



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí



FACULTAD DE
**ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADICCIONES
Efectividad sobre los conocimientos y habilidades sociales en
escolares

Presenta

Lic. Enf. Izamary Sinaí Lucero García

Directora

Dra. Maribel Cruz Ortiz

Coasesora

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

San Luis Potosí, San Luis Potosí

México, 2026

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADICCIONES Efectividad sobre los conocimientos y habilidades sociales en escolares © 2026 por Izamary Sinai Lucero García tiene licencia CC BY-NC-ND 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.1 Justificación.....	6
2.2 Pregunta de investigación	14
III. OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo general	15
3.2 Objetivos específicos	15
IV. HIPOTESIS.....	16
V. MARCO TEÓRICO	17
5.1 La adicción.....	17
5.2 Consumo	21
5.2.1 Factores de riesgo para el desarrollo de una adicción	21
5.2.2 Factores de riesgo en niños	25
5.2.3 Conductas de riesgo.....	27
5.2.4 Factores Protectores	29
5.2.5 Impacto de las adicciones en el rendimiento académico.....	33
5.3 Habilidades para la vida.....	33
5.3.1 Habilidades socioemocionales.....	34
5.3.2 Habilidades sociales.....	37
5.3.3 Habilidades sociales en adolescentes	38
5.3.4 Habilidades sociales más promovidas en la prevención de adicciones.....	38
VI. METODOLOGÍA	40
6.1 Delineamiento del estudio	40
6.1.1 Enfoque del estudio	40
6.1.2 Tipo de estudio	40
6.1.3 Diseño del estudio.....	40

6.2 Intervención educativa	41
6.2.1 Sesiones que componen la intervención.	41
6.3 Población de estudio	42
6.3.1 Universo	42
6.3.2 Población	42
6.3.3 Muestra	42
6.4 Criterios de selección	42
6.4.1 Criterios de inclusión:	42
6.4.2 Criterios de exclusión:	43
6.4.3 Criterios de eliminación:	43
6.5 Variables	43
6.5.1 Variable independiente: intervención educativa	44
6.5.2 Variable dependiente: habilidades sociales	44
6.5.3. Variable dependiente: conocimientos	44
6.6 Lugar y fecha	45
6.7 Instrumentos	45
6.9. Procedimientos	47
6.9.1 Para la aprobación del protocolo	47
6.9.2 Para la selección de la población	47
6.9.3 Para la recolección de los datos	48
6.10 Análisis de los datos	48
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	50
7.1 Normativas internacionales	50
7.2 Normativas nacionales	51
7.3 Consideraciones especiales	52
7.4 Derechos de autoría	52
7.5 No conflicto de intereses	52
7.6 Sobre el financiamiento	53
7.7 Sobre la transferencia de resultados	53
VIII. RESULTADOS	54

8.1 Prueba Piloto	54
8.1.1 Dinámica general	54
8.1.2 Instrumento	55
8.1.3 Actividades	57
8.1.4 Materiales	58
8.2 Resultados muestra general aplicación de la intervención educativa	60
8.2.1 Datos sociodemográficos	60
8.2.2 Estructura de la intervención	61
8.3 Análisis descriptivo de los instrumentos (Pre-intervención)	61
8.3.1 Autoexpresión en situaciones sociales	62
8.3.2 Defensa de los propios derechos	63
8.3.3 Expresión de enfado o disconformidad	64
8.3.4 Decir que no y cortar interacciones	65
8.3.5 Iniciar interacciones positivas	66
8.4 Conocimientos sobre Adicciones (Fase Pre-test)	66
8.5 Comparativa de conocimientos Pre, Post y 2 meses después de la intervención	68
IX. DISCUSIÓN	77
X. CONCLUSIONES	82
XI. LÍNEAS DE FUTURO Y LIMITACIONES	83
11.1 Líneas de futuro	83
11.2 Limitaciones	84
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
XIII. ANEXOS	94
13.1 Anexo 1. Operacionalización de variables	94
13.2 Anexo 2. Instrumento escala de habilidades sociales	77
13.6 Anexo 6. Consentimiento informado para padres o tutores	83
Firma de consentimiento informado	83
13.8 Anexo 8. Carta de no conflicto de intereses y derechos de autoría	83
PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	9

II. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo general	10
2.2 Objetivos específicos	10
III. METODOLOGÍA	11
3.1 Fases para el desarrollo del proyecto	11
3.2 Fases para el entrenamiento de habilidades sociales	12
3.3 Secuencia didáctica	15
3.3.1 Sesión 1. Etapa de partida	15
3.3.2 Sesión 2. Lo que sé y lo que quiero saber	16
3.3.3 Sesión 3. Organicemos las actividades	17
3.3.4 Sesión 4. Creatividad en marcha. Adicción al radio: mensajes breves	18
3.3.5 Sesión 5. Creatividad en marcha. Adicción al radio: foro mi derecho vs las adicciones	19
3.3.6 Sesión 6. Creatividad en marcha. Adicción al radio: entrevista la expresión del enojo	20
3.3.7 Sesión 7. Creatividad en marcha: Adicción a la radio: spot de radio, cuando no es no y taller aprender a conversar	21
3.3.8 Sesión 8. Creatividad en marcha y Etapa de cierre: Noticias, pedimos su colaboración y Exposición multimedio.	22
IV MARCO TEÓRICO	90
4.1 ¿Qué son las sustancias licitas e ilícitas?	90
4.1.1 Alcohol, tabaco y drogas	90
4.1.2 Las drogas y su clasificación	92
4.2 ¿Qué es la dependencia?	93
4.2.1 Uso de sustancias	94
4.2.2 Abuso de sustancias	94
4.2.3 Tolerancia a las sustancias	94
4.2.4 Dependencia	95
4.2.5 Abstinencia	96
4.2.6 Craving	96
4.2.7 Recaída	97
4.3 Habilidades sociales	98

4.3.1 Autoexpresión y comunicación asertiva	98
4.3.2 Decir "NO"	100
4.3.3 Responsabilidad y la defensa de los propios derechos	101
4.3.4 Hacer peticiones	102
4.3.5 Participación e interacción	103
4.3.6 Autocontrol y expresión de enfado	104
V. ANEXOS	90
5.1 Asentimiento informado	90
5.2 Propósito de proyecto	92
5.3 Reglas y límites	92
5.4 Reconocimiento del expositor	93
5.5 Silueta del árbol para visualización de problemas	94
5.6 Mapa de visualización sistémica de estrategias	95
5.7 Caso prototípico para habilidades sociales: un día terrible	96
5.8 Mapa de habilidades	98
5.9 Inventario de habilidades sociales	99
5.10 Mapa de difusión de sugerencias	100
5.11 Mapa de organización de actividades	100
5.12 Anexo Afiche derechos de los niños	101
5.13 Manejo del enfado	102
5.14 Mapa donde dije si cuando era no	103
5.15 Mapa de interacciones para conversar	103
5.16 Mapa de interacciones	104
5.17 Escala de habilidades sociales	105
5.18 Mapa de clasificación de peticiones	107

INDICE DE IMÁGENES, GRAFICOS, TABLAS Y CUADROS

Imagen 1 Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia ⁴¹	23
Imagen 2 Factores de protección preponderantes en cada ámbito.....	31
Imagen 3 Factores protectores individuales.....	32
Imagen 4 Habilidades para la vida.....	34
Gráfico 1. Comparación de medias de conocimientos en las tres evaluaciones	70
Gráfico 2. Nivel de conocimientos de la intervención educativa sobre adicciones efectividad sobre conocimientos y habilidades sociales en escolares	72
Gráfico 3. Comparación de medias de habilidades en las tres evaluaciones	75
Gráfico 4. Nivel de habilidades sociales de la intervención educativa sobre adicciones	76
Tabla 1. Medias estimadas e intervalos de confianza en las tres mediciones (n=38).....	68
Tabla 2. Comparación de medias de conocimientos por pares entre las tres evaluaciones.....	69
Tabla 3. Distribución porcentual de los niveles de conocimientos sobre adicciones en las mediciones pre, post y 2 meses después de finalizada la intervención educativa.	71
Tabla 4. Medias estimadas e intervalos de confianza al 95 % de las habilidades sociales en las tres mediciones de la intervención educativa. (n=38)	72
Tabla 5. Comparación de medias de habilidades sociales por pares entre las tres evaluaciones	74
Tabla 6. Distribución porcentual de los niveles de habilidades sociales en las mediciones pre, post y 2 meses después de finalizada la intervención educativa. ...	75

Cuadro 1 Factores de riesgo para adicciones	28
Cuadro 2 Factores protectores	30
Cuadro 3 Características sociodemográficas de los participantes (n = 38).....	61
Cuadro 4 Sesiones impartidas en la intervención educativa	61
Cuadro 5 Dimensiones obtenidas en la primera aplicación, divididos por categorías.....	62
Cuadro 6 Distribución de frecuencias: Dimensión de Autoexpresión por Sexo (n=38).....	62
Cuadro 7 Comparativa de respuestas sobre la defensa de derechos por sexo (n=38)	63
Cuadro 8 Comparativa sobre la expresión de emociones negativas por sexo (n=38).....	64
Cuadro 9 Comparativa sobre la capacidad de poner límites por sexo (n=38)	65
Cuadro 10 Comparativa sobre el inicio de interacciones y expresión afectiva por sexo (n=38).....	66
Cuadro 11 Porcentaje de aciertos en conocimientos sobre adicciones por sexo (n=38).....	67

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco infinitamente a Dios por concederme la vida, la salud y la fortaleza necesarias para culminar este importante paso en mi formación. Agradezco también a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por brindarme el espacio académico y la oportunidad de desarrollarme profesionalmente. Mi más sincero reconocimiento a la Dra. Maribel Cruz Ortiz y a la Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez por su invaluable dirección, asesoría, paciencia y guía experta a lo largo de este trayecto.

Dedico este logro de manera muy especial a mis padres y a mi abuelita, quienes, con su amor incondicional, ejemplo y apoyo constante han sido el pilar fundamental de mi vida. A mis amados hijos, por convertirse en mi motor diario, mi mayor inspiración y la razón de cada uno de mis esfuerzos. Asimismo, quiero expresar mi gratitud a mi mejor amiga, Yesenia, por su presencia incondicional, sus palabras de ánimo y su lealtad a lo largo de este camino. Extiendo un agradecimiento especial a quien caminó a mi lado en cada etapa de este proceso, brindándome su comprensión, su respaldo en las jornadas más intensas y una motivación constante para alcanzar esta meta.

Finalmente, me agradezco a mí misma. Me siento profundamente orgullosa de la mujer en la que me he convertido y de no haberme rendido a pesar de las adversidades. Este proyecto no solo representa la culminación de un título académico, sino el cierre de una etapa muy importante en mi vida que me ayudó a sanar y a salir adelante en momentos difíciles. Hoy cierro este capítulo con gratitud, sabiendo que también es el comienzo de grandes cosas y nuevos caminos por recorrer.

RESUMEN

Introducción: Este estudio está enfocado en el tema de la prevención de adicciones en niños en edad escolar y en las habilidades sociales y conocimientos que requieren para hacer frente a los factores de riesgo a los que están expuestos en su vida diaria utilizando los factores protectores que están presentes en ellos y en su entorno. Lo anterior es indispensable dado que el consumo de sustancias lícitas e ilícitas en todo el mundo va en aumento y el rango de edad de inicio en el consumo está bajando cada día más. Por esa razón, el presente estudio tiene como **objetivo** determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos y habilidades sociales para la prevención de adicciones en escolares. Se propuso una **metodología** con enfoque cuantitativo dirigido al total de niños de quinto grado de la escuela primaria Profesor Homero Barragán Pardiñas. Se desarrolló un estudio pre-experimental, con tres mediciones de conocimientos y habilidades sociales, la 1ª antes de la intervención, la 2ª inmediatamente al concluir y la 3ª, 2 meses después de concluida la intervención. Para la recolección de los datos se utilizó la Escala de Habilidades Sociales de Gismero y una Escala de generación propia para evaluar conocimientos. Respecto a los **resultados** participaron 38 escolares de quinto grado. La intervención educativa mostró un ligero incremento en los conocimientos sobre adicciones y estabilidad en las habilidades sociales entre las tres mediciones realizadas. Se identificó que la mayoría de los participantes tenía conocimiento previo sobre centros de rehabilitación y experiencias cercanas con familiares consumidores de sustancias, evidenciando la importancia del contexto familiar y social en la prevención de adicciones. En **conclusión**, no obstante que la intervención educativa favoreció el mantenimiento y fortalecimiento de los conocimientos sobre adicciones y habilidades sociales de los escolares, los resultados no alcanzaron significancia estadística en las tres mediciones realizadas.

Palabras clave: habilidades sociales, conocimientos sobre adicciones, intervención educativa, prevención de adicciones, niños escolares.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias licitas e ilícitas en nuestro país y en todo el mundo va en aumento. Al mismo tiempo que el consumo aumenta, la edad de inicio va disminuyendo y cada vez se presenta a edades más tempranas. En contra de lo que muchas veces se piensa, las adicciones en niños son una problemática frecuente en México.

Cuando hablamos de adicciones, es importante mencionar que la carencia de habilidades sociales favorece la aparición de conductas de riesgo que pueden favorecer el consumo y abuso de sustancias, por esa razón las habilidades sociales son parte esencial de la prevención y además su presencia determina al menos parcialmente el proceso de vivir.¹

En niños y adolescentes, la temática de las habilidades sociales es relevante, no sólo por su dimensión relacional, sino por su influencia en otras áreas vitales de su desarrollo como la escuela y la familia. Ejemplo de lo anterior, es la influencia negativa que presentan los adolescentes con dificultades para relacionarse o ser aceptados por sus compañeros del aula. Los estudios de seguimiento muestran que tienden a presentar problemas a largo plazo, vinculados con la deserción escolar, comportamientos violentos y perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta.²

Dado lo anterior, se afirma que las habilidades sociales no sólo son importantes respecto a las relaciones con los pares, sino que también permiten que niños y adolescentes asimilen los papeles y las normas sociales.⁴

En la infancia, las habilidades sociales inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos que constituyen una fortaleza para resistir el ingreso al consumo de sustancias que día con día crece. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su portal sobre consumo de sustancias, afirma que en América Latina y el Caribe, por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres sufren trastornos causados por el uso de drogas.^{3,4,5}

La propia OMS enfatiza que el uso continuo de drogas es un problema de salud pública porque puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud y que las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afecta a sus familias y a otras relaciones personales.⁵

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afirma que los problemas causados por las drogas y la dependencia de estas son prevenibles y tratables ya que, si se identifica tempranamente el uso riesgoso de drogas, puede ser reducido o restringido mediante evaluaciones de la salud e intervenciones breves, antes de que las personas que lo consumen se vuelvan dependientes.³

Lo anterior es confirmado por la UNODC, (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), que señala que hay indicios de que los programas dirigidos a adolescentes jóvenes podrían prevenir mejor el consumo de sustancias que los programas dirigidos a jóvenes de mayor edad. Concretamente, enfatiza que las intervenciones educativas para la enseñanza de habilidades sociales dirigidas a la prevención de adicciones en niños brindan una herramienta con resultados medibles y eso permite brindar un reforzamiento de los conocimientos sobre el tema y ayuda a prevenir futuras adicciones o dar ayuda en caso de ya estar presente.⁶

Las intervenciones educativas se caracterizan por ofrecer un programa que conjunta actividades específicas, más allá de las actividades que normalmente se realizan en ese entorno (por ejemplo, sesiones de educación para la prevención del uso de drogas en las escuelas). Las mismas actividades también pueden llevarse a cabo como parte del funcionamiento normal de la escuela (por ejemplo, sesiones de educación para la prevención del uso de drogas como parte de un plan de estudios tradicional de promoción de la salud).⁶

En México, de acuerdo a lo informado por el Observatorio Mexicano de salud mental y drogas, durante el año 2021 se registraron 33,264 adolescentes de 12 a 17 años, con riesgos psicosociales y concretamente el riesgo más constante es el relacionado

con la disminución en el desempeño escolar, ausencia de logros académicos y falta de interés en actividades escolares.⁷

A nivel local, el consumo de sustancias también representa un problema. Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), señala que San Luis Potosí se encuentra entre las entidades con más alto porcentaje en consumo de alcohol y tabaco en la población de 10 a 19 años.⁸

Los datos anteriores, apuntan a la necesidad de continuar probando estrategias preventivas para niños y adolescentes, centradas en el fortalecimiento de conocimientos y habilidades sociales que les permitan sustraerse del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Dado lo anterior, el presente informe muestra los resultados obtenidos tras probar una intervención educativa para prevenir el consumo de drogas. Para ello presenta una serie de capítulos que inician con el planteamiento del problema donde se recogen datos estadísticos, el marco teórico que agrupa las definiciones más frecuentes sobre el tema e investigaciones relacionadas con estudios semejantes, seguido de un apartado metodológico que agrupa los objetivos, metodología y consideraciones éticas con los anexos correspondientes. La última parte presenta resultados, discusión y conclusiones.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación

En la actualidad, el consumo nocivo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el mundo. Se trata de un panorama complejo que entrelaza consecuencias personales y consecuencias sociales que requieren un abordaje multidisciplinario y multisectorial para tratar y rehabilitar a quienes ven afectada su salud, pero también para fortalecer el tejido comunitario y las habilidades sociales para evitar el consumo o al menos retrasar la edad de inicio y evitar el consumo dependiente.

Lo anterior es fundamental porque mientras más temprano se empieza a consumir drogas, mayores son las posibilidades de seguir consumiendo en el futuro y ello puede impactar en múltiples esferas que afectan el desarrollo económico y social, el aumento de los costos de atención a la salud, la presencia de diferentes formas de violencia que puede estar asociada con el crimen organizado o con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas.⁹

Entre los efectos nocivos del inicio temprano del consumo de sustancias se encuentra el daño corporal que surge de la conducción bajo los efectos del alcohol, la violencia, la agresión sexual, el sexo sin protección, los embarazos no deseados y el fracaso educativo. Todo ello subraya la importancia de la prevención, la detección temprana y la intervención de tratamiento dirigida a los jóvenes.¹⁰

Lo señalado pone de relieve la importancia de la prevención entre niños y adolescentes, ya que se encuentran en la etapa en que desarrollan habilidades cognitivas y sociales que pueden convertirse en herramientas para la prevención de adicciones. Según Caballo¹ las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas

inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.⁴

Algunos autores afirman que se han identificado ciertos factores de protección ante estresores ambientales que disminuyen la aparición de problemas psicosociales en la infancia y adolescencia, entre ellos se destacan la competencia y el apoyo social, el empleo del tiempo libre y adecuadas estrategias de afrontamiento. Respecto a la competencia y el apoyo social, se considera que las habilidades sociales son un medio excepcional de protección y promoción de la salud.¹¹

Considerando lo anterior, las habilidades sociales que fortalecen la interacción, ayudan a niños y adolescentes a enfrentar mejor las situaciones de estrés, hablar con pares no conocidos, expresar emociones positivas, establecer conversaciones con pares y adultos y todo ello junto con el fortalecimiento del bienestar psicológico y emocional, la competencia personal y social, un fuerte vínculo con padres, escuelas y comunidades bien organizadas, son factores que pueden convertirse en protectores de la salud que contribuyan a que los jóvenes sean menos vulnerables al uso de sustancias y a otros comportamientos de riesgo.⁶

El consumo y dependencia a las drogas es un problema multicausal y complejo en el que existen factores de vulnerabilidad importantes como la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, la presencia de trastornos mentales y de la conducta, el abandono y el maltrato familiar, el escaso vínculo con la escuela y la comunidad, las normas sociales y los entornos que favorecen el consumo de sustancias¹².

La crianza y el vínculo con la escuela son factores de vulnerabilidad y resiliencia que han sido identificados como especialmente influyentes en las etapas de la infancia, la niñez y la primera adolescencia. También es necesario señalar que las comunidades que ofrecen escasos recursos para el desarrollo, el poco apoyo familiar o un acceso limitado a la educación y la información sobre los riesgos que implica el consumo de alcohol y drogas, representan un riesgo especial.⁶

La situación planteada refuerza la idea de la necesaria atención de factores de riesgo desde una perspectiva multisectorial y sistémica en el contexto macro (relacionados

con la estructura económica, legal y normativa de una sociedad, o bien, con la dinámica sociocomunitaria), meso (espacios de interacción interpersonal directa como la familia, los grupos escolares o laborales, los grupos de amigos y la pareja) y micro (capacidades de ajuste y de afrontamiento, con su estado psicológico y afectivo, con ciertas condiciones físicas, biológicas y genéticas).¹³

Ese abordaje multisectorial, convoca por supuesto a los trabajadores de la salud puesto que se generan fuertes afectaciones que se reflejan en indicadores de morbi mortalidad. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo cada año ocurren más de 3 millones de muertes relacionadas con el consumo nocivo de alcohol y más de 8 millones de muertes relacionadas con el uso de tabaco, siendo alrededor de 1.3 millones de muertes las relacionadas con el humo de tabaco ajeno o de segunda mano, es decir entre las personas que no usan tabaco, pero que estuvieron expuestas al humo de tabaco por convivir con personas que fuman.¹⁴

Los datos aportados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito también dan cuenta de la gravedad del problema del consumo de alcohol, tabaco y drogas ya que a nivel mundial en el año 2017 se registraron 585 mil muertes relacionadas con el consumo de drogas, y también se perdieron 42 millones de años de vida saludables.¹⁵

En la región de las Américas los patrones de consumo tienen particularidades en su comportamiento. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala en el año 2000 que el consumo de alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en países de renta media baja y el segundo entre los países desarrollados de la región.¹⁶

El observatorio mundial de la salud de la OMS a través del Banco Mundial permite observar las tendencias en el consumo de alcohol a lo largo del tiempo mediante mapas regionales. Así, es posible observar que en América del Norte (Estados Unidos y Canadá), entre el año 2000 y 2020, el consumo del alcohol per cápita en mayores de 15 años ha mantenido un incremento sostenido pasando de 9.1 a 9.9 litros de alcohol puro.¹⁷

En el caso de México, la tendencia es menos clara, ya que presenta un descenso sostenido entre el año 2000 (6.2) y 2013 (4.9) para luego mostrar un incremento entre 2014 y 2019 (5.7), con un dato de cierre al 2020 de 4.8 litros de alcohol per cápita.¹⁷

Respecto al consumo de tabaco, se reporta que a nivel mundial el porcentaje de población de 15 años o más que consumía algún producto de tabaco (tabaco fumado o sin humo) a diario o no, alcanzó el 22.5% en 2020, cifra significativamente menor al 34.1% reportada en el año 2000.¹⁷

Evidentemente, la desagrupación por países permite observar comportamientos heterogéneos a lo largo del mundo. Así, para 2020 Myanmar acusa un 44.1% de población de 15 años y más que consume tabaco, mientras que en la región de las Américas el porcentaje más alto es para Chile con 29.2 en tanto México alcanza un 13.10%. Estos datos necesitan tomarse con precaución dado que no contemplan aún el periodo 2014-2021, ni incluyen los cigarrillos electrónicos, que se han constituido en toda una novedad que requiere un análisis profundo.¹⁷

Respecto al consumo de drogas, los datos ofrecidos por instancias internacionales en materia de salud como la OPS o la OMS, son mucho menores dado su mayor abordaje desde el campo de la justicia, al considerarse un delito. Así, es la Oficina contra las drogas y el crimen de la ONU quien presenta en 2022 un reporte sobre prevalencia del consumo de drogas en la población general de 15 a 64 años y señala que el cannabis continua como la droga de mayor consumo en el mundo con 4.41% de la población señalada. El mismo reporte muestra, que es la región de América del Norte, (que conjunta a Estados Unidos, Canadá y México), la que presenta mayor consumo no solo en cannabis (19.81), sino también en anfetaminas (2.3); así como el segundo lugar en el consumo mundial de opioides de prescripción médica (2.72), opioides (0.72), cocaína (1.95) y éxtasis (0.72), lo cual da cuenta de la compleja situación de esta región.¹⁸

De particular importancia resultan los datos relacionados con los jóvenes, sin embargo, las estadísticas que se ofrecen están desactualizadas y al provenir de fuentes diversas y realizarse con distintas metodologías resulta poco práctica la

comparación. Una excepción a lo anterior son los datos sobre consumo de cannabis que se presentan para población entre 15 y 16 años para el año 2022. Estos datos muestran la prevalencia más alta para Australia y Nueva Zelanda en el número 1 mundial con 20.1 y la región de América del Norte ocupa el 3er lugar (13.7) por detrás de Europa Central (16.5).¹⁸

En todo caso las cifras señaladas generan gran preocupación por tratarse de población más vulnerable dado que un inicio de consumo más temprano puede llevar a mayores problemas sociales y de salud y por otra parte como señala la OPS, si bien es cierto las drogas ilegales son usadas con más frecuencia en los países de ingresos altos en las Américas, las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud, (enfermedad, discapacidad o muerte), ocurren de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud ya que el daño asociado al uso de estas sustancias, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consumo.³

En México durante el año 2021 se registraron 3631 muertes relacionadas directamente con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que representan una tasa de 2.8 por cada cien mil habitantes. Siendo el alcohol la sustancia psicoactiva que ocasionó más muertes relacionadas con su consumo, con una tasa de 2.2 por cada cien mil habitantes. Seguido por las defunciones relacionadas directamente con el consumo de drogas ilícitas (tasa de 0.6 por cada cien mil habitantes) y con el consumo de tabaco (tasa de 0.03 por cada cien mil habitantes).¹⁹

Específicamente hablando de la población adolescente mexicana, (10 a 19 años), datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (ENSANUT continua), analizados por Ramírez et al, identifican que el 20.6% habían consumido al menos una copa de una bebida alcohólica en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual en 2022.²⁰

Datos más específicos de la misma ENSANUT continua, permiten caracterizar esta población: el porcentaje que habían consumido alcohol el último año era mayor entre los hombres (22%) que entre las mujeres (19.2%) y además el porcentaje aumentaba con la edad: de 3.8% entre los 10 y 12 años a 11% entre los 13 y 15 años y hasta 32.5% entre los 16 y 17 años. Además, se registraba que el consumo excesivo de alcohol era mayor en la población con índice de bienestar alto (16.6%) que entre aquella con índice de bienestar bajo (11.7%). También se reportaron mayores porcentajes en localidades urbanas (15.1%) y metropolitanas (14.1%) que en localidades rurales (12%).²⁰ Respecto al consumo de tabaco, la encuesta identificó que el 4.6% de la población adolescente habían consumido tabaco dentro de un periodo de 30 días con respecto a la entrevista en 2022.²⁰

Los datos de la encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes, (ENCODE 2014), permite valorar los datos locales para el Estado de San Luis Potosí. La encuesta encontró que el 41.4% inició su consumo de drogas entre los 13 y 14 años; 16% de los estudiantes habían consumido drogas alguna vez en su vida; 13% consumió drogas ilegales (14.4% hombres y 11.8% mujeres) y 5.8% drogas médicas (4.5% hombres y 7% mujeres).²¹

Las evidencias muestran que el consumo de sustancias es una práctica muy extendida entre los adolescentes, incluidos los estudiantes, quienes se ven expuestos a sustancias en etapas tempranas y esto representa un desafío para la prevención ya que como señala la OMS, las cargas sociales y para la salud impuestas no son inevitables: los problemas causados por las drogas y la dependencia de estas son prevenibles y tratables. Cuando se lo identifica tempranamente, el uso riesgoso de drogas puede ser reducido o restringido mediante evaluaciones de la salud e intervenciones breves, antes de que las personas que lo consumen se vuelvan dependientes.³

Múltiples alternativas preventivas se han puesto en marcha tanto dentro como fuera del contexto escolar. Ejemplo de ello es la revisión de programas no escolares de prevención del consumo de drogas en adolescentes que emprendió la agencia de salud pública de Barcelona, que señala que las intervenciones familiares son las más

efectivas para reducir el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, destacando la importancia de la tolerancia cero con el alcohol, normas claras y vigilancia parental. Las intervenciones comunitarias, que incorporan valores culturales y refuerzan las conexiones comunitarias, también han demostrado ser beneficiosas.²²

Los programas de prevención de adicciones destinados a la población infantil y adolescente persiguen alguno de los siguientes objetivos: aumentar el conocimiento sobre los riesgos y efectos del uso de drogas, cambiar las creencias, actitudes y comportamientos en torno a este consumo, aumentar las habilidades personales y las competencias sociales y paliar el efecto de los factores de vulnerabilidad que influyen en el comportamiento adictivo.^{23,24}

El medio escolar es uno de los mejores espacios para la prevención del uso de sustancias en la infancia y la adolescencia, debido a que muchas niñas y niños pasan más tiempo en la escuela que con sus madres y padres. De hecho, la literatura científica muestra que, en el ámbito de la prevención de adicciones destinada a la infancia y la adolescencia, los programas desarrollados en el entorno escolar constituyen las intervenciones más implantadas y evaluadas²⁵ (EMCDDA, 2020).

En consecuencia, se constata *de facto* una cierta asimilación entre los programas de prevención escolar y la prevención hacia la población adolescente en general, lo que genera una cierta dificultad a la hora de sistematizar la evidencia en categorías diferenciadas. A ello se suma otra limitación a la hora de interpretar los hallazgos aportados por las evaluaciones y determinar qué tipo de intervención escolar presenta mejores resultados, derivada del hecho de que muchos programas recurren a una combinación ecléctica de diversos enfoques. Esta limitación en la caracterización de las intervenciones puede ser una razón que explique los resultados contradictorios de algunas de las revisiones y metaanálisis, que quizá han tendido a ser generalmente optimistas acerca de los beneficios de los programas de prevención escolar.^{26, 27}

Respecto a los programas de la prevención en el ámbito escolar a pesar de su amplia implantación, la calidad de la evidencia sobre la efectividad de los programas de prevención desplegados en el entorno escolar es heterogénea. Entre los enfoques

de mayor efectividad se encuentran los centrados en el desarrollo de competencias sociales y habilidades personales. Estos programas promueven la adquisición de habilidades en torno a la toma de decisiones, la resistencia frente a la presión social o de grupo, la mejora de la educación afectiva, la autoestima o a la gestión del estrés y la ansiedad, y actúan como factores de protección tanto en la infancia como en la adolescencia.²⁸

Los modelos que abordan factores de vulnerabilidad ante el inicio del consumo de drogas u otras adicciones presentan también un adecuado nivel de eficacia. Cabe destacar los programas de educación selectiva en la primera infancia, los dirigidos específicamente a niños, niñas y adolescentes que presentan vulnerabilidad psicológica, y aquellos orientados a reforzar los vínculos y la adherencia con la escuela. De manera similar, las políticas de mejora del entorno o clima escolar y las intervenciones que incorporan múltiples enfoques obtienen un buen nivel de eficacia. Sin embargo, los enfoques de normalización social o aquellos basados en información y conocimiento no cuentan con evidencia suficiente.²⁸

Es más, estos últimos pueden resultar perjudiciales, al generar reacciones opuestas a las que se persiguen. Por todo ello, solamente se recomiendan estas intervenciones si se combinan con otros enfoques.²⁸

A pesar de lo anterior, los estudios sugieren que, no obstante tratarse de intervenciones ampliamente implantadas, la evidencia sobre la efectividad de los programas de prevención basados en la escuela, en general, es poco concluyente. No obstante, hay aspectos que se identifican como favorecedores, entre ellos la aplicación y estructura de programas con métodos interactivos, el trabajo en grupo, sesiones muy estructuradas, un currículum implementado por profesionales formados, programas multicomponentes y la formación de habilidades sociales.^{28,6}

Lo anterior muestra el largo camino que aún hay que recorrer formulando y probando estrategias que ayuden a prevenir el consumo de drogas, alcohol y tabaco. Por esta razón formulamos la siguiente pregunta de investigación:

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos y habilidades sociales para la prevención de adicciones en escolares?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos y habilidades sociales para la prevención de adicciones en escolares

3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos y habilidades sociales que se tiene al inicio de la intervención educativa sobre la prevención de adicciones en niños de educación primaria.
- Medir el nivel de conocimientos y habilidades sociales sobre la prevención de adicciones en niños de educación primaria después de la intervención.
- Comparar los resultados del nivel de conocimientos y habilidades sociales sobre la prevención de adicciones en niños de educación primaria después de 2 meses de concluida la intervención.

IV. HIPOTESIS

Ho: No Habrá diferencia estadística significativa en el nivel de conocimientos y las habilidades sociales en los escolares antes, al finalizar y tres meses después de la intervención educativa

H1: Habrá diferencia estadística significativa en el nivel de conocimientos y las habilidades sociales en los escolares antes, al finalizar y tres meses después de la intervención educativa

V. MARCO TEÓRICO

5.1 La adicción

Las definiciones de adicción varían, pero todas implican la noción de una motivación poderosa y repetida para participar en una actividad (de consumo o comportamiento), sin relación con la supervivencia, adquirida a través de la experiencia con dicha actividad y que continua a pesar del riesgo o daño que causa en su salud biológica, mental y social. Requiere un aumento progresivo en la cantidad consumida para obtener el mismo efecto deseado (tolerancia) y aparece una experiencia de malestar cuando se intenta dejar de consumir (abstinencia).^{29,30}

La adicción es algo más que un hábito, se trata de un comportamiento aprendido y la exposición repetida a drogas adictivas puede afectar el aprendizaje.³¹ Representa un cambio en el comportamiento que implica un recorrido por distintas etapas que ocurren de forma progresiva.³²

- **Experimentación:** Prueba de la sustancia sobre todo por curiosidad. Después, la persona continúa o interrumpe el consumo.
- **Uso:** El consumo de la droga es bajo u ocasional. No llega a episodios de intoxicación ni altera el desempeño familiar, escolar, laboral, social.
- **Abuso:** El uso se vuelve regular durante casi todas las semanas, con episodios de intoxicación. Comienza a afectar la salud y el desempeño.
- **Adicción:** Enfermedad física y psicológica, progresiva y crónica. Se caracteriza por dependencia (física y/o psicológica) de la sustancia.

Dado que existen numerosos mecanismos subyacentes a la adicción, han surgido multitud de modelos y teorías que intentan explicarla, cada uno de los cuales aborda una parte del problema. Para fines prácticos, instancias como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), han clasificado esos modelos según se centren en individuos o poblaciones.

Entre los modelos individuales más destacados, se encuentran aquellos que se centran en lo que se ha denominado "procesamiento automático" que no requiere autorreflexión (aprendizaje asociativo, impulsos, procesos inhibitorios e imitación).

Otros modelos abordan los procesos de elección reflexiva (decisiones conscientes de comportarse de una manera particular), ya sean "racionales" (que implican razón y análisis) o "sesgados" (sujetos a procesos distorsionan el proceso de toma de decisiones) y por supuesto modelos que surgen de las teorías biológicas que describen los mecanismos neuronales que se cree que intervienen en la adicción. En tanto, entre los modelos que adoptan una perspectiva poblacional se incluyen los modelos de sistemas.

