%	83%	

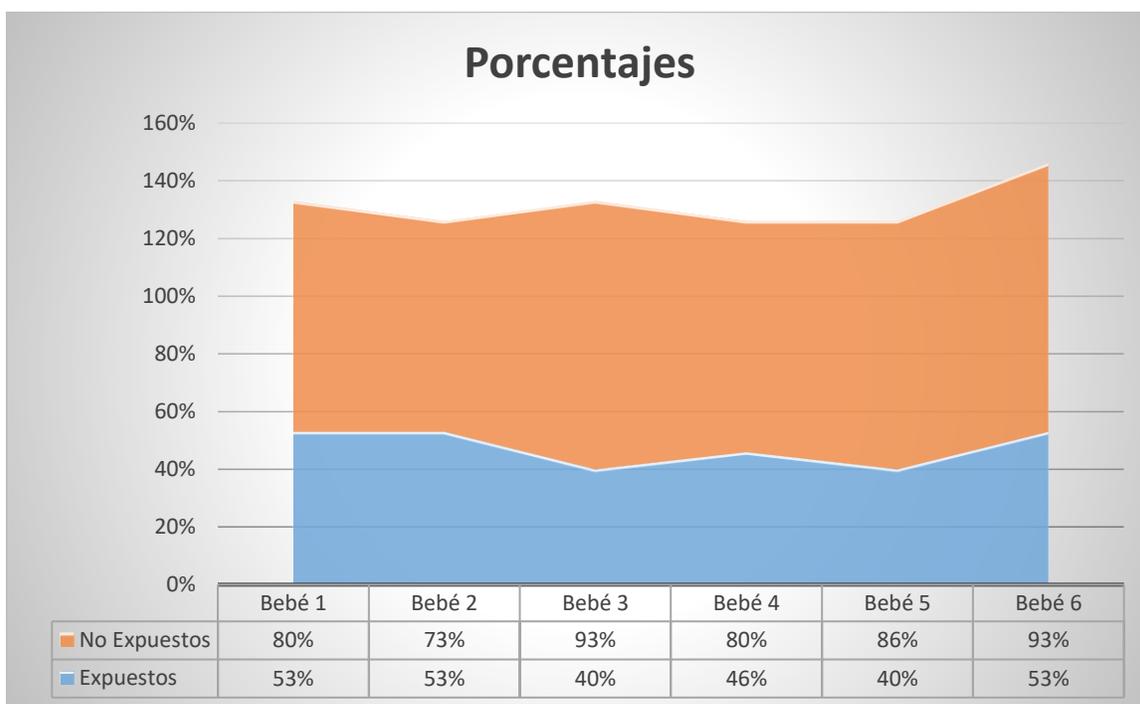
Elaboración propia, adaptación de Palau, 2004.

*El puntaje de calificación tiene como referencia del 1 al 10 en donde este último corresponde a la mayor calificación, es decir a un óptimo desarrollo del niño.

A manera de contraste se decidió hacer una prueba a estos bebés, la tabla 9, nos muestra la aplicación de la prueba del desarrollo infantil de Palau, a bebés nacidos en condiciones adecuadas, sus madres llevaron un control prenatal ideal, no fueron expuestos a ningún tipo de droga. Los resultados que arrojaron fueron totalmente distintos en comparación de los bebés expuestos a las drogas durante el embarazo, ya que los porcentajes de bebés expuestos alcanzan máximo el 50% del desarrollo motriz ideal; mientras estos datos de bebés en condiciones sanas aumentan al 79% del mismo desarrollo. Por lo que estos datos sí demuestran una diferencia entre ambos casos, lo cual permite poder responder de forma categórica a la hipótesis planteada en esta investigación: se confirma al mostrar la afectación de estos bebés

y cómo esta puede revertirse y fomentar un apoyo pedagógico idóneo si los menores tienen cuidados durante el embarazo y posteriormente durante su desarrollo de cero a tres años de edad.

Gráfico 4. Comparación de datos entre bebés expuestos/no expuestos.



Elaboración propia, 2023.

En el gráfico 4, se presenta un análisis comparativo entre los porcentajes de los bebés no expuestos y con características normales durante su gestación. Los puntajes fueron altos en comparación con los bebés expuestos a las drogas durante la gestación. La exposición a las drogas de la madre es fundamental para el posterior desarrollo motor en el bebé.

Datos arrojados en la aplicación de la prueba de desarrollo a bebés no expuestos a drogas:

- 1.- Las aplicaciones se realizaron de la misma forma y característica que a los bebés expuestos.
- 2.- El comparativo se hace de 1 bebé expuesto vs 1 bebé no expuesto, reflejando el porcentaje de diferencia.
- 3.- La comparación entre el bebé expuesto a drogas con la mayor calificación y el bebé no expuesto es, de 53% vs 93%, es decir 40 puntos más arriba, esto es un dato que refleja la afectación del desarrollo.
- 4.- Las edades de las 2 poblaciones de bebés, son muy similares.

4.2 Historias clínicas vs pruebas de desarrollo motriz

Se revisaron las historias clínicas de las madres y se observó cómo el contexto familiar influyó en las conductas de estas en torno al consumo de drogas, así mismo los factores sociales contribuyeron a la posible afectación del desarrollo del bebé. A continuación se muestra estos factores:

Tabla 10. Contexto familiar de la madre y los bebés observados

Interna	Bebé	Alumbramiento	Tiempo de exposición	Edad bebé	Antecedentes Familiares	Calificación
3	1	Cesárea/preclamsia	5 meses	6 meses	Drogas y delincuencia	53 %
2	2	Cesárea	6 meses	9 meses	Alcoholismo	53%
9	3	Cesárea	6 meses	10 meses	Delincuencia	40%
10	4	Normal	5 meses	17 meses	Drogadicción	46%
8	5	Cesárea	7 meses	20 meses	Violencia	40%
14	6	Cesárea/Preclamsia	7 meses	26 meses	No hay datos	53%

Elaboración propia, a partir de las historias clínicas 2023.

De acuerdo a la Tabla 10, se puede observar que:

- 1.- Del total de niños, el primero y el último tuvieron un alumbramiento de alto riesgo.

2.- Todos presentan antecedentes familiares de vulnerabilidad, drogas, violencia y alcoholismo. Por lo que se puede afirmar que el contexto sí influye en los jóvenes y su desarrollo futuro.

3.- Los bebés fueron expuestos al consumo de drogas, por lo menos a la mitad del embarazo de sus madres. Eso logró afectarlos en su desarrollo posterior.

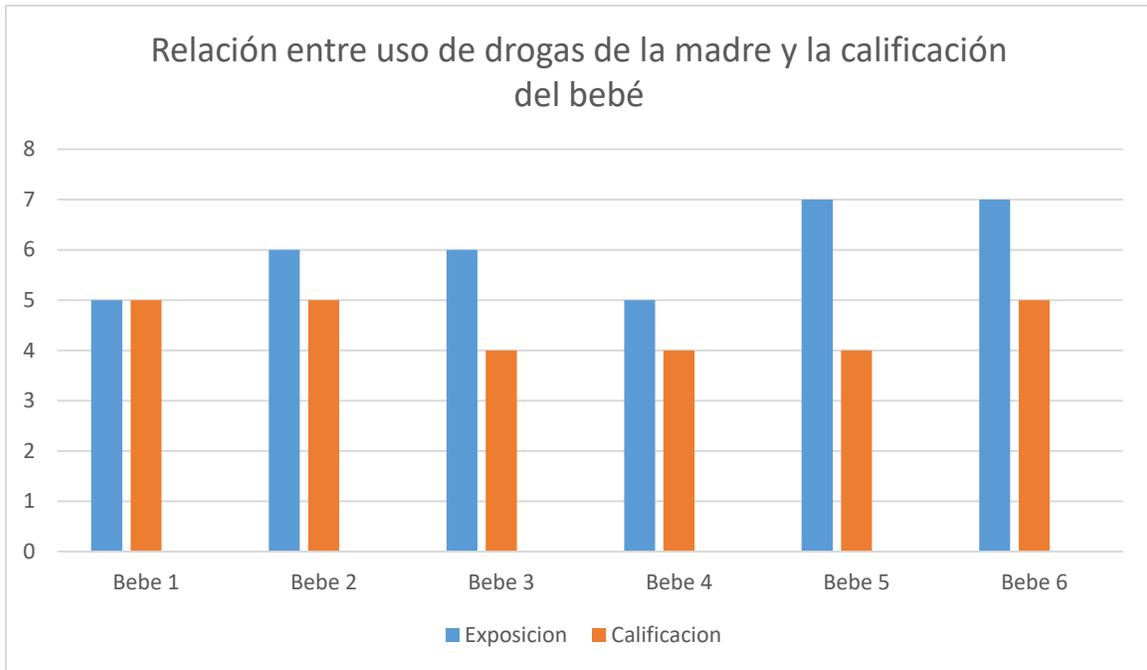
4.- El bebé número 5, pertenece al familiar que no reconoce las drogas como un problema, que como se observa, se desenvuelve en un entorno donde existe algún tipo de violencia.

5.- La mayoría de los bebés difícilmente rebasan la mitad, es decir que sus calificaciones son muy bajas y demuestran la afectación que han sufrido en su desarrollo; y dos de ellos están muy por debajo de la media con 40% de calificación.

6.- Todos tienen en común antecedentes familiares difíciles y con riesgos a diversas vulnerabilidades: violencia, alcoholismo, drogadicción, delincuencia.

La exposición al consumo de drogas durante el embarazo y la calificación obtenida del bebé en la prueba mencionada, son los siguientes:

Gráfico 5. Relación entre uso de drogas de la madre y calificación del bebé



Elaboración propia, a partir de las historias clínicas, 2023.

Como se puede ver en la gráfica 4, la exposición de drogas por parte de la madre en el embarazo y la calificación del bebé muestran una similitud respecto de la otra, según esto el incremento de riesgo en generar o padecer algún daño importante depende bastante en qué tiempo la madre pasa sin atención prenatal y de salud.

Por lo tanto, al observar y analizar estos datos podemos ver que la afectación de las drogas, sí se puede observar a tempranas edades y que estos bebés son propensos a comprometer su desarrollo psicomotriz, cognitivo e incluso físico. Entonces a partir del análisis de los resultados, el objetivo de la investigación sobre analizar la afectación del desarrollo motriz se expone en aquellas áreas donde los bebés tienen una calificación baja.

Por lo antes expuesto y debido a los resultados, se está en la posibilidad de responder las preguntas de investigación, las cuales son:

4.3 Respuesta a las preguntas de investigación

Preguntas de investigación:

¿Cómo se ve afectado el desarrollo motriz del neonato por el consumo de drogas durante el embarazo?

La afectación del desarrollo motriz de los bebés por el consumo de drogas en la madre es una premisa que se afirma en el gráfico 4. Los datos arrojados y aplicados en bebés expuestos a través del test (Palau), nos muestra un desarrollo deteriorado en las 3 áreas estudiadas que son: reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal. Dicho deterioro se contrastó con los datos y aplicación del test en bebés no expuestos, los cuales sirvieron de comparación. Esto demuestra que el consumo de drogas disminuye el proceso motriz y adecuado de los bebés, tal y como se pudo observar en el test aplicado. Respecto a la tabla 10, esta nos da un panorama sobre la mamá del bebé, misma que tiene aspectos relevantes del consumo, estadía y nacimiento.

Los bebés que fueron expuestos a las drogas, mantienen porcentajes del 40% al 58%, del desarrollo motriz idóneo, mientras que bebés en condiciones sanas mantienen un rango de 78% al 93% del desarrollo motriz. Es decir oscilan entre 35% y 38% más altos en bebés sanos, esto demuestra a partir de los test que el desarrollo motriz se ve afectado considerablemente, por lo que la se confirma con los resultados antes señalados.

¿De qué manera se afecta el desarrollo motriz en bebés expuestos a drogas?

De acuerdo al test (Palau), ^(VER ANEXO 2) las 3 áreas que son: reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal, se ven afectadas en una disminución de organización céfalo-caudal, donde el niño comenzaría a controlar su cuerpo antes de sentarse y la segunda que es la organización próxima-distal, de la cual él bebe controlaría esas partes más próximas. Mismas que son adecuadas y previas al desarrollo motriz, en estas se comienza a forjar las habilidades básicas para una

buena psicomotricidad. Como se muestra en los resultados, los puntajes en ambos test demostraron que los bebés expuestos a drogas permanecen en un 56% de su desarrollo adecuado, mientras que los bebés no expuestos mantienen por lo menos el 83% de un buen desarrollo.