En todo caso, lo anterior es relevante puesto que da cuenta de la existencia de la multitud de factores individuales y poblacionales, así como sus interacciones, que influyen en 1) la manifestación inicial de la conducta, 2) el desarrollo de la adicción, 3) los intentos de recuperación y 4) la recaída. También es útil comprenderlo porque las intervenciones requeridas son múltiples, diversas y variables según el contexto cultural y el individuo.

Es importante también desde la perspectiva de la salud pública, puesto que intervenciones dirigidas a disminuir un riesgo poblacional, pueden no reportar beneficios para toda la población o incluso generar mayores problemas en grupos o individuos.

Ejemplo de lo anterior puede ser la elevación de impuestos a bebidas alcohólicas, que en general benefician a la mayoría que se encuentra en riesgo y evita la manifestación inicial, pero probablemente incrementa el consumo de productos de menor calidad entre quienes ya tienen una adicción y dificulta los intentos de recuperación al generar una actitud negativa en el público que también marca la pauta para la oferta de servicios.

Entender la adicción como un fenómeno multicausal, además de su dimensión médica, que puede entenderse como un fenómeno social y cultural, y varía según el contexto en el que se manifiesta³³, contribuye a identificar que la función de las intervenciones para su evitación, atención, limitación o erradicación puede incluir educación, persuasión, incentivación, coerción, capacitación, restricción, reestructuración ambiental, modelado y facilitación.²⁹

También ayuda a entender que subgrupos de una misma población, pueden enfrentar riesgos diferenciados relacionados con el entorno, y por ello requerir intervenciones de distinta índole, que evidentemente demandan la participación conjunta de distintos sectores. Así que, diferentes estrategias de intervención podrían ser necesarias para diferentes conductas adictivas, diferentes poblaciones e individuos y diferentes contextos.

Aproximarse al tema de las adicciones desde la perspectiva de una teoría tiene la ventaja de proporcionar un marco conceptual para comprender y explicar un fenómeno complejo ya que lo simplifica y representa de forma organizada la relación entre variables y conecta diferentes teorías.³⁴

Para comprender cómo los individuos modifican conductas de riesgo vinculadas al consumo de sustancias, es indispensable abordar el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska & DiClemente). Este modelo plantea que la modificación de un comportamiento adictivo o la adopción de un estilo de vida saludable no ocurre de manera intempestiva, sino mediante un tránsito progresivo por distintas etapas de cambio: precontemplación (donde la persona no percibe el riesgo ni la necesidad de cambio), contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En el contexto escolar y preventivo, este enfoque resulta valioso para identificar el nivel de concienciación sobre el riesgo del consumo en los alumnos, permitiendo reconocer que las intervenciones no pueden asumir un estado de preparación homogéneo en la población objetivo.

Si bien el Modelo Transteórico es eficaz para diagnosticar la disposición individual hacia la adopción o abandono de una conducta, su abordaje es predominantemente introspectivo e individual. En niños en edad escolar y adolescentes, la toma de decisiones no depende únicamente de la motivación interna para cambiar, sino del desarrollo de capacidades prácticas para interactuar con el entorno sociofamiliar y resistir presiones del medio (factores meso y macrosociales).

Por lo tanto, aunque el MTC ofrece el marco para entender cuándo y cómo se concientiza el cambio, resulta insuficiente por sí solo para dotar al escolar de las

herramientas relacionales necesarias. Es en este punto donde se vuelve indispensable complementar o transicionar hacia modelos de Aprendizaje Social (Bandura) y programas basados en el fortalecimiento de Habilidades para la Vida y Competencias Socioemocionales. Estos enfoques suministran el entrenamiento práctico (asertividad, resistencia a la presión de pares, autorregulación) que requiere el escolar para traducir la intención o conciencia del riesgo en conductas protectoras efectivas en su vida cotidiana.

Dados los planteamientos anteriores, para abordar el tema de las adicciones y las intervenciones educativas, utilizaremos la perspectiva de la teoría del aprendizaje social. Utilizaremos este enfoque porque es útil en el campo de la salud pública para analizar distintos factores de riesgo y también porque al mismo tiempo reconoce que los cambios de comportamiento se inducen modificando el comportamiento, lo cual es especialmente importante a la hora de considerar los métodos de intervención.

Esta teoría propone que el comportamiento humano está determinado por las relaciones funcionales entre (1) factores personales, (2) el entorno externo y (3) el comportamiento mismo. Utilizando este modelo, la adicción a las drogas puede considerarse el resultado de las relaciones funcionales entre las características personales, el entorno social y las conductas centradas en las drogas.³⁵

Bandura demostró que gran parte del comportamiento humano está determinado por la observación e imitación del comportamiento de otros, particularmente si observamos que el comportamiento es reforzado por consecuencias positivas. La teoría de Bandura fue novedosa al argumentar que (1) el comportamiento, (2) el entorno y (3) los factores personales internos del individuo (incluidas las características y habilidades biológicas), tienen influencias recíprocas entre sí: los eventos que impactan uno de estos componentes también impactarán a los demás.

35

Conocer los factores que interaccionan para dar origen al consumo y luego a la adicción, es fundamental para diseñar intervenciones que además deben incorporar los conocimientos básicos necesarios para identificar de manera temprana los

riesgos a los que está sujeta la población y contar con información objetiva para tomar decisiones responsables, cuidar de la salud y prevenir adicciones.

5.2 Consumo

El uso de drogas no es lo mismo que una adicción ya que la principal característica de una adicción es que la persona no puede evitar la necesidad urgente de consumir la sustancia psicoactiva, ya que, a nivel orgánico, la requiere para evitar el intenso malestar que le causa la ausencia de la droga.

La adicción es resultado de un proceso complejo que inicia con la experimentación y puede, o no, avanzar hacia otros patrones o niveles de consumo. El proceso adictivo inicia con el uso experimental de drogas. Cuando este uso se realiza de forma más frecuente y en mayores cantidades, la persona enfrenta diferentes efectos y riesgos a nivel físico y social.³²

Diversas investigaciones han encontrado la existencia de una relación causal con la progresión entre la primera oportunidad de consumo y la primera ocasión en que busca el consumo, de esta manera, la progresión hacia el consumo se relaciona con la posibilidad de acceder fácilmente a las drogas.³⁶

La actitud hacia el consumo de alcohol y drogas ha sido catalogada como una predisposición basada en la percepción de riesgo, relacionada directamente con la intención de realizar la conducta, junto con creencias que surgen en torno a ello. Los adolescentes tienen percepciones propias, diferentes a las de los adultos, por lo que es necesario conocer el sentido que le atribuyen al uso de drogas. Desafortunadamente, la baja percepción de riesgo genera un mayor peligro para el consumo de drogas, ya que los adolescentes creen que las drogas no son tan peligrosas y que son capaces de dejarlas en cualquier momento. Dado lo anterior, si se percibe una droga como riesgo y se valora su consumo como peligroso, la probabilidad de convertirse en consumidor es menor.³⁷

5.2.1 Factores de riesgo para el desarrollo de una adicción

La probabilidad de desarrollar una adicción varía según la persona y las características individuales, situaciones y condiciones del entorno que aumenten el

riesgo de iniciar, continuar y mantener el consumo. Lo anterior se explica porque la adicción no solo involucra la relación con una sustancia o comportamiento, sino que también implica dimensiones emocionales, cognitivas y sociales que afectan al individuo en su totalidad³⁸

El uso de drogas se da a partir de la interacción de diferentes factores individuales y sociales que incrementan la probabilidad de que una persona inicie, mantenga o aumente su consumo, conocidos como factores de riesgo.

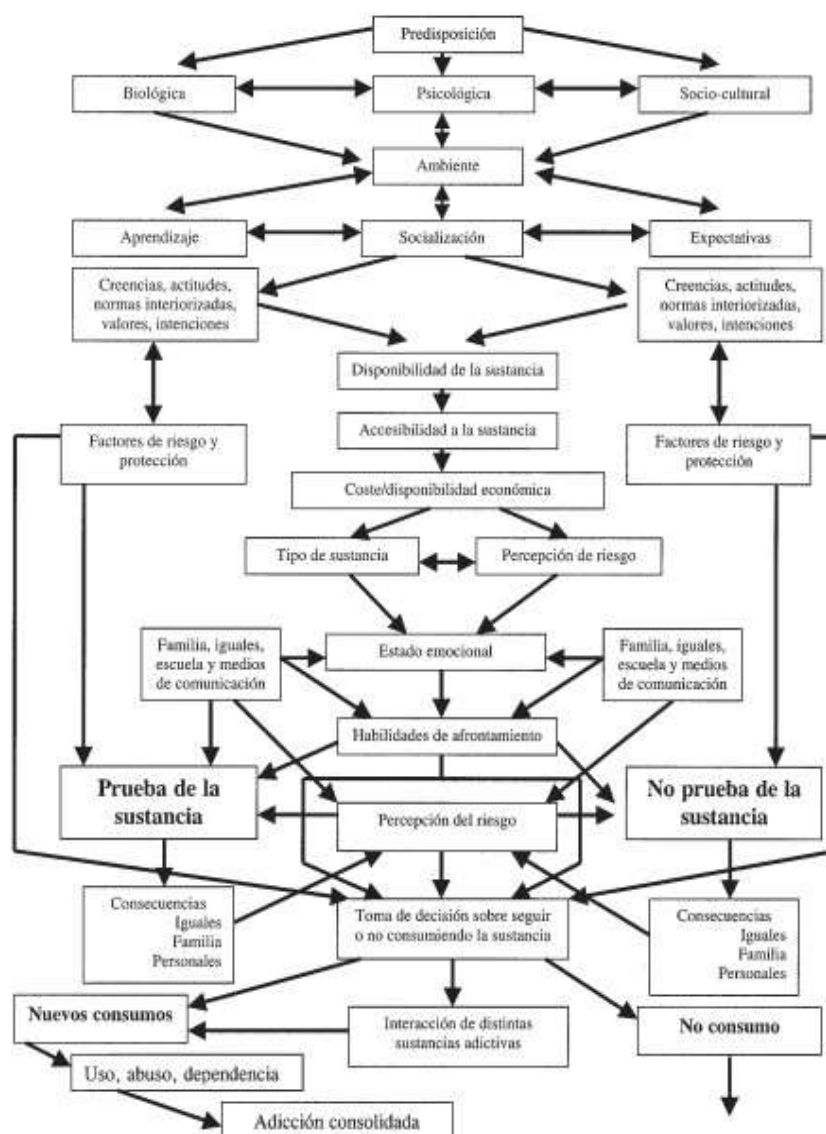
Los factores de riesgo son elementos que surgen de cualquier tipo de circunstancia de naturaleza biológica, psicológica, social o medioambiental, cuya presencia o ausencia influye en la posibilidad de que se presente un problema en el desarrollo de un individuo o un grupo social.³⁹

Los factores de riesgo están compuestos por dos elementos: la amenaza y la vulnerabilidad. La primera corresponde a un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición que puede ocasionar un impacto negativo en la salud; y la vulnerabilidad tiene que ver con la capacidad disminuida de una persona para anticiparse, confrontar y tolerar los efectos de un daño para su posterior recuperación.³⁹

Los factores de riesgo pueden llevar a la aparición de conductas de riesgo, las cuales colocan al adolescente en una condición adversa ya que atentan contra su calidad de vida y bienestar personal⁴⁰. Esto no significa que se trate de una relación causa-efecto, es decir, su presencia no garantiza el uso de sustancias, sólo incrementa su probabilidad ya que ningún factor de riesgo por sí mismo explica el uso de sustancias psicoactivas, esto se da por la confluencia de distintos factores tanto individuales (biológicos y psicológicos) como sociales (interpersonales, comunitarios, ambientales, familiares, escolares, laborales,).³²

De la complejidad que representa el análisis de los factores que confluyen en la aparición del consumo y la adicción, da cuenta Becoña que analizó estos factores para crear un modelo comprensivo para explicar el consumo de drogas en adolescente que se muestra en la siguiente figura:

Imagen 1 Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia ⁴¹



Entre los factores sociales que inciden en el problema se pueden enumerar: la fácil adquisición de la droga, el uso de medicamentos sin receta médica, la influencia de los medios publicitarios, la desintegración familiar, la falta de comunicación entre los miembros de la familia, la ausencia de guías adecuados para la formación del adolescente, la carencia de afecto, las características de personalidad, entre otros.

Lo anterior tiene como consecuencia que se busque una salida en la droga, lo que deja como secuela el abandono escolar, muertes prematuras, accidentes, violencia, robos, etc.⁴²

Los factores biológicos juegan un papel crucial en la vulnerabilidad de una persona a las adicciones. La genética, por ejemplo, puede predisponer a los individuos a desarrollar dependencias. Se ha demostrado que ciertas personas tienen una

predisposición hereditaria a la adicción, ya que presentan variaciones genéticas en los sistemas cerebrales relacionados con la recompensa y la motivación.⁴³

Además, los procesos neuroquímicos, como los desequilibrios en neurotransmisores como la dopamina, también están involucrados en la formación de adicciones. La dopamina, en particular, está asociada con el sistema de recompensa del cerebro, y su disfunción puede generar una búsqueda constante de gratificación, lo que aumenta el riesgo de desarrollar adicciones.⁴⁴

Además, las experiencias de abuso o trauma en la infancia, la exposición a situaciones de violencia o la falta de apoyo emocional durante la adolescencia también son factores de riesgo. En muchos casos, la adicción se convierte en un mecanismo de afrontamiento ante emociones difíciles o situaciones de vida adversas.

45

La impulsividad y la búsqueda de sensaciones intensas también son características psicológicas comunes entre los individuos más vulnerables a desarrollar adicciones. Los factores sociales y ambientales son igualmente influyentes en el desarrollo de las adicciones. El entorno familiar, por ejemplo, tiene un impacto significativo en la formación de conductas adictivas.⁴⁵

Creer en un hogar donde existen antecedentes de adicciones, abuso de sustancias o disfunciones familiares aumenta la probabilidad de que un individuo desarrolle patrones adictivos, además la falta de supervisión parental, el abuso o la negligencia en la infancia son factores que incrementan la vulnerabilidad.⁴⁶

En el contexto social, las presiones de grupo, la normalización del consumo de sustancias (como el alcohol o el tabaco), y el acceso fácil a sustancias o comportamientos adictivos, como las redes sociales o los juegos de azar, también desempeñan un papel importante. El estrés social, como la pobreza, el desempleo o la exclusión social, puede actuar como un factor desencadenante de conductas adictivas, ya que las personas buscan escapar de la realidad a través de estas conductas.⁴⁷

Finalmente, el entorno académico y laboral también es un factor de riesgo, especialmente entre los estudiantes y jóvenes adultos. La presión académica, las expectativas sociales y el estrés asociado con las responsabilidades académicas pueden impulsar a los individuos a buscar alivio en el consumo de sustancias o el desarrollo de conductas adictivas.⁴⁸ Las universidades, por ejemplo, se han convertido en espacios donde las adicciones, como el abuso de alcohol, drogas o la dependencia de la tecnología, pueden desarrollarse debido a la independencia que los jóvenes adquieren y la exposición a un entorno de alta presión.⁴⁹

5.2.2 Factores de riesgo en niños

Desde una perspectiva sistémica, los factores de riesgo asociados al uso de drogas se clasifican en: individuales, micro sociales y macro sociales.⁵⁰

Entre los factores macrosociales se incluyen variables de tipo geográfico, económico, demográfico y social, que es posible integrar a partir de censos y encuestas poblacionales.⁵¹

Los factores macro sociales de riesgo incluyen aquellas situaciones o condiciones relativas al entorno más amplio en el que se desarrolla un sujeto (individual o colectivo), que constituyen una influencia importante en el desarrollo de la conducta de consumo de drogas, aunque esta influencia tiende a ser indirecta.⁵⁰

Desde esa perspectiva, la población está expuesta a condiciones de riesgo muy diferentes, dependiendo de su estatus geográfico, económico y social. Por ejemplo, las rutas de narcotráfico, zonas de alta criminalidad o las zonas con alta afluencia de turistas, suponen un riesgo significativo de consumo, ya que fomentan una mayor oferta y accesibilidad.⁵¹

Ejemplo de la participación de las condiciones factores macro sociales como factores de riesgo, es el estudio realizado en 2019 por el Centro de Integración Juvenil. El estudio considero once categorías de indicadores: prevalencia estatal del consumo de drogas, indicadores poblacionales, geográficos, migratorios, educativos, laborales, de desigualdad y de desarrollo humano, número de establecimientos de consumo de alcohol, actividad delictiva y violencia, incautaciones y percepción de la

venta y el consumo de drogas. Los resultados identificaron 11 municipios con riesgo muy alto con el objetivo de direccionar las acciones de desarrollo social.⁵¹

A diferencia de los factores macro, los meso sociales, están relacionados con el entorno social más próximo al individuo, ejercen una influencia directa sobre el sujeto y son más susceptibles de intervención. Se trata principalmente de factores propios del ámbito familiar, escolar, laboral, del grupo de pares y comunitario.⁵⁰

Los estilos de crianza, incluidos los estilos de crianza maternos y paternos, podrían predecir significativamente el comportamiento de abuso de drogas en adolescentes. Los factores de riesgo para los estilos de crianza involucrados en el desarrollo adolescente incluyen la sobreprotección paterna, la interferencia excesiva, el rechazo y la negación, el favorecimiento del castigo y la severidad del sujeto y de la madre, la sobreprotección y la interferencia excesiva, y el rechazo y la negación. Lo anterior es importante porque los sistemas familiares son los entornos más seguros, saludables y eficaces para el crecimiento y desarrollo de los adolescentes, y los estilos de crianza no coincidentes de los padres pueden causar tensión en las relaciones entre padres e hijos, disfunción familiar y falta de armonía en el entorno familiar.⁵²

Además de los factores macro y meso sociales, se ha identificado la relación entre conductas antisociales y variables de tipo individual (micro) que influyen para el inicio de consumo de sustancias adictivas. Entre estos factores individuales de riesgo se encuentran: escaso control de impulsos, escasa tolerancia a la frustración y el manejo inapropiado del estrés.⁵³

Existen diversos estudios que abordan la actitud de disposición al consumo de drogas legales e ilegales, por ejemplo, Gutiérrez y Madrigal identifican en 2018 que entre los factores que contribuyen a episodios de embriaguez entre adolescentes se encuentran el tabaquismo, alta autoestima, alta impulsividad, bajo locus de control interno, la presencia de estrés cotidiano y la relación distante con el padre.⁵⁴

A lo anterior se suma, el fenómeno de aprobación social, cobrando sentido el consumo como elemento favorecedor de adaptación social, de pertenencia de grupo,

incluso de presión social, lo cual es alimentado también por falta de límites y reglas claras dentro del núcleo familiar.

Los adolescentes que habitan en zonas de alta vulnerabilidad social están expuestos al consumo de sustancias psicoactivas, aunque no necesariamente lleva a su consumo, sin embargo, tales condiciones sociales y la dificultad de lidiar con ello, pueden ser determinantes para que se involucre en conductas de riesgo, de ahí la importancia de que se desarrolle la capacidad de afrontar condiciones adversas y resolver eficazmente los problemas de la vida diaria.⁴⁰

Las causas de vulnerabilidad social en las sociedades modernas se relacionan con las situaciones de precariedad e inestabilidad laboral vinculadas a la operación del mercado, desprotección social e inseguridad derivadas del abandono de la función del estado como garante de la seguridad social y de instituciones como la familia y la comunidad que han visto fuertemente transformada su estructura, rol y función en la sociedad capitalista.⁵⁵

5.2.3 Conductas de riesgo

A diferencia de los factores de riesgo que son características, condiciones o circunstancias preexistentes, que aumentan la probabilidad de que ocurra un problema o enfermedad, las conductas de riesgo son acciones voluntarias que puede llevar a consecuencias negativas. Así que ambos conceptos se refieren a situaciones que pueden perjudicar la salud o bienestar de una persona.

Las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias que lleva a cabo una persona o grupo de personas y que tienen consecuencias nocivas. En su desarrollo contribuyen rasgos que se asocian a la edad propiamente como en el caso de la adolescencia, en particular la sensación de invulnerabilidad, la búsqueda de sensaciones novedosas, la presión de los iguales, la necesidad de autonomía creciente y reafirmación de la identidad. Tales conductas pueden incrementar el riesgo de embarazos a temprana edad, delincuencia, adicciones, trastornos en la salud mental, entre otros.⁴⁰

Las conductas suelen ser reforzadas por la vulnerabilidad social, ya que en buena medida se relaciona con las posibilidades de acceso que tienen los adolescentes a la drogas lícitas e ilícitas, lo cual constituye una seria amenaza para su desarrollo. La vulnerabilidad asociada a la exposición y consumo de sustancias psicoactivas suele ser muy común en comunidades marginadas donde además de la pobreza, hay limitados servicios y opciones de esparcimiento para los jóvenes, inseguridad, violencia, aunado a la ausencia de límites y reglas tanto familiares como sociales.⁴⁰

Lo anterior muestra como las adicciones no responden a un solo factor, sino que se trata de un fenómeno multifactorial en el que confluyen riesgos personales, familiares y sociales, algunos de ellos se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro 1 Factores de riesgo para adicciones

PERSONALES	FAMILIARES	SOCIALES
Escasas habilidades para el control de impulsos	Exposición a las violencias	Falta de redes de apoyo y aislamiento
Poca tolerancia a la frustración	Vínculos afectivos escasos, negligencia y violencia familiar	Desigualdad social y marginación
Escasas habilidades para relacionarse con otras personas y para regular las emociones	Sobreprotección o falta de supervisión parental	Disponibilidad y accesibilidad de drogas
Ansiedad y depresión	Consumo de drogas en la familia	
Expectativas positivas sobre los efectos de las drogas		
Pocas aspiraciones personales		

Fuente: directa

De acuerdo a lo anterior, podemos señalar que los factores de riesgo son objetos, circunstancias o condiciones presentes en el entorno o en la persona que pueden exponerle a un daño. Mientras, la conducta de riesgo es la actuación que un individuo o grupo lleva a cabo. Por esta razón, también es necesario distinguir entre acciones de promoción y prevención de la salud. La promoción de la salud se enfoca en potenciar el bienestar de las personas mediante su control de los factores que

influyen en su salud; en tanto la prevención se centra en evitar o reducir los factores de riesgo.⁵⁶

Si esas consideraciones se aplican al planteamiento de este trabajo, centrado en la adquisición de habilidades sociales como estrategia, podríamos decir que se trata de promover la salud, entendiendo que las habilidades sociales son una herramienta para disminuir la conducta de riesgo y que en todo caso, son necesarias otras acciones preventivas grupales y poblacionales que eviten o disminuyan los factores de riesgo tales como la presencia de alcohol y drogas en entornos cercanos o el exceso de publicidad por poner un ejemplo.

5.2.4 Factores Protectores

Un factor de protección es el atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) y de la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento o incremento).

Amar, et al definen los factores protectores como las actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto y conductas sanas y saludables.⁵⁷

Cuando existe un déficit en las habilidades sociales lleva al desarrollo de conductas disruptivas que afectan las relaciones con otros y en general, la calidad de vida; por ello, actúan como un factor protector, ya que, a partir de su desarrollo, mejoran los niveles de autoeficacia, autoestima y relaciones con diversos agentes de desarrollo. A la vez, actúan como un antídoto contra la violencia, ya que se recurre menos a respuestas agresivas.⁵⁸

Desde el modelo de competencias las habilidades que reducen los factores de riesgo se conocen con el nombre de resiliencia y se refieren a características propias de la estructura psicológica del sujeto y llama factores protectores, a los elementos contextuales. Ambos, resiliencia y factores protectores, neutralizan o atenúan la acción de los factores de riesgo.⁵⁷

Esos factores son dinámicos y su influencia también varía a lo largo del proceso de desarrollo. Algunos de los principales factores protectores se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro 2 Factores protectores

• Éxito en el desempeño escolar. • Fuertes lazos con instituciones sociales (familia, escuela y organizaciones religiosas). • Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas. • Presencia de relaciones integradoras no dominantes. • Fomento de la cooperación y la solidaridad. • Promoción de la autonomía personal. • Establecimiento de relaciones de equidad. • Comunicación abierta y multidireccional. • Participación del alumnado en el proceso de enseñanza- aprendizaje. • Profesores accesibles y cercanos. • Docentes que conocen y respetan los intereses de los alumnos. • Promoción de un clima social empático. • Fomento de la coordinación escolar y del trabajo en equipo. • Establecimiento de vínculos positivos entre la escuela y la comunidad. • Relaciones personales armónicas (familia, amigos, animales y objetos que alientan la necesidad de cuidar, compartir y establecer vínculos). • Responsabilizarse de uno mismo. • Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona. • Normas culturales que desalienten el uso indebido de sustancias. • Aplicación y cumplimiento de leyes y normas. • Limitado o difícil acceso a drogas lícitas e ilícitas.

Elaborado a partir de Programa Escuela Segura. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria.⁵⁹

Los factores protectores de los que habla la tabla 2, pueden ponerse en marcha en cualquier entorno. Sin embargo, los ámbitos naturales de desarrollo de niños y adolescentes son la escuela y el hogar, donde interaccionan con la familia, los amigos y profesores⁸⁶. Por esta razón el manual escuela segura de la SEP los clasifica en 4 grupos en el ámbito escolar como puede verse en la siguiente imagen.

Imagen 2 Factores de protección preponderantes en cada ámbito



Si bien es cierto los factores protectores encontrados en el ámbito escolar son susceptibles de ser mejorados para que estén presentes en la organización escolar, hay que considerar que no son los únicos, puesto que a nivel individual también cada persona tiene factores de protección se definen como habilidades que ayudan a reducir o atenuar los efectos de riesgo.

Tomado de González y Rey, 2026 en SEP. Programa Escuela segura 2012⁸⁶

Si se fortalecen, incrementan o desarrollan esos factores individuales, se puede prevenir el uso de drogas ya que contribuyen a que el individuo enfrente eficazmente

el efecto negativo de la exposición a factores de riesgo, mediante el desarrollo de competencias psicosociales específicas, tales como la autonomía y la autoeficacia.

Algunos de los factores protectores individuales más importantes, se muestran en la siguiente imagen del manual Escuela Segura que editó la Secretaría de Educación Pública en México en el año 2012:

Imagen 3 Factores protectores individuales



Ciertamente la presencia de estos factores protectores en cada niño, no garantizan que nunca consumirán drogas. Sin embargo, desde la salud pública se trabaja con identificación de riesgos porque ello permite diseñar cómo fortalecer los factores protectores individuales, organizacionales o colectivos, de manera que disminuya la probabilidad estadística de tener un problema de consumo de drogas o disminuir la probabilidad de un consumo nocivo de larga duración.

Tomado de Programa Escuela Segura. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria. SEP, México. 2012⁵⁹

Dado lo anterior, la identificación de riesgos permite también establecer una línea de partida para la comparación futura sobre el éxito de las intervenciones que intentan fortalecer o establecer factores protectores.⁶⁰

5.2.5 Impacto de las adicciones en el rendimiento académico

Los estudiantes con adicciones a menudo experimentan trastornos emocionales, como ansiedad, depresión y estrés, que afectan su motivación y capacidad para realizar actividades académicas⁶¹. La ansiedad y la depresión generadas por la culpa o el malestar relacionado con la adicción pueden crear un ciclo negativo, donde el estudiante siente una creciente desconexión de sus estudios y una falta de interés por cumplir con las responsabilidades académicas.⁶²

La falta de motivación y la baja autoestima derivadas de estas condiciones psicológicas afectan directamente la disposición del estudiante para estudiar, participar en clases o completar tareas y proyectos, el funcionamiento cognitivo se ve afectado por las adicciones, lo que repercute directamente en la capacidad para concentrarse, retener información y realizar tareas de manera efectiva.⁶³

Otro aspecto importante es el aislamiento social y académico que suelen experimentar los estudiantes con adicciones. A medida que la dependencia se profundiza, los estudiantes pueden retraerse de las actividades sociales y académicas, lo que afecta su integración en el entorno universitario. Este aislamiento contribuye a la disminución de las interacciones con compañeros y profesores, limitando el acceso a apoyo académico y emocional.³³

5.3 Habilidades para la vida

Las habilidades para la vida son comportamientos aprendidos que las personas usan para enfrentar situaciones problemáticas de la cotidianidad. Estas habilidades se adquieren a través del entrenamiento intencional o de la experiencia directa por medio del modelado o la imitación.

Las habilidades para la vida son comprendidas como competencias para la vida que privilegian el vivir juntos en un mundo cada vez más diverso, cambiante y complejo.⁶⁴

Se conforma por destrezas psicosociales que buscan desarrollar o fortalecer habilidades en áreas específicas, a fin de que niños, adolescentes y jóvenes las apliquen en su vida cotidiana y en situaciones de riesgo, en su relación con ellos mismos, con los demás y en su entorno socio-cultural.⁵⁹

Su naturaleza y la forma de expresión están mediatizadas por los contextos en que se producen; por tanto, dependen de las normas sociales y las expectativas de la comunidad sobre sus miembros. Contribuyen a enfrentar exitosamente los desafíos diarios en los diferentes ámbitos o áreas en las que se desempeñan la persona, familia, escuela, amigos, trabajo u otros espacios de interacción.⁶⁵

Imagen 4 Habilidades para la vida



Tomado de Programa Escuela Segura. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria. SEP, México. 2012⁵⁹

El conjunto de habilidades son complementarias por lo que resulta poco factible intentar desarrollarlas por separado; por ejemplo, una actividad dirigida al reforzamiento de aptitudes sociales, incluye alternativas para comunicar sentimientos

(habilidad social), analizar diferentes formas de respuesta (habilidad cognitiva) y manejar reacciones ante el conflicto (habilidad emocional).⁵⁹

5.3.1 Habilidades socioemocionales

Las habilidades socioemocionales son esenciales para desenvolvern en todos los ámbitos de la vida. Asimismo, estas son un elemento clave de los procesos de aprendizaje y contribuyen de manera sustantiva a la enseñanza. Las habilidades socioemocionales de las personas se adquieren a lo largo de la vida, y se pueden enseñar y aprender.

Son capacidades que las personas pueden desarrollar a lo largo de la vida y que determinan su aptitud para conectar y comprender las propias emociones, pensamientos y conductas; vincularse y comprender las emociones, pensamientos y conductas de los otros; y desenvolverse en un determinado contexto de manera adaptativa ⁶⁶. También se definen como capacidades que favorecen el autoconocimiento, el manejo eficaz de las emociones, la comunicación efectiva, la toma de decisiones, resolver conflictos, plantear y alcanzar metas, así como el manejo del estrés. ⁶⁷

Las habilidades socioemocionales se aprenden. El centro CASEL 2020 define al aprendizaje socioemocional como “el proceso donde niños y adultos adquieren conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para reconocer y manejar sus emociones, demostrar interés y preocupación por los demás, formar buenas relaciones, tomar decisiones responsablemente y manejar desafíos de manera constructiva”.⁶⁸

Estas contribuyen al aprendizaje de los seres humanos inhibiendo o promoviendo ciertos comportamientos. Una publicación reciente de la UNESCO ha enfatizado que los seres humanos nacemos con una capacidad innata para formar conexiones sociales y que, para el aprendizaje y la cognición de orden superior, necesitamos tanto de conexiones sociales como emocionales.⁶⁶

Se han vinculado también con niveles más altos de motivación para la ejecución de ciertas acciones. Por ejemplo, es más probable que los estudiantes quieran leer si este proceso se ha asociado a emociones positivas y a ambientes saludables y armoniosos a nivel emocional. Un espacio con esas características requiere de la presencia de habilidades socioemocionales que contribuyan a la generación de relaciones interpersonales positivas en el marco del aprendizaje. Así, el desarrollo emocional y social no solo es tan importante como las dimensiones cognitiva y biológica, sino que está íntimamente interrelacionado con ellas.

Son esenciales en nuestro espacio personal, en la familia, en las relaciones entre pares y en el ámbito público, en el trabajo y en la sociedad.

- En el ámbito interpersonal

Aportan al establecimiento de vínculos positivos entre pares, algo que, a su vez, incentiva el compromiso y la participación en diversas instancias de interacción social. En la escuela, por ejemplo, desarrollar relaciones positivas entre pares permite que la experiencia escolar se enriquezca, ya que los niños que están a gusto con sus pares participan más activamente en la escuela y están más proclives a trabajar de forma colaborativa.

- En el ámbito familiar

Se han asociado positivamente con una mayor satisfacción respecto de la calidad de las relaciones familiares y extrafamiliares, pues permiten una comunicación y comprensión más efectiva entre los involucrados.

- En el ámbito económico

Facilitan el logro académico, lo que, a su vez, aumenta la productividad económica y los ingresos a lo largo de la vida.

- En el ámbito laboral

Favorecen el éxito en la vida laboral. Quienes tienen mayor desarrollo de habilidades socioemocionales se adaptan mejor a los cambios, resuelven los problemas de forma más eficiente, establecen vínculos más sanos con los demás, y tienen mayor capacidad de autogestión, todas habilidades muy valoradas en el mundo del trabajo.

- En el ámbito social

Las escuelas contribuyen de manera directa a este ámbito especialmente a través del fomento de la alfabetización ciudadana. Evidencia cada vez más robusta señala que el desarrollo de competencias sociales y emocionales como el control de los impulsos, la regulación de las emociones y la cooperación reduce problemas sociales como el comportamiento delictivo y los embarazos adolescentes, y contribuye a la calidad de los ambientes laborales.⁶⁶

Las habilidades socioemocionales se adquieren a lo largo de la vida en distintos contextos e interacciones; el desarrollo socioemocional comienza en los primeros

días de vida y continúa durante todo el ciclo vital, al centro del crecimiento y desarrollo de los seres humanos. La literatura señala que los cuidadores principales, generalmente madres y padres, contribuyen al desarrollo socioemocional de los niños satisfaciendo dos tipos de necesidades: las necesidades básicas, como contar con un ambiente seguro, alimentación, y hábitos del sueño; y las necesidades socioemocionales, como el afecto, contención emocional y respuesta oportuna durante las interacciones.⁶⁶

Durante los primeros años de vida, uno de los principales métodos de aprendizaje de comportamientos con que contamos es el aprendizaje social o aprendizaje vicario. Se trata de un mecanismo inconsciente, que permite el aprendizaje a través de la observación e imitación. Los niños aprenden también a través de la observación e imitación de los entornos sociales en los que habitan, generando equilibrios entre las demandas del exterior y sus necesidades personales. De este modo se tornan relevantes en el desarrollo socioemocional aspectos socioculturales como la cultura de sus comunidades, el nivel socioeconómico de sus familias y entorno, y el género.⁶⁶

5.3.2 Habilidades sociales

Valdés y Ochoa citados por Morales señalan que las profundas alteraciones biológicas, psicológicas y sociales, son generadoras de conflictos y contradicciones, no obstante que es un período de adaptación, también es una fase de grandes determinaciones que llevan al individuo a una mayor independencia psicológica y social⁶⁹. Las habilidades sociales se ven reflejadas en dimensiones como toma de decisiones, asertividad, autoestima, comunicación, empatía, entre otras.⁷⁰

Desde la perspectiva de Del Prette y Del Prette (1999), las habilidades sociales incluyen habilidades de comunicación positiva, comportamientos que implican cooperación y resolución de problemas interpersonales.⁷¹ En la misma, Dávila, refiere que tales habilidades abarcan un conjunto de capacidades que permiten interactuar y relacionarse de manera apropiada con los demás.⁷²

5.3.3 Habilidades sociales en adolescentes

Durante la adolescencia, las habilidades sociales cobran especial interés dados los cambios en el comportamiento y actitudes de los adolescentes; es en esta etapa que “se construye la identidad y se establecen las primeras relaciones interpersonales con el grupo de iguales, por ello son tan importantes”.⁷³ Poseer habilidades sociales permite al adolescente expresar sus opiniones y pensamientos de manera adecuada, sin ofender a otros; a la vez, favorece la capacidad de aceptar las opiniones de los demás aun cuando sean contrarias a las propias, lo que trae como resultado relaciones interpersonales satisfactorias que impactan en el bienestar personal.⁷⁴

5.3.4 Habilidades sociales más promovidas en la prevención de adicciones

Las habilidades sociales expresan la importancia de fomentar la comunicación asertiva; la capacidad para expresar los deseos o las necesidades propias; la posibilidad de relacionarse en forma positiva con las personas con quien interactúan, así como identificar la presión de los iguales, de hermanos, padre, de otros adultos y de la publicidad, para resistirse al uso de sustancias adictivas.⁷⁵

Existen autores que señalan que es preciso desarrollar destrezas para que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar de forma efectiva los retos de la vida diaria,⁷⁶ identificando habilidades sociales e interpersonales: comunicación, negociación/rechazo, afirmación, cooperación y empatía.⁷⁵ Que son en las que nos centraremos, pero también están las habilidades cognitivas y las habilidades para manejar el estrés; las cuales juntas forman el buen desarrollo de habilidades para la vida.

Una de las habilidades sociales de alto nivel es la empatía. Durante la adolescencia, la capacidad de empatía alcanza una forma más madura, ya que el individuo puede percibir los estados experimentados por otros individuos en situaciones en que la ayuda puede ser más o menos solicitada de forma expresa.⁷⁷ Se define como una capacidad de respuesta afectiva dada la comprensión del estado emocional de otra persona, experimentándose de manera similar. Contiene dos componentes, el

cognitivo hace referencia a la comprensión de la situación de la otra persona, y el componente afectivo es la reacción que surge a partir de dicha comprensión.⁷⁸

Comunicación asertiva se refiere a las habilidades comunicativas necesarias para transmitir ideas, percepciones, sentimientos sin vulnerar el bienestar y los derechos de los demás. La ausencia de asertividad representa pasividad o agresividad en la comunicación, por lo que, en la adolescencia, es muy importante fomentar un estilo comunicativo que apoye la consecución de metas personales, la autonomía y la salud mental.⁷⁹ De igual forma, “la comunicación asertiva, involucra la dimensión verbal y no verbal de la comunicación, y tiene por finalidad transmitir los sentimientos y la percepción frente a cualquier situación sin lastimar a otros o permitir que se vulneren los derechos propios”⁸⁰. En este sentido, una persona que se comunica de forma asertiva refleja al mismo tiempo, la capacidad de escucha activa, con la cual realiza una retroalimentación constante de su interacción.

Las habilidades sociales son conductas aprendidas que promueven las interacciones positivas y, al mismo tiempo, desalientan las negativas cuando se aplican a situaciones sociales adecuadas.⁸¹

Las conductas de habilidades sociales más comunes incluyen:

- **Comunicación** (tomar turnos y hacer contacto visual durante una conversación, usar un tono de voz y gestos apropiados, y ser cortés diciendo “gracias” y “por favor”);
- **Cooperación** (ayudar a los demás, compartir materiales y cumplir con las reglas e instrucciones)
- **Afirmación** (iniciar comportamientos, como pedir información a los demás, presentarse y responder a las acciones de los demás)
- **Responsabilidad** (mostrar respeto por la propiedad o el trabajo y demostrar la capacidad de comunicarse con los adultos)
- **Empatía** (mostrar preocupación y respeto por sentimientos y puntos de vista de otros)
- **Participación** (unirse a las actividades en curso e invitar a otros a unirse, iniciar conversaciones, hacer amigos e interactuar bien con los demás)
- **Autocontrol** (responder adecuadamente en situaciones conflictivas y no conflictivas).⁸²

VI. METODOLOGÍA

6.1 Delineamiento del estudio

6.1.1 Enfoque del estudio

El presente trabajo tiene un enfoque cuantitativo. Este enfoque utiliza el razonamiento deductivo y los datos numéricos para analizar los fenómenos sociales, empleando el análisis de datos estadísticos para hacer generalizaciones sobre poblaciones, para describir, explicar y predecir fenómenos.⁸³

En este estudio se buscó no solo explorar la situación actual de un grupo concreto respecto a habilidades y conocimientos sobre la prevención del uso de drogas, sino que evaluó la eficacia de la intervención educativa en tres momentos distintos.

6.1.2 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo experimental. Estos estudios se caracterizan por la manipulación intencionada de la variable independiente y el análisis de su impacto sobre una variable dependiente.⁸⁴ De acuerdo a la clasificación de los estudios experimentales, este proyecto fue pre-experimental, dado que la investigación conto con un solo grupo que recibió la intervención.

La evaluación de las variables dependientes fue con la aplicación de pre y post test,⁸⁵ lo que permitió analizar el impacto de la intervención educativa en los conocimientos y habilidades sociales de los niños y niñas que la recibieron.

6.1.3 Diseño del estudio

El estudio fue longitudinal, ya que este tipo de estudios implican la existencia de medidas repetidas (más de dos) a lo largo de un seguimiento, lo que permite hacer inferencias a nivel individual y analizar cambios en las variables en diferentes momentos.⁸⁵

En este proyecto se realizó la medición tanto de las habilidades sociales, como de los conocimientos sobre adicciones en niños de educación primaria. Se realizaron tres mediciones, una antes de la intervención educativa para valorar las habilidades sociales y el nivel de conocimientos que tienen los niños sobre el tema, la segunda

fue al finalizar la intervención para checar habilidades adquiridas por el alumno, y la tercera medición evaluó la permanencia del conocimiento adquirido, esta se realizó al pasar 2 meses de la intervención, sin tener contacto con los participantes durante ese tiempo.

6.2 Intervención educativa

La intervención educativa consto de una serie de 4 módulos cada módulo de 2 sesiones por semana en los que se abordaron temas de conocimientos relacionados con el alcohol, tabaco, consumo de sustancias y vida saludable, así como la adquisición de habilidades de comunicación, interacción social, toma de decisiones, estilos de vida saludables, manejo de emociones y solución de problemas.

Dicha intervención se construyó tomando como base metodológica los libros de texto gratuitos y las metodologías sugeridas para la creación de proyectos comunitarios, utilizando la metodología socio-crítica del aprendizaje basada proyectos de servicio comunitario (documento de la intervención completa en el anexo 10).

6.2.1 Sesiones que componen la intervención.

La intervención tuvo un formato de curso taller con 8 sesiones de 1 hora cada una, consto de revisiones teóricas pequeñas para dar paso a demostraciones, sociodramas y resolución de casos y buscó incidir y entrenar a los niños y adolescentes en el desarrollo de hábitos saludables y en el enfrentamiento de las presiones asociadas al consumo de sustancias.⁸⁶ Cada sesión incluyo procedimientos, técnicas, materiales requeridos, tiempo estimado y productos a obtener.

Las sesiones fueron las siguientes:

- Sesión 1. Etapa de partida.
- Sesión 2. Lo que sé y lo que quiero saber.
- Sesión 3. Organicemos las actividades.
- Sesión 4. Creatividad en marcha. Adicción al radio: mensajes breves.
- Sesión 5. Creatividad en marcha. Adicción al radio: foro mi derecho vs las adicciones

- Sesión 6. Creatividad en marcha. Adicción al radio: entrevista la expresión del enojo.
- Sesión 7. Creatividad en marcha: Adicción al radio: spot de radio, cuando no es no y taller aprender a conversar.
- Sesión 8. Creatividad en marcha y etapa de cierre. Adicción al radio: entrevista corta, pedimos su colaboración y exposición multimedia.

6.3 Población de estudio

6.3.1 Universo

Todos los niños y niñas de quinto grado del grupo A y B de la escuela Primaria Profesor Homero Barragán Pardiñas. El grado escolar se eligió dado que es en este en el que se abordan los contenidos sobre adicciones. En tanto la escuela se eligió por conveniencia dado que pertenece a un grupo de escuelas identificadas por la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular No 2, como de alta vulnerabilidad en diversos indicadores de salud, entre ellos el de adicciones.

6.3.2 Población

Niñas y niños de quinto grado de la escuela Profesor Homero Barragán Pardiñas que cumplieron con los criterios de selección.

6.3.3 Muestra

Técnica de muestreo no probabilístico: por conveniencia la cual permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.⁸⁷ Se tomó al total de niños de quinto grado de la escuela Profesor Homero Barragán Pardiñas.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión:

- Niños y niñas que estaban cursando el quinto grado
- Niños y niñas que tuvieron el consentimiento informado firmado por su padre/madre o tutor
- Niños que firmaron el asentimiento informado

6.4.2 Criterios de exclusión:

- Niños y niñas con alguna indicación médica (problemas psicológicos por los que este atravesando en ese momento y que la intervención pueda alterar su estado) que impidiera su participación

6.4.3 Criterios de eliminación:

- Niños y niñas que no contestaron completo su cuestionario.
- Niños y niñas que por cualquier razón su padre/madre o tutor decidieron que el niño ya no siguiera participando
- Niños o niñas que decidieron dejar de participar por cualquier razón
- Niños o niñas que asistieron a menos del 80% de la intervención educativa

En casos en los que durante la aplicación de los cuestionarios o el desarrollo de las sesiones educativas se identificó que el niño presentó dificultades en habilidades de socialización, la información se trató de manera confidencial y no tuvo fines diagnósticos, se comentó en primer lugar con el profesor de grupo presente en la sesión y al finalizar la misma se transfirió la observación con la psicóloga y trabajadora social de la USAER presente en la unidad, para recibir la indicación sobre el manejo pertinente durante las siguientes sesiones y para determinar la información necesaria para los padres o tutores para que recibieran valoración o apoyo especializado, a través de los servicios escolares o de salud correspondientes, sin entregar resultados individuales ni etiquetar al menor.

La intervención de esta investigación no sustituye atención psicológica ni médica, por lo que, para cualquier seguimiento adicional, los padres o tutores en conjunto con las instancias escolares son quienes toman las decisiones sobre lo que se hace. En ningún caso la identificación de estas dificultades implicó exclusión, sanción o afectación académica para el menor.

6.5 Variables

A continuación, se muestran las definiciones de las variables de este estudio, la operacionalización completa se puede consultar en el anexo 1.

6.5.1 Variable independiente: intervención educativa

Definición conceptual: Es una actividad formal, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa.⁸⁸

Definición operacional: Para este estudio una intervención educativa fue entendida como un conjunto de actuaciones basadas en la enseñanza mediante talleres sobre los conocimientos y habilidades sociales dirigido a la prevención de adicciones en niños con mediciones antes y después.

6.5.2 Variable dependiente: habilidades sociales

Definición conceptual: Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación.¹

Definición operacional: Las habilidades sociales en este estudio se entendieron como una serie de conductas que permiten interactuar de forma adecuada con otras personas y expresar opiniones, sentimientos. Las principales son la capacidad de comunicarse de manera efectiva, escuchar activamente o mostrar empatía y le permiten actuar ante situaciones de riesgo o de protección dirigidas a las adicciones.

6.5.3. Variable dependiente: conocimientos

Definición conceptual: Son las habilidades, destrezas, procesos mentales e información que implica la capacidad de comprender, interpretar y dar sentido a lo que nos rodea. Es un proceso cognitivo que nos permite tomar decisiones, resolver problemas y desarrollar habilidades.

Definición operacional: Para este estudio fueron entendidas como un conjunto de información y habilidades, adquiridos por los niños mediante la intervención educativa

sobre la prevención de adicciones, que le proporciona herramientas para una mejor toma de decisiones.

6.6 Lugar y fecha

El estudio se implementó en la Escuela Primaria Profesor Homero Barragán Pardiñas S.L.P., que es una escuela primaria del sector Público, de nivel educativo Primaria, con turno Matutino, ubicado en Calle Isla Hornos No. 105, Unidad Habitacional Infonavit Simón Díaz, San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78380. La escuela cuenta aproximadamente con un total de 334 alumnos. La obtención de los datos y el desarrollo de la intervención educativa se dio en un periodo de cuatro meses iniciando en noviembre de 2025. La prueba piloto se realizó con los niños de quinto grado de la escuela Carlos A. Carrillo que corresponde a una escuela primaria de la misma zona que la escuela Homero Barragán y fue sugerida por la propia USAER por las semejanzas con respecto a la dinámica y tipo de población.

6.7 Instrumentos

Escala de Habilidades Sociales de Gismoero

La escala de habilidades sociales,¹⁰¹ es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades sociales de niños y adolescentes en diversas situaciones interpersonales. La escala fue desarrollada por Elena Gismoero González para identificar áreas de fortalezas y necesidades de desarrollo. Se basa en la clasificación de habilidades sociales en seis factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado o inconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (anexo 2).

Para la evaluación de las variables de estudio se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario de habilidades sociales y un cuestionario de conocimientos sobre prevención de adicciones. La calificación de ambos instrumentos se realizó mediante la suma de las puntuaciones obtenidas por cada participante en los reactivos correspondientes.

En el caso del cuestionario de habilidades sociales, la puntuación global permitió determinar el nivel de habilidades sociales de cada participante, considerando que una mayor puntuación refleja un mejor desarrollo de habilidades sociales y una mayor capacidad de asertividad en distintos contextos. Es importante señalar que el instrumento incluyó reactivos formulados de manera inversa; por ello, antes de obtener la puntuación total se realizó la recodificación correspondiente, de modo que todas las respuestas mantuvieran la misma dirección de interpretación. Una vez ajustadas las puntuaciones de los ítems inversos, se calculó la puntuación global y los resultados se clasificaron en cinco niveles: bajo (0 a 30 puntos), promedio bajo (31 a 60 puntos), promedio (61 a 90 puntos), promedio alto (91 a 120 puntos) y alto (121 a 150 puntos).

Por otra parte, el cuestionario de conocimientos (anexo 3) sobre prevención de adicciones fue calificado a partir del número de respuestas correctas obtenidas por los participantes. El cuestionario consta de 15 ítems, con respuestas de opción múltiple, cuya puntuación se determinó asignando dos puntos a cada respuesta correcta, por lo que la puntuación máxima posible es de 30 puntos, correspondiente a la respuesta correcta de la totalidad de los ítems. Para su análisis, los resultados se agruparon en tres categorías de acuerdo con el número de aciertos obtenidos: “no satisfactorio”, de 1 a 5 aciertos, equivalente a una puntuación de 0 a 10 puntos; “satisfactorio”, de 6 a 10 aciertos, equivalente a 12 a 20 puntos; y “sobresaliente”, de 11 a 15 aciertos, equivalente a 22 a 30 puntos. Esta clasificación permitió identificar el nivel de conocimientos de los escolares en tres momentos de evaluación: antes de la intervención educativa, al finalizarla y en la evaluación de seguimiento realizada dos meses después.

6.8 Recursos humanos y materiales

Los recursos materiales y financieros para el desarrollo del proyecto fueron aportados por el equipo de investigadoras y el monto total e individual se muestra en la siguiente tabla.

Recurso	Costo
Computadora laptop Hp Lenovo	\$7400
Paquete de hojas color blancas tamaño carta	\$205
Impresora	\$6299
Tinta para la impresora	\$829
Lápices y lapiceros	\$500
Material de apoyo para los talleres	\$800
Marcadores para pizarrón	\$215
TOTAL	16,248

Fuente: directa

6.9. Procedimientos

6.9.1 Para la aprobación del protocolo

El protocolo se envió para evaluación y aprobación al Comité Académico de la Maestría de Salud Pública de la UASLP obteniendo el registro número GXIII-16-2025 (anexo 4). También se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes de la escuela Primaria Homero Barragán Pardiñas y SEP (anexo 5), para ello se envió un oficio formal a los directivos de la escuela primaria solicitando su autorización para que se desarrollara el estudio.

6.9.2 Para la selección de la población

Una vez que fue aprobado se estableció la coordinación con la directora de la USAER No. 3 se programó una visita a la escuela primaria y se realizó el acercamiento con los directivos y maestros, se solicitó el censo de los niños de quinto grado y se programó una reunión con sus padres para de manera presencial explicarles en qué consistía el estudio, cuál era su objetivo y como se desarrollaría la intervención educativa y resolver cualquier duda relacionada. A quienes aceptaron que sus hijos participaran se les entregó el consentimiento informado para que lo firmaran. Enseguida se acudió a cada grupo de quinto grado para invitar a los niños a participar y establecer la coordinación con los maestros de los grupos y hacer la coordinación

de las estrategias de implementación de las sesiones de la intervención. En ese momento se proporcionó a cada niño el documento de asentimiento informado para que lo firmaran los que deseaban participar.

6.9.3 Para la recolección de los datos

Los niños que cumplieron con los criterios de selección se les aplicó el cuestionario de conocimientos y habilidades sociales, para tener el panorama de los conocimientos y habilidades que en ese momento tenían los niños sobre el tema. Enseguida se inició con las ocho sesiones, dos por semana. Al finalizar estas sesiones se realizó la segunda aplicación del cuestionario para valorar lo aprendido durante el curso-taller y si la intervención tuvo un impacto positivo en los niños, y por último el mismo instrumento de evaluación se aplicó 2 meses después de finalizada la intervención, ya sin tener contacto con los niños para valorar la retención de los conocimientos y habilidades adquiridas, así como para identificar si la intervención tuvo efectos a largo plazo como lo menciona Ebbinghaus que estudió la curva del olvido de contenido con sentido y de la cual extrajo dos conclusiones: 1. Necesitaba de muchas menos repeticiones para la memorización (10 frente a 1) 2. El recuerdo de lo aprendido duraba más tiempo.

Otros autores también han estudiado la curva del olvido. Esta se va atenuando con cada repaso⁸⁹ y los intervalos entre cada repaso pueden hacerse cada vez más largos sin pérdida de eficacia.⁹⁰ En esta intervención el repaso fue diario con los alumnos ya que antes de cada inicio de sesión se retomó un resumen de lo visto en la clase anterior; una vez concluida la intervención ya no se continuó con los repasos del tema debido al tiempo de la maestría que es de 2 años pero tras repetidos repasos según Ebbinghaus, se puede observar que la curva del olvido se va suavizando, lo que significa que la pérdida de memoria después de cada repaso es menor, consolidándose lo aprendido en el tiempo.

6.10 Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas, debido a que se contó con tres mediciones de cada participante: la

primera antes de la intervención educativa, la segunda inmediatamente después de su conclusión y la tercera dos meses después de haber finalizado la intervención.

Esta prueba permitió comparar las medias de conocimientos y habilidades sociales obtenidas por el mismo grupo de escolares en los tres momentos de evaluación, considerando la variabilidad individual de los participantes. Su aplicación tuvo como propósito determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones y evaluar la permanencia de los posibles cambios a lo largo del periodo de seguimiento.

Asimismo, se realizaron comparaciones por pares entre los tres momentos de evaluación mediante el ajuste de Bonferroni, con el fin de identificar específicamente entre qué mediciones podían presentarse diferencias y controlar el error derivado de las comparaciones múltiples. Por lo tanto, el análisis estadístico definitivo incluyó la medición de seguimiento realizada dos meses después de la intervención, y los resultados correspondientes se presentan en el apartado de resultados.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La presente investigación se clasificó como un estudio de riesgo mínimo, al no emplear técnicas invasivas ni indagar de manera directa o cualitativa en testimonios, vivencias traumáticas o situaciones personales que pudieran desencadenar malestar emocional o psicológico en los escolares.

Al tratarse de un estudio de enfoque cuantitativo, la recolección de información se limitó a la aplicación de instrumentos estandarizados y al desarrollo de actividades formativas estructuradas. No obstante, este diseño metodológico no eximió al equipo investigador de su compromiso ético con el bienestar de los participantes. Ante cualquier manifestación verbal, conducta o indicio que sugiriera una situación de vulnerabilidad o dificultad en las habilidades sociales durante las sesiones, se mantuvo una postura de escucha empática y se activó un protocolo de actuación estrictamente confidencial y sin fines diagnósticos.

En los casos de estudiante con requerimientos de atención particular, las observaciones se comentaron inicialmente con el docente de grupo y, al finalizar la sesión, se transfirieron a la psicóloga o trabajadora social de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) asignada a la institución. Dicho personal especializado fue el encargado de determinar las pautas de manejo en el aula y de orientar a los padres o tutores sobre las opciones de valoración o apoyo oportuno mediante los servicios escolares o de salud correspondientes.

Todo el proceso de información a los tutores se realizó de manera verbal y personal en alineación con los criterios de transferencia de resultados, protegiendo al menor sin entregar resultados individuales, sin colocar etiquetas y garantizando en todo momento que bajo ningún motivo se generara exclusión, sanción o afectación académica para el estudiante.

7.1 Normativas internacionales

En concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki, los investigadores de este protocolo se comprometieron a proteger la integridad de los sujetos de estudio desde el inicio y hasta la conclusión de este trabajo mediante el

procedimiento de consentimiento informado y asentimiento informado, donde los sujetos de estudio manifestaron su deseo libre y voluntario de participar en el estudio una vez siendo informados sobre los riesgos y beneficios de este.⁹¹

El protocolo también se apegó a las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) las cuales constituyen un esfuerzo por complementar y expandir los principios éticos de la declaración de Helsinki a un contexto internacional.⁹²

En el caso de este estudio se hace referencia a la pauta 17 del CIOMS, referida a investigación con niños y adolescentes. Esta pauta menciona que, no obstante, que muchas veces los niños y adolescentes están en mayor riesgo de sufrir daños en el transcurso de una investigación, es necesario que sean incluidos en las investigaciones relacionadas con la salud con las medidas necesarias para proteger sus intereses y salvaguardar sus derechos.⁹²

De acuerdo a lo anterior, este proyecto fue aprobado en sus aspectos metodológico por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública con el registro GXIII-16-2025 (anexo 4), dicho protocolo también fue aprobado por las autoridades de la entidad educativa donde se realizó la intervención educativa (anexo 5) y las investigadoras se habilitaron para conducir la investigación y proteger el bienestar de los niños y adolescentes participantes.

7.2 Normativas nacionales

El estudio se apegó a los términos estipulados en la Ley General de Salud en materia de investigación, en su título segundo de los Aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I de las Disposiciones Comunes, en los siguientes artículos:⁹³

El artículo 16 señala que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Para tal efecto no se obtuvieron datos sensibles de los niños y los resultados se presentaron en conjunto con los de todos los participantes sin posibilidad de identificar la información de forma individual.

El consentimiento informado se obtuvo como señalan los artículos 20 y 21, por escrito, sin coacción alguna y con plena información para que cada niño y su representante legal autoricen la participación con libre elección.

De acuerdo con los artículos 20 y 21 toda la información necesaria se planteó en el consentimiento y asentimiento informados que se encuentran en los anexos 6 y 7 del presente protocolo.

7.3 Consideraciones especiales

La investigación tomó en cuenta el cumplimiento de las consideraciones éticas especiales relacionadas con los derechos de los niños que garantizan el respeto, protección y promoción de los derechos humanos de los niños.⁹⁴

También la investigación contempló el Código de ética para enfermeras y enfermeros mexicanos para garantizar la integridad, confidencialidad y precisión de los datos, obtener consentimiento informado, proteger la privacidad de los participantes y evitar cualquier tipo de conflicto de intereses, ya que enfatiza la importancia de la honestidad, la veracidad y la responsabilidad en la investigación.⁹⁵

7.4 Derechos de autoría

En caso de que derivado de la presente tesis se obtengan productos de divulgación o de difusión tales como artículos, carteles, ponencias u otros, se atenderá a lo siguiente: en la primera publicación que se realice derivado de la investigación, la estudiante de la maestría será la primera autora, la directora y codirectores serán coautoras. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que éstos tengan, siempre de común acuerdo, pudiendo incluir a otros autores siempre y cuando participen en la elaboración del producto.

Para garantizar los derechos de autoría se estableció el acuerdo por escrito con la firma de las partes implicadas en el anexo 8.

7.5 No conflicto de intereses

Los autores del presente protocolo declaran que no existe ningún conflicto de interés, derivado de la pretensión de obtener algún beneficio económico por desarrollar el

proyecto. Así mismo declaran que el proyecto no responde al interés de ninguna empresa o institución con fines comerciales, sino que se trata de un proyecto académico. Para constancia de lo anterior firman de conformidad todos los involucrados (Anexo 8).

7.6 Sobre el financiamiento

Tanto los materiales como los equipos y consumibles requeridos para el proyecto, así como los gastos derivados del traslado del equipo, fueron solventados por recursos propios de la tesista y las investigadoras participantes.

7.7 Sobre la transferencia de resultados

Los resultados obtenidos se presentarán en forma global en un informe escrito que se entregará a la institución sede y se presentaran en forma oral solo sí así lo requiere la institución. Además, en el caso de identificar alteraciones en los datos recabados, se le informará de manera verbal y personal a los participantes (en este caso, que se trata de menores, se entregará a los padres o tutores del niño).

VIII. RESULTADOS

8.1 Prueba Piloto

La prueba piloto de la intervención educativa “Aprendiendo a actuar para evitar las adicciones” se llevó a cabo el viernes 19 de septiembre de 2025 en la Escuela Primaria Carlos A. Carrillo, ubicada en el municipio de la capital de San Luis Potosí. En esta actividad participaron los tres grupos de quinto grado (5º A, 5º B y 5º C). Esta prueba permitió evaluar la pertinencia de los materiales, la comprensión de las instrucciones por parte de los estudiantes y la dinámica general de trabajo en el aula.

Durante la jornada, se implementó la primera sesión del programa de manera secuencial en cada grupo, con una duración aproximada de 90 minutos por grupo. La aplicación estuvo a cargo de un solo facilitador, lo cual representó un reto logístico, ya que el tiempo disponible no fue suficiente para desarrollar con amplitud todas las actividades planeadas.

8.1.1 Dinámica general

En los tres grupos se desarrolló la primera sesión de la intervención educativa, en la que se explicó el propósito del proyecto, se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre adicciones y el diagnóstico de habilidades sociales. Es importante señalar que no se obtuvieron las edades de los participantes, ya que este dato no fue incluido en la prueba piloto.

En el **grupo 5º B**, las actividades se desarrollaron en un ambiente participativo y ordenado; los alumnos mostraron interés desde el inicio y mantuvieron buena atención durante toda la sesión, no alcanzo el tiempo para terminar la dinámica de la primera sesión ya que se redujo a 45 minutos.

En el **grupo 5º C**, la dinámica fue igual de activa que en el anterior salón y el grupo se mostró entusiasta, aunque los alumnos se mostraron más inquietos, ya que la sesión coincidió con el horario previo al recreo lo cual requirió mayor tiempo para organizar las participaciones y esto dificultó un poco la atención prestada de los estudiantes lo que limitó el desarrollo de la dinámica.

En el **grupo 5º A**, la aplicación se realizó después del recreo, y durante esta sesión se presentó un simulacro de sismo dentro del horario de trabajo, lo cual dificultó la atención de los niños tanto por el regreso al aula tras el receso como por la interrupción ocasionada por el simulacro. Debido a ello, la intervención no se pudo realizar como se tenía planeada, ya que la jornada escolar concluyó a las 12:20 horas, pero los alumnos respondieron con disposición y curiosidad ante los temas abordados.

En general, el horario establecido resultó poco favorable, especialmente en los grupos que tenían la sesión previa al receso o cercana a la hora de salida escolar, ya que se observó una disminución en la atención y concentración de los alumnos. Estas condiciones influyeron en el ritmo de trabajo y en la participación activa de los estudiantes.

La propuesta obtenida para aplicar el proyecto incluyó realizar las sesiones en horarios más tempranos, preferentemente durante las primeras horas de clase, cuando los niños se encuentran más receptivos y concentrados. Además, contar con el apoyo de un segundo facilitador para optimizar el manejo del tiempo y la atención grupal, asegurando así el cumplimiento adecuado de los objetivos y la continuidad de las actividades de la intervención educativa y reducir el tiempo de cada una de las actividades.

8.1.2 Instrumento

En esa sesión inicial, después de explicar a los alumnos el propósito, los objetivos de la intervención, las reglas y los límites, se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre el diagnóstico de habilidades sociales adicciones al inicio y al finalizar la sesión.

Respecto al cuestionario sobre conocimientos en adicciones, no presentaron dificultades para los alumnos ya que los niños comprendieron adecuadamente las preguntas y resolvieron el instrumento de forma individual en un tiempo estimado de aplicación aproximado de 5 minutos, sin requerir apoyo adicional del facilitador.

En relación al Test de habilidades sociales de Gamero, se dificultó la comprensión de las opciones de respuesta, ya que algunos términos resultaron poco claros para su nivel de comprensión.

Hubo dificultad para entender ciertas preguntas, principalmente por el vocabulario empleado y por la formulación de situaciones que no correspondían del todo a la edad o al contexto escolar de los participantes y se les complicó entender las instrucciones a seguir escritas en el test.

La propuesta es colocar en el pizarrón la imagen de una gradiente de las respuestas de verde a rojo que permita elegir entre diferentes niveles de intensidad, acuerdo, satisfacción o frecuencia para una pregunta específica del cuestionario.

Adaptar las palabras que se les dificultaron a unas que sean de mayor uso por los niños de primaria utilizando palabras sencillas, ejemplos escolares y expresiones cotidianas y acompañar lo anterior con una breve explicación guiada o realizar una lectura conjunta de cada ítem para asegurar la correcta interpretación de las preguntas.

El cuestionario fue validado por cinco jueces expertos seleccionados por su experiencia profesional en el trabajo con niños de educación primaria. Todos ellos son docentes con más de cinco años de experiencia frente a grupo, tanto en contextos rurales como urbanos. A cada juez se le envió el instrumento adaptado, el cual incorporaba los cambios realizados por la investigadora principal y su comité de tesis.

Asimismo, los jueces expertos recibieron una carta de presentación en la que se les solicitó evaluar, de acuerdo con su juicio y experiencia, la comprensión de cada pregunta reformulada en comparación con la versión original (anexo 9). Para ello, se les pidió asignar una calificación en una escala tipo Likert, que oscila entre uno (totalmente de acuerdo) y cinco (totalmente en desacuerdo).

Una vez recibidas las evaluaciones de los cinco jueces expertos, estas fueron analizadas en conjunto con el comité de tesis, lo que permitió realizar los ajustes necesarios al instrumento.

Las adecuaciones se realizaron mediante un acuerdo entre jueces expertos y el objetivo fue lograr un consenso aceptable de acuerdo entre los expertos sobre la pertenencia y claridad de cada ítem, asegurando así que el instrumento refleje de manera precisa la comprensión del contenido que se está midiendo.

8.1.3 Actividades

Bienvenida y presentación del proyecto: Se colocan las reglas y el propósito en carteles visibles, y se asignan dos alumnos para leerlos, los niños presentan dificultad para leer y esto complica que sean entendidas y el grupo se distrae.

La propuesta de mejora consiste en apoyarse con material visual y pictográfico: Utilizar imágenes, íconos o dibujos que representen las reglas (por ejemplo, una mano levantada para “pedir la palabra” o un corazón para “respetar a los compañeros”).

Lectura guiada por el facilitador: Que el facilitador lea en voz alta junto con los niños, explicando brevemente cada regla con ejemplos sencillos, para reforzar su comprensión.

Rotación voluntaria de lectores: En lugar de asignar siempre a los mismos alumnos, permitir que voluntariamente participen quienes se sientan cómodos leyendo, fomentando así la autoexpresión y confianza.

Árbol de problemas:

Se coloca pegado en el pizarrón una silueta de un árbol para reflexionar sobre las consecuencias del consumo de drogas: En las personas, familias y comunidad.

Escriben sus respuestas en post-it y las colocan como “frutos” en el árbol.

En la actividad del Árbol de Problemas, el tiempo para esta actividad fue poco y no se alcanzó a terminar, de igual manera las preguntas no se entendieron y surgieron

muchas dudas por parte de los alumnos en los tres grupos. A pesar de estas situaciones, los alumnos reflexionaron sobre las consecuencias del consumo de drogas en las personas, las familias y la comunidad.

Lograron identificar diversas afectaciones, destacando principalmente los problemas de salud. También mencionaron la tristeza, la pérdida de amigos o familiares como efectos negativos en la vida de quienes consumen sustancias. Sin embargo, se observó que algunos estudiantes tuvieron dificultad para comprender ciertas preguntas y expresar las causas y consecuencias con claridad, lo que generó confusión y retrasos en el desarrollo de la actividad. El ejercicio permitió explorar los conocimientos del grupo, promover la participación y sentar las bases para el análisis crítico del tema.

En las causas hacen referencia al factor de riesgo relacionado con la cercanía de familiares y amigos en su entorno con problemas de adicción

- *La propuesta se centra en tres aspectos:*
- *Simplificar y adaptar las preguntas: Reformular las preguntas con lenguaje más claro y ejemplos concretos para el nivel de comprensión de los niños (por ejemplo: “¿Qué pasa si alguien fuma o toma mucho?”, “¿Cómo afecta a su familia?”).*
- *Explicación guiada paso a paso: Dedicar los primeros minutos a explicar con ejemplos cada nivel del árbol (personas, familias, comunidad), mostrando uno o dos ejemplos en el pizarrón.*
- *Poner los mismos ejemplos en los 3 grupos.*

8.1.4 Materiales

Los materiales empleados en la primera sesión fueron en general adecuados para la implementación de la intervención educativa, ya que permitieron desarrollar las actividades planeadas y facilitar la participación de los alumnos. Las láminas, presentaciones visuales y post-it favorecieron la comprensión y el trabajo colaborativo, mientras que el uso de recursos gráficos y escritos contribuyó a mantener el interés de los niños.

En general, los materiales cumplieron su función pedagógica, aunque se debe ajustar su diseño y presentación para mejorar la comprensión, el aprovechamiento del tiempo y la participación activa del grupo.