Esto quiere decir, que sí existe una clara y evidente afectación cuando el bebé es expuesto a las drogas durante su gestación, una de las afectaciones justo son los reflejos innatos, el bebé expuesto no mantiene los reflejos necesarios, al no adecuarse a su entorno según Palau (2001), el bebé no generara un percepción de su propio cuerpo y su entorno, por lo que las habilidades más básicas de la motricidad se verán claramente afectadas y disminuidas. Por ello aquí se corrobora que el supuesto 1, es aceptado.

¿Qué estrategias pedagógicas pueden ayudar a apoyar el desarrollo motriz durante la primera infancia en niños y niñas que se han visto expuestos al consumo de drogas de la madre durante la gestación?

Esto depende del área que se quiera desarrollar, por lo que la respuesta se presenta de la siguiente manera

Estrategias pedagógicas según el área:

AREA 1: Reflejos innatos

En esta área la pedagogía puede intervenir de manera eficaz, por medio de la estimulación temprana, pues como se expone (en el apartado teórico), la necesidad afectiva hacia los bebés aumenta la eficacia de que pueda adaptarse mejor a su medio por medio del arrullo, el cuidado afectivo y sobre todo un desarrollo integral.

El desarrollo integral del bebé por medio del vínculo fortalece y mejora los reflejos innatos. La estimulación temprana está dirigida a niños con déficit en su desarrollo, niños con factores de riesgo pre, peri y postnatales y niños sanos que deseen mejorar las habilidades motrices, del lenguaje, cognitivas y adaptativas.

Las actividades de estimulación tienen su base en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen los niños, por lo que deben ser aplicadas de acuerdo con la

edad y nivel de desarrollo, ya que no se pretende forzar al niño a lograr metas para las que aún no está preparado. (UNICEF, 2021)

Las áreas de desarrollo que abarca la estimulación temprana son:

- Motor grueso, que son movimientos generales del cuerpo, piernas y brazos.
- Motor fino, que son los movimientos precisos y especializados de manos y dedos.
- Lenguaje, que es la capacidad de comunicarse y hablar.
- Socio afectivo, que es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones.

AREA 2: Desarrollo locomotor

Como se sabe, el niño se desarrolla bajo las acciones directas que sobre él ejercen los adultos, durante el proceso de sus actividades independientes y, también, bajo las influencias de la información que llega del medio circundante.

Una de las condiciones que aumenta la resistencia del organismo del niño a las diversas enfermedades es su desarrollo físico correcto, que depende de la forma en que esté organizada su vida, del medio que lo rodea y de su educación. Es difícil subvalorar la importancia que tienen los movimientos en el desarrollo físico y neuropsíquico de los niños, la creación a tiempo de los hábitos motores y su perfeccionamiento consecutivo. A ello contribuyen, en gran medida los ejercicios naturales y los juegos como actividad lúdica. Elkonin (1971), en sus estudios sobre el desarrollo del preescolar, destaca el papel del adulto y del medio social en la evolución de la motricidad. En la investigación este dato, es relevante pues se requiere que la madre tenga una adecuación necesaria en sus cuidados, para que el bebé crezca de manera sana y óptima, desarrollando sus habilidades motrices.

Las observaciones del movimiento humano demuestran que un movimiento surge sobre la base de otro; por ejemplo, el niño corre después de haber caminado. La secuencia que aparece al observar el desarrollo motor en el primer año de vida: giros, gatear, sentarse, pararse con y sin apoyo y comenzar a caminar, refleja que en cada etapa de la vida del niño los movimientos aumentan en cantidad y calidad.

Gradualmente los niños adquieren su independencia, su organismo se fortalece y sus movimientos se vuelven más precisos, seguros y rápidos. El perfeccionamiento de las manipulaciones con diferentes objetos de uso doméstico y juguetes contribuye a enriquecer su experiencia motriz. Las acciones se hacen más exactas, conscientes y orientadas hacia una finalidad, que la motricidad permita el desarrollo de futuras habilidades, colorear, dibujar, pintar, agarrar, manipular, jalar, etc.

AREA 3: Esquema corporal

Los juegos, por sus características e importancia dentro del proceso educativo, se seleccionan y se desarrollan teniendo en cuenta los objetivos trazados, contenidos a impartir, métodos a emplear, el tipo de actividad que se realiza y las necesidades motoras. Tienen gran significación, en su ejecución, la variabilidad de movimientos que el niño puede realizar en estas edades.

Dentro de la educación física los juegos ocupan un lugar preponderante por su gran valor psicológico, biológico y pedagógico, lo que hace que se conviertan en un medio necesario para el desarrollo integral de los niños. Mediante los juegos podemos contribuir al desarrollo de diferentes procesos psíquicos: cognitivos (sensaciones, percepciones, pensamiento, lenguaje, memoria, atención, etc.) afectivos (emociones y sentimientos) y volitivos (valor, decisión, perseverancia, iniciativa, independencia, dominio, etc.).

Las características pedagógicas de los niños en estas edades, así como las habilidades motrices básicas, el incremento de la rapidez de traslación y de orientación en el espacio., destrezas motoras finas, la percepción de colores, de la forma y la relación de tamaño fomentaran un aumento considerable en mejor desarrollo.

Por lo tanto la pedagogía debe reforzar estas áreas con los ejercicios y conceptos propuestos, esto con el fin de solventar un poco el daño que surgió a partir de la exposición a drogas, la integración y participación de la familia es fundamental en

el buen y adecuado desarrollo integral. Estos ejercicios y propuestas afirman el supuesto 2 de la investigación.

4.4 Afirmación o negación de los supuestos:

Supuesto 1:

Respecto al supuesto 1, podemos afirmar que:

La drogadicción durante la etapa del embarazo reduce los procesos cognitivos y motrices que el infante necesita para generar procesos neuronales básicos e indispensables. Dicho desarrollo se puede observar durante la etapa escolar en la diferencia de los aprendizajes marcados por el crecimiento adecuado durante la primera infancia, así como una buena implementación en su desarrollo posterior.

Como se menciona el primer supuesto, la afectación a los bebés nacidos y expuestos al consumo de drogas durante el embarazo fue el primer acercamiento hacia la investigación saber si existe o no ese problema, lo visualizamos al conocer un acercamiento a bebés que nacieron en tal contexto; no solo conocerlos si no poder aplicar alguna teoría o investigación siendo parte de nuestro objeto de estudio, los bebés de la investigación presentaron una exposición a las drogas mediante la madre. Se optó por conocer las historias clínicas de las madres, al fin de conocer el consumo, el tipo de droga y las primeras observaciones que tuvieron los bebés al nacer.

Los datos proporcionados demostraron que esos bebés nacieron con muchas complicaciones durante el parto, sus madres no tuvieron un cuidado normal respecto a la orientación prenatal, al aplicarse el test de Palau, modificado a esta investigación los resultados obtenidos nos dieron como resultado: una clara afectación a su desarrollo motriz adecuado, si bien estos niños presentan rangos del 40% al 53% de efectividad en su desarrollo, la investigación dio un giro para poder realizar una comparación a bebés con cuidados normales y adecuados,

donde no hubo exposición a ninguna droga. Dicha comparación dio un rango de 73% al 93% de desarrollo motriz, el cual muestra claramente un evidente retraso y afectación de las habilidades motrices del infante. (Véase, grafico 4).

Por lo que con esta información y resultados, el primer supuesto es “aceptado”, ya que sí hay una afectación del desarrollo, puesto que los resultados compararon 2 poblaciones distintas y esto permite confirmar el supuesto de trabajo 1.

Supuesto 2:

La drogadicción, provoca que los infantes nazcan y crezcan durante sus primeros años con una desventaja sobre la población en general, la pedagogía puede apoyar y proponer estrategias didácticas que solventen en cierto punto esta desventaja y generen un desenvolvimiento adecuado a futuro.

El supuesto 2 de la investigación se acepta parcialmente con la afirmación del primer supuesto, respecto a que los infantes nacen con una desventaja respecto de la población en general, eso es cierto debido a que como se mencionó en el primer supuesto; los bebés nacidos y expuestos a drogas en el embarazo, tienen ya condiciones de bajo peso al nacer, presentan tallas menores, sus familias mantienen condiciones de vida en cuestión de vulnerabilidad como lo vimos en las historias clínicas (véase tabla 4), también con la aplicación del test de Palau, visualizamos el daño respecto a los reflejos innatos, el desarrollo psicomotor y el esquema corporal.

Los indicadores puestos en el test, son los principales ejes para tener una adecuada psicomotricidad, justo aquí la pedagogía tiene el poder de solventar o revertir de alguna forma los efectos negativos en las afectaciones y aumentar un mejor desarrollo motriz. Esto claro está, depende de la situación en la cual cada niño se posiciona, sin embargo dentro de la respuesta a la pregunta 2 de investigación, se colocan las especificaciones sobre las cuales podemos solventar este daño, por medio de juegos, aumentando la eficacia de la motricidad gruesa y fina, los niños

crecerán de manera eficiente, el pedagogo y docente deberá solventar mejor el lenguaje, la comunicación, mejorar las habilidades, coordinar juegos y ejercicios basados en estas áreas que fomenten una mejor vida escolar para aquellos bebés que fueron expuestos. Es por ello que el supuesto 2 se “acepta”, pues el pedagogo tiene una amplia gama de posibilidades que aquí podría exponer y colaborar con el resto de los especialistas en este campo.

Limitantes del estudio

- 1.- Hubo acceso limitado a las historias clínicas de las internas.
- 2.- No se dio el permiso para tener varios bebés en el estudio, por lo que se logró solo el acceso sólo a 6 de ellos.
- 3.- Existe poca información sobre las drogas en bebés.
- 4.- Las historias clínicas son muy generales, omiten aspectos relacionados al bebé y en qué grado pudo darse la afectación.
- 5.- Cuando el bebé nace, se le entrega algún familiar. Pero omiten la parte de llevar un seguimiento a este, ya que la madre es el foco de atención prioritaria.
- 6.- Desde la disciplina pedagógica hay pocos programas preventivos que puedan intervenir oportunamente con los niños durante la primera infancia.

Conclusiones

Durante la investigación se indagó el problema y la afectación del desarrollo motriz en bebés nacidos y expuestos en el embarazo de sus madres al consumo de drogas. Dicha afectación se determinó como una vertiente y consecuencia del abuso en sustancias nocivas para la salud, el problema de la drogadicción como factor social ha hecho que en los últimos años este tema se agrave al punto en que diferentes estancias internacionales como la ONU y la Unicef trabajen a la par en tener alternativas útiles y preventivas en la mayoría de la población. Sin embargo hay un vacío en cuanto a una política pública que se enfoque en este sector de la población porque en México, la primera infancia apenas se está tomando en cuenta en sectores públicos y privados, las últimas políticas garantizan la eficacia y la importancia de ella, pero realmente hasta ahora se carece bastante de programas y planes curriculares que apoyen a la primera infancia con las características señaladas en este trabajo. Por ello, esta investigación visibiliza el vacío que existe sobre esta población la cual tiene poca atención y difusión su atención.

En este sentido es preciso mencionar que la primera infancia no es prioritaria. Por ejemplo, en los centros de rehabilitación prevalece la política de proteger en primer lugar a la madre ya que desde su punto de vista ella es la adicta; esto deja de lado a los bebés que también como vimos, tienen importantes secuelas de ese consumo. Desde que la madre es internada, el bebé se entrega a sus familiares y no hay una adecuación o seguimiento respecto a alguna vigilancia para el bebé. Por lo que es necesario promover una política pública para el cuidado y el requerimiento de nuevas estrategias para que los menores con estas características reciban el cuidado y atenciones necesarias, al ser un sector en desarrollo y previo a la escolaridad. Lo que se traducirá en niños que llegan con problemas agravados a las aulas de clase, con ello presentamos estadísticas altas en: bajo rendimiento, mala conducta, déficit de atención y problemas de aprendizajes.

Los niños, adolescentes y adultos, se han colocado en un eje importante de estudio, pero justo de aquí como pedagogo, la visión oportuna de ver cómo afectan las drogas a los bebés, se vuelve una realidad de la cual se debía investigar. Las

madres embarazadas, tienen un papel fundamental en proteger y criar a un niño, algunas de ellas se han visto en problemas de adicción durante años anteriores a su embarazo, la adicción llegó a tal punto que en el momento de estar en gestación su consumo siguió siendo igual o peor al cual se exponían antes del embarazo. Este consumo afecta directa y exponencialmente al neonato, el cual comienza a sufrir la falta de atención prenatal y las condiciones adecuadas para su desarrollo. La medicina ha observado esos cambios brutales en cuestiones físicas y morfológicas, la psicología ha demostrado la afectación mental y neuronal expuesta en los bebés durante estos meses. Existen muchas investigaciones respecto al tema en diferentes campos, pero aquí surge la aportación de la pedagogía, como una rama de las ciencias sociales y abarcando la innovación y mejoramiento de la enseñanza.