Sin embargo, se identificó que algunos materiales requerían adaptaciones: especialmente en el caso del árbol de problemas donde es necesario simplificar el lenguaje y ofrecer ejemplos visuales más acordes con la edad de los participantes. Se propone simplificar el lenguaje utilizado, especialmente en el árbol de problemas y en el test de habilidades sociales, adaptándolo al nivel de comprensión de los alumnos mediante ejemplos cotidianos y expresiones propias de su entorno escolar. Asimismo, incorporar apoyos visuales como imágenes, dibujos o pictogramas que refuercen los conceptos y faciliten la comprensión de las instrucciones.

En general la prueba piloto permitió identificar que la estructura de la sesión, los materiales y la metodología resultaron pertinentes para el nivel educativo de los alumnos, ya que promovieron la participación, el trabajo colaborativo y el interés por la temática. Sin embargo, se detectaron diversas limitaciones relacionadas con el tiempo disponible, los horarios de aplicación y la comprensión de algunos instrumentos y actividades.

La reducción del tiempo a 45 o 60 minutos impidió concluir todas las dinámicas, sin embargo, este fue el tiempo indicado como disponible para la realización de la intervención por las autoridades educativas motivo por el cual la intervención se ajustará a esta dinámica. Los horarios cercanos al recreo o a la salida escolar afectaron la atención y el ritmo de trabajo. Además, en el test de habilidades sociales y el árbol de problemas se evidenció la necesidad de simplificar el lenguaje y ofrecer ejemplos más acordes a la edad de los niños. A pesar de estos desafíos, la prueba piloto fue una experiencia valiosa que permitió validar la pertinencia del contenido, los materiales y las estrategias pedagógicas, así como ajustar la planeación.

Es preciso señalar que los datos obtenidos en la prueba piloto no serán analizados con los datos generales de la muestra total ya que no corresponden a la misma dinámica puesto que dieron origen a modificaciones en la intervención.

8.2 Resultados muestra general aplicación de la intervención educativa

El análisis de varianza para medidas repetidas (ANOVA de muestras relacionadas) fue considerado adecuado para el análisis de los datos del presente estudio, debido a que permitió comparar los puntajes obtenidos por los mismos participantes en tres momentos de evaluación: antes de la intervención educativa, inmediatamente después de su aplicación y dos meses posteriores a su conclusión. Esta prueba estadística resulta pertinente cuando se busca identificar cambios en una misma población a lo largo del tiempo, controlando la variabilidad individual de los sujetos.

8.2.1 Datos sociodemográficos

La intervención educativa se desarrolló durante el periodo comprendido entre el lunes 24 noviembre y el miércoles 17 diciembre, llevándose a cabo en un total de ocho sesiones, distribuidas en dos sesiones por semana. Las sesiones se realizaron los días lunes y miércoles, conforme al siguiente calendario: 24 y 26 noviembre; 1 y 3 diciembre; 8 y 10 diciembre; y 15 y 17 diciembre.

La intervención se llevó a cabo con dos grupos, en un horario escalonado. El grupo uno participó en un horario de 8:15 a 9:15 horas, mientras que el grupo dos asistió de 9:15 a 10:15 horas, garantizando así el desarrollo adecuado de las actividades planeadas.

El proceso de selección y depuración de la muestra se realizó bajo criterios de integridad de la información. Inicialmente, se contó con la participación de 46 alumnos; no obstante, tras un proceso de revisión y limpieza de la base de datos, se detectó que ocho registros presentaban omisiones significativas. Estos casos fueron excluidos debido a la falta de respuesta en los instrumentos de recolección o por la inasistencia del estudiante a una o más sesiones de la intervención programada. En consecuencia, la muestra final para el análisis estadístico quedó constituida por 38 participantes.

Las características socio demográficas se muestran a continuación en la tabla 3, recordando que se trata de dos grupos de quinto grado a los que se brindó la intervención en los mismos días, pero en horarios y espacios diferentes.

Cuadro 3. Características sociodemográficas de los participantes (n = 38)

Variable	Categoría	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Edad	9 años	2	5,3%
	10 años	36	94,7%
Sexo	Mujer	17	44,7%
	Hombre	21	55,3%
Grupo	A	17	44,7%
	B	21	55,3%
Total		38	100,0%

Fuente: directa

8.2.2 Estructura de la intervención

La intervención educativa se desarrolló a través de un total de ocho sesiones de una hora cada sesión, organizadas de manera secuencial para favorecer el aprendizaje progresivo de los contenidos. Cada sesión abordó un módulo específico del programa, permitiendo reforzar los conocimientos y habilidades trabajadas previamente.

Cuadro 4. Sesiones impartidas en la intervención educativa

Sesión 1	Etapas de partida
Sesión 2	Lo que sé y lo que quiero saber
Sesión 3	Organicemos las actividades
Sesión 4	Creatividad en marcha. Adicción al radio: mensajes breves
Sesión 5	Creatividad en marcha. Adicción al radio: foro mi derecho vs las adicciones
Sesión 6	Creatividad en marcha. Adicción al radio: entrevista la expresión del enojo
Sesión 7	Creatividad en marcha: Adicción a la radio: spot de radio, cuando no es no y taller aprender a conversar
Sesión 8	Creatividad en marcha y Etapa de cierre: Noticias, pedimos su colaboración y Exposición multimedia.

Fuente: directa

8.3 Análisis descriptivo de los instrumentos (Pre-intervención)

Antes de pasar a los resultados globales, nos pareció fundamental desglosar la Escala de Habilidades Sociales en sus diferentes dimensiones. No podemos ver las habilidades sociales como un "todo", un niño puede ser muy bueno para defender

sus derechos, pero tener mucha dificultad para expresar sus sentimientos o decir que no.

Al agrupar los 33 ítems en áreas específicas, se logró identificar exactamente en qué puntos los alumnos estaban más débiles antes de empezar las sesiones del curso taller. Este análisis inicial fue la base para entender qué habilidades necesitaban más refuerzo durante la intervención. En la siguiente tabla, se muestran las dimensiones obtenidas en la primera aplicación, divididos por estas categorías:

Cuadro 5. Dimensiones obtenidas en la primera aplicación, divididos por categorías.

Dimensión	Ítems	Interpretación
Autoexpresión en situaciones sociales	10, 13, 17, 29	¿Qué tan fácil les es hablar en público o grupo?
Defensa de los propios derechos	3, 4, 7, 12, 16, 30	¿Se quedan callados o expresan lo justo?
Expresión de enfado o disconformidad	22, 31, 32	¿Cómo manejan su ira con los demás?
Decir que no y cortar interacciones	5, 14, 15, 23, 24, 33	¿Saben poner límites a los demás?
Iniciar interacciones positivas	8, 9, 11, 18, 19, 21, 27, 28	¿Cómo se llevan con el sexo opuesto o extraños?

Fuente: directa

8.3.1 Autoexpresión en situaciones sociales

Al analizar los resultados iniciales de la dimensión de Autoexpresión, se observa que, en general, las mujeres muestran una tendencia ligeramente mayor hacia el asertividad verbal en comparación con los hombres. Por ejemplo, en el ítem 13, el 94.1% de las niñas reportó no tener problemas para expresar su desacuerdo frente a un amigo, mientras que en los niños esta cifra bajó al 80.9%, mostrando que casi una quinta parte de los hombres prefiere callar para evitar conflictos.

Cuadro 6. Distribución de frecuencias: Dimensión de Autoexpresión por Sexo (n=38)

Ítem	Sexo	A+B (Alta Habilidad)	C+D (Baja Habilidad)
10. Evita decir lo que piensa	Mujer	64.7% (n=11)	35.3% (n=6)
	Hombre	52.4% (n=11)	47.6% (n=10)
13. Se queda callado ante desacuerdos	Mujer	94.1% (n=16)	5.9% (n=1)
	Hombre	80.9% (n=17)	19.1% (n=4)

17. Dificultad para decir algo bonito	Mujer	70.6% (n=12)	29.4% (n=5)
	Hombre	52.4% (n=11)	47.6% (n=10)
29. Dificultad para opinar en grupo	Mujer	64.7% (n=11)	35.3% (n=6)
	Hombre	66.6% (n=14)	33.3% (n=7)

Fuente: directa

Un punto crítico detectado en el pre-test fue la dificultad para expresar afecto o halagos (ítem 17) ya que se nota una brecha marcada por sexo: casi la mitad de los hombres (47.6%) manifestó que les cuesta trabajo decirle algo bonito a alguien que le gusta, frente a un 29.4% de las mujeres. Esto sugiere que, antes de la intervención, los varones presentaban mayores barreras emocionales para la comunicación afectiva.

Finalmente, en cuanto a la opinión en grupo (ítem 29), los resultados son similares para ambos sexos, donde aproximadamente uno de cada tres estudiantes experimenta dificultades para integrarse y participar en discusiones grupales. Estos datos iniciales justificaron el diseño de dinámicas grupales durante el curso-taller para fomentar la seguridad al hablar frente a otros.

8.3.2 Defensa de los propios derechos

En esta parte se analizó qué tan capaces son los alumnos para reclamar cuando algo no es justo o cuando reciben un mal servicio. Es una dimensión clave porque nos dice si los niños son capaces de ponerse firmes ante un error o si prefieren quedarse callados para no entrar en conflicto.

Cuadro 7. Comparativa de respuestas sobre la defensa de derechos por sexo (n=38)

Ítem	Sexo	Alta Habilidad	Baja Habilidad
3. Devuelve productos dañados	Mujer	41.2% (C+D)	58.8% (A+B)
	Hombre	47.6% (C+D)	52.4% (A+B)
4. Se queda callado si se le adelantan*	Mujer	88.2% (A+B)	11.8% (C+D)
	Hombre	76.2% (A+B)	23.8% (C+D)
7. Pide cambio de comida en restaurant	Mujer	41.2% (C+D)	58.8% (A+B)
	Hombre	42.9% (C+D)	57.1% (A+B)
16. Reclama cambio (feria) incorrecto	Mujer	52.9% (C+D)	47.1% (A+B)

30. Ignora si alguien se mete en la fila*	Hombre	52.4% (C+D)	47.6% (A+B)
	Mujer	88.2% (A+B)	11.8% (C+D)
	Hombre	76.2% (A+B)	23.8% (C+D)

Fuente: directa

Al revisar los resultados del cuadro 7, lo primero que salta a la vista es que a los alumnos les cuesta mucho más trabajo reclamar en situaciones "formales", como en una tienda o un restaurante. Como se observa en los ítems 3 y 7, más de la mitad de los niños y las niñas prefieren no decir nada si un producto sale roto o si la comida no es la que pidieron. Esto nos indica que, antes del taller, existía mucha timidez o falta de herramientas para tratar con adultos o figuras de autoridad.

Sin embargo, cuando se trata de defender su lugar en una fila (ítems 4 y 30), los resultados cambian. La mayoría de los alumnos sí reacciona si alguien intenta adelantarse. Es interesante notar que las mujeres salieron con puntajes más altos en esta parte, demostrando ser más seguras para cuidar su turno en comparación con los hombres, quienes se mostraron un poco más permisivos.

8.3.3 Expresión de enfado o disconformidad

Este grupo de ítems exploran qué tan fácil o difícil es para los alumnos decir cuando algo les molesta, ya sea con su familia o con otras personas. Esta parte es fundamental porque nos indica si los niños prefieren guardarse sus emociones para evitar conflictos o si saben expresar su enojo de forma saludable.

Cuadro 8. Comparativa sobre la expresión de emociones negativas por sexo (n=38)

Ítem	Sexo	Alta Habilidad (Expresa su molestia)	Baja Habilidad (Se guarda el enojo)
22. No oculta molestia con la familia	Mujer	82.3%	17.7%
	Hombre	71.4%	28.6%
31. No le cuesta expresar su enojo	Mujer	82.4%	17.7%
	Hombre	80.9%	19.1%
32. No se calla para evitar problemas	Mujer	76.5%	23.5%
	Hombre	61.9%	38.1%

Fuente: directa

Como se puede ver en el cuadro 8, la mayoría de los alumnos parece tener una buena capacidad para expresar cuando algo no les gusta, especialmente las mujeres. Por ejemplo, en el caso de la familia (ítem 22) y el enojo justificado (ítem 31), más del 80% de las niñas se sienten capaces de decir lo que sienten sin ocultarlo. En los niños estos porcentajes son un poco menores, pero siguen siendo positivos.

8.3.4 Decir que no y cortar interacciones

La capacidad de poner límites es fundamental para la prevención de adicciones puesto que implica decir No frente a prácticas de riesgo. Al respecto 5 ítems exploran esta habilidad como muestra el cuadro 9.

Cuadro 9. Comparativa sobre la capacidad de poner límites por sexo (n=38)

Ítem	Sexo	Alta Habilidad (Sabe decir no/cortar)	Baja Habilidad (Le cuesta decir no)
5. Decir no a un vendedor insistente	Mujer	88.2%	11.8%
	Hombre	81.0%	19.0%
14. Cortar una llamada si tiene prisa	Mujer	94.1%	5.9%
	Hombre	100.0%	0.0%
15. Decir no cuando no quiere prestar algo	Mujer	88.2%	11.8%
	Hombre	61.9%	38.1%
24. Comunicar que ya no quiere juntarse con alguien	Mujer	64.7%	35.3%
	Hombre	66.6%	33.3%
33. Decir no a alguien que insiste mucho	Mujer	58.8%	41.2%
	Hombre	76.2%	23.8%

Fuente: directa

Ya sea para negar un préstamo, rechazar algo que no quieren o terminar una conversación cuando tienen prisa, saber decir "no" es una de las habilidades sociales más difíciles de adquirir, pues suele generar culpa o miedo a quedar mal con los otros.

Al revisar el cuadro 9, se observa que la mayoría de los alumnos tienen buena facilidad para cortar interacciones breves o con extraños. Por ejemplo, en el ítem 14, prácticamente el 100% de la muestra no tiene problemas en terminar una llamada si tiene prisa, y en el ítem 5, más del 80% sabe decirle que no a un vendedor.

8.3.5 Iniciar interacciones positivas

En este apartado se analiza qué tan cómodos se sienten los alumnos al iniciar conversaciones, dar halagos o expresar sentimientos. También incluye cómo reaccionan ante situaciones sociales que les pueden causar nerviosismo, como hablar con alguien que les gusta o recibir un cumplido.

Cuadro 10. Comparativa sobre el inicio de interacciones y expresión afectiva por sexo (n=38)

Ítem	Sexo	Alta Habilidad (Seguridad/Afecto)	Baja Habilidad (Timidez/Dificultad)
8. Sabe qué decir al sexo opuesto	Mujer	76.4%	23.6%
	Hombre	66.6%	33.4%
9. Sabe cómo decir algo bonito	Mujer	76.5%	23.5%
	Hombre	85.7%	14.3%
11. No evita reuniones por miedo	Mujer	94.1%	5.9%
	Hombre	90.4%	9.6%
18. Toma la iniciativa para hablar*	Mujer	23.5%	76.5%
	Hombre	19.0%	81.0%
19. No le cuesta expresar sentimientos	Mujer	76.4%	23.5%
	Hombre	61.9%	38.1%
21. Se siente capaz de pedir descuentos	Mujer	58.9%	41.2%
	Hombre	71.4%	28.6%
28. Acepta cumplidos con comodidad	Mujer	76.4%	23.5%
	Hombre	71.4%	28.6%

Fuente: directa

Al revisar el cuadro 10 se nota que los alumnos tienen, en general, una buena disposición para las relaciones sociales, pero les gana la timidez en situaciones específicas. Por ejemplo, la gran mayoría (más del 90%) no evita las reuniones sociales por miedo, lo que indica que son niños con ganas de integrarse.

8.4 Conocimientos sobre Adicciones (Fase Pre-test)

En este apartado se presentan los resultados del Anexo 3, el cual mide qué tanto saben los alumnos sobre conceptos básicos de adicciones (dependencia, tolerancia, tipos de sustancias, etc.). A diferencia de las habilidades sociales, aquí buscamos identificar los errores y aciertos para saber desde qué nivel de conocimiento partimos con el curso-taller.

Para facilitar la lectura, se agrupo los 15 reactivos en tres categorías principales:

- Conceptos básicos: Qué es adicción, dependencia, recaída y abstinencia.
- Efectos y consecuencias: Daños a la salud, problemas sociales y el concepto de tolerancia.
- Clasificación de sustancias: Drogas lícitas, ilícitas, estimulantes y depresoras.

Cuadro 11. Porcentaje de aciertos en conocimientos sobre adicciones por sexo (n=38)

Categoría de Conocimiento	Ítem	% Aciertos (Mujeres)	% Aciertos (Hombres)
Conceptos Básicos	1. Qué son las adicciones	82.4%	85.7%
	2. Qué es la dependencia	64.7%	42.9%
	8. Qué es una recaída	70.6%	81.0%
	13. Qué es la abstinencia	82.4%	90.5%
	14. Qué es el <i>craving</i>	76.5%	95.2%
Efectos y Consecuencias	4. Problemas por alcohol	94.1%	100.0%
	5. Qué es la tolerancia	35.3%	66.7%
	6. Abuso de sustancias	88.2%	71.4%
	7. Consecuencia frecuente	88.2%	95.2%
	12. Consumo a temprana edad	82.4%	100.0%
	15. Importancia de prevenir	64.7%	76.2%
Clasificación	3. Sustancia lícita	64.7%	57.1%
	9. Drogas ilícitas	76.5%	85.7%
	10. Droga depresora	35.3%	33.3%
	11. Droga estimulante	17.6%	42.9%

Fuente: directa

Al observar el cuadro 11, queda claro que los estudiantes ya tenían algunos conocimientos previos muy sólidos, especialmente en las consecuencias del consumo.

Por ejemplo, casi todos los alumnos (y el 100% de los hombres) saben que el alcohol causa problemas de salud y sociales, y que consumir a temprana edad afecta su

futuro. También resultó sorprendente que la mayoría identificara términos técnicos como "craving" y "abstinencia" antes de las pláticas.

Sin embargo, el punto donde salieron más bajos fue en la clasificación de las sustancias. Menos de la mitad de los alumnos supo identificar correctamente cuáles drogas son depresoras o estimulantes. Especialmente en las niñas, solo el 17.6% supo reconocer a la nicotina como un estimulante. Otro concepto difícil fue el de "tolerancia", donde muchas niñas confundieron el término con la falta de interés en la sustancia.

En resumen, los alumnos distinguen bien lo que es "malo" de lo que es "bueno", pero no conocen a fondo cómo funcionan las sustancias en el cuerpo. Estos datos me sirvieron para reforzar mucho más las sesiones técnicas sobre el sistema nervioso, ya que era el área donde hombres y mujeres presentaban más dudas al inicio del estudio.

8.5 Comparativa de conocimientos Pre, Post y 2 meses después de la intervención

Para determinar si el curso-taller generó cambios significativos en los conocimientos sobre adicciones, se utilizó la prueba ANOVA de medidas repetidas (muestras relacionadas) como se muestra en la tabla 1 donde se analizan los promedios obtenidos en tres diferentes mediciones o momentos de evaluación. Para cada medición se muestran la media, el error típico y el intervalo de confianza al 95%.

Tabla 1. Medias estimadas e intervalos de confianza en las tres mediciones (n=38)

MEDICIÓN CONOCIMIENTOS	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1 ^a	23.184	.675	21.817	24.551
2 ^a	23.816	.587	22.627	25.004
qqqq3 ^a	23.579	.651	22.261	24.897

Fuente: directa

Los resultados indican que la segunda medición obtuvo la media más alta (23.816), seguida de la tercera medición (23.579) y finalmente la primera medición (23.184). Este comportamiento suele presentarse en intervenciones como la que se desarrolló en este trabajo dado que antes de la intervención el conocimiento es menor y se registra un incremento sustancial justo al concluir para después presentar un decremento que en todo caso no es suficiente para quedar por debajo del valor encontrado al inicio.

Asimismo, los intervalos de confianza al 95% muestran rangos cercanos entre sí, lo que sugiere que las diferencias entre las medias no son muy amplias.

En general, la tabla permite observar un comportamiento relativamente estable de las puntuaciones de los conocimientos a lo largo de las tres mediciones, con ligeras variaciones entre cada una de ellas.

En la tabla 2 se comparan por pares las medias obtenidas entre las tres evaluaciones incluyendo la diferencia de medias, el error típico, el nivel de significancia y los intervalos de confianza al 95% con ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Tabla 2. Comparación de medias de conocimientos por pares entre las tres evaluaciones

MEDICIONES (i) (j) CONOCIMIENTOS		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^a	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^a	
					Límite inferior	Límite superior
1	2	-.632	.492	.623	-1.866	.603
	3	-.395	.573	1.000	-1.831	1.041
2	1	.632	.492	.623	-.603	1.866
	3	.237	.611	1.000	-1.295	1.769
3	1	.395	.573	1.000	-1.041	1.831
	2	-.237	.611	1.000	-1.769	1.295

Basadas en las medias marginales estimadas.

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

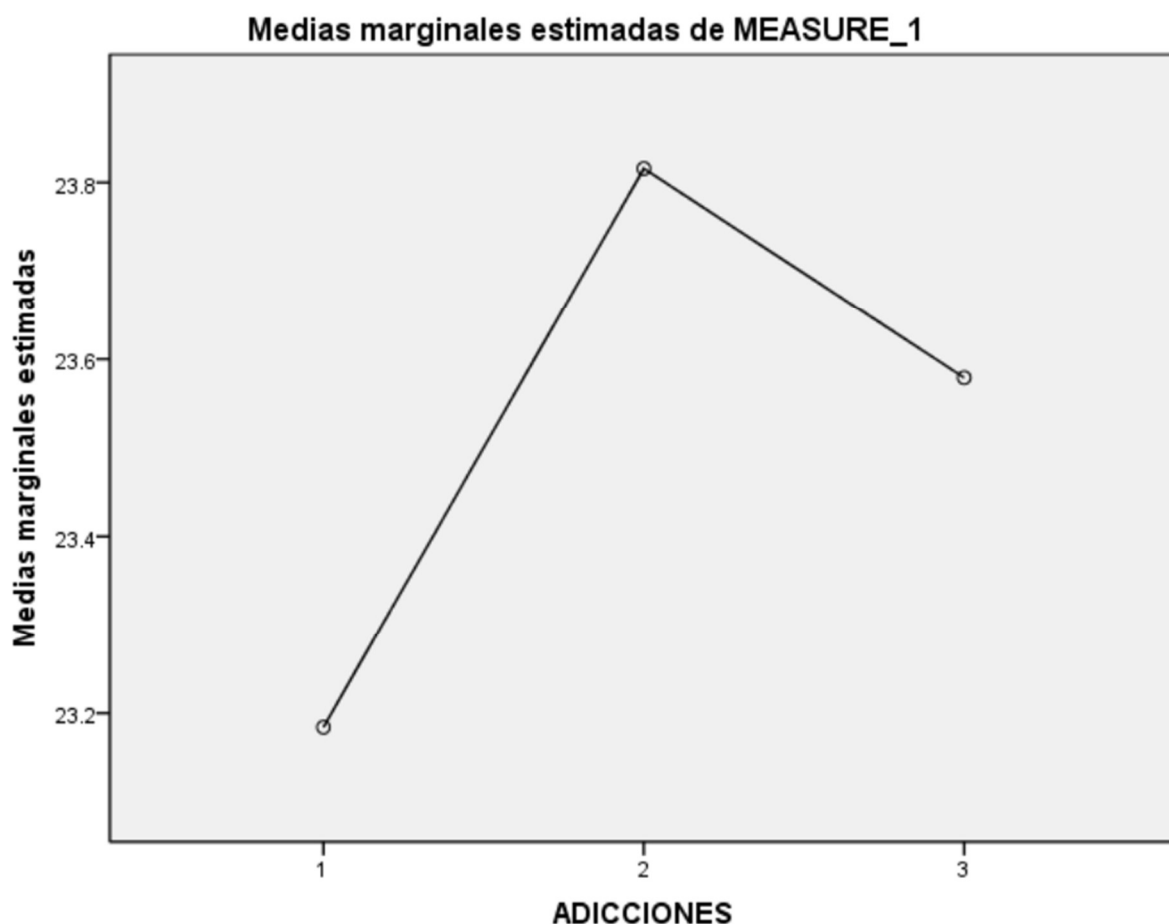
Fuente: directa

Los resultados muestran diferencias pequeñas entre las medias de las distintas mediciones, por ejemplo, entre la medición 1 y 2 la diferencia fue de -0.632, mientras que entre la medición 1 y 3 fue de -0.395. Sin embargo, no existen diferencias

estadísticamente significativas ($p>0.05$) entre las tres mediciones realizadas. De igual manera, los intervalos de confianza incluyen el valor cero, lo que confirma la ausencia de cambios significativos en los niveles de conocimientos entre las tres mediciones.

Con los datos anteriores se construyó el gráfico 1 que muestra un incremento de la primera a la segunda medición, pasando aproximadamente de 23.2 a 23.8, lo que indica un aumento en el promedio de la variable evaluada. Posteriormente, en la tercera medición se observa una ligera disminución, situándose alrededor de 23.6; sin embargo, este valor continúa siendo superior al registrado en la primera medición.

Gráfico 1. Comparación de medias de conocimientos en las tres evaluaciones



Fuente: directa

En términos generales, la tendencia de la gráfica refleja variaciones leves entre las mediciones, con un aumento inicial seguido de una pequeña disminución, lo que sugiere que los cambios en las medias estimadas fueron moderados a lo largo del tiempo.

Para identificar de forma más específica en qué participantes ocurrieron los cambios, se decidió agruparlos en tres categorías según su nivel de desempeño: No satisfactorio, satisfactorio y sobresaliente. Las categorías se obtuvieron tomando como total global máximo 15 aciertos, lo cual significó que el participante había dado una respuesta acertada en la totalidad de los quince ítems de que consta el cuestionario.

De acuerdo a lo anterior, entre 1 y 5 aciertos= no satisfactoria, entre 6 y 10 aciertos = satisfactorio y entre 11 y 15 aciertos = sobresaliente. La tabla 3 muestra que los participantes se ubicaron al inicio en más de la mitad, en la categoría satisfactorio (63.2%) y en general casi el 85% tenía un nivel de conocimientos aceptable (al sumar la categoría satisfactoria y sobresaliente).

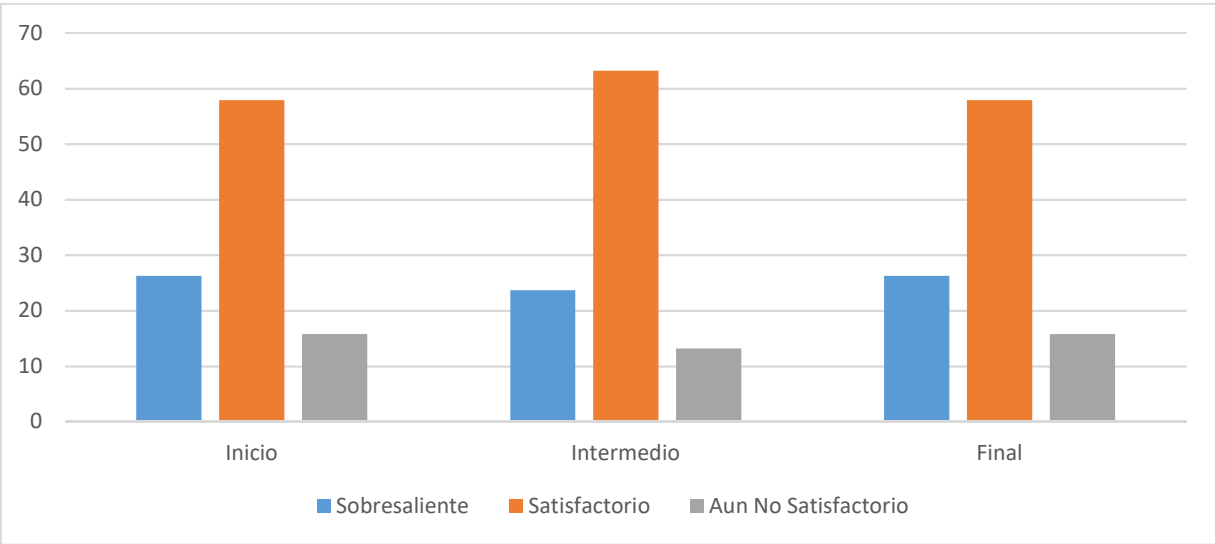
Tabla 3. Distribución porcentual de los niveles de conocimientos sobre adicciones en las mediciones pre, post y 2 meses después de finalizada la intervención educativa.

Niveles	Pre	Post	2 meses después
Sobresaliente	26.3	23.7	26.3
Satisfactorio	57.9	63.2	57.9
No Satisfactorio	15.8	13.2	15.8

Fuente: directa

La gráfica muestra que el nivel Sobresaliente presentó una disminución en la etapa intermedia (23.7%) en comparación con el inicio y al final regresó a su nivel inicial (26.3%). Asimismo, el nivel no satisfactorio mostró los porcentajes más bajos en las tres mediciones, observándose una disminución en la evaluación intermedia (13.2%) respecto al inicio y final (15.8%).

Gráfico 2. Nivel de conocimientos de la intervención educativa sobre adicciones efectividad sobre conocimientos y habilidades sociales en escolares



Fuente: directa

A continuación, se presentan los resultados globales del impacto de la intervención en relación a las habilidades sociales sobre adicciones en escolares:

La tabla 4 presenta los resultados obtenidos en tres diferentes mediciones o momentos de evaluación, incluyendo la media, el error típico y el intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. Medias estimadas e intervalos de confianza al 95 % de las habilidades sociales en las tres mediciones de la intervención educativa. (n=38)

MEDICIÓN HABILIDADES SOCIALES	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1ª	98.579	2.564	93.384	103.774
2ª	97.711	2.274	93.103	102.318
3ª	94.842	2.204	90.377	99.308

Fuente: directa

Los resultados indican que la primera medición presentó la media más alta, con un valor de 98.579, seguida de la segunda medición con 97.711 y finalmente la tercera medición con 94.842. Esto refleja una ligera disminución progresiva en las

puntuaciones promedio de habilidades sociales a lo largo de las evaluaciones realizadas.

Asimismo, los intervalos de confianza al 95% muestran rangos relativamente amplios, aunque cercanos entre sí, lo que sugiere estabilidad en las estimaciones obtenidas. En general, la tabla permite observar que las habilidades sociales mantuvieron valores elevados durante las tres mediciones, pese a presentar una disminución moderada en la evaluación final.

Aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística, la dirección del cambio fue contraria al aumento esperado, por lo que no puede afirmarse que la intervención haya producido una mejora medible en esta variable. Esta tendencia podría relacionarse con la corta duración del programa, la ausencia de sesiones periódicas de reforzamiento y la dificultad de modificar habilidades conductuales mediante una intervención breve. También deben considerarse posibles limitaciones asociadas con la sensibilidad del instrumento, su aplicación repetida y el uso de una medida de autoinforme, así como la posibilidad de que los escolares hayan realizado una valoración más crítica de sus propias habilidades después de participar en las actividades. Sin embargo, debido al diseño preexperimental, al tamaño reducido de la muestra y a la ausencia de un grupo de control, no es posible determinar cuál de estos factores influyó en los resultados. Asimismo, debe reconocerse la posibilidad de que la intervención no haya generado un efecto positivo medible sobre las habilidades sociales durante el periodo evaluado. Por ello, los resultados deben interpretarse con prudencia y verificarse en investigaciones posteriores con muestras más amplias, grupos de comparación, periodos de seguimiento prolongados e instrumentos que complementen el autoinforme con evaluaciones conductuales.

La tabla 5 muestra la diferencia de medias entre cada comparación, el error típico, el nivel de significancia y el intervalo de confianza al 95%, aplicando el ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples. Los resultados indican que las diferencias entre las medias fueron pequeñas; por ejemplo, entre la medición 1 y 2 la diferencia fue de 0.868, mientras que entre la medición 1 y 3 fue de 3.737.

Tabla 5. Comparación de medias de habilidades sociales por pares entre las tres evaluaciones

MEDICIONES POR PARES DE HABILIDADES SOCIALES (I-J)		Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^a	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^a Límite inferior Límite superior	
<u>1</u>	2	.868	2.379	1.000	-5.098	6.835
	3	3.737	2.695	.522	-3.023	10.496
<u>2</u>	1	-.868	2.379	1.000	-6.835	5.098
	3	2.868	2.588	.825	-3.621	9.358
<u>3</u>	1	-3.737	2.695	.522	-10.496	3.023
	2	-2.868	2.588	.825	-9.358	3.621

Basadas en las medias marginales estimadas.

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Fuente: directa

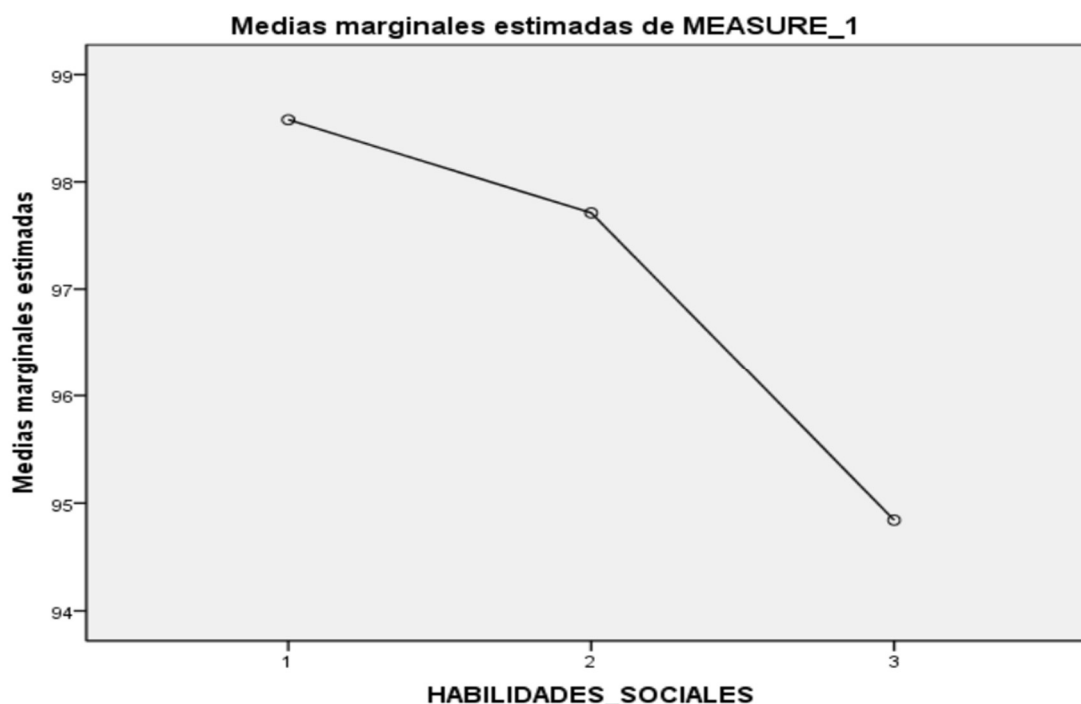
Asimismo, los valores de significancia en todas las comparaciones son mayores a 0.05, lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres mediciones realizadas. De igual manera, los intervalos de confianza incluyen el valor cero, reforzando la interpretación de que las variaciones observadas en las habilidades sociales pueden atribuirse a fluctuaciones normales y no a cambios estadísticamente relevantes entre las evaluaciones.