La pedagogía tiene un claro objetivo, visibilizar el problema respecto al desarrollo psicomotor del menor y de qué manera poder aportar preventivamente y eficazmente alguna daño colateral ya predispuesto por la exposición de drogas de los bebés. Esto con el fin de mejorar los procesos de enseñanza y a su vez proponer alternativas a los futuros profesores de aula, quienes asumen problemas de aprendizaje, control de conducta, cambios repentinos, poca tolerancia, etc.

El consumo de drogas durante el embarazo, afecta a los bebés de maneras específicas, como un aporte a la primera infancia las edades que se manejaron en la investigación son de 0 a 3 años, estos niños y niñas han sido propensos a las drogas durante los primeros meses de gestación, nuestra población y sujetos participantes abarco a 16 madres consumidoras y a 6 niños; los cuales se les aplicó el test (Palau) del cual arrojó un porcentaje entre el 40% a 57% del desarrollo motriz, porcentaje esperado debido a las características de los menores (véase tabla 8). Estos resultados arrojan que hay un deterioro visible en estos bebés, los cuales apuntan en que aproximadamente la mitad de su desarrollo se vio afectado a causa de esta exposición. El panorama es una vertiente que demuestra que evidentemente hay un problema motriz que se verá reflejado en los primeros años de escolaridad y muy posiblemente en su etapa posterior.

Este estudio tiene límites concretos: aunque se expone cómo puede la pedagogía ayudar a los niños con estos antecedentes, la intervención no es con las familias de cuidadores. Por ello las limitantes que existen al interior de las familias es un aspecto no menor a considerar: no tienen la orientación necesaria, su entorno es complicado, no son conscientes de la importancia de la estimulación temprana en estos niños, para que funcione, los niños deben estar al cuidado de especialistas que les apoyen en su proceso, y si esto no llega a hacer, los entornos donde viven los niños no tienen las características necesarias para que se den los cambios necesarios y profundos.

En comparación a esta problemática, surgió a lo largo de la investigación un interesante dato, hacer las mismas pruebas a 6 bebés con características normales, es decir; con los controles prenatales adecuados y la atención médica digna. Los datos que arrojó esta aplicación (véase tabla 9); determino un porcentaje totalmente diferente a los primeros bebés, estos arrojaron un rango del 79% al 93% de desarrollo motriz adecuado, en otras palabras el aumento fue más del 20% en comparación de los expuestos a los no expuestos. Las cifras nos hablan de una gran brecha, misma que fue analizada respecto a las áreas y las edades, estas fueron muy similares, la diferencia es el consumo o no consumo de drogas por parte de las madres.

Con los datos anteriores podemos afirmar que, los resultados expuestos en las historias clínicas de las madres como fueron sus antecedentes familiares, el tiempo de consumo, la vulnerabilidad y estatus social, junto con la aplicación de los test en los niños donde observamos en los datos la afectación de su desarrollo, las habilidades deterioradas incluso los cuidados de sus familiares, demostraron una afectación relevante en el desarrollo del bebé, aunque se tuvo un acceso limitado al número de bebés lo obtenido en este estudio muestra resultados de enorme importancia que debieran replicarse por aquellos que desean tener un dato estadísticamente significativo. Si bien por estas limitantes la presente investigación no es estadísticamente significativa, pero ese no es el objetivo si no demostrar

parcialmente el daño que puede repercutir en los niños con madres consumidoras de drogas.

El consumo indirecto de drogas, produjo problemas de desarrollo psicomotriz evidentes a los bebés; esto puede limitar en un futuro su trayectoria escolar, este trabajo se ha enfocado en conocer las herramientas que dentro de la pedagogía contrarrestan y/o apoyan a los niños, se revisó el problema de las drogas de una manera general a lo particular, lo cual hemos visto en muchos escritos los daños irreversibles que un bebé puede tener al verse expuesto a drogas, incluso el desarrollo óptimo esperado.

Por lo tanto, la pedagogía solo afinara y solventara este daño respecto a su campo, las afectaciones de salud tendrán que ser atendidas en medicina o psicología. Esta investigación coloca las herramientas didácticas como: la estimulación temprana, el vínculo, el cuidado cariñoso y afectivo y la participación de padres de familia en este proceso. Las acciones pedagógicas son necesarias para prevenir los problemas que se presentaran en clases, por ejemplo: mala conducta, agresividad, falta de atención, problemas de aprendizaje. En cambio presentar las herramientas didácticas, deberán ser enfocadas en reforzar la motricidad, el juego, ejercicios prácticos, actividades lúdicas.

La investigación dio algunos giros, pero esto justamente visibiliza una clara afectación, los resultados están propuestos a mejorar constantemente la educación en el aula de clases, los profesores deben tener en cuenta una visión amplia acerca de la innovación constante del sector educativo, es por ello que la investigación es un acercamiento posible a visualizar el problema y solventarlo a los límites posibles de la pedagogía, hablar de un cambio constante tendrá que llevar una formación adecuada y una constante investigación sobre el tema.

Referencias

- Arancibia, S. (2018). Estrategias para ayudar a niños con problemas de aprendizaje. Universidad del Pacifico. El Heraldo, Perú.
- Bordignon, NA. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación, 2 (2), 50-63.
- Cabrejo, E. (2020). Lengua oral: destino individual y social de las niñas y niños. Fondo de Cultura Económica. México.
- Castañeda, E., y Palacios, J. (2017). *La Primera Infancia y su futuro*. Madrid: Fundación Santillana.
- CENADIC, (2013). Prevención de las Conductas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva. Secretaria de Salud México.
- CENADIC, (2014). Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas. Secretaria de Salud, México.
- CENADIC, (2014). Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo. Secretaria de Salud, México.
- Centros de Integración Juvenil. (2019). Programa de prevención. URL: <https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-prevencion-117990> , México.
- CONADIC. (2019). Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019. Secretaria de Salud, México.
- CONAFE. (2010). Guía de estimulación y psicomotricidad en la educación inicial. Conafe, México.
- De la Espriella, R y Gomez, C. (2020). *Teoría fundamentada*. Revista Colombiana de Psiquiatria, (49), 2. Colombia.
- Delval, J. (1998). El desarrollo Humano. Veintiuno editores, España.

- Elkonin, B. (1984). *Psicología del juego*. Visor Libros, La Habana, 280 p.
- González, J., y Martínez, M. (1999). Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. *An Esp Pediatr* 51(s.d.), 4-8.
- Instituto de Neurociencias Aplicadas. (2022) ¿Qué es la sinapsis? .Instituto de Neurociencias Aplicadas.
- Magri, Raquel et al. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivo pediátrico*. Uruguay.
- Marangoni, Sonia et al. (2022). Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enfermagem*. Brasil.
- Miller, R. (2011). *Vygotsky en perspectiva*. Cambridge University Press.
- Moreno, Kena. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones*. Centros de Integración Juvenil, A.C
- Organización de Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019*. Organización de los Estados Americanos.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Foro mundial sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Métodos y fuentes de datos de la OMS para las causas de muerte a nivel de país 2000-2019*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Género, alcohol y cultura: un estudio internacional. Perfiles de países de proyectos multicéntricos en el contexto de exposiciones y resultados a nivel regional*. Berlín
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Portal de datos NMH*. Organización Panamericana de la Salud.
- Palacios, O. (2021). *La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas*. Intersticios sociales. Universidad autónoma de San Luis Potosí, México.

- Palau, E. (2004). Aspectos básicos del desarrollo infantil: De la etapa de 0 a 6 años. Editorial Ceac, España.
- Páscale, A. (2015). Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. *MYSU Mujer y Salud en Uruguay*, s.n. (363), 1-90.
- Piaget, J. (1995). Teoría del desarrollo cognitivo. Pearson, Paris.
- Pikler, E. (1985). Moverse en libertad, Madrid, Narcea.
- Piñuñuri, R. (2015). Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile.
- Quintero Corzo, J., Álvarez Márquez, DY, y Munévar Quintero, FI (2011). La drogadicción y su lugar en los procesos pedagógicos. ¿Un problema oculto o evidente? *Investigación y Educación en Enfermería*, 29 (2), 255-268
- Secretaría de Educación Pública. (2017). Mochila segura. Gaceta del Senado. México.
- Tasset, J. (1987). Teoría y práctica de la psicomotricidad. Paidós Ibérica
- Universidad Autónoma de Barcelona. (2009). Master en Paidopsiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Unicef. (2021). Ejercicios de estimulación temprana. URL: <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas. Perú.
- Vygotsky. (1978). *Mind in society: The development of higher mental processes*. Harvard University.
- Zapateiro, et al. (2016). Orientación espacial: una ruta de enseñanza y aprendizaje centrada en ubicaciones y trayectorias. *Tecné, Episteme y Didaxis: TED*, 43, 119-136

Lista de tablas

Tabla 1: Porcentaje del consumo de drogas, por género y por años.

Tabla 2: Estadios propuestos por Piaget.

Tabla 3. Aspectos familiares revisados en las historias clínicas

Tabla 4. Aspectos sociales revisados en las historias clínicas

Tabla 5. Aspectos personales revisados en las historias clínicas

Tabla 6. Información recopilada en las historias clínicas

Tabla 7. Resultados diagnóstico para padres/cuidadores

Tabla 8. Aplicación y resultados de la prueba de desarrollo motriz en bebés de 6 a 26 meses expuestos a drogas durante el embarazo.

Tabla 9. Aplicación y resultados de la prueba de desarrollo motriz en bebés de 3 a 16 meses expuestos a drogas durante el embarazo.

Tabla 10. Contexto familiar de la madre y los bebés observados

Lista de gráficos:

Gráfico 1: Porcentaje del consumo de drogas en 3 países de América Latina.

Gráfico 2: Admisión de personas según el tipo de drogas

Gráfico 3. Afectación motriz de seis bebés expuestos a algún tipo de droga durante el embarazo.

Gráfico 4. Comparación de datos entre bebés expuestos a drogas y no expuestos.

Gráfico 5. Relación entre uso de drogas de la madre y calificación del bebé

ANEXO 1

FORMATO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LOS DATOS
(HISTORIAS CLINICAS)

Fecha: 17/feb/23

Tiempo: 2 hrs.

FOLIO	001		
SUJETO PARTICIPANTE	MI		
EDAD	26 años.		
HIJO(S)	1	Edad(es)	1 año 2 meses.

Lugar de la concentración: Clinica en Adicciones Nezahualpilli

<p>Antecedentes familiares:</p> <p>Padre : 53 años. Madre : 47 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Familia con Ambos Padres y 6 hermanos. - Nivel socioeconómico bajo. - 3 hermanos en Drogadicción actual. - Padre violento y alcoholico. - Violencia extrema en casa. - Madre Sumisa y muy permisiva.
<p>Drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de Piedra en constante periodo. - Inicia consumo a los 17 años. - Segunda vez Internada. (6 meses).
<p>Tipo de familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mixta (Madre tiene un 2do Matrimonio). El primer padre fue asesinado. - Hermanos Varones, es la unica mujer. - 2 Tios en el Reclusorio Norte.

**FORMATO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LOS DATOS
(HISTORIAS CLINICAS)**

Localidades	<ul style="list-style-type: none"> - Municipio de Nezahualcoyotl. - Colonia Metropolitana. -
Antecedentes penales	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Tios en el Reclusorio Norte por asesinatos. <p>(No hay mucha información)</p>
Enfermedades crónicas	<p>La mamá tiene diabetes:</p> <p>(1 hermano tiene taquicardias por la Droga.)</p>
Enfermedades mentales	<p>Ninguna.</p>
Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> - Secundaria (trunca). - Familia con grados escolares hasta la Secundaria o menos.

**FORMATO PARA LA CONCENTRACIÓN DE LOS DATOS
(HISTORIAS CLINICAS)**

<p>Ingreso del sujeto: 1º ingreso Marzo 2021 - Octubre.</p>	<p>Ingreso por 2da vez: 13 - Septiembre - 2022.</p>
<p>Valoración psicológica y medica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiva y poco Social. - Embarazo durante el 1er ingreso.
<p>Gestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Duración 8 meses 15 días.
<p>Desarrollo de la desintoxicación - Ansiedad Continua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abstinencia de 2 meses entre el 1º y 2º ingreso.
<p>Características del sujeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mujer Joven 26 años. - Tez clara, cabello oscuro - Pelo chiro
<p>Consumo de drogas más frecuentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piedra. - Cigarro (Menos frecuente) - Alcohol
<p>Estancia del sujeto y el bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 6 meses - Niño recurre a estancias semanales con su papá.
<p>Tipo de alumbramiento del bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parto natural - Cordon umbilical enredado.