Al observar el gráfico que analiza las medias, se evidencia un efecto inverso respecto a los niveles de la variable habilidades sociales.

Al analizar la evolución temporal, destaca que la puntuación perteneciente a la primera medición registra la puntuación media más elevada (~98.6). A partir de este punto, se observa un decremento progresivo en las siguientes mediciones: la medición 2 desciende ligeramente (~97.7), mientras que la medición 3 experimenta la reducción más significativa, alcanzando el promedio más bajo de la muestra (~94.8). Esta tendencia sugiere que decrementos en la variable de habilidades sociales se asocian con una disminución en los valores de la medida evaluada.

El gráfico 3 muestra un comportamiento descendente que es más pronunciado entre la 2ª y 3ª medición que se analiza de manera más detallada por niveles en la tabla 6.

Gráfico 3. Comparación de medias de habilidades en las tres evaluaciones



Fuente: directa

El análisis por niveles permite observar un comportamiento diferenciado. Se generaron cinco niveles que se muestran en la tabla 6. Un primer dato llamativo es el incremento progresivo y sostenido en el nivel 'Promedio', el cual ascendió del 26.3% inicial al 36.8% en la evaluación final. Este aumento coincidió con una reducción en el nivel 'Alta', el cual disminuyó de un 7.9% en la línea de base hasta desaparecer por completo (0%) al concluir el programa.

Por su parte, la categoría predominante, 'Promedio Alta', mostró una notable estabilidad al pasar de un 63.2% a un 60.5%, manteniéndose sin cambios entre la fase intermedia y final. Finalmente, los niveles inferiores acusaron variaciones mínimas, destacando que el nivel 'Baja' permaneció nulo (0%) en los tres momentos de corte.

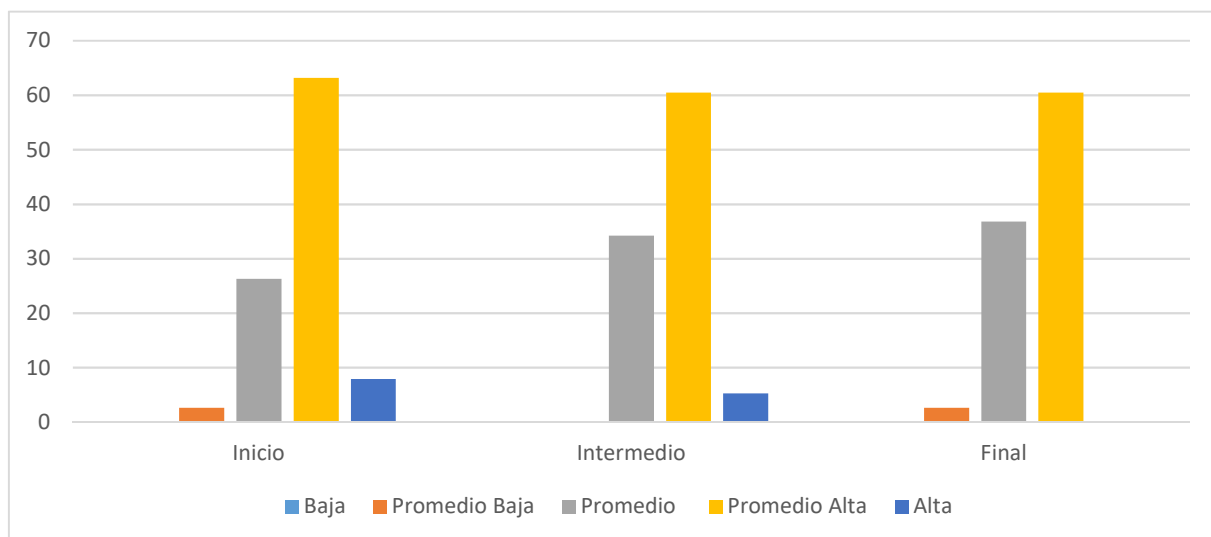
Tabla 6. Distribución porcentual de los niveles de habilidades sociales en las mediciones pre, post y 2 meses después de finalizada la intervención educativa.

Niveles	Pre	Post	2 meses después
Baja	0	0	0

Promedio Baja	2.6	0	2.6
Promedio	26.3	34.2	36.8
Promedio Alta	63.2	60.5	60.5
Alta	7.9	5.3	0

Fuente: directa

Gráfico 4. Nivel de habilidades sociales de la intervención educativa sobre adicciones



Fuente: directa

Los resultados muestran una concentración de más del 97 % de los escolares en los niveles Promedio y Promedio Alta. Este patrón describe una mayor agrupación de los participantes en los rangos normativos esperados para un afrontamiento social efectivo.

IX. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa para la prevención de adicciones en escolares de quinto grado, enfocada en el fortalecimiento de habilidades sociales y conocimientos. Los resultados mostraron que, aunque se observaron ligeros incrementos en las puntuaciones promedio de conocimientos y habilidades sociales, dichas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela y considerando que la ausencia de significancia estadística no necesariamente implica ausencia de cambios en términos educativos, sino que indica que no se contó con suficiente evidencia estadística para demostrar una diferencia entre las mediciones realizadas, por lo que se deben tener en cuenta factores relacionados tanto con las características metodológicas del estudio como con las particularidades del contexto social de los participantes.

La evidencia científica señala que los programas preventivos basados en habilidades para la vida suelen producir cambios graduales, los cuales frecuentemente se hacen visibles en mediciones posteriores y no necesariamente de manera inmediata. En este sentido, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas no implica necesariamente la falta de impacto de la intervención, sino que puede reflejar la necesidad de procesos más prolongados de práctica, reforzamiento y consolidación de los aprendizajes.

De acuerdo con Ebbinghaus, el aprendizaje se consolida con el tiempo y el repaso, lo que reduce progresivamente la pérdida de información. Bajo esta lógica, es posible que los efectos de la intervención se reflejen con mayor claridad en la medición de seguimiento, especialmente en conocimientos técnicos y en dimensiones específicas de habilidades sociales.

Un hallazgo relevante fue que los escolares presentaban niveles elevados de conocimientos desde la medición inicial. Durante el desarrollo de las sesiones se identificó que aproximadamente el 90% de los participantes conocía lo que es un anexo o centro de rehabilitación para personas con problemas de consumo de

sustancias. Este dato resulta particularmente significativo, ya que sugiere una exposición temprana y directa a la problemática de las adicciones dentro de su entorno familiar o comunitario. Diversos estudiantes manifestaron tener familiares consumidores de alcohol o drogas que habían sido internados en algún momento de su vida, lo que evidencia la cercanía de esta problemática con su realidad cotidiana. Si los niños ya sabían mucho sobre el tema antes de empezar (efecto techo), el margen de mejora es pequeño.

Por otra parte, durante las actividades prácticas orientadas al modelado y entrenamiento de habilidades sociales se observó una situación que merece especial atención. Aunque los instrumentos de evaluación reflejaron porcentajes elevados en varias dimensiones de habilidades sociales, muchos escolares mostraron dificultades para ponerlas en práctica durante los ejercicios grupales. Algunos se negaban a participar, otros manifestaban vergüenza, inseguridad o temor a expresarse frente a sus compañeros, y varios presentaban dificultades para representar situaciones de rechazo, toma de decisiones o establecimiento de límites, estas apreciaciones surgieron de manera incidental durante el desarrollo de las sesiones y no formaron parte de una técnica cualitativa de recolección de datos previamente establecida.

Debido a que no se empleó una guía estructurada de observación, categorías de análisis ni registros de campo sistemáticos, dichas observaciones no deben interpretarse como resultados cualitativos ni utilizarse para confirmar los hallazgos obtenidos mediante los instrumentos cuantitativos. No obstante, permiten advertir una posible diferencia entre las habilidades sociales declaradas por los escolares y su aplicación durante las actividades prácticas. La diferencia advertida entre las respuestas obtenidas mediante el instrumento de autoinforme y las conductas observadas incidentalmente durante las actividades plantea la necesidad de estudiar con mayor profundidad la aplicación práctica de las habilidades sociales. Sin embargo, debido a que estas observaciones no se registraron mediante un procedimiento cualitativo sistemático, deben considerarse únicamente como elementos contextuales que orientan futuras preguntas de investigación.

Este hallazgo coincide con planteamientos de la teoría del aprendizaje social de Bandura, que establece que la adquisición de conductas requiere no sólo conocimientos, sino también oportunidades de observación, práctica, reforzamiento y modelamiento continuo. En consecuencia, los resultados obtenidos permiten considerar que las habilidades sociales podrían estar sobreestimadas cuando se evalúan únicamente mediante instrumentos de autoinforme, especialmente en población infantil.

A partir de estas observaciones surge una oportunidad importante para futuras investigaciones. Los hallazgos sugieren la conveniencia de desarrollar estudios con enfoque mixto, incorporando metodologías cualitativas que permitan explorar las experiencias familiares, sociales y emocionales de los escolares. Mientras que los instrumentos cuantitativos proporcionan información sobre niveles de conocimiento y habilidades percibidas, las técnicas cualitativas como entrevistas, grupos focales u observación participante permitirían comprender con mayor profundidad cómo viven los niños la problemática de las adicciones dentro de sus familias y comunidades, así como los factores que dificultan la expresión práctica de sus habilidades sociales.

La literatura muestra resultados consistentes con los obtenidos en esta investigación. Tobler et al. reportaron en su metaanálisis que los programas escolares de prevención presentan efectos pequeños cuando las intervenciones son breves o cuando los estudiantes ya poseen conocimientos previos elevados.⁹⁸ Esto coincide con los resultados de este estudio, donde se identificaron altos porcentajes de aciertos desde el pre-test en reactivos sobre consecuencias del consumo y riesgos para la salud, con valores superiores al 90% en varios ítems.

En la comparación del programa Life Skills Training (LST), uno de los modelos de prevención de adicciones con mayor evidencia, con la intervención implementada, encontramos que comparten algunos elementos, particularmente el uso de estrategias participativas y el fortalecimiento de habilidades relacionadas con la comunicación, el asertividad y el manejo de la presión social, sin embargo, existen diferencias respecto al diseño no aleatorizado y al enfoque preexperimental con un solo grupo, por lo que los resultados no son directamente comparables. En este

sentido, aunque el LST ha mostrado efectos favorables en determinados resultados preventivos, principalmente relacionados con el inicio del consumo de sustancias,⁹⁹ en los hallazgos del presente estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos evaluados de los escolares después de la intervención educativa.

De manera similar, los resultados del presente estudio pueden contrastarse con la evidencia generada por el programa EU-Dap/Unplugged, evaluado mediante un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en siete países europeos. Este programa, basado en el enfoque de influencia social, incorpora el desarrollo de habilidades personales y sociales, el fortalecimiento de la capacidad para afrontar las influencias sociales y la modificación de creencias normativas relacionadas con el consumo de sustancias. En el seguimiento a 18 meses, Faggiano et al. observaron efectos preventivos persistentes sobre los episodios de embriaguez y el consumo frecuente de cannabis, aunque no se mantuvo un efecto significativo sobre el consumo diario de tabaco.¹⁰⁰

A diferencia de estos hallazgos, en el presente estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de habilidades sociales después de la intervención. Esta discrepancia podría relacionarse con las diferencias en el diseño, la intensidad y duración de las intervenciones, así como con los desenlaces evaluados. Mientras que EU-Dap fue diseñado como un programa estructurado de prevención de consumo de sustancias y evaluó resultados conductuales, el presente estudio se centró en conocimientos y habilidades sociales como resultados inmediatos de una intervención educativa.

Villatoro et al. encontraron que los escolares suelen reconocer los daños del consumo, pero presentan dificultades para comprender conceptos técnicos como tipos de sustancias o mecanismos neurobiológicos¹⁰¹. Este patrón se repite en el presente estudio, donde el área más baja fue la clasificación de drogas estimulantes y depresoras, especialmente en las niñas, con porcentajes menores al 20% en algunos reactivos. Estos hallazgos justifican el énfasis que se dio a las sesiones

técnicas durante la intervención y muestran que el programa respondió a necesidades reales del grupo.

La prevención de adicciones en escolares requiere considerar no solamente la transmisión de información, sino también las condiciones familiares y sociales que rodean a los niños. La presencia frecuente de familiares consumidores de sustancias, la normalización de los anexos dentro de su entorno y las dificultades observadas para ejecutar habilidades sociales en situaciones reales muestran que el fenómeno es complejo y demanda intervenciones integrales, sostenidas y contextualizadas.

X. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos y habilidades sociales para la prevención de adicciones en escolares. Después de diseñar la intervención, su contenido y metodología fueron puestos en marcha, obteniéndose comentarios favorables tanto de los participantes como de los docentes que formaron parte de esta estrategia. No obstante, es importante señalar que los resultados estadísticos no alcanzaron significancia estadística en las mediciones realizadas.

Durante la implementación de la intervención se identificó una diferencia entre las habilidades sociales reportadas mediante los instrumentos y las conductas observadas en las actividades prácticas.

Es posible señalar algunos factores que podrían estar influyendo en los resultados. Entre ellos se encuentra la necesidad de incrementar el tamaño de la muestra, así como reducir el tamaño de los grupos, lo cual permitiría un acompañamiento más personalizado para los niños participantes y favorecería una mayor adquisición de habilidades, ya que este proceso suele requerir mayor retroalimentación y práctica continua.

Asimismo, resulta necesario analizar la sensibilidad de los instrumentos utilizados para las mediciones, así como la extensión del tiempo de aplicación de la estrategia, con el fin de determinar si estas variables influyeron en los resultados obtenidos.

El estudio aporta evidencia sobre la importancia de abordar la prevención de adicciones desde edades tempranas y plantea la necesidad de futuras investigaciones con enfoque mixto que permitan comprender de manera integral la influencia del contexto familiar, la convivencia con consumidores de sustancias y las experiencias de los escolares frente a esta problemática.

XI. LÍNEAS DE FUTURO Y LIMITACIONES

11.1 Líneas de futuro

La escuela donde se desarrolla la estrategia es una institución de carácter inclusivo; por lo tanto, en sus grupos están presentes niños con necesidades educativas especiales. En este sentido, resulta necesario analizar las estrategias educativas implementadas para verificar y garantizar que cumplan con los principios del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA), de modo que se eliminen barreras y se maximicen las oportunidades de aprendizaje para todos los estudiantes que participan en la estrategia.

Resulta pertinente ampliar la duración de la intervención e incorporar sesiones de reforzamiento periódicas que permitan consolidar los conocimientos y habilidades sociales adquiridos, ya que los cambios conductuales suelen requerir procesos continuos de práctica y seguimiento.

Asimismo, se recomienda desarrollar estudios con un diseño metodológico mixto que complementen la información cuantitativa con técnicas cualitativas como entrevistas, grupos focales y observación participante. Durante la implementación de la intervención se identificaron situaciones que no fueron plenamente captadas por los instrumentos de medición, tales como la vergüenza, inseguridad o dificultad que mostraron varios escolares para representar y poner en práctica habilidades sociales durante las actividades de modelado, a pesar de haber obtenido puntuaciones favorables en los cuestionarios. La incorporación de métodos cualitativos permitiría comprender con mayor profundidad estas diferencias entre la percepción de las habilidades y su aplicación en contextos reales.

De igual forma, se considera relevante explorar la influencia del entorno familiar en el desarrollo de factores de riesgo y protección relacionados con las adicciones.

Finalmente, futuras investigaciones podrían incorporar muestras más amplias, grupos control y periodos de seguimiento más prolongados, lo que permitiría evaluar con mayor precisión la efectividad de las intervenciones educativas sobre conocimientos, habilidades sociales y conductas relacionadas con la prevención de adicciones.

11.2 Limitaciones

Las actividades escolares programadas ofrecen un margen limitado para introducir cambios en su planeación, lo que dificulta desarrollar la estrategia educativa de manera más extensa en el tiempo. Asimismo, resulta necesario que esta estrategia se integre a las actividades cotidianas del aula y no funcione como un módulo independiente, de modo que forme parte del proceso regular de aprendizaje de los niños.

Por otra parte, la dinámica de la escuela implica que algunos de los estudiantes participantes deban abandonar el aula en diversas ocasiones para incorporarse a actividades deportivas y culturales. Esta situación, además de modificar la dinámica de la intervención, reduce el tamaño efectivo de la muestra seleccionada, lo cual puede influir en los resultados obtenidos.

Los instrumentos de autoinforme no reflejen completamente el desempeño conductual real de los participantes, por lo que futuras investigaciones deberían complementar la evaluación con técnicas observacionales y métodos cualitativos.

La presencia de contextos familiares relacionados con el consumo de sustancias constituye una variable que no fue evaluada de manera específica dentro del estudio, pero que podría influir tanto en los conocimientos como en las habilidades sociales de los participantes. Por ello, se recomienda incorporar esta dimensión en futuras investigaciones para comprender de manera más integral los factores que intervienen en la prevención de adicciones en la población infantil.

El instrumento empleado para evaluar las habilidades sociales ha sido validado en adolescentes y jóvenes. Durante la prueba piloto, se identificó que algunos de sus ítems no eran comprendidos completamente por los escolares de quinto grado de primaria. Por ello, se realizaron ajustes en la redacción de algunos ítems y en los ejemplos utilizados para facilitar su comprensión. Sin embargo, es evidente la necesidad de que existan instrumentos que midan las habilidades sociales en niños en edad escolar. Que permitan realizar mediciones más precisas acordes a la edad y nivel de desarrollo de los niños.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. 2005. 6ª ed. Madrid: Siglo XXI Editores.
- ² Arias Martínez, B. y Fuertes Zurita, J. Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. Mente y Conducta en situación educativa. Revista electrónica del Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid. 1999; 1(1): 1-40.
- ³ Gil Rodríguez F, León Rubio, JM y Jarana Expósito L. Habilidades sociales y salud. Ed. Pirámide, 1995.
- ⁴ Lacunza B y Conti N. Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. Fundamentos en Humanidades. 2011;XII(23):159-182. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417009>
- ⁵ OPS/OMS. Uso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud [página web]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>
- ⁶ UNODC, OMS. Normas Internacionales para la prevención del Uso de Drogas. Segunda edición. Disponible en: <https://n9.cl/z65if>
- ⁷ Observatorio mexicano de salud mental y consumo de drogas. Información sobre la detección orientada a problemas en adolescentes. [página web]. 2021. Disponible en: <https://goo.su/9yzozc>
- ⁸ Lazcano Ponce E y Shamah Levy T. La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la ENSANUT. México, 2022 [página web]. Disponible en: <https://goo.su/SkbbxV>
- ⁹ Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Pública México. febrero de 2013;55(1):67-73. Disponible en: <https://n9.cl/5qpfs>
- ¹⁰ Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P, Fuente-Martín A y Gómez-Martínez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. Med. interna Méx. 2018; 34(2): 264-277. Disponible en: <https://n9.cl/cvuz4y>
- ¹¹ Prieto Ursúa, M. Variables psicológicas relevantes en el estudio de los menores con trastornos psíquicos. Ponencia presentada en el I Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Santiago de Compostela, 2000.
- ¹² Moreno Carmona ND y Palomar Lever J. Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. Interamerican Journal of Psychology. 2017;51(2): 141151. Disponible en: <https://n9.cl/e00u4>

- ¹³ Díaz Negrete D y Córdova Alcaraz A. Factores psicosociales de riesgo del uso de drogas. Centros de Integración Juvenil. Estudio Básico de Comunidad Objetivo. 2024. Disponible en: <https://goo.su/XhGm5EY>
- ¹⁴ OPS. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.2019. Disponible en: <https://n9.cl/8l888>
- ¹⁵ UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas 2019. Viena, 2019. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2_S.pdf
- ¹⁶ OPS. Alcohol [página web]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- ¹⁷ Banco Mundial. Datos 360. Salud, nutrición y población. Disponible en: <https://n9.cl/g1wkcp>
- ¹⁸ United Nations. Office on Drugs and Crime. Statistical Annex. Prevalence of drug use (tables) [pagina web]. Disponible en: <https://goo.su/BdK9i>
- ¹⁹ Observatorio Mexicano de salud mental y adicciones. Mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas 2022. Disponible en: <https://goo.su/jfy2>
- ²⁰ Ramírez-Toscano Y, Canto-Orsio F, Carnalla M, Colchero MA, Reynales-Shigematsu LM, Barrientos-Gutiérrez T, López-Olmedo N. Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: ENSANUT Continua 2022. Salud Publica Mex. 2023;65(supl 1):S75-S83. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14817>
- ²¹ Villatoro-Velázquez JA et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México DF, México: Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud; 2015. Disponible en: <https://n9.cl/tf37r>
- ²² Puigdomenech E, Clotas C, Bartroli M. Revisió de l'evidència disponible sobre els programes de prevenció no escolars del consum de drogues en adolescents: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2024. Disponible en <https://n9.cl/zsz8x>
- ²³ Burton, R et al. The public health burden of alcohol and the effectiveness and cost effectiveness of alcohol control policies. An evidence review. Public Health England. Londres, 2016. Disponible en <https://n9.cl/plqb8i>
- ²⁴ Bates G et al. The effectiveness of interventions related to the use of illicit drugs: Prevention, harm reduction, treatment and recovery. A "review of reviews". Serie: HRB Drug and Alcohol Evidence Reviews. Health Research Board. Dublin, 2017. Disponible en <https://n9.cl/udk62s>
- ²⁵ Villanueva-Blasco VJ, Medina-Martínez J y Zaragoza J. Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España. Adicciones. 2025; 37(1): 19-40. Disponible en: <https://n9.cl/uspc9>
- ²⁶ Das JK et al. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. Journal of Adolescent Health. 2016; 59(4): S61-S75. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5026681/>

- ²⁷ COPOLAD - Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. Madrid, Entidad de Coordinación y Ejecución, 2014, 264 p. Disponible en: <https://goo.su/ZCuVk4>
- ²⁸ Gobierno Vasco. Departamento de salud. Prevención de las adicciones. Revisión del conocimiento disponible sobre efectividad de las intervenciones. Euskadi, 2023. Disponible en: <https://n9.cl/sx82y>
- ²⁹ West R. EMCDDA Insights. Models of addiction. Spain, 2013. Disponible en: <https://www.drugsandalcohol.ie/20077/1/Models.pdf>
- ³⁰ Nieto Vargas N et al. Evaluación de los factores de riesgo para el desarrollo de adicciones en una población de adolescentes de nivel medio superior en Ecatepec, Estado de México. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2024; 5(5): 2551 – 2572. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2798/4082>
- ³¹ Apud I e Romaní O. La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia Salud y drogas. 2016;16(2):115-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
- ³² CIJ. Curso virtual salud mental desde la escuela. Prevención y detección del consumo de drogas y violencia. México, 2025
- ³³ Lema-Valarezo M, Lema-Valarezo C. Impacto académico y psicológico de las adicciones en estudiantes universitarios. Polo del conocimiento. 2025;10(2): 4-21. Disponible en <https://n9.cl/ky7ss>
- ³⁴ Adúriz-Bravo A. Algunas características clave de los modelos científicos relevantes para la educación química. Educ. quím. 2012; 23(Supl 2):248-256. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187
- ³⁵ Smith MA. Social Learning and Addiction. Behav Brain Res. 2021; 1(398):1-24. Disponible en: <https://n9.cl/xgofy>
- ³⁶ Medina-Mora M, Ruiz Torres G. La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. Salud Mental. 2014; 37(1):1-8 . Disponible en <https://n9.cl/jyz4e7>
- ³⁷ Melo D y Castanheira L. Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010; 18: 655-662. Disponible en <https://n9.cl/wez8o>
- ³⁸ Aiquipa E y Pérez L. Revisión sistemática de la efectividad de la meditación en el bienestar psicológico en estudiantes de ciencias de la salud. Ciencias Psicológicas. 2024; 18(2): e3730 Disponible en: <https://n9.cl/yj8ki>
- ³⁹ Moreta R, Reyes C, Mayorga M y León-Tamayo L. Estimación sobre niveles y factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de Ambato, Ecuador.

Pensando Psicología. 2017; 13(22): 29-40. Disponible en: <https://n9.cl/o8uiri>

⁴⁰ Morales. M. Promoción de habilidades socioemocionales para la resolución de conflictos y conductas de riesgo en adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social. *Religacion*. 2021;6(30):1-18. Disponible en: <https://n9.cl/6eoyi9>

⁴¹ Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1999. Disponible en: <https://n9.cl/gbl3l>

⁴² Robledo Galeas R, Piza Burgos N y Vaca Mendoza N. Importancia del conocimiento de los factores de riesgo-protección en el consumo de sustancias tóxico-dependientes para los Estudiantes de la Carrera Psicología clínica. *Opuntia Brava*. 2018; 9(3): 1-9. disponible en: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/191/186>

⁴³ Méndez-Díaz M, Romero Torres B, Cortés Morelos J, Ruíz-Contreras A y Próspero García O. Neurobiología de las adicciones. *Rev. Fac. Med.* 2017;60(1): 6-16. Disponible en: <https://acortar.link/u5AOuZ>

⁴⁴ OPS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington, 2005. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/neuroscience>

⁴⁵ Trumello C, Vismara L, Sechi C, Ricciardi P, Marino V y Babore A. Internet Addiction: The Role of Parental Care and Mental Health in Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(24): 12876. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182412876>

⁴⁶ Whitesell M, Bachand A, Peel J, Brown M. Familial, Social, and Individual Factors Contributing to Risk for Adolescent Substance Use. *Journal of Addiction*. 2013; 579310:1- 9 Disponible en: <https://n9.cl/0wquu>

⁴⁷ UNODC. Problemática de las drogas. Orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia, 2015. Disponible en: <https://n9.cl/qpggo>

⁴⁸ Ibiyosi SO, Ishola A, Iyanuoluwa O y Babarimisa O. Risk Factors and Consequences of Drug Abuse Among Undergraduate Students. *International Journal of Medicine, Nursing & Health Sciences*. 2024;5(6): 47-63. Disponible en: <https://acortar.link/tCibSo>

⁴⁹ Olanrewaju JA, Hamzat EO, Enya JI, et al. An assessment of drug and substance abuse prevalence: a cross-sectional study among undergraduates in selected southwestern universities in Nigeria. *Journal of International Medical Research*. 2022;50(10):1-11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9608018/>

⁵⁰ Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992;112(1):64-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

- ⁵¹ Rodríguez-Kuri SE, Garcia-Aurrecoechea R, Benitez-Villa JL y Fernandez-Caceres, C. Diagnóstico de riesgos macrosociales del consumo de drogas en municipios de la República Mexicana. *Salud Ment.* 2019;42(1): 5-12. Disponible en: <https://n9.cl/w6dec>
- ⁵² Liu L, Meng W and Liu B. The Mediating Role of Social Support in the Relationship Between Parenting Styles and Adolescent Drug Abuse Identification. *Front. Psychol.* 2021;12(802408): 1-11 Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802408>
- ⁵³ Centros de Integración Juvenil. Prevención del consumo de drogas. Retos y estrategias en la sociedad contemporánea. Segunda edición. Tomos I y II. México, 2009: CIJ-Dirección de Prevención.
- ⁵² Nuño Gutiérrez B, Madrigal De León, E y Martínez Munguía C. Factores Psicológicos y Relacionales Asociados a Episodios de Embriaguez en Adolescentes Escolares de Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Psicología.* 2018; 27(1):105-116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/804/80464411008/html/>
- ⁵³ Kaztman R. Activos y estructuras de oportunidad, estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. En CEPAL La medición de la pobreza, métodos y aplicaciones. Disponible en: <https://lix.li/xIUzTD>
- ⁵⁴ Rodríguez MP. La prevención en el campo de las adicciones: escenarios imaginados pp. 113-146 En: De emociones, agencia y adicciones. Entre la destrucción y la esperanza.
- ⁵⁵ Aportes y reflexiones desde un estado del arte / Coord. e introd. de E.N. Gómez Gómez, D.M. Valencia Vega, F. de la Paz Ávila ; pról. de R. Arboleda Gómez. -- Guadalajara, México: ITESO, 2024. Disponible en <https://goo.su/TvTVhm>
- ⁵⁶ Amar J, Abello R y Acosta C. Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*; 2003; 11: 107-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301108.pdf>
- ⁵⁷ González A y Molero M. Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia. una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología.* 2022; 15(1): 115-123. Disponible en <https://n9.cl/afob5>
- ⁵⁸ SEP. Programa Escuela Segura. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria. 2a ed. México, 2012. Disponible en: <https://acortar.link/mUek6j>
- ⁵⁹ UNODCCP. Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes Una guía de desarrollo y perfeccionamiento. New York, 2022. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and>
- ⁶⁰ Kolhar M, Ahmed Kazi RN y Alameen A. Effect of social media use on learning, social interactions, and sleep duration among university students. *Saudi Journal of Biological Sciences.* 2021; 28(4): 2216-2222. Disponible en: <https://n9.cl/kt4g1>

- ⁶¹ Joseph J, Varghese A, Vijay V, Dhandapani M, Grover S, Sharma S and Varkey B. Prevalence of internet addiction among college students in the Indian setting: a systematic review and meta-analysis. *General psychiatry*. 2021;34(4): e100496. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8381302/>
- ⁶² Chen M & Xiao X. The effect of social media on the development of students' affective variables. *Frontiers in psychology*. 2022; 13: 1010766. Disponible en: <https://n9.cl/ykbs6>
- ⁶³ Sánchez S. Habilidades sociales. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.; 2016. Disponible en https://www.sintesis.com/libro/habilidades-sociales_2
- ⁶⁴ Gutiérrez A. Habilidades para la Vida. Manual de Conceptos Básicos para Facilitadores y Educadores. Proyecto: Liderazgo juvenil, emprendimiento y sostenibilidad económica. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO); 2018. Disponible en <https://n9.cl/6j4mc9>
- ⁶⁵ UNESCO. Aportes para la enseñanza de habilidades socio emocionales. Santiago de Chile, 2024. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000388352>
- ⁶⁶ Alarcón C, Arévalo M, Torres I, Soto L & Cardona, J. Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2015; 17(1): 92-104. Disponible en: <https://n9.cl/jyqwcx>
- ⁶⁷ CASEL. Marco SEL de CASEL. ¿Cuáles son las áreas de competencias principales y dónde se promueven? Madrid, 2020.
- ⁶⁸ Morales M. Promoción de habilidades socioemocionales para la resolución de conflictos y conductas de riesgo en adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social. *Religacion*. 2021;6(30): 1-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8274438>
- ⁶⁹ Cacho Z, Silva M y Yengle C. El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*. 2019; 15(2), 186-205. Disponible en <https://n9.cl/ydexh>
- ⁷⁰ Del Prette A y Del Prette Z. Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*. 1999; 7(1): 27-47.
- ⁷¹ Dávila R. Programa de actividades lúdicas para desarrollar habilidades sociales. *Revista Hacedor*. 2018; 2(1):77-87. Disponible en <https://n9.cl/7c0jx>
- ⁷² González A y Molero M. Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2022;15(1):113-123. Disponible en <https://n9.cl/huiyl>
- ⁷³ Gil S y Llinás A. Habilidades sociales. Grandes herramientas para pequeños guerreros. Editorial Flamboyant. 2020:1-10. Disponible en <https://n9.cl/4qk4z2>

- ⁷⁴ SEP. Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación primaria. México. 2010. Disponible en <https://n9.cl/yxifxh>
- ⁷⁵ Mangrulkar y cols. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. usa: Organización Panamericana de la Salud. 2001.2-10. Disponible en <https://n9.cl/xj5ee5>
- ⁷⁶ Rodríguez L, Mesurado B, Oñate M, Guerra P y Menghi M. Adaptación de la Escala de Prosocialidad de Caprara en Adolescentes Argentinos. Revista Evaluar. 2017; 17(2): 177-187. Disponible en <https://n9.cl/2zapa>
- ⁷⁷ Luna A, Sandoval J y De Gante A. Habilidades psicosociales y estilos de manejo de conflictos interpersonales en estudiantes de secundaria. Estudios de Paz y Conflictos. 2021; 4(6): 45-68. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/6759/675972239004/html/>
- ⁷⁸ Maluenda-Albornoz J, Navarro Saldaña G y Varas Contreras M. Asertividad: Diferencias de sexo en estudiantes universitarios chilenos medidas a través del Inventario de Gambrell y Richey. Revista de Estudios y Experiencias en Educación-REXE. 2017;16(31):55-68. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2431/243152008004.pdf>
- ⁷⁹ Guerra-Báez S. Una revisión panorámica al entrenamiento de las habilidades blandas en estudiantes universitarios. Psicología Escolar y Educacional. 2019; 23(1): 1-11. Disponible en <https://n9.cl/0ji0y4>
- ⁸⁰ Gresham FM y Elliott SN. Social skills improvement system: Rating scales manual. NCS Pearson. 2008. https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-1-4419-1698-3_509
- ⁸¹ Perpiñà G, Sidera F, Serrat E. Rendimiento académico en educación primaria: relaciones con la Inteligencia Emocional y las Habilidades Sociales 1. Revista de Educación.2022; 395: 1-30. Disponible en <https://surl.li/zpmkli>
- ⁸² Acosta F. Los enfoques de investigación en las Ciencias Sociales. Rev Latinoam Ogmios. 2023;3(8):82-95. Disponible en: <https://n9.cl/hkmw5>
- ⁸³ Ramos Galarza CA. Editorial: Diseños de investigación experimental. CienciAmérica Rev Divulg Científica Univ Tecnológica Indoamérica. 2021;10(1):1-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7890336>
- ⁸⁴ Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev Médica Clínica Las Condes. 2019;30(1):36-49. Disponible en: <https://n9.cl/3l1a9>
- ⁸⁵ SEP. Estrategia en el aula: Prevención de adicciones. Guía para docentes. México, 2023. Disponible en: <https://n9.cl/hu6bwr>
- ⁸⁶ Otzen T & Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol., 2017; 35(1):227-232. Disponible en: <https://n9.cl/5r8d>
- ⁸⁷ Jordán Padrón M, Pachón González L, Blanco Pereira ME, Achiong Alemay M. Elementos a tener en cuenta para

realizar un diseño de intervención educativa. Rev Médica Electrónica. 2011;33(4):540-546. Disponible en: <https://n9.cl/qj8wg>

⁸⁸ Salisbury, D. F. (1990). Cognitive psychology and its implications for designing drill and practice programs for computers. En Journal of Computer-Based Instruction, 17(1), 23-30. Disponible en <https://www.learntechlib.org/p/170666/>

⁸⁹ Cull WL, Shaughnessy JJ y Zechmeister EB. Expanding the understanding of the expanding pattern-of-retrieval mnemonic: toward confidence in applicability. Journal of Experimental Psychology: Applied. 1999; 2: 365–378. Disponible en <https://n9.cl/zemq8b>

⁹⁰ WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. Disponible en: <https://n9.cl/l454h>

⁹¹ OPS/CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Disponible en: <https://acortar.link/Hyj8ND>

⁹² Cámara de diputados. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario oficial de la federación. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

⁹³ Cámara de diputados. Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Diario Oficial de la Federación. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/om0sr>

⁹⁴ Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, subsecretaría de innovación y calidad, comisión interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. 2001. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

⁹⁵ Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: empirical findings and future directions. J Prim Prev. 2004;25(2):211–232. Disponible en: <https://n9.cl/tvv35c>

⁹⁶ Espada JP, González MT, Orgilés M, Morales A. Eficacia de un programa de prevención escolar del consumo de sustancias. Psicothema. 2012;24(1):11–17.