ANEXO 2

Trabajo de investigación: "Afectación del desarrollo motriz en niños de 0 a 3 años con madres que consumieron drogas antes y durante el embarazo" ⁹	
Objetivo: Realizar una serie de ejercicios con los bebés, que demuestren el desarrollo motriz adecuado para la etapa de 0 a 3 años.	Tiempo de aplicación: 45 min
Indicadores: Reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal.	
Aplicador: Realiza una serie de ejercicios basados en el adecuado desarrollo del bebé, estos mismos permitirán visualizar si existe o no un daño visible.	Áreas: 1.- Reflejos innatos 2.- Desarrollo psicomotor 3.- Esquema corporal

Introducción:

El presente instrumento de investigación está diseñado para visualizar y conocer el buen desarrollo motriz que tienen niños de 0 a 3 años, a los cuales se les realizarán una serie de ejercicios en base a 3 áreas a trabajar: **reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal**. Áreas que abarcan el principal desarrollo en el intervalo de edad propuesto; por lo cual se le solicitará a los padres/tutores de los menores su apoyo, asegurándoles que la intervención que es segura para los bebés y el estudio tiene carácter anónimo de los participantes. Se solicitará a los padres y/o tutores, que ellos pueden estar presentes en para garantizar la seguridad de los infantes.

Instrucciones: El aplicador deberá permanecer un tiempo adecuado con él bebé, para que el niño se comience a sentir seguro y cómodo, de esta manera evitar que algún movimiento brusco y genere que este se inquiete o llore por no conocer a la persona que está a cargo del estudio. Al adaptar al bebé a su presencia, el aplicador deberá seguir estos pasos:

- 1.- Cargar y colocar al bebé en un espacio cómodo y donde se estire, para observar sus movimientos de pies y manos.
- 2.- Deberá realizar los movimientos sugeridos en las tablas de ejercicios.
- 3.- Tendrá que ir colocando los resultados de forma intercalada, es decir al finalizar de un movimiento para darle un respiro al pequeño.

⁹ Estos parámetros fueron obtenidos y adaptados del libro: "Aspectos básicos del desarrollo infantil: etapa de 0 a 6 años" de Eliseu Palau Valls. Parámetros que fueron encontrados en trabajos de Jean Piaget, Vygotsky y blúmer. En lo concreto de esta investigación, se adecuó el estudio realizado por Palau para observar específicamente los aspectos del desarrollo en las edades de los bebés (0 a 3), ya que no es posible hacer una serie de complementos como escritura, aprendizaje o lenguaje, encontramos que estas especificaciones son adecuadas al ver el óptimo desarrollo en estas 3 áreas principales: Reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal.

4.- Los datos se clasificaran de acuerdo al logro de cada ejercicio siguiendo la siguiente rubrica:

1	2	3	4	5
Grave	Malo	Regular	Bueno	Excelente

5.- Al finalizar, el aplicador deberá agradecer la participación de los participantes, (el bebé y su acompañante), confirmando que en todo momento se respetó su anonimato.

Diagnóstico para padres/tutores

Instrucciones: Se recomienda llenar un previo a los padres y o tutores, para conocer la perspectiva sobre el problema de adicción que tuvo la mama del bebe, mismos ítems serán de utilidad para el análisis de los resultados.

Comienzo: Se comienza presentándose el aplicador, conociendo al bebe y realizando una breve semblanza sobre la investigación, estas preguntas serán de manera directa al cuidador/a, algunos ítems son de manera abierta dejando la percepción de las drogas de manera libre. (Algunas familias tienen miembros activos en las drogas y no ven el problema como algo grave).

Preguntas:

1.- ¿Consideras que el consumo de drogas de la mamá, le afecto de alguna forma al bebe?

Si No No lo se

2.- Si la respuesta fue no, pasa a la 3. ¿Qué tipo de afectación considera que tuvo?

Física Psicológica Social Otra _____

3.- Usted que cuida al bebe, ¿Alguna vez ha observado algo anormal en él, por ejemplo en su salud, desarrollo o crecimiento?

SI No

4.- ¿Cuál?, omitir si es NO: Es de lento aprendizaje

5.- ¿Qué piensa acerca del consumo de drogas en el embarazo? _____

Esta mal porque afecta la salud y desarrollo del bebé

6.- ¿Cuáles fueron las complicaciones más graves, en la gestación y el alumbramiento del bebe?

Lento crecimiento y desarrollo

7.- Me podría compartir, ¿Cuál considera que es el reto más grande para el crecimiento del bebe?

La convivencia con su mamá es difícil y su aprendizaje en la escuela es difícil ya que se distrae mucho debido a las consecuencias que se tuvo durante la gestación.

Aplicación de ejercicios

AREA I. REFLEJOS INNATOS

Esta área, refleja el desarrollo cerebral y de maduración del sistema nervioso se da en los primeros 4 meses de vida. Para la pedagogía estos reflejos son los primeros indicios de las respuestas motrices.

Tabla 1. Reflejos innatos

1	2	3	4	5	6	7
Succión	Moro	Agarre	Enderezamiento	Magnus	Babinski	Hociqueo

Instrucciones: El aplicador impartirá el ejercicio de acuerdo al tipo de reflejo y colocara la rúbrica.

Reflejo 1	Ejercicio
Succión	Colocarle un objeto cercano y esterilizado, el cual él bebe deberá llevar rápidamente a su boca y succionarlo.

1 2 3 4 5

Observaciones: Lo realiza muy bien.

Reflejo 2	Ejercicio
Moro	Él bebe abre y cierra los brazos a consecuencia de un movimiento brusco de la cabeza, originado por la excitación de los músculos de las articulaciones del cuello. El aplicador debe provocar esa excitación de los músculos con una pluma.

1 2 3 4 5

Observaciones: Presenta la reacción

Reflejo 3	Ejercicio
Agarre	Ejercer una presión en la palma de la mano del bebe, esta automáticamente cerrara.

1 2 3 4 5

Observaciones: Buen Agarre.

Reflejo 4	Ejercicio
Enderezamiento	Apoyar el cuerpo del bebe sobre algo sólido, este rápidamente propulsara su cuerpo hacia adelante.

1 2 3 4 5

Observaciones: El bebe impulsa pero muy poco.

Reflejo 5	Ejercicio
Magnus	Acostar al bebe, girar su cabeza hacia algún lado y este a su vez extenderá el brazo y pierna del mismo lado, flexionando los miembros del otro.

1 2 3 4 5

Observaciones: Con éxito.

Reflejo 6	Ejercicio
Babinski	Quitar el calcetín del bebe, excitar la planta del pie y él bebe abrirá y cerrara los dedos.

1 2 3 4 5

Observaciones: Muy presente.

Reflejo 7	Ejercicio
-----------	-----------

Hociqueo	Estimular la mejilla del bebe, este girara rápidamente hacia donde está el objeto y llevándoselo a la boca.
----------	---

1
 2
 3
 4
 5

Observaciones: _____

AREA II. DESARROLLO PSICOMOTOR

En esta área, se conocen las bases del desarrollo del niño en 2 ejes: El primero la organización céfalo-caudal, donde el niño comenzara a controlar su cuerpo antes de sentarse y la segunda que es la organización próxima-distal, de la cual él bebe controlara esas partes más próximas. En pedagogía estos 2 ejes son el inicio de la psicomotricidad, para la organización próxima-distal se conoce como motricidad gruesa y fina.

Tabla 2. Desarrollo psicomotor

1	2	3	4
Control de cabeza	Coordinación óculo-manual	Capacidad de sentarse	La marcha

Instrucciones: El aplicador deberá realizar y observar los movimientos realizados con éxito marcando siempre la edad en la que se encuentre el bebe.

Área 1	Edad del bebé	Ejercicio:
Control de cabeza	5 meses.	El niño ya es capaz de girar su cabeza de un lado a otro y de levantarla al estar acostado.

1
 2
 3
 4
 5

Observaciones: _____ Lo realiza bien.

Área 2	Edad del bebé	Ejercicio:
Coordinación óculo-manual	5 meses.	Se le colocara al bebe un objeto de interés y este debe seguirlo con la mirada.

1 2 3 4 5

Observaciones: _____

Área 3	Edad del bebé	Ejercicio:
Capacidad de sentarse	5 meses.	A partir del 4to mes, el niño será capaz de sentarse con apoyo, después del 7° deberá sentarse solo.

1 2 3 4 5

Observaciones: _____

Área 4	Edad del bebé	Ejercicio:
La marcha	5 meses.	Los movimientos y antecedentes del bebe antes de caminar. Gatear, ponerse de pie, sostener los pies.

1 2 3 4 5

Observaciones: Sostiene los pies.

AREA III. ESQUEMA CORPORAL

Esta área trabaja la asimilación de los objetos, es decir que el niño tenga 2 principales áreas: la primera es la organización del eje corporal donde tiene autonomía de su movimiento, se conoce como motricidad gruesa y la segunda organización praxica donde el niño tomara objetos y los manipulara con extraordinaria precisión es decir la motricidad fina. Estas 2 áreas son fundamentales para que el niño ingrese a la educación.

Tabla 3. Esquema corporal

Áreas	1. Exploración propio cuerpo y el de los demás.
	2. Toma de conciencia de lo que posee.
	3. Organización, estructuración e integración.

Instrucciones: En esta área el aplicador deberá tener en cuenta los factores ambientales es decir, trabajara con la familia y él bebe.

Área 1. Exploración propio del cuerpo y de los demás.	
Edad: <u>5 meses.</u>	Indicaciones: Se deberá interactuar con el niño aproximadamente 10 min, donde deberá reconocer sus manos, pies, cabello. Posteriormente un familiar deberá hacer lo mismo indicando y guiando al bebe en que vea sus ojos, manos, cabello. Por ultimo colocar al bebe en un espejo y visualizar lo que toca, mueve y observa.
Padre/tutor: Especificar su relación y cercanía con él bebe. <u>Tia de la mamá</u>	

1
 2
 3
 4
 5

Observaciones: Visualiza Todo.

Área 2. Toma de conciencia de lo que posee.	
Edad: <u>5 meses.</u>	Indicaciones: Se deberá jugar con él bebe, donde se toque con la mano del aplicador y con la mano de un familiar, donde se vea como reconoce la mano del otro. Posteriormente hacerlo con su mano y que reconozca que es la suya.
Padre/tutor: Especificar su relación y cercanía con él bebe. <u>Tia de la mamá</u>	

1 2 3 4 5

Observaciones: Le cuesta un poco reconocer.

Área 3. Organización, estructuración e integración.	
Edad: <u>5 meses.</u>	Indicaciones:
Padre/tutor: Especificar su relación y cercanía con él bebe. <u>Tía de mamá</u>	Colocarle al niño un objeto y ver de qué manera lo reconoce aquí se debe llegar al indicio del lenguaje es decir balbuceo, comunicación y pequeñas palabras. El aplicador debe hablar al bebe y un familiar también de esa manera debemos observar su representación de esta estructura del lenguaje.

1 2 3 4 5

Observaciones: presenta un buen balbuceo a pesar de la edad.

Conclusiones: El aplicador deberá hacer un análisis profundo de las respuestas, donde también elabore la observación presentada en la aplicación. Estos parámetros fueron obtenidos del libro: "Aspectos básicos del desarrollo infantil: etapa de 0 a 6 años" publicado por: Eliseu Palau Valls. Mismo que fueron encontrados en trabajos de Jean Piaget, Vygotsky y Blümer, para nuestra investigación es importante reflejar las edades de los bebés, ya que no podremos hacer una serie de complementos como escritura, aprendizaje o llegar al lenguaje como tal, pues apenas presentan indicios de algún desarrollo afectado, encontramos que estas especificaciones son adecuadas al ver el óptimo desarrollo en estas 3 áreas principales: Reflejos innatos, desarrollo psicomotor y esquema corporal.

Al finalizar el aplicador agradece y se despide del padre/tutor, comentando que su participación será de gran utilidad para nuestra investigación.

Referencias:

Palau, E. (2004). Aspectos básicos del desarrollo infantil: De la etapa de 0 a 6 años. CEAC.


Firma del aplicador