⁹⁷ Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. J Prim Prev. 2000;20(4):275–336. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021314704811>

⁹⁸ Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, & Diaz T. *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial*. Journal of the American Medical Association. 1995; 273(14): 1106–1112. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7707598/>

- ⁹⁹ Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D & EU-Dap Study Group. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention programme: 18month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 108(1–2), 56–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.004>
- ¹⁰⁰ Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, et al. El consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Salud Publica Mex*. 2012;54(2):123–32. Disponible en: <https://n9.cl/vlfuc>
- ¹⁰¹ Gismero González E. Escala de Habilidades Sociales. Adaptada por Ruiz Alva C. 2006. Disponible en: https://es.scribd.com/document/477986526/ESCALA-DE-HABILIDADES-SOCIALES-EHS#google_vignette

XIII. ANEXOS

13.1 Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE		INTERVENCIÓN EDUCATIVA
DEFINICION		Conceptual. Es una actividad formal, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa.(16) Definición operacional: Para este estudio una intervención educativa será entendida como un conjunto de actuaciones basadas en la enseñanza mediante talleres sobre los conocimientos y habilidades sociales dirigido a la prevención de adicciones en niños el cual será medido antes y después.
TIPO DE VARIABLE		OPERACIONALIZACIÓN CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES
Cuantitativa		Se basa en la enseñanza mediante talleres sobre los Método de enseñanza de habilidades sociales y conocimientos mediante conocimientos y habilidades sociales dirigido a la prevención de talleres dirigidos a la prevención de adicciones en niños, el cual será medido antes y después.

VARIABLE		HABILIDADES SOCIALES
DEFINICION		Definición conceptual: Habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. (17) Las habilidades sociales en este estudio serán entendidas como una serie de conductas que permiten interactuar de forma adecuada con otras personas y expresar opiniones, sentimientos. Las principales son la capacidad de comunicarse de manera efectiva, escuchar activamente o mostrar empatía y le permiten actuar ante situaciones de riesgo o de protección dirigidas a las adicciones.
TIPO DE VARIABLE		OPERACIONALIZACIÓN CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES
Cuantitativa		Método de enseñanza de conocimientos mediante talleres Talleres con temas sobre alcohol, tabaco y drogadicción y promoviendo la participación activa en cada uno dirigidos a la prevención de adicciones en niños de ellos

VARIABLE		CONOCIMIENTOS
DEFINICION		Definición conceptual: Son las habilidades, destrezas, procesos mentales e información que implica la capacidad de comprender, interpretar y dar sentido a lo que nos rodea. Es un proceso cognitivo que nos permite tomar decisiones, resolver problemas y desarrollar habilidades. Definición operacional: Para este estudio serán un conjunto de información y habilidades, adquiridos por los niños mediante la intervención educativa sobre la prevención de adicciones, que le proporcionará herramientas para una mejor toma de decisiones.
TIPO DE VARIABLE		OPERACIONALIZACIÓN CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES
Cuantitativa		Es la capacidad de comprender, interpretar y dar sentido a lo que nos rodea. Es un proceso cognitivo que nos permite tomar Enseñanza mediante talleres con temas sobre alcohol, tabaco y drogadicción y promoviendo la participación activa en cada uno de ellos decisiones, resolver problemas y desarrollar habilidades.

Fuente: directa

13.2 Anexo 2. Instrumento escala de habilidades sociales

Escala de habilidades sociales original

Centro Educativo: Edad:

Grado y grupo: Sexo.....

INSTRUCCIONES Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas. Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque **A** si su respuesta es **No me identifico**, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

Marque **B** si su respuesta es **No tiene que ver conmigo**, aunque alguna vez me ocurra

Marque **C** si su respuesta es **Me describe aproximadamente**, aunque no siempre actúe así o me sienta así

Marque **D** si su respuesta es **Muy de acuerdo**, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

	A	B	C	D
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser tonta (o)				
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo				
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo				
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me quedo callado(a)				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que NO				
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado				
7. Si en un restaurant no me traen la comida como la había pedido, llamo al mesero y pido que me hagan de nuevo				
8. A veces no sé qué decir a personas del sexo opuesto				
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir				
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí misma				
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería				
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta porque habla en voz alta, me da vergüenza pedirle que se calle				
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso				
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla				
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme				

	A	B	C	D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso allí a pedir la feria correcta				
17. No me resulta fácil hacerle un cumplido a alguien que me gusta				
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella				
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás				
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales				
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo				
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado				
23. Nunca se cómo "cortar" a un amigo que habla mucho				
24. Cuando decido que no se me antoja volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión				
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo				
26. Me suele cuesta mucho pedir a un amigo que me haga un favor				
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita				
29. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico				
30. Me cuesta expresar mi opinión, cuando estoy en grupo				
31. Cuando alguien se me cuela en una fila, hago como si no me diera cuenta				
32. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados				
33. Muchas veces prefiero callarme "o quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas				
34. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces				
TOTAL				

Fuente: directa

Escala de habilidades sociales modificada

Nombre: Edad:

... Año de estudio: Centro Educativo:

INSTRUCCIONES: a continuación, encontrarás varias frases sobre cosas que las personas hacen o sienten en su vida diaria. No hay respuestas buenas ni malas. Solo queremos saber **cómo eres tú o qué harías** en esas situaciones. Lee cada frase y **elige la letra que mejor diga cómo eres o cómo te sientes**.

Tacha o Palomea la casilla de la letra, en la misma línea de la frase.

A = CASI NUNCA soy así.

B = A VECES soy así.

C = CASI SIEMPRE ACTUO ASI

D = Sí, me pasa muy seguido.

	A	B	C	D
1. A veces no hago preguntas porque me da pena que se rían de mí				
2. Me da pena llamar por teléfono a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo.				
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto (roto o dañado) en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo				
4. Si en un lugar, alguien se me adelanta y lo atienden primero que a mí, yo no digo nada.				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no necesito, me es difícil decirle que no.				
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado				
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la pedí, llamo al mesero y le digo que me la cambie.				
8. A veces no sé qué decir a personas del sexo opuesto				
9. Muchas veces quiero decir algo bonito a alguien, pero no sé cómo hacerlo.				
10. A veces prefiero no decir lo que pienso.				
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería				
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta porque habla en voz alta, me da pena pedirle que baje la voz.				
13. Cuando un amigo dice algo, y yo no estoy de acuerdo mejor me quedo callado (a) a decir lo que pienso.				
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla				
15. Hay algunas de mis cosas que no me gusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo decirles que no				
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir la feria correcta				
17. Me cuesta mucho decirle algo bonito a alguien que me gusta.				
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, soy el primero en hablarle				
19. Es difícil para mí expresar mis sentimientos a los demás				

20. Si tuviera que buscar trabajo, yo elegiría escribir cartas de presentación en lugar de una entrevista personal.				
21. Soy incapaz de pedir descuentos cuando voy a comprar algo.				
22. Cuando alguien de la familia me molesta, oculto mi molestia antes que expresar mi enfado.				
23. No se cómo terminar la conversación con un amigo que habla mucho				
24. Si ya no quiero juntarme con alguien, me cuesta mucho comunicarle mi decisión				
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo				
26. Me cuesta mucho pedir a un amigo que me haga un favor				
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita				
28. Me incomoda cuando alguien me dice que le gusta cómo me veo.				
29. Me cuesta expresar mi opinión, cuando estoy en grupo				
30. Cuando alguien se mete en una fila, hago como si no me diera cuenta				
31. Me cuesta expresar mi enojo hacia los demás, aunque tenga motivos justificados.				
32. Muchas veces prefiero no decir nada para evitar problemas con otras personas.				
33. A veces no sé cómo decir que no a alguien que me busca muchas veces.				
TOTAL				

Fuente: directa

13.3 Anexo 3. Instrumento de conocimientos en adicciones

INSTRUCCIONES De las siguientes preguntas marque la que considere que es la respuesta correcta

1. **¿Qué son las adicciones?**
 - a) Enfermedades que afectan solo a los adultos
 - b) Problemas de salud que generan dependencia a una sustancia
 - c) Juegos divertidos con los amigos Respuesta: b
2. **¿Qué es la dependencia?**
 - a) Uso ocasional de una sustancia sin problema
 - b) Necesidad continua de consumir una sustancia
 - c) No tener interés por las drogas Respuesta: b
3. **¿Cuál de las siguientes sustancias es lícita (legal) para los adultos, pero dañina para la salud?**
 - a) Tabaco
 - b) Marihuana
 - c) Cocaína Respuesta: a
4. **El alcohol puede causar problemas en:**
 - a) El cuerpo, las relaciones familiares y sociales.
 - b) Los juegos y las matemáticas
 - c) Solo en las fiestas Respuesta: a
5. **¿Qué pasa cuando una persona desarrolla tolerancia a una droga?**
 - a) Deja de tener interés en la sustancia
 - b) Se vuelve inmune y ya no le pasa nada
 - c) Necesita consumir más para sentir el mismo efecto Respuesta: c
6. **¿Qué sucede cuando una persona sabe que una sustancia le hace daño, pero sigue consumiéndola?**
 - a) Se considera abuso de sustancias
 - b) Es un consumo responsable
 - c) No afecta en nada Respuesta: a
7. **¿Cuál es una consecuencia frecuente del consumo de drogas?**
 - a) Más fuerza física
 - b) Mejor memoria
 - c) Enfermedades, problemas familiares y sociales. Respuesta: c
8. **¿Qué es una recaída?**
 - a) Volver a consumir una sustancia después de un tiempo sin hacerlo
 - b) Dormirse después de la escuela
 - c) Dejar para siempre una adicción Respuesta: a
9. **¿Qué son las drogas ilícitas?**
 - a) Medicinas recetadas por un doctor
 - b) Sustancias prohibidas por la ley
 - c) Bebidas con azúcar Respuesta: b

10. **¿Cuál de estas es una droga depresora del sistema nervioso?**
a) Alcohol
b) Cafeína
c) Cocaína
11. **¿Cuál de estas drogas es un estimulante?**
a) Nicotina
b) Marihuana
c) Alcohol
12. **¿Qué puede pasar si un niño empieza a consumir drogas a temprana edad?**
a) Se hace más fuerte
b) Puede afectar su salud y su futuro
c) Aprende más rápido Respuesta: b
13. **¿Qué significa la abstinencia?**
a) No consumir drogas ni alcohol
b) Dormir mucho
c) Comer demasiado Respuesta: a
14. **El “craving” se refiere a:**
a) Deseo intenso y difícil de controlar por consumir drogas
b) Comer comida saludable
c) Jugar videojuegos Respuesta: a
15. **¿Por qué es importante la prevención de adicciones en la primaria?**
a) Porque es una etapa en la que se construyen hábitos y valores
b) Porque solo los adultos se enferman
c) Porque en la escuela no hay problemas de adicciones

13.4 Anexo 4. Aprobación del protocolo por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública

13.5 Anexo 5. Aprobación de la Escuela primaria para la aplicación del proyecto

13.6 Anexo 6. Consentimiento informado para padres o tutores

Firma de consentimiento informado

13.7 Anexo 7. Asentimiento informado

13.8 Anexo 8. Carta de no conflicto de intereses y derechos de autoría

Oficio de envío para asesoría técnica

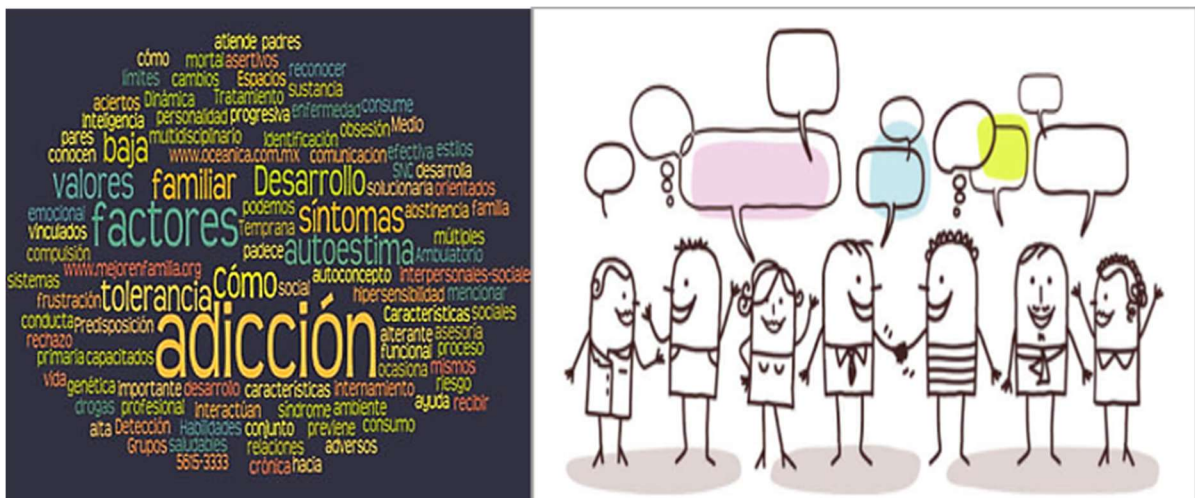
13.10 Anexo 10. Programa de intervención educativa



UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

APRENDIENDO A ACTUAR PARA EVITAR LAS ADICCIONES

UN MANUAL DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA NIÑOS DE PRIMARIA



AUTORA: Izamary Sinaí Lucero García

DIRECTORA: Dra. Maribel Cruz Ortiz

COASESORA: Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

San Luis Potosí, San Luis Potosí

México, 2025

INDICE

PRESENTACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
II.	
OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo general.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
III.	
METODOLOGÍA.....	6
3.1 Fases para el desarrollo del proyecto.....	6
3.2 Fases para el entrenamiento de habilidades sociales.....	7
3.3 Secuencia didáctica.....	10
3.3.1 Sesión 1. Etapa de partida.....	10
3.3.2 Sesión 2. Lo que sé y lo que quiero saber.....	11
3.3.3 Sesión 3. Organicemos las actividades.....	12
3.3.4 Sesión 4. Creatividad en marcha. Adicción al radio: mensajes breves.....	13
3.3.5 Sesión 5. Creatividad en marcha. Adicción al radio: foro mi derecho vs las adicciones.....	14
3.3.6 Sesión 6. Creatividad en marcha. Adicción al radio: entrevista la expresión del enojo.....	15
3.3.7 Sesión 7. Creatividad en marcha: Adicción a la radio: spot de radio, cuando no es no y taller aprender a	

conversar.....	16
3.3.8 Sesión 8. Creatividad en marcha y Etapa de cierre: Noticias, pedimos su colaboración y Exposición multimedio.....	17
IV MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 ¿Qué son las sustancias lícitas e ilícitas?.....	19
4.1.1 Alcohol, tabaco y drogas.....	19
4.1.2 Las drogas y su clasificación.....	21
4.2 ¿Qué es la dependencia?.....	22
4.2.1 Uso de sustancias.....	22
4.2.2 Abuso de sustancias.....	23
4.2.3 Tolerancia a las sustancias.....	23
4.2.4 Dependencia.....	24
4.2.5 Abstinencia.....	25
4.2.6 Craving.....	25
4.2.7 Recaída.....	25
4.3 Habilidades sociales.....	26

4.3.1 Autoexpresión y comunicación asertiva.....	27
4.3.2 Decir "NO".....	29
4.3.3 Responsabilidad y la defensa de los propios derechos.....	30
4.3.4 Hacer peticiones.....	30
4.3.5 Participación e interacción.....	31
4.3.6 Autocontrol y expresión de enfado.....	32
V. ANEXOS.....	36
5.1 Asentimiento informado.....	36
5.2 Propósito de proyecto.....	38
5.3 Reglas y límites.....	38
5.4 Reconocimiento del expositor.....	39
5.5 Silueta del árbol para visualización de problemas.....	40
5.6 Mapa de visualización sistémica de estrategias.....	41
5.7 Caso prototípico para habilidades sociales: un día terrible.....	41
5.8 Mapa de habilidades.....	43
5.9 Inventario de habilidades sociales.....	44
5.10 Mapa de difusión de sugerencias.....	45
5.11 Mapa de organización de actividades.....	45

5.12 Anexo Afiche derechos de los niños.....	45
5.13 Manejo del enfado.....	46
5.14 Mapa donde dije si cuando era no.....	46
5.15 Mapa de interacciones para conversar.....	47
5.16 Mapa de interacciones.....	48
5.17 Escala de habilidades sociales.....	49
5.18 Mapa de clasificación de peticiones.....	50
VI.	
BIBLIOGRAFÍA.....	
.....	51

PRESENTACIÓN

Las intervenciones educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud. Este tipo de capacitación contempla varias actividades que incluyen el autoanálisis y las estrategias comunicativas de tipo informativo con el apoyo de medios que permiten el intercambio de ideas.¹

Negrete apunta que la intervención educativa, como una estrategia para hacer frente a dificultades o circunstancias específicas, tiene un amplio desarrollo en el campo y en las instituciones de salud, pero no es una práctica habitual en la labor docente.² Y aunque tiene presencia en el campo educativo, con frecuencia es ahí donde la ponen en marcha otros profesionales, pero no es ahí donde se construye.

Probablemente lo anterior tiene relación con que las escuelas muchas veces están sujetas a una planeación educativa que limita la autonomía y centra su quehacer en el espacio áulico que poco considera los contextos y necesidades particulares y ello lleva a modificar lentamente sus estrategias, sus prácticas y sus dinámicas.

Adicional a lo anterior, la intervención educativa, como estrategia didáctica, al estar más orientada por la realización de proyectos de acción con temáticas no circunscritas a la escuela, requiere tiempo para elaborar herramientas teórico-metodológicas que permitan investigar e intervenir a partir de vincular teoría y práctica para abordar realidades sociales complejas y cambiantes, que traen nuevas dinámicas y problemáticas sociales que permean todos los espacios sociales, incluyendo el ámbito escolar que presenta nuevas realidades en su interior.³

Esta práctica está ligada a un esfuerzo de interpretar y comprender el mundo, no a la transmisión de conocimientos y formas de ser, restringidos a conceptos teóricos. En buena medida, estos planteamientos se recuperan en la propuesta educativa actual de la Secretaría de Educación Pública, no solo por su planteamiento de transitar del aula como espacio educativo único, hacia escenarios diversos que incluyen la

comunidad, sino porque plantean enfoques pedagógicos que promueven el aprendizaje mediante el análisis, la reflexión y la acción.⁴

Esos enfoques se basan en la crítica social y la autorreflexión, considerando que el conocimiento se construye a partir de necesidades e intereses de los grupos sociales, y son ideales para construir intervenciones en forma de proyectos. En los nuevos libros de texto gratuito, se proponen 4 metodologías: aprendizaje basado en problemas, metodología STEM, aprendizaje de servicio y aprendizaje basado en proyectos.

La presente intervención educativa plantea conjugar las posibilidades del diseño de una intervención desde la salud pública, siguiendo la estrategia educativa planteada en los libros de texto gratuitos de México para la educación primaria. Esta intervención aborda como tema central la prevención de adicciones, dado que constituye uno de los problemas de salud más graves que se gesta justamente en la edad escolar y que crece y se multiplica en las comunidades.

A pesar de que la propia Secretaría de Educación Pública reconoce la relevancia de este problema, no se incluye como contenido en los libros de texto gratuitos, aunque se aporta por separado dos libros para abordar el tema, uno de ellos dirigido a los docentes⁵ y otro para padres de familia.⁶ Aunque se trata de un problema del contexto social, ambos libros se plantean desde el espacio áulico y es pertinente llevarlo al escenario comunitario.

El tema se ubica en el campo formativo de lo humano y lo comunitario, cuyo objeto de aprendizaje son experiencias cognitivas, motrices, socioafectivas y creativas que permitan a niñas, niños y adolescentes favorecer progresivamente la construcción de su identidad, el sentido de pertenencia a diversos grupos, la conciencia de interdependencia, la conexión emocional, y el compromiso ético para la satisfacción de necesidades humanas.⁷

El eje articulador por el que transita este tema es vida saludable. Éste pretende que las y los estudiantes comprendan que la salud es un hecho social.⁸ En lo referente al cuidado de la salud individual y colectiva, se busca que lleven a cabo un seguimiento de sus hábitos para determinar posibles modificaciones, con base en la reflexión de

las características particulares, el contexto en el que se encuentran y las consecuencias que tienen. Además, se pretende que analicen prácticas sociales que pueden implicar un riesgo, asociadas con accidentes, adicciones y formas de violencia, así como actitudes que contribuyan a afrontarlas.⁹

La intervención trabaja con el mejoramiento de conocimientos y habilidades para prevenir las adicciones y la metodología elegida para su desarrollo es el aprendizaje en servicio, que permite transferir el aprendizaje a situaciones reales.¹⁰

La secuencia didáctica para abordar esta intervención está integrada por metodologías participativas y es precedida por la evaluación inicial de conocimientos y habilidades. Se desarrolla en diez sesiones que inician y finalizan con una evaluación y una más tres meses después de concluida, para identificar el nivel de permanencia de lo aprendido.

II INTRODUCCIÓN

Los conocimientos que tienen los niños sobre sustancias lícitas e ilícitas son obtenidos con frecuencia mediante la relación entre pares dentro y fuera de las escuelas, los medios de comunicación y la familia, que forman el círculo más estrecho donde se relacionan, por esta razón es muy importante que esta información sea lo más precisa y completa posible.

La adopción de conocimientos sobre tipos y efectos de estas sustancias es relevante, pero lo es más aún la adquisición de habilidades sociales ya que con esto el niño será capaz de establecer relaciones saludables, adaptación social, desarrollo de emociones e interacción personal y profesional.¹¹

Estas habilidades sociales se aprenden principalmente a través de la interacción con el entorno social, incluyendo la familia, la escuela, grupos sociales y la experiencia personal; al desarrollar estas habilidades el niño será capaz de realizar una buena toma de decisión sobre el consumo de ciertas sustancias que él se percate que pueda repercutir en su futuro y tengan impacto en su salud.

Lo anterior es importante dado que los datos alrededor del mundo muestran como la edad de inicio de aproximación a las drogas ha disminuido, concretamente en México se reporta que el inicio del uso de sustancias fue en promedio a los 15 años.¹² Dada esta situación, es importante que niños y adolescentes posean conocimientos y habilidades sociales lo más certeros posibles en torno a las consecuencias que trae el consumir sustancias y la no adopción de habilidades sociales en su vida.

Los múltiples efectos nocivos del inicio temprano del consumo de sustancias subrayan la importancia de la prevención, la detección temprana y la intervención de tratamiento dirigida a niños, adolescentes y jóvenes,¹³ ya que esos efectos se extienden más allá del daño corporal y se asocian a la violencia, la agresión sexual, el sexo sin protección, los embarazos no deseados y el fracaso educativo.¹⁴

Dado lo anterior, en el presente manual se plasman una serie de estrategias que pretenden la adquisición de habilidades sociales a través del modelamiento y la colaboración grupal como herramienta para la prevención de adicciones.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos y habilidades sociales para la prevención de adicciones en escolares

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos y habilidades sociales que se tiene al inicio de la intervención educativa sobre la prevención de adicciones en niños de educación primaria.
- Medir el nivel de conocimientos y habilidades sociales sobre la prevención de adicciones en niños de educación primaria después de la intervención.

III. METODOLOGÍA

Los estudios sobre consumo de drogas contribuyeron a identificar tres elementos que ocasionan el riesgo: ambiente, personalidad y conducta. El ambiente es de suma importancia porque no es un lugar concreto solamente, sino el ambiente que determina la socialización del consumo, puesto que la experimentación de las drogas es mayormente social, por ello, es necesario brindar nuevos espacios y modelos vinculados al no consumo para evitar o retrasar el inicio.¹⁵

La personalidad y los factores de riesgo conductual también son importantes. Saber responder asertivamente en cada circunstancia de riesgo y la participación en alternativas libres de sustancias psicoactivas posibilitan que no suceda el consumo. Por esa razón, es necesario el aprendizaje de ciertas habilidades sociales particulares para desarrollar destrezas necesarias en la sociedad y en general para proteger a la persona y aprovechar la interacción con los demás no solo en la prevención de adicciones.¹⁶

3.1 Fases para el desarrollo del proyecto

En esta intervención se trabajará con un proyecto comunitario con el aprendizaje en servicio que plantea 5 fases metodológicas.

Fase 1: Punto de partida. Partir de la necesidad a una demanda comunitaria. (¿De qué manera sensibiliza a los estudiantes sobre las necesidades o problemáticas comunitarias?) (¿Qué preguntas detonadoras puedo usar?)

Fase 2: Lo que sé y lo que quiero saber. Identificar los conocimientos escolares y sociales previos (¿De qué manera investigan los estudiantes sobre el problema? ¿De qué manera reconocen sus recursos? ¿Cómo establecen vínculos con la familia y la comunidad?) Se determina con claridad el problema (¿Cómo definimos el problema? ¿De qué manera aclaramos y delimitamos el problema? ¿Qué inquietudes y curiosidades tienen los estudiantes?)

Fase 3: Organicemos las actividades. Guiar las actividades que articulen la intencionalidad pedagógica con la de servicio (¿Qué? ¿porqué? ¿para qué? ¿a quienes? ¿cómo? ¿cuándo? ¿quiénes? ¿con qué? ¿cuánto? ¿con quiénes? Plan de trabajo) (¿Cómo organizar el plan de trabajo? ¿Qué material puede ayudar a los estudiantes a organizar? ¿A qué acuerdos llega el grupo?)

Fase 4: Creatividad en marcha. Monitorear las acciones planteadas (¿Cómo monitoreo las acciones? ¿Qué avances tenemos? ¿qué podemos modificar? ¿cómo atendemos las necesidades?)

Fase 5: Compartimos y evaluamos lo aprendido. Evaluación final (¿Cómo verificamos el avance de objetivos y logros del proyecto? ¿Qué grado de participación hubo? Autoevaluación

En este proyecto se incluyen 6 habilidades sociales que aparecen en la escala de habilidades sociales que se utilizará: **autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado, decir no, hacer peticiones e iniciar interacciones.** La forma en la que se desarrollarán esas habilidades sociales en los participantes, sigue al planteamiento de Méndez y Rodríguez, quienes proponen tres fases para el entrenamiento en habilidades sociales¹⁷:

3.2 Fases para el entrenamiento de habilidades sociales

1. Fase educativa. En esta fase, se expone el modelo explicativo de adquisición de estas habilidades y de aparición de problemas en las interacciones sociales. Asimismo, se busca modificar las creencias erróneas y se explica en qué consiste el entrenamiento en las habilidades sociales.

2. Entrenamiento y práctica áulico. El entrenamiento se ofrece según cada situación social en particular y se desarrolla el siguiente proceso:

a) Instrucciones verbales: Se describe al participante, detalladamente, el comportamiento social y se explica el propósito de cada sesión.

b) Modelado: Se representa ante el participante el comportamiento social para que él interprete el modo de abordar de cada interacción social en cada contexto en específico.

c) Ensayo de conducta: El participante efectúa prácticas de las conductas socialmente habilidosas instruidas y modeladas.

d) Reforzamiento positivo: Por cada respuesta favorable, la cual se ensayó previamente, se refuerza socialmente su actuación.

e) Retroalimentación: El investigador informa sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del cliente.

3. Fase de práctica en contextos naturales: Se indican al participante una serie de “tareas para realizar en casa”, ensayadas previamente.

El modelado y las instrucciones se presentan a todo el grupo. Después, cada miembro del grupo practica la habilidad en un ensayo conductual y recibe retroalimentación del investigador y de otros miembros del grupo. En el entrenamiento en grupo, cada persona ensaya la técnica hasta realizarla correctamente en diferentes situaciones simuladas.

Antes de ponerla en marcha se brinda la orientación al grupo sobre las reglas y límites dando pie a comentarios generales sobre el modelado después del contenido de cada sesión. Lo anterior es necesario porque cada miembro del grupo aprende observando a otros miembros del grupo mientras ensayan las habilidades y reciben retroalimentación sobre sus actuaciones para posteriormente evaluar el desempeño de otros miembros del grupo y proporcionar retroalimentación.

El proyecto se presenta a continuación:

Aprendiendo a actuar para evitar las adicciones

CAMPO FORMATIVO: De lo humano y lo comunitario

EJE ARTICULADOR: Vida saludable

PROPÓSITO: Que los estudiantes aprendan y difundan la importancia de las habilidades sociales para prevenir las adicciones: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado, decir no, hacer peticiones e iniciar interacciones

PROCESOS DE DESARROLLO DE APRENDIZAJE: Practica diversas estrategias que permiten reaccionar a cambios o afrontar situaciones de riesgo relacionadas con accidentes, adicciones y formas de violencia, para favorecer el bienestar personal y colectivo

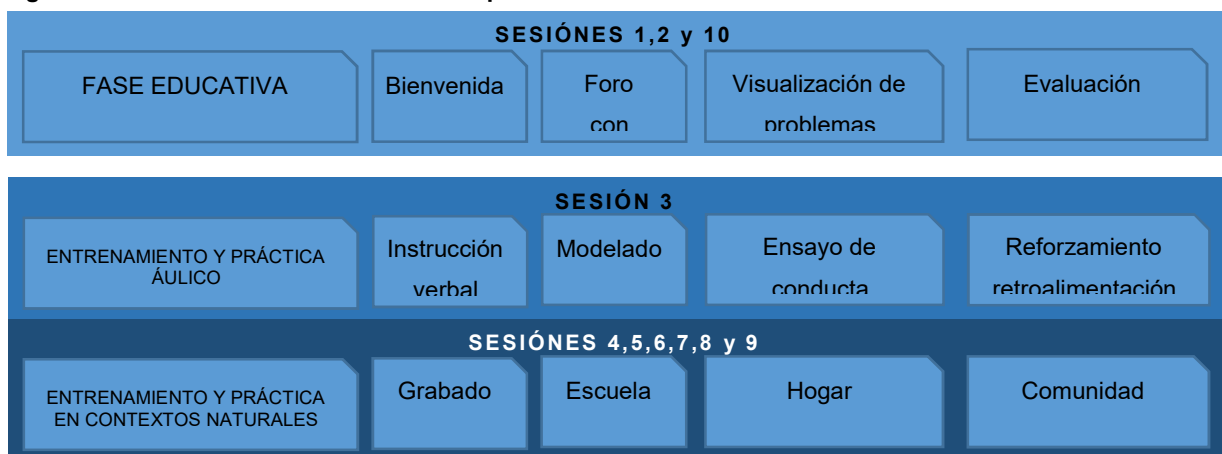
TIEMPO: 4 semanas (2 días por semana/90 minutos)

METODOLOGÍA: Proyecto basado en servicio. Punto de partida, Lo que sé y lo que quiero saber, Organicemos las actividades, Creatividad en marcha, Compartimos y evaluamos lo aprendido

En este proyecto comprenderemos que la adicción al tabaco, alcohol u otras drogas, es un problema que puede afectar de manera directa en nuestro cuerpo, pero también involucra a toda nuestra comunidad a través del deterioro de nuestras familias, relaciones, recursos o lugares de convivencia. Por esta razón podremos aprender cómo fortalecer nuestras habilidades sociales para evitar iniciar en el consumo de sustancias y difundir esta herramienta para que las personas se interesen en ella.

Para la aplicación de la intervención educativa se obtendrá el permiso de las autoridades del plantel educativo y la asignación del espacio donde se llevará a cabo. Una vez obtenido este permiso, se realizará una entrevista con el profesor del grupo para generar el calendario correspondiente y establecer la coordinación, enseguida se obtendrá el permiso del responsable legal y el asentimiento para participación del menor participante. La intervención se pretende dar 1 día a la semana, con sesiones de 1 hora con 30 minutos en la secuencia indicada en la Figura 1.

Figura 1 Secuencia de actividades para las sesiones de la intervención educativa



3.3 Secuencia didáctica

3.3.1 Sesión 1. Etapa de partida

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida	Presentación	10 minutos	Proyector, computadora, presentación, asentimiento informado	Asentimientos firmados (anexo 1)
Se reunirá al grupo y apoyados por una presentación se explicará: 1) el objetivo del proyecto, 2) el propósito (anexo 2), 3) los participantes, 4) las reglas y límites (anexo 3), y 5) el cronograma de actividades. Se repartirán los asentimientos y el facilitador lo leerá en voz alta pidiendo a los niños que lo sigan y después de responder todas sus preguntas lo firmen. Enseguida se colocarán las reglas y el propósito en cartulina a los costados del pizarrón, recordando a todos que dos alumnos serán los encargados de leerlas, colocarlas y retirarlas cada sesión para no olvidarlo				
Foro con experto	Exposición	15 minutos	Proyector, computadora, presentación, reconocimiento para el expositor (anexo 4), papel bond, post it	Preguntas organizadas en papel bond/sobre
Se invitará al representante del observatorio mexicano de salud mental y adicciones/ SLP, para responder a las preguntas: ¿Qué son las adicciones?, ¿Qué tan comunes son?, ¿Por qué ocurren? Antes de iniciar la exposición se proporcionará a los niños 3 post it de tres colores en los que se pedirá que respondan a las mismas preguntas, una por cada color y las entreguen para ser leídas por separado por el facilitador y garantizar que sean respondidas durante la exposición. Al finalizar la exposición, se animará a los niños a realizar preguntas y comentarios sobre el tema y si existen dudas en los posts it que no hayan sido respondidas las planteará el facilitador				
Árbol de problemas	Equipos	25 minutos	Papel bond, post it marcadores de colores	Visualización de problema
Se organizará a los niños en 5 equipos de 6 integrantes y se les entregará el material que previamente tendrá dibujada la silueta de un árbol (anexo 5). Se dará la instrucción de iniciar discutiendo en equipo cuales pueden ser las consecuencias del consumo de drogas en: a) las personas, b) las familias, c) la comunidad y escribir sus respuestas en el post it y colocarlos colgando de las ramas como si fueran los frutos. Enseguida se pedirá que discutan porque ocurrieron esas situaciones en las familias o escuelas y lo escriban y coloquen en las ramas. Finalmente se pide que reflexionen que factores sociales (políticos, culturales y sociales), pueden colaborar a originar este problema. Para cerrar, el facilitador elige un árbol y lo coloca al centro en el pizarrón. Lo lee en voz alta y pide a los equipos si tienen algo distinto lo coloquen sobre este árbol para formar uno solo en común.				
Diagnóstico de habilidades	Individual	10 minutos	Fotocopias, lápices	Cuestionario
Se indica a los niños tomar asiento y se les entrega el test de habilidades (anexo 17) y el test de conocimientos y un lápiz, pidiendo respondan según su experiencia e indicando que no se trata de un examen ni existen respuestas correctas o incorrectas, es anónimo y es necesario responder con toda honestidad. Los niños responden conforme el facilitador va leyendo. Se recogen y se pide al grupo dejar el salón ordenado.				

Fuente: directa

3.3.2 Sesión 2. Lo que sé y lo que quiero saber

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida	Presentación	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, láminas de: árbol de problemas, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores	Mapa de visualización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se les solicita que un participante pegue el árbol de problemas grupal elaborado la sesión anterior para recuperar las posibles causas identificadas por las que se generan las adicciones. A continuación, entre todos identificarán estrategias individuales, grupales y sociales para evitar llegar a las adicciones. Todo se registrará en un mapa de visualización sistémica de problemas (anexo 6).				
Presentación de caso habilidades sociales	Exposición/ Lluvia de ideas	15 minutos	Proyector, computadora, presentación, mapa de visualización sistémica, caso prototípico	Mapa de habilidades sociales
Se expondrá el tema de habilidades sociales respondiendo a las siguientes preguntas a) ¿Qué son?, b) ¿para qué son?, c) ¿se tienen o se adquieren? Después de exponer el tema de manera teórica, se contará un caso prototípico sobre un niño con pocas habilidades sociales para relacionarse, defender sus derechos, manifestar su enojo, decir no, hacer peticiones e iniciar interacciones. Para este tema se utilizará el cuento: un día terrible (anexo 7). El facilitador leerá en voz alta cada una de las seis situaciones. Al finalizar la lectura de cada situación, se preguntará al grupo como podría haber respondido el niño del cuento a la situación planteada en el caso, de forma más adecuada. El grupo participará mediante lluvia de ideas y el facilitador completará el mapa de habilidades (anexo 8) colocando donde corresponda lo que el niño del caso podría pensar, decir y hacer frente a cada una de las situaciones.				
Diseño de proyecto	Visualización de problemas grupal	20 minutos	Papel bond, post it	Mapa de sugerencias de acción
Se comentará al grupo que las habilidades sociales son personales y son importantes para la prevención de adicciones, pero es necesario que las personas las conozcan y también que sepan acerca de las adicciones y cómo prevenirlas para proteger a sus hijos, por lo tanto, se invitará a los estudiantes a sugerir maneras de aprender y promover las habilidades sociales dirigidas a nivel individual, grupal y social y mediante lluvia de ideas se complementará el trabajo del anexo 8				
Inventario de habilidades	Individuales	10 minutos	Carpeta de papel,	Carpeta de inventario de habilidades
En una cara de la carpeta se colocará un listado de 6 habilidades sociales que corresponden a aquellas que se trabajarán en el proyecto, cada una con su definición y un ejemplo enfocado a la escuela o al hogar. En la cara opuesta de la carpeta se colocará una tabla con 3 columnas y 6 filas (anexo 9), una para cada habilidad. En la primera columna dice lo sé hacer, en la segunda columna no lo sé hacer y en la tercera columna como lo hago. En las 2 primeras casillas				

solo palomea de acuerdo a lo que sabe o no hacer, en la 3ª columna describe cómo actúa en cada habilidad o por qué no lo hace si es que la respuesta fue no

Fuente: directa

3.3.3 Sesión 3. Organizemos las actividades

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/Equipos	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, láminas de: árbol de problemas, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores, mapa de sugerencia de acciones	Mapa de organización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el mapa del anexo 8 y se indica al grupo que discutamos cómo podríamos poner en marcha esas ideas ¿qué tendríamos que hacer? Cada sugerencia será numerada y enseguida en otro papel bond se dibujara una tabla anotando el número de sugerencia y enseguida una casilla para responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué? ¿Para qué? ¿A quiénes? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Con qué? ¿Cuánto? ¿Con quién es? Se mostrará un ejemplo para saber cómo hacerlo y se asigna el desarrollo de una sugerencia por equipo (anexo 11)				
Organización del proyecto	Equipos	15 minutos	Papel bond, marcadores	Mapa de organización
Se comentará al grupo que las habilidades sociales son personales y son importantes para la prevención de adicciones, pero es necesario difundir la información sobre la manera en la que pueden participar las personas de la colonia para proteger a sus hijos, por lo tanto, se invitará a los estudiantes a sugerir maneras de difundir la información dentro y fuera de la escuela por distintos medios, para ello se continuará con la actividad en el mismo mapa que la anterior actividad.				
Presentación de la propuesta	Plenaria	30 minutos	Papel bond, post it	Diario de campo
Dos representantes de cada grupo pasaran al frente y explicaran al resto del grupo cómo sugieren poner en marcha el trabajo que les tocó. Se alentará al grupo a preguntar sus dudas, externar sugerencias, pensar en otros recursos, solicitar la participación de otras personas, etc. Se pedirá a un alumno que sea voluntario para junto con un investigador tomar nota de las ideas que consideren más interesantes, también pueden hacerlo en notas de voz en el teléfono				

Fuente: directa

3.3.4 Sesión 4. Creatividad en marcha. Adicción al radio: mensajes breves

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/lluvia de ideas	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, láminas de: árbol de problemas, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores, mapa de sugerencia de acciones	Mapa de organización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el tema de las habilidades sociales y le entregamos a cada niño su inventario de habilidades para que lean y recuerden lo que escribieron. También se coloca el anexo 8 del mapa de habilidades para recordar lo que analizamos en el cuento un día terrible y discutir más en extenso la 1ª habilidad autoexpresión en interacciones sociales				
Instrucción verbal	Presentación	15 minutos		Demostración
Se explica al grupo la importancia de esta habilidad en otras situaciones (hogar, comunidad) y cómo se aprende. Se ejemplifica con las habilidades necesarias para trabajar en un hospital y cómo se ensaya para hacer procedimientos clínicos, pero también para relacionarse con las personas. Se cuenta cómo el profesor habilito a sus estudiantes en un laboratorio y como se va perfeccionando la habilidad trasladándola a otros contextos, por ejemplo, al inyectar a alguien. Pide ejemplos al grupo de en qué situaciones, porqué razones y a qué tipo de personas podrían inyectar. Esto para ejemplificar cómo la habilidad una vez establecida puede extenderse a otras situaciones. Después de eso ejemplifica cómo enseña a sus alumnos representando una situación con otro facilitador				
Modelado y ensayo	Equipos	10 minutos	Papel bond, post it	Diario de campo
El facilitador pide al grupo que forme sus equipos y que ahora piensen en la forma en la que Juan podría responder a la situación número 1. Enseguida que se organicen, ensayen y un equipo pase al frente a realizar una representación sobre esta respuesta.				
Retroalimentación	Plenaria	5 minutos	Marcadores	Anexo 8 complementado
Se pide al grupo que sugieran otras formas que los equipos que presentaron no abordaron y que refuercen lo que hicieron, pensaron o dijeron y si eso podría mejorar o ser complementado de alguna manera				
Mensajes breves	Equipos	20 minutos	Grabadora, micrófonos	Podcast
Se propondrá al grupo crear un programa de radio llamado adicción al radio en el que contemos lo que vamos a hacer, es decir explicar nuestras ideas, para qué sirven, dónde se harán, cómo y qué acciones estamos desarrollando. Se grabará un primer episodio en el que lanzaremos mensajes breves sobre 1) ¿qué son las adicciones? ¿Qué son las habilidades sociales? ¿qué es la autoexpresión en interacciones sociales? 2 equipos cada pregunta.				

Fuente: directa

3.3.5 Sesión 5. Creatividad en marcha. Adicción al radio: foro mi derecho vs las adicciones

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/lluvia de ideas	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, láminas de: árbol de problemas, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores, mapa de sugerencia de acciones	Mapa de organización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el tema de las habilidades sociales y le entregamos a cada niño su inventario de habilidades para que lean y recuerden lo que escribieron. También se coloca el anexo 8 del mapa de habilidades para recordar lo que analizamos en el cuento un día terrible y discutir más en extenso la 2ª habilidad defender sus derechos				
Instrucción verbal	Presentación	15 minutos	Afiche sobre derechos de los niños ¹⁸	Demostración
Se explica al grupo la importancia de los derechos de los niños y utilizando el afiche de UNICEF (anexo 12) abordando los derechos del 1 al 5. Se pide a los niños que lean cada derecho y enseguida se explica. Después se pasa al derecho 33 sobre la protección vs las adicciones. Se preguntará a los niños como se puede proteger contra el consumo y como se puede proteger a los que ya consumen y como se puede proteger contra la influencia de personas de la familia que ya consumen.				
Modelado y ensayo	Equipos	10 minutos	Papel bond, post it	Diario de campo
El facilitador pide al grupo que forme sus equipos y que ahora piensen en la forma en la que Juan podría responder a la situación número 2. Enseguida que se organicen, ensayen y un equipo pase al frente a realizar una representación sobre esta respuesta.				
Retroalimentación	Plenaria	10 minutos	Marcadores	Anexo 8 complementado
Se pide al grupo que sugieran otras formas que los equipos que presentaron no abordaron y que refuercen lo que hicieron, pensaron o dijeron y si eso podría mejorar o ser complementado de alguna manera				
Adicción a la radio	Equipos	20 minutos	Ipod, proyector, micrófonos	Video
Se propondrá al grupo crear un video en el que contemos que trabajamos en un proyecto para aprender y difundir habilidades para prevenir las adicciones, es decir explicar nuestras ideas, para qué sirven, dónde se harán, cómo y qué acciones estamos desarrollando. Se grabará un primer episodio en el que se presente el programa donde se habla del proyecto y se dramatiza la situación 2 de un día terrible				

Fuente: directa

3.3.6 Sesión 6. Creatividad en marcha. Adicción al radio: entrevista la expresión del enojo

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/lluvia de ideas	10 minutos	pizarrón, marcadores de colores azul y rojo	Mapa de caracterización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el tema de las habilidades sociales y se coloca el anexo 8 del mapa de habilidades para recordar lo que analizamos en el cuento un día terrible y discutir más en extenso la 3ª habilidad manifestar enojo . Se pide que los alumnos opinen y voten si enojarse está bien o está mal y expliquen las razones de su respuesta. Se pregunta cuantos tipos de enojo conocen, sus manifestaciones y origen se registra en el pintarrón colocando abajo los orígenes y arriba las manifestaciones				
Instrucción verbal	Presentación	15 minutos		Demostración
Se explica en extenso la ira como sentimiento y emoción, los componentes fisiológico, cognitivo, afectivo y motor y se pide a los niños que anoten en post it sus respuestas y las peguen en anexo 13. Se habla de las fases del enojo y estrategias para controlar el enojo				
Modelado y ensayo	Equipos	10 minutos	Papel bond, post it	Diario de campo
El facilitador pide al grupo que forme sus equipos y que ahora piensen en la forma en la que Juan podría responder a la situación número 3. Enseguida que se organicen, ensayen y un equipo pase al frente a realizar una representación sobre esta respuesta.				
Retroalimentación	Plenaria	10 minutos	Marcadores	Anexo 8 complementado
Se pide al grupo que sugieran otras formas que los equipos que presentaron no abordaron y que refuercen lo que hicieron, pensaron o dijeron y si eso podría mejorar o ser complementado de alguna manera				
Adicción a la radio	Equipos	20 minutos	Ipod, proyector, micrófonos	Video
Se propondrá al grupo crear un video en el que un reportero entreviste a 6 niños, uno por equipo, que cuenten una situación vivida en la que se sintieron muy enojados y no pudieron responder por alguna razón y cómo se sintieron. También pueden contar situaciones en las que la expresión de su enojo fue adecuada y las estrategias que pusieron en marcha para evitar que su enfado se desbordara y acabara en una pelea sin resolver el problema que le dio origen.				

Fuente: directa

3.3.7 Sesión 7. Creatividad en marcha: Adicción a la radio: spot de radio, cuando no es no y taller aprender a conversar

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/lluvia de ideas	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores, mapa de sugerencia de acciones	Mapa de organización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el tema de las habilidades sociales y le entregamos a cada niño su inventario de habilidades para que lean y recuerden lo que escribieron. También se coloca el anexo 8 del mapa de habilidades para recordar lo que analizamos en el cuento un día terrible y discutir más en extenso la 4ª habilidad decir no y la 6ª habilidad iniciar interacciones .				
Instrucción verbal	Presentación	15 minutos	Mapa de donde dije si cuando era no y mapa de interacción de conversación	Demostración
Se explica al grupo la importancia de estas habilidades en distintas situaciones (hogar, comunidad) y cómo se aprende. Se pide a los niños que en post it coloquen cuáles son sus frases o palabras más usuales para iniciar una conversación por ejemplo con un maestro (a) nuevo que llegó al salón y viene de Cuba. Enseguida se les pedirá que piensen preguntas que les pueden ayudar a mantener la conversación por un rato y situaciones en las que han dicho si a pesar de querer decir no y, por último, todos pensarán en como terminarían la conversación. Previamente se explica la necesidad de distinguir cuando se trata de algo que nos afecta y cuando es algo que es parte de nuestras responsabilidades. En la 1ª ronda se pide que escriban situaciones ocurridas en su casa, en la 2ª escuela y en la 3ª contextos sociales y los coloquen sobre el mapa del anexo 14. Se pregunta si alguno de ellos tuvo que iniciar conversación con alguien que no conocía y cómo lo hizo. Ahora preguntaremos cómo haríamos para seguir hablando con alguien que nos interesa porque está solo y se ve triste. Pediremos ejemplos de alguien que quería seguir hablando y el niño tenía que retirarse, cómo finalizó la conversación. Enseguida se trabajará con el mapa de interacciones (anexo 15). Enseguida se explicará al grupo 3 técnicas para decir no: disco rayado, sándwich y banco de niebla utilizando el recurso que aparece en el enlace https://www.psicoglobal.com/blog/tecnicas-asertivas-para-saber-decir-no y el documento: como decir no de la Junta de Castilla y León				
Modelado y ensayo	Equipos	10 minutos	Papel bond, post it	Diario de campo
El facilitador pide al grupo que forme sus equipos y que ahora piensen en la forma en la que Juan podría responder a la situación número 4 y 6 siguiendo las recomendaciones que se entregaran a cada equipo en impreso (anexo 16). Enseguida que se organicen y ensayen dos equipos cada una de las técnicas y pasen a demostrarlo un equipo al azar cuando se solicite. Se pide al grupo que sugieran otras formas que los equipos que presentaron no abordaron y que refuercen lo que hicieron, pensaron o dijeron y si eso podría mejorar o ser complementado de alguna manera.				
Adicción a la radio	Equipos	30 minutos	Ipod, proyector	Spot

Se explica al grupo que un spot es anuncio publicitario breve y conciso, diseñado para ser transmitido en la radio, con el objetivo de promocionar un producto, servicio o idea en menos de 1 minuto. Crearemos 6 spots en el que se planteará que tenemos un servicio para aprender a iniciar una conversación y decir no y lo que ofrecemos es: 1) aprender que decir no está bien, 2) tips sobre cómo decirlo y 3) como se puede iniciar una conversación en el 1º bloque se darán recomendaciones sobre como iniciar, en el 2º mantener y en el 3º finalizar las conversaciones, para ello se proporcionará el impreso del anexo 16.

Fuente: directa

3.3.8 Sesión 8. Creatividad en marcha y Etapa de cierre: Noticias, pedimos su colaboración y Exposición multimedia.

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN PRODUCTO
Bienvenida y demostración	Presentación/lluvia de ideas	10 minutos	pizarrón, cinta Diurex, láminas de: árbol de problemas, reglas y propósito, papel bond, marcadores de colores, mapa de sugerencia de acciones	Mapa de organización
Se da la bienvenida al grupo y se pide a 2 participantes que coloquen y lean las reglas y límites y el propósito del proyecto. Enseguida se retoma el tema de las habilidades sociales y la 5ª habilidad hacer peticiones. Se explica al grupo la importancia de esta habilidad como un recurso para resolver dificultades, así que se pregunta qué es una petición y si hay distintos tipos. Apoyados por una presentación se recapitulará el proyecto que hemos construido. Para ello se hará un recorrido rápido con el mapa de problema y los mapas de habilidades				
Instrucción verbal	Presentación	15 minutos	Papel bond, post it	Mapa de clasificación
Se preguntará a los alumnos como saber cuándo una petición es honesta o deshonestas (es decir si son moralmente buenas o no). Se les proporcionara a los niños un post it para que plasmen peticiones honestas y deshonestas, los cuales colocaran en el pizarrón donde habrá un mapa de clasificación (anexo 17), que se dividirá en 2 partes una de peticiones honestas y otra de deshonestas y ellos clasificarán el lugar donde crean que vaya la situación y al finalizar se retroalimentara con el grupo sobre cada situación. Enseguida entre todos responderemos a: ¿cuál es la forma de hacer peticiones? ¿en qué momento es mejor no hacerlas? ¿qué actitud puedo usar? ¿qué palabras puedo emplear? ¿cómo debo responder frente a una respuesta positiva? ¿cómo responder ante una respuesta negativa? Se pegarán los mapas de habilidades y el árbol de problemas y se pedirá a cada equipo que copie uno en papel craft y enseguida lo decore con colores y figuras como desee para colocar estos materiales de difusión en la escuela. Se pedirá a cada equipo que en la parte de debajo de su mapa escriba porque es importante esta habilidad y para qué sirve. Al finalizar se transmitirán fragmentos de los materiales audiovisuales grabados mientras se pegan lo elaborado				
Modelado y ensayo	Equipos	10 minutos		Demostración

El facilitador pide al grupo que forme sus equipos y que ahora piensen en la forma en la que Juan podría responder a la situación número 5. Enseguida que se organicen, ensayen y un equipo pase al frente a realizar una representación sobre esta respuesta.				
Retroalimentación	Plenaria	15 minutos	Marcadores	
Se pide al grupo que ahora piensen como responder a una petición deshonestas. Por ejemplo: vamos a tomar el dinero de la mochila de una compañera ahora que no hay nadie o a la salida atrapemos al niño nuevo para pegarle porque se siente mucho. Se recogen opiniones sobre cómo responder y qué pasaría si accedemos a participar en la petición Se indica a los niños tomar asiento y se les entrega el test de habilidades (anexo 17) que se aplicó al inicio y un lápiz, pidiendo respondan según su experiencia e indicando que no se trata de un examen ni existen respuestas correctas o incorrectas, es anónimo y es necesario responder con toda honestidad. Los niños responden conforme el facilitador va leyendo. Se recogen y se pide al grupo dejar el salón ordenado.				
Adicción a la radio	Equipos	20 minutos	Ipod, proyector, grabadora	Video
Se propondrá al grupo crear un noticiero de radio donde se solicite colaboración del público para donar sangre para un niño, otro grupo hará una solicitud a los padres de familia para que en lugar de dar dinero a sus hijos para comprar dulces, les den un lonche saludable. Se pedirá a un niño y a una niña que comenten cómo podríamos hacer que este proyecto creciera más y que otros materiales podríamos realizar. Se agradece tomando notas previas y se cierra la intervención				

Fuente: directa

IV MARCO TEÓRICO

4.1 ¿Qué son las sustancias lícitas e ilícitas?

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales ha sido ampliamente estudiado por las problemáticas que lo acompañan a nivel personal, familiar y social. Uno de los principales intereses han sido los factores de riesgo y de protección asociados con su consumo, definidos en la literatura científica como “una serie de circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica, social, o ambiental cuya presencia o ausencia modifican la probabilidad de la aparición de un problema”¹⁹

La OMS, han clasificado como ‘drogas lícitas o legales’, aquellas que están legalmente disponibles mediante prescripción médica o en algunas ocasiones sin ella, en una determinada jurisdicción, es decir que se ha permitido su comercialización; entre ellas se destacan el alcohol, el café y el tabaco. Se clasifican como ‘drogas ilícitas o ilegales’, aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin la prescripción médica exigida.²⁰

4.1.1 Alcohol, tabaco y drogas

El alcohol es una de las sustancias más usadas a nivel mundial. El consumo de alcohol es frecuentemente permitido en niños y adolescentes, situación que explica el inicio temprano de su consumo.

Su rol es importante en "actos violentos como accidentalidad, suicidio y homicidio; en enfermedades orgánicas como la cirrosis hepática y pancreatitis; problemas laborales y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo e incapacidades; años potenciales de vida perdidos; aumento de la demanda en la atención médica; y otro efecto negativo sobre el individuo, el núcleo familiar y la sociedad".²¹

Igualmente es la sustancia más relacionada con violencia doméstica y aumenta el riesgo de contraer infección por VIH debido al comportamiento sexual sin protección, frecuente cuando se está en estado de embriaguez. Es el segundo factor causante de muerte prematura después del tabaco.

Si se mantienen los patrones actuales de consumo de tabaco aproximadamente 500 millones de personas, de las que casi la mitad son niños ahora, morirán por esa causa según la OMS.²² El cigarrillo es la mayor causa de mortalidad en países desarrollados, maneja costos tanto directos como indirectos, referidos los primeros a los relacionados con el cuidado de la salud y los segundos con la pérdida de productividad morbilidad, discapacidad y muerte prematura.²³

Dentro de su composición, el cigarrillo presenta alrededor de 4 000 compuestos entre los que se encuentran diferentes sustancias clasificadas como cancerígenas que afectan no sólo al fumador activo sino también a los fumadores pasivos, en especial a la población infantil y los ancianos.²³

Tan seria es la dependencia que ocasiona el tabaco que el Ministerio de Salud Colombiano afirma que más que un hábito es hoy la adicción a una droga ²⁴, con una serie de alteraciones ampliamente conocidas que provoca su consumo: enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular; cáncer pulmonar, de la cavidad oral, de laringe, esófago, estómago, renal, pancreático y de cuello uterino; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedad gastrointestinal; enfermedad periodontal y enfermedad materna-infantil como muerte neonatal, aborto espontáneo y bajo peso al nacer)²⁵.

Según estimaciones de la OMS el tabaco se considera la causa de 40 a 45 % de todas las muertes por cáncer, un 90 a 95 % de muertes por cáncer de pulmón, el 75 % de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alrededor del 20 % de muertes por enfermedad vascular y 35% de muertes por enfermedad cardiovascular en hombres de 35 a 69 años habitantes en los países industrializados.²⁶

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen el consumo excesivo, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Aquellos se clasifican en trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno sicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño).²⁷

La investigación y las observaciones indican que la edad de inicio del uso de drogas es cada vez menor; lo cual se ha observado de manera especial en niños de la calle. Un estudio en ciudad de México encontró que el 12 % de las personas que había iniciado el uso del pegante lo hizo a la edad de 9 años. ²³

4.1.2 Las drogas y su clasificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las drogas o sustancias psicoactivas como cualquier sustancia, ya sea natural, semisintética o sintética, que cambia alguna función del Sistema Nervioso Central (SNC), sin importar cómo se consume. ²⁸

Actualmente se clasifican por sus efectos en cuatro grandes familias:

Depresores	Estimulantes	Alucinógenos	Fármacos de uso medico
Suprimen, inhiben o reducen algunos aspectos de la actividad del SNC.	Activan, potencian o incrementan la actividad del SNC.	Inducen alteraciones de la percepción y del pensamiento. Producen alteraciones leves en la memoria y la orientación.	Afectan directamente al SNC. Son medicamentos empleados en el tratamiento de trastornos mentales.
Síntomas de intoxicación: confusión, habla distorsionada, mareos, sequedad en la boca, problemas motrices y de memoria. La respiración se vuelve lenta o se detiene por completo.	Síntomas de intoxicación: aumento de la frecuencia cardiaca, la temperatura corporal y la presión arterial. Generan una sensación de energía, un estado de alerta y de locuacidad. Además de una sudoración excesiva, escalofríos, náuseas y vómito.	Síntomas de intoxicación: euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción. Dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor y reflejos exaltados.	Estas sustancias deben ser usadas únicamente por indicación terapéutica mediante una receta médica. Algunas de ellas pueden generar dependencia o adicción porque alteran la composición del SNC.
Algunos ejemplos son el alcohol, el cannabis, los analgésicos, las benzodiacepinas, los opiáceos y fentanilo.	Algunos ejemplos son la cafeína, la nicotina, la cocaína y la metanfetamina.	Algunos ejemplos son dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la psilocibina, la mezcalina y el peyote.	Algunos ejemplos son ansiolíticos sedantes (clonazepam, diazepam), antidepresivos (amitriptilina, fluoxetina) y

4.2 ¿Qué es la dependencia?

El consumo de sustancias psicoactivas representan un serio problema de salud pública a nivel mundial y tienen una elevada prevalencia y efectos negativos individuales, familiares y sociales, comienzan con el consumo o uso de cualquier sustancia psicoactiva hasta llegar a la dependencia que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.²⁹



El fenómeno de adicción es complejo y no puede explicarse sobre la base de factores únicos, sino considerando variables como las familiares, sociales, personales y contextuales, en lo familiar existen algunos factores como: el modo de enfrentar los problemas, la falta de apoyo profesional, conjuntamente con las dificultades de comunicación intrafamiliar las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres. También se considera que la tendencia a la búsqueda de sensaciones representa uno de los principales motivadores de consumo, tanto de alcohol como de otras drogas, de modo que la curiosidad y las conductas impulsivas pudieran convertirse en factores que determinan la iniciación al consumo.³⁰



4.2.1 Uso de sustancias

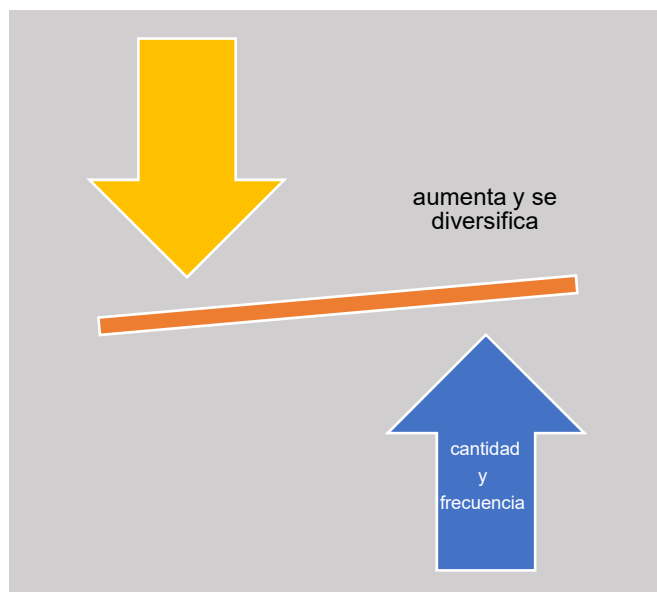
El uso es la primera fase del proceso de dependencia, se refiere al consumo de una droga, normalmente legal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas.

Generalmente, las primeras exposiciones son a través de sustancias legales, como el alcohol o los cigarrillos y, de ahí, se suele pasar a otras sustancias no reguladas. En estos casos se consume por curiosidad, juego, socialización o diversión, lo que se conoce como uso experimental. Existe, entonces, una baja frecuencia; sin embargo, el riesgo debe evaluarse en función de las condiciones en las que el consumo se lleva a cabo³¹

4.2.2 Abuso de sustancias

El abuso de sustancias psicoactivas se caracteriza por una intoxicación prolongada, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, recurrente provocado por el consumo³². Ésta es la segunda fase del proceso de dependencia.

Es el patrón de consumo de sustancias psicoactivas que ocasiona problemas de salud, con la familia, en la escuela o el trabajo, en la comunidad, con la sociedad o con la ley.



4.2.3 Tolerancia a las sustancias

La tolerancia es la disminución de la respuesta a la dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuo. Por lo que se necesitan dosis más altas para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas.³²

Se define como la necesidad de incrementar la cantidad de la droga que se consume para alcanzar los efectos iniciales deseados

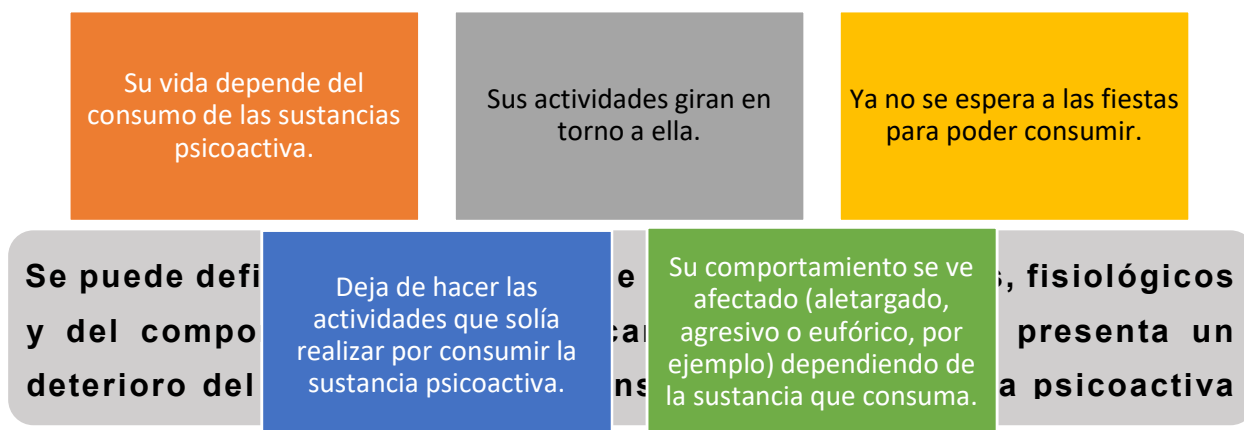
La tolerancia, como estado de adaptación biológica, se caracteriza porque disminuye la respuesta que provoca la administración de la misma cantidad de una determinada sustancia. La tolerancia puede ser física o conductual. En lo que refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollar tolerancia metabólica o funcional. La tolerancia conductual, por su parte, es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno.³²

4.2.4 Dependencia

La dependencia corresponde a la cuarta fase del proceso adictivo. Se refiere al uso compulsivo de sustancias psicoactivas y la incapacidad de dejar de consumirlas a pesar de todos los problemas que esto ocasiona.³³

La dependencia implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal.

En esta etapa, el consumo no sólo desplaza las actividades cotidianas de la persona, sino que se vuelve la razón o motivación principal de vivir; es decir, se conserva el trabajo para obtener dinero para la sustancia y a su vez minimizar la abstinencia. Esto se convierte en un hábito que afecta las relaciones interpersonales en los diferentes niveles de socialización.

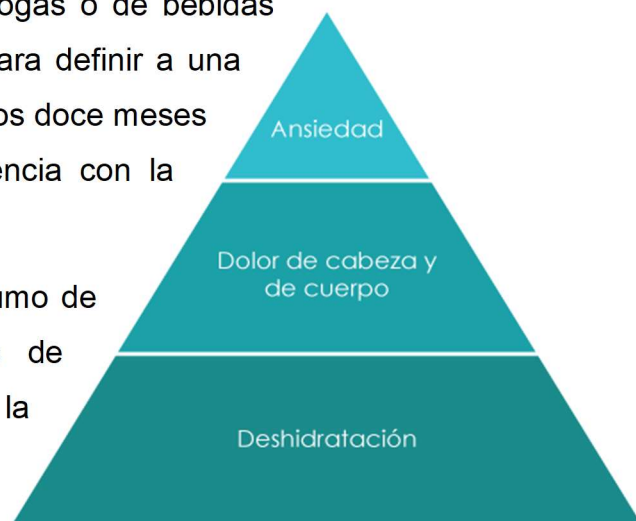


Llegado a este punto, si no se llega a consumir la sustancia psicoactiva, el organismo empieza a sufrir y presenta síntomas adversos.

4.2.5 Abstinencia

La abstinencia es la privación del consumo de drogas o de bebidas alcohólicas. El término abstinentes actual se usa para definir a una persona que no ha consumido nada de alcohol en los doce meses anteriores. Es importante no confundir la abstinencia con la expresión síndrome de abstinencia.³²

Al abandonar de forma parcial o absoluta el consumo de una sustancia, se pueden presentar síntomas de gravedad variable. Algunos síntomas presentes en la fase de abstinencia se muestran en la pirámide.



4.2.6 Craving

El craving, o las ganas compulsivas e irrefrenables de consumir, es uno de los síntomas centrales en el síndrome de dependencia y en las recaídas al abuso del alcohol u otras drogas. Se caracteriza por: a) forma parte de la adicción, b) existe una intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo y, c) es importante el enseñar a los

pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y, a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo

Razón	Descripción
Síntomas de abstinencia	Los individuos con un consumo importante suelen experimentar reducciones del grado de satisfacción que encuentran en el uso continuo de la droga, pero con un aumento del malestar cuando dejan de consumirla.
Falta de placer	Comprende los intentos del paciente para mejorar el estado de ánimo de la manera más rápida e intensa.
Señales asociadas a la sustancia	La asociación de estímulos neutros con la intensa recompensa del consumo provocaría que finalmente estos estímulos indujeran el craving de una forma automática.
Deseos hedónicos	Cuando se desea aumentar una experiencia positiva, que previamente se había asociado al consumo, por ejemplo, la asociación de una droga determinada con el sexo.

Algunos autores señalan como razones para la presencia de craving las que se muestran en el cuadro.³⁴

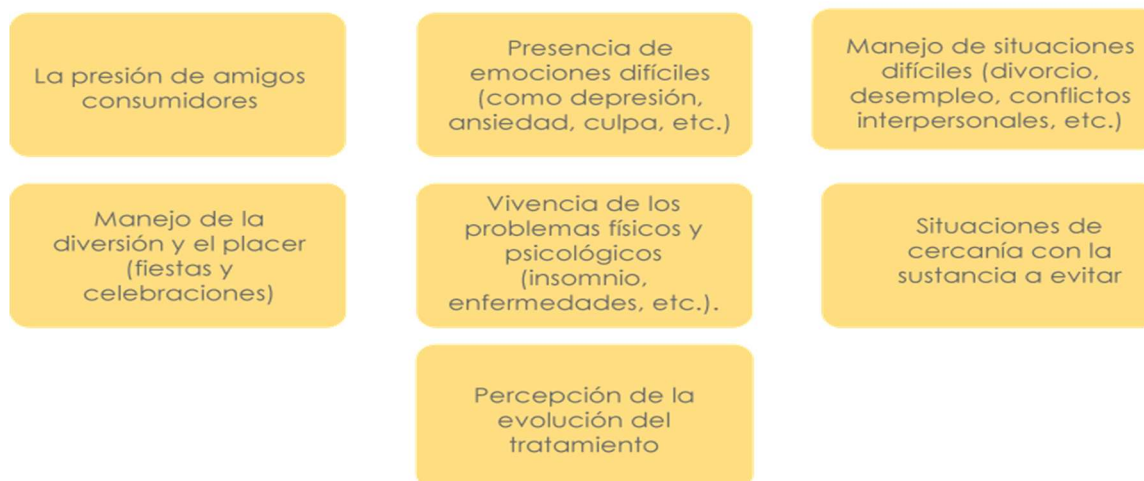
4.2.7 Recaída

La recaída es la acción de volver a beber o consumir otra droga tras un período de abstinencia, acompañada a menudo de la reinstauración de los síntomas de dependencia.³² Éste es un rasgo que se presenta en las personas que abusan de alguna sustancia psicoactiva y podría considerarse como la última fase del proceso adictivo.

La recaída se define como un regreso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado (durante la fase de abstinencia), lo cual resulta en volver al uso de la sustancia, y al regreso del estado anterior a la recuperación.³⁵

A pesar de lo anterior, la recaída no debe ser valorada como un fracaso en tanto que ésta es inherente al fenómeno de adicciones; la tasa de recaída es muy alta y se presenta frecuentemente durante el primer año. Se pueden considerar los siguientes síntomas en las personas que presentan una recaída o están a punto de hacerlo.³⁵

Es de advertir que las recaídas comienzan antes de ingerir el tóxico y existen diferentes señales de aviso que indican el recommienzo del consumo. Algunos



factores que pueden provocar la recaída son las siguientes situaciones de riesgo.³⁶

4.3 Habilidades sociales

El concepto de habilidades sociales es un constructo difícil de definir, ya que engloba diferentes variables psicológicas como es el aprendizaje, la conducta o las actitudes³⁷. Algunos de los investigadores iberoamericanos más relevantes dentro de esta temática, indican que las habilidades sociales implican un comportamiento social adecuado con el que se pretende expresar sentimientos negativos y defender los propios derechos³⁸. Otros investigadores señalan que las habilidades sociales van más allá ya que incluyen habilidades de comunicación, comportamientos que implican cooperación y resolución de problemas interpersonales.

Una definición más operativa señala que se trata de conductas que nos ayudan a comunicar nuestras emociones y necesidades de forma precisa y nos permiten conseguir los objetivos interpersonales que deseamos³⁹:

- ✓ afectivo: hacer y mantener relaciones satisfactorias
- ✓ instrumental: actividades sociales, pedir, comprar, vender, etc., son conductas aprendidas que se ponen en juego para relacionarnos de manera eficiente con otros individuos de nuestro entorno.

Tras las aportaciones de diversos autores, se puede concluir con que las habilidades sociales hacen referencia al conjunto de capacidades que se llevan a cabo con la finalidad de interactuar y relacionarse de manera apropiada con los demás.⁴⁰

4.3.1 Autoexpresión y comunicación asertiva

La comunicación asertiva implica la formación integral de los estudiantes. La persona que se comunica asertivamente se defiende en sus relaciones interpersonales, está satisfecha de su vida, tiene confianza en sí misma, es expresiva, espontánea.⁴¹

En cuanto a la comunicación, diremos que es un intercambio de información entre el emisor y el receptor cuyo fin es transmitir o recibir un determinado mensaje. Su

importancia reside en los seres humanos, quienes intercambian información de diferente tipo entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad. Por lo tanto, la importancia del lenguaje radica en las implicaciones de las actitudes, las que se basan en los modelos o tipos de crianza y de educación en diferentes esferas; es decir, lo cultural aprendido en el núcleo familiar, la escuela, la universidad, la iglesia, o en el contexto donde pasa la mayoría del tiempo⁴².

Existen diversas definiciones de asertividad. Ciertos autores consideran la asertividad como la conducta que posibilita la disminución de la ansiedad, otros la consideran como la defensa de los derechos propios y algunos como la habilidad para expresar sentimientos y pensamientos.

Riso define la conducta asertiva como: Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta.⁴³

El término asertividad como: La confianza puesta en nuestra propia persona, en nuestras opiniones, en nuestros derechos y en nuestras reclamaciones. Es decir, es una firmeza que emana de la propia personalidad, es una autoafirmación personal.⁴⁴

Explican estos autores que cuando se posee esa firmeza se aceptan sinceramente los sentimientos y se expresan ante las demás personas de una manera segura y abierta. La asertividad permite que la persona se haga responsable de sus sentimientos y que con toda responsabilidad se los dé a conocer a las demás.⁴⁴

Las personas asertivas favorecen las relaciones interpersonales, la satisfacción con la vida, la confianza en sí mismo, la expresividad y la espontaneidad⁴⁵. La persona asertiva actúa sin pensar, es directa, toma decisiones constructivas ante los

problemas, no le importa lo que piensen de ella, es feliz y libre de ansiedad^{Error! Marcador no definido.}. El estudio de la Comunicación Asertiva se inició bajo el enfoque conductista, transitó por el cognitivismo, y se consolidó en la interacción conjunta con la fisiología³⁸. En el componente conductual resalta la comunicación verbal y no verbal. En los componentes cognitivos se revelan las percepciones sobre el ambiente y a partir de él se generan pensamientos, sentimientos y acciones. Por último, tenemos a la fisiología, expresada en el cuerpo de la persona. Es en la edad escolar donde se consolidan los saberes para desenvolverse en la vida. En consecuencia, el estudiante con comunicación asertiva entabla conversaciones, mantiene el contacto visual, profundiza el contenido y acompaña el diálogo con el lenguaje no verbal⁴⁶.

4.3.2 Decir "NO"

Decir "no" es una habilidad social crucial que los niños deben aprender para establecer límites, protegerse de situaciones peligrosas y desarrollar su autonomía. Enseñar a los niños a decir "no" de manera asertiva, sin agresividad ni sumisión, les permite expresar sus necesidades y opiniones, fortalecer su autoestima y mejorar sus relaciones interpersonales.

Decir No es un derecho que hace que expresemos nuestra autonomía e independencia, nuestra capacidad para tomar decisiones, que nos reafirmemos y tomemos nuestras propias decisiones. El no hacerlo y convertirlo en un estilo de conducta evitativo, tiene como principal consecuencia que perdamos la percepción de control sobre nuestras vidas. No ser nosotros mismos, sentirnos indefensos, que los demás manejen nuestras decisiones, nuestras opiniones, nuestra vida.⁴⁷

Dificultades emocionales como la falta de autoestima, sentimientos de indefensión, miedos, fracasos, enfados y problemas físicos como dolores de cabeza, estómago, ansiedad, somatizaciones... están relacionados con no saber decir No, por tanto, debemos analizar las causas y patrones de pensamiento para detectarlos y darles una solución eficaz.⁴⁷

Una de las habilidades sociales más complejas es la de aprender a decir “NO”, que cobra gran importancia a la hora de resistir presiones de grupo, por ejemplo, para el consumo de alcohol o drogas.⁴⁸

Saber decir “no” es una destreza que, junto a la asertividad, constituyen las dos principales habilidades sociales. Decir no requiere entrenamiento, no es una capacidad innata, puesto que no sólo se trata de decir no, sino de saber cuándo y cómo hacerlo, de ahí que se hable de “las técnicas para decir no” y de aprender a decir no, que forman parte de los aprendizajes en habilidades sociales avanzadas.⁴⁸

No saber decir no, no es una tendencia de nuestro comportamiento que sea neutra, nos afecta, y lo hace de un modo decisivo, haciendo que percibamos falta de control en nuestra vida. Y es la percepción de control, una de las claves en una buena gestión emocional.⁴⁸

4.3.3 Responsabilidad y la defensa de los propios derechos

La responsabilidad y la defensa de los propios derechos son habilidades sociales esenciales que los niños deben desarrollar. Estas habilidades les permiten interactuar de manera efectiva con los demás, expresar sus necesidades y opiniones, y resolver conflictos de forma constructiva.

La defensa de los propios derechos es una habilidad clave en niños, conocida como asertividad, que implica expresar sentimientos y defender opiniones de manera directa, sin dañar a otros.

La responsabilidad en este sentido requiere tanto competencias cognitivas en el sujeto como evaluativas sobre los perjuicios o beneficios de la acción misma, es decir, no sería aplicable a los niños en la etapa sensoriomotora porque difícilmente han alcanzado las capacidades cognitivas como para ser capaces de tomar decisiones conscientemente. Sin embargo, el valor de la responsabilidad, como valor educativo, sigue un proceso de adquisición mediatizado por variables, tanto personales (competencias cognitivas, verbales) como sociales.

La responsabilidad como “la posibilidad que la persona tiene de actuar moralmente”⁴⁹. Los valores morales son construidos e interiorizados y posibilitan el proceso de socialización del niño que consiste en el aprendizaje de saber distinguir lo correcto de lo incorrecto⁵⁰. Consecuentemente, esos valores actuarán regulando la conducta del niño que, como se sabe, en esta edad está guiada por “la moral del respeto unilateral o de obediencia a los adultos”⁵¹. En esa fase, los niños son muy prácticos en evaluar las reglas del comportamiento: o ellas son obedecidas o no lo son.

4.3.4 Hacer peticiones

Enseñar a los niños a hacer peticiones de manera efectiva es una habilidad social crucial. Implica aprender a expresar sus necesidades de forma clara y respetuosa, considerando las respuestas de los demás y actuando con asertividad, les estamos brindando herramientas valiosas para desenvolverse con confianza y éxito en el mundo social.⁵²

La empatía como habilidad social juega un papel clave en el éxito académico porque afecta la calidad de la comunicación entre estudiantes, profesores y el entorno educativo en general.⁵³

Desarrollar la empatía permite a los estudiantes comprender los sentimientos y perspectivas de sus compañeros y profesores. Esta comprensión emocional facilita la creación de un entorno de aprendizaje colaborativo y respetuoso. Los estudiantes con empatía desarrollada son más capaces de adaptarse a diferentes estilos de aprendizaje, lo que aumenta la armonía de la interacción en el entorno educativo⁵⁴.

La empatía mejora las relaciones humanas y fortalece los vínculos entre estudiantes y profesores. Los estudiantes que muestran empatía tienden a ser más cooperativos, comprometidos y dispuestos a colaborar en proyectos académicos. Esta colaboración más eficaz contribuye a un entorno de aprendizaje enriquecedor y fomenta el trabajo conjunto, lo que tiene un impacto positivo en el éxito académico. La empatía también juega un papel importante en la resolución de conflictos. Los estudiantes empáticos son capaces de comprender los desacuerdos y afrontarlos de forma constructiva,

evitando tensiones innecesarias. Un ambiente libre de conflictos negativos permite a los estudiantes enfocar su energía y atención en el aprendizaje y promueve un ambiente académico más positivo y alentador⁵⁵.

4.3.5 Participación e interacción

Dentro de las etapas del ciclo vital, la adolescencia se caracteriza porque los jóvenes amplían los procesos de socialización con sus familias y luego con otros jóvenes pares en edad, con el propósito de resolver necesidades comunes, y a medida que estas se incrementan, se requiere crear estructuras de participación con mayor capacidad vinculante⁵⁶. Se reconoce que los niños, niñas y adolescentes (NNA) forman parte de un conjunto social vulnerable, ya que constituyen una oportunidad de mercado fácil para procesos de comercialización ilegal a través de redes de explotación infantil; fenómeno que se agudiza en los contextos de bajos niveles económicos, donde los menores pueden encontrar en la venta y distribución de drogas una fuente de ingresos para ellos y sus familias⁵⁷.

La interacción social en los niños no solo es un factor asociado a la diversión y el esparcimiento, sino que se vuelve en un elemento crítico cuando se trata del desarrollo de la identidad personal y social, así como de su misma personalidad, es allí donde el relacionamiento juega un papel importante para el desarrollo de un ser humano adulto autónomo, independiente y seguro de sí mismo, ya que de acuerdo con muchos estudios de psicología la identidad y la autoestima tiene una estrecha y directa relación.⁵⁸

La Convención Internacional de los Derechos del Niño reconoce que estos grupos etarios son sujetos de derechos humanos como la "participación", es decir, a formar y comunicar sus propios puntos de vista y opiniones, y estas requieren ser tomadas en cuenta según su edad y madurez⁵⁹. En consonancia, se exige el reconocimiento de la participación activa de los NNA en cada una de las decisiones que afectan sus vidas, es decir, no pueden convertirse en receptores pasivos de las orientaciones institucionales. Acorde con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para los jóvenes la participación permite visibilizar su voz, como grupo poblacional propio con

necesidades, deseos y aspiraciones. Se torna entonces la participación como un eje fundamental del reconocimiento y ejercicio de los derechos de los NNA, que se antepone a la falencia en las políticas sociales de algunos países que los ven como un grupo demográfico "sano", sin necesidades específicas, y repercute en que se carece de enfoques diferenciales para estos subgrupos poblacionales⁶⁰.

4.3.6 Autocontrol y expresión de enfado

El autocontrol y la expresión del enfado son habilidades sociales cruciales para la comunicación efectiva y las relaciones saludables. El autocontrol permite gestionar las emociones, especialmente el enfado, de manera adecuada, evitando reacciones impulsivas y negativas. La expresión asertiva del enfado, por otro lado, implica comunicar los sentimientos de manera clara y respetuosa, sin agredir ni herir a los demás.

El autocontrol es una capacidad cognitiva, emocional y conductual que permite a la persona inhibir deseos inmediatos y respuestas impulsivas, y regular su comportamiento⁶¹. Este proceso no ocurre en un vacío, sino que tiene relación con aspectos sociales, vinculados con cómo se desenvuelven las relaciones interpersonales a través de la vida del individuo, pero también con los sistemas sociales, económicos, políticos y culturales de los que la persona forma parte directa e indirectamente⁶². El autocontrol es una habilidad esencial en la vida, ya que es necesario para alcanzar cualquier meta a mediano o largo plazo e implica inhibir otros estímulos y deseos más inmediatos que puedan sacar de la ruta hacia este objetivo mayor. Por ejemplo, poner atención en clases para aprender algo requiere inhibir los distractores inmediatos para poder sostener el foco de concentración. Alimentarse bien requiere inhibir el impulso a comer golosinas. Ahorrar dinero requiere inhibir el impulso a gastar ante lo primero que guste. En general, el comportamiento planificado requiere autocontrol para no perderse del camino hacia el objetivo perseguido. Mantener el foco de atención en un determinado objetivo importante requiere inhibir el deseo a prestar atención a otros estímulos pasajeros, de modo que el autocontrol y la concentración se pueden ver como complementarios.⁶³

El autocontrol es la capacidad de gestionar las emociones y conductas e inhibir o postergar deseos o recompensas inmediatas, lo que permite un comportamiento más regulado en función del alcance de metas posteriores de mayor valor⁶⁴.

Como ocurre con las diversas habilidades socioemocionales humanas, el autocontrol puede ser potenciado mediante la práctica y el desarrollo de herramientas apropiadas. Los beneficios de un buen autocontrol a corto, mediano y largo plazo son muchos. Entre ellos: el evitar conflictos innecesarios, alimentarse mejor, ser coherentes con nuestros deseos y metas, ahorrar recursos, mejorar la autodisciplina, tomar la decisión de cumplir deberes, y con todo esto, contribuir a que las personas se sientan más dueñas de sus decisiones y voluntad. Sin embargo, llevar el autocontrol a la práctica y ver en concreto que estos resultados impacten en la cotidianidad de la vida es algo que se ve fuertemente influido por el entorno de la persona, principalmente en los primeros años de la vida, aunque también durante todo el ciclo vital, pues el autocontrol no es independiente del contexto⁶³.

A continuación, se identifican algunos de los beneficios que puede traer el autocontrol a través de la vida de las personas:

- Aumentar el rendimiento académico. El autocontrol tiene un rol protagónico en el aspecto escolar, ya que el estudio requiere altos y sostenidos esfuerzos de concentración, memoria y atención para obtener un buen rendimiento, y el autocontrol puede contribuir al dominio sobre estos, facilitando así el logro de objetivos académicos específicos⁶⁵.
- Inhibir conductas de riesgo. Comportamientos peligrosos tales como las adicciones, el abandono escolar prematuro, la violencia o la delincuencia tienen mayores posibilidades de surgir si son incentivados desde etapas tempranas del desarrollo de la persona, pero pueden variar no solo en función del entorno, sino también en función de la capacidad personal de autocontrol⁶⁴⁶⁶.
- Mejorar las relaciones sociales. El control sobre las emociones, sobre todo de las negativas, es algo muy importante para mantener relaciones sanas y

positivas, ya que esto permite contener reacciones potencialmente agresivas y mantener la calma, especialmente en situaciones que requieren equilibrio para no volverse inmanejables. El control de emociones puede ayudar a mantener relaciones de cooperación y apoyo mutuo, que pueden definir la capacidad de un grupo para conseguir sus metas.⁶⁴⁶⁷

- Mejorar el cumplimiento de objetivos personales. Los niños y las niñas con menores grados de autocontrol tienden a romper con mayor frecuencia las reglas y las normas básicas de convivencia, y a menudo presentan mayores problemas para concentrarse, lo que implica un mayor grado de fallo a la hora de completar tareas. Un menor autocontrol minimiza la capacidad de establecimiento y conducción personal en función de metas a futuro.⁶⁸

La importancia que tiene el contexto en diferentes ámbitos de la vida de las niñas y los niños es elevada. Lograr un comportamiento regulado, un buen rendimiento académico, una buena nutrición, unas relaciones armoniosas con los demás y en general tomar las mejores decisiones diariamente, son cuestiones que pasan, en todos los casos, por una capacidad básica de autocontrol y donde el contexto social tiene un gran impacto, que puede beneficiar o perjudicar de manera directa esta capacidad en las niñas y los niños⁶⁹

V. ANEXOS

5.1 Asentimiento informado

San Luis potosí, S.L.P., a ____ de _____ 2025

Título de la Investigación: Intervención educativa para la enseñanza de habilidades sociales y conocimientos dirigidos a la prevención de adicciones en niños de educación primaria

Nombre del Investigador Principal: L.E Izamary Sinaí Lucero García

Nombre del niño que participará en la Investigación:

¡Hola! Mi nombre es Izamary Sinaí Lucero García. Estamos realizando una investigación para conocer y reforzar habilidades sociales y conocimientos dirigidos a la prevención de adicciones y para ello queremos pedirte que nos ayudes.

1. ¿Tengo que hacerlo?

Tu participación en esta investigación es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en la investigación. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar ayudándonos en la investigación, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco tienes porqué hacerlo y te seguirán atendiendo en este Instituto.

2. Tu participación consistiría en:

1. Asistir a los talleres que se impartirán con temas dirigidos hacia adicciones
2. Participación en los talleres
3. Llenado de cuestionarios

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de investigadores y tus papás.

3. ¿Me va a doler?

No, estos talleres no implican métodos donde se vea comprometida tu integridad física ni psicológica.

4. ¿Obtengo algo por participar en la investigación?

Los resultados se los diremos a tus papás y tu tendrás como beneficio la adopción de nuevas habilidades y conocimientos para la prevención en el consumo de sustancias adictivas, de igual manera con esto pueden ayudarte a reforzar conocimientos y resolver dudas sobre los temas impartidos, así como brindarte ayuda especializada si fueras tu caso. Además, con tu participación ayudas a mejorar áreas de trabajo para poder reforzarte temas o acciones que pueden ayudarte a mejorar tu formación en la toma de decisiones para una mejor calidad de vida.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (☐) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, señala con una (☐), en el cuadrito donde dice No quiero participar y no escribas tu nombre,

Sí quiero participar ☐ No quiero participar ☐

Nombre: _____

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Se me ha leído la información y entiendo de qué se trata. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier situación importante que se presente durante la investigación se platicará conmigo.

Nombre, cargo y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

Declaro que le he explicado al menor de edad de nombre _____ y edad de _____ años, la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que el **menor de edad** ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma _____

Nombre y firma del Padre o Tutor/ los Padres o Tutores:

TESTIGOS

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO

DOMICILIO

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO

DOMICILIO

5.2 Propósito de proyecto

Aprender y difundir la importancia de las habilidades sociales para prevenir las adicciones.

(se hará en grande, del tamaño de dos cartulinas y se reforzará para usarse en todas las sesiones)

5.3 Reglas y limites

1 Respeto

- Escucha cuando alguien más este hablando
- Usa un tono de voz adecuado (sin gritar).
- Tratar a todos con amabilidad y respeto (compañeros, maestros, personal escolar etc.)
- Todos los comentarios y preguntas deben ser escuchados y expresados con respeto y cada uno de ellos debe recibir una respuesta.

2 Responsabilidad

- Estar puntual en clase
- Seguir las instrucciones a la primera

3 Participación

- Levantar la mano para hablar o preguntar.
- Participa activamente sin interrumpir a los demás.
- Escuchar a las ideas

4 Seguridad

- No correr dentro del aula
- Informar al personal a cargo si algo te incomoda o te parece peligroso
- El lugar de trabajo debe permanecer siempre limpio y en orden

Si se rompen las reglas

- **Primera vez:** advertencia verbal.
- **Segunda vez:** perdidas de algún privilegio (que los pongan ellos)
- **Tercera vez:** nota para los padres
- **Si la situación persiste** se hablará con los padres de familia o se solicitará la intervención de personal escolar.

5.4 Reconocimiento del expositor



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí



FACULTAD DE
**ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

San Luis potosí S.L.P., ____ de _____ del 2025

Por medio de la presente, la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí expresa el más sincero agradecimiento y otorga el presente

RECONOCIMIENTO a _____

por su valiosa participación como expositor en la INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADICCIONES: Efectividad sobre los conocimientos y habilidades sociales en escolares", que tuvo lugar en la Escuela Primaria Homero Barragán Pardiñas el día _____, con su participación en la sesión número uno impartiendo el tema " **La importancia de la prevención de las adicciones**" el cual fue sumamente enriquecedora y tuvo una duración de 2 horas.

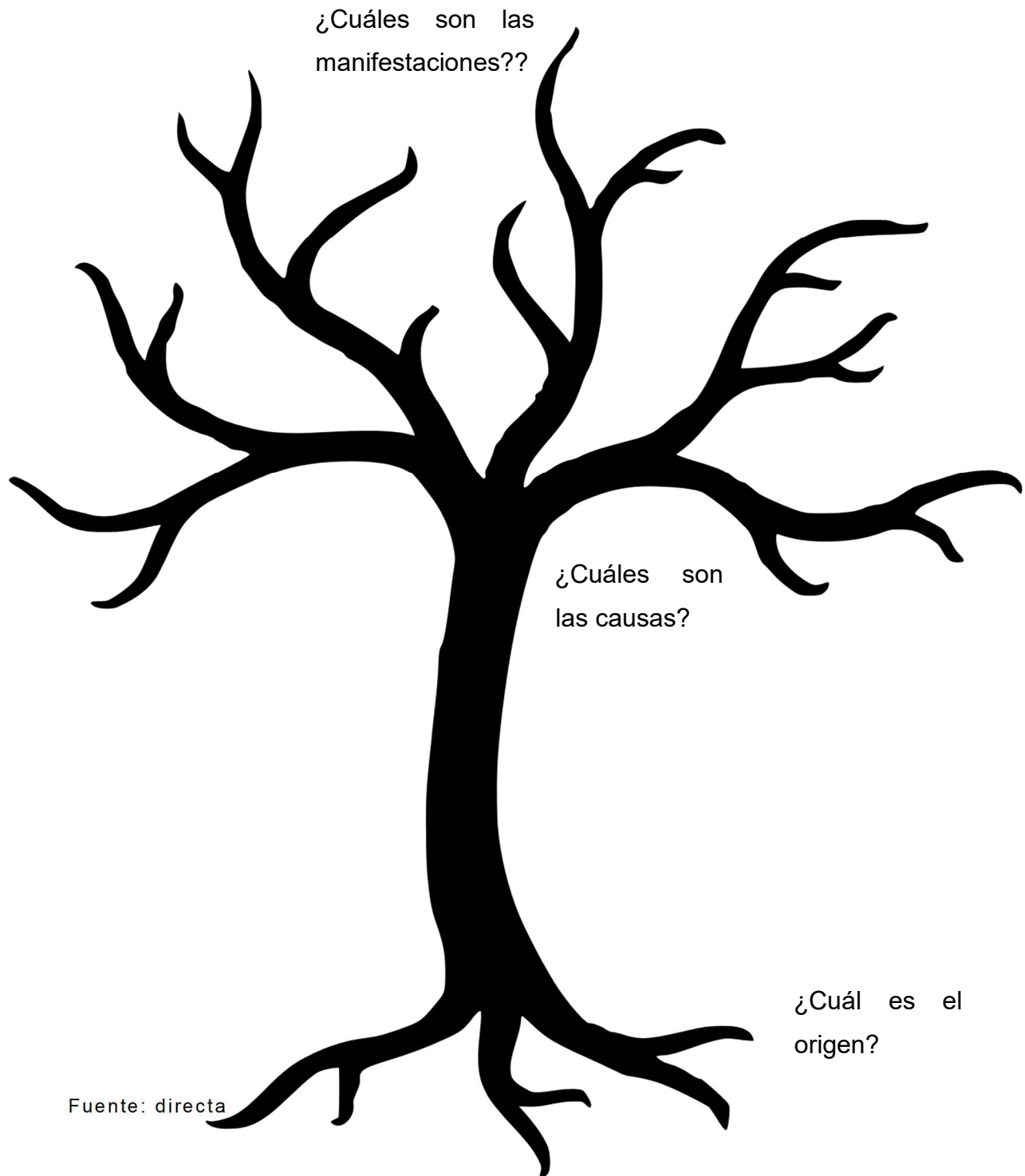
Su profesionalismo y conocimiento en el tema de adicciones fueron evidentes, y su capacidad para transmitir la información de manera clara y concisa fue muy apreciada por todos los alumnos. Nos complace especialmente destacar su claridad en la exposición.

La información compartida ha sido de gran utilidad para los alumnos, y estamos seguros de que tendrá un impacto positivo en su desarrollo.

Agradecemos sinceramente su tiempo y esfuerzo dedicado a la preparación y presentación del tema. Esperamos poder contar con su valiosa participación en futuros eventos.

Atentamente:

5.5 Silueta del árbol para visualización de problemas



5.6 Mapa de visualización sistémica de estrategias

¿Qué podemos hacer para prevenir las adicciones?		
INDIVIDUALES	GRUPALES (escuela y casa)	SOCIALES

Fuente: directa

5.7 Caso prototípico para habilidades sociales: un día terrible

Juan es un niño de 10 años que está en quinto de primaria. Es muy tímido y callado, casi nunca expresa lo que siente o piensa frente a sus compañeros. Su familia se cambió de casa y por lo tanto él tuvo que cambiar de escuela e integrarse a un nuevo grupo.

En clase, la maestra formó equipos para elaborar un cartel sobre el cuidado del medio ambiente. A Juan le tocó con cuatro compañeros: Luis, Ana, Jorge y Lupita. Los compañeros de Juan decidieron estar en el patio de la escuela donde había mesas, para poder tener más espacio y así trabajar mejor.

Desde el principio, los niños decidieron quién haría qué tarea sin preguntar a Juan cómo quería participar. A pesar de que él era muy bueno dibujando y le encantaba hacerlo, no dijo nada y solo asentía con la cabeza, aceptando hacer lo que le asignaron, que solo era marcar la orilla del cartel. De hecho, el tema le atraía porque en su otra escuela había hecho algo semejante, pero no comentó nada y se limitó a tomar algunos colores para iniciar la tarea que le dieron.

Autoexpresión en situaciones sociales

Juan había iniciado a marcar la orilla del cartel cuando Luis, sin previo aviso, le quitó los colores que estaba usando para dárselos a Ana, mientras le decía que si quería estar en el equipo trajera su propio material y no estorbara. Juan solo se le quedó mirando sin decir nada ni pedir que le devolvieran los colores, que en realidad eran de él mientras Luis le dijo que se quitara y se pusiera mejor a escribir el título.

Defensa de sus propios derechos

Al estar realizando el cartel Juan se equivocó al escribir el título, Lupita le gritó:

—“¡Te dije que era en mayúsculas! ¡Ahora arruinaste todo!”

Juan sintió enojo y tristeza, porque no lo hizo a propósito y además había usado lápiz y se podía corregir fácilmente, pero no dijo nada, agachó la cabeza y continuó trabajando sin expresar cómo se sentía.

Expresión de enfado

Al terminar la clase y dirigirse al salón, Luis le pidió a Juan que cargara todos los materiales del equipo hasta el salón de la maestra, mientras el resto del equipo iba al baño y a tomar agua. Aunque era mucho el material para cargarlo él solo, Juan no se atrevió a decir “no” y cargó todo, aunque iba incómodo y tuvo que dar varias vueltas y no alcanzó a ir al baño.

Decir NO

Mientras transportaba el material al salón, Juan veía el cartel preocupado porque a una parte del trabajo le faltaba color ya que se terminó la tinta de su plumón. Al entrar al salón la maestra lo observó y le preguntó si le pasaba algo, pero Juan no se animó a contarle lo que ocurría ni pidió otro marcador, ni avisó al equipo. Simplemente dejó su parte incompleta.

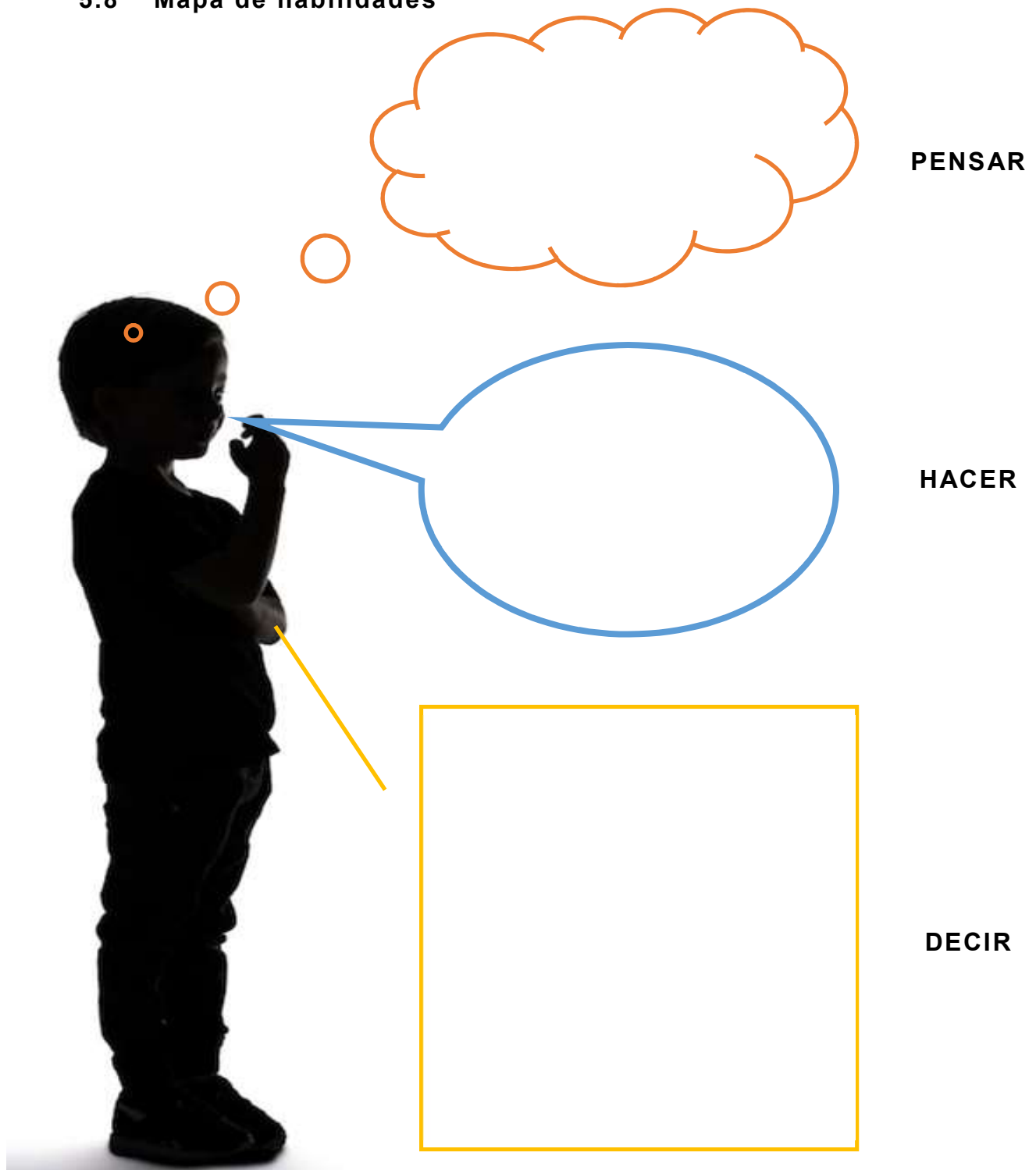
Hacer peticiones

Al momento de salir al recreo, Juan vio a varios niños de su salón jugando fútbol, era su deporte favorito y en su otra escuela era el portero del salón, porque su mejor amigo Efrén siempre lo juntaba a todo. Esta vez no se animó a acercarse, ni a preguntar si podía unirse por temor a que se negaran a incluirlo. Se quedó solo, observando a los demás desde lejos

Iniciar interacción

Fuente: directa

5.8 Mapa de habilidades



Fuente: directa

5.9 Inventario de habilidades sociales

¿Qué habilidades tengo y cómo lo hago?			
autoexpresión en situaciones sociales	Es la habilidad de comunicar de forma clara y adecuada lo que uno piensa, siente o necesita frente a los demás. Implica hablar por uno mismo sin miedo, respetando al otro.	LA TENGO	NO LA TENGO
defensa de los propios derechos	Es la habilidad para decir con respeto lo que necesitan, piensan o sienten, sin dejarse presionar ni lastimar por otros.	LA TENGO	NO LA TENGO
expresión de enfado	Es la habilidad para mostrar su enojo de forma adecuada, sin agredir ni guardarse lo que sienten.	LA TENGO	NO LA TENGO
decir no	Es la capacidad de negarse a hacer algo que no quieren, sin sentirse culpables o ceder a la presión.	LA TENGO	NO LA TENGO
hacer peticiones	Es la capacidad de pedir lo que necesitan o desean de forma clara y respetuosa.	LA TENGO	NO LA TENGO
iniciar interacciones	Es la capacidad de acercarse a otros para empezar una conversación, un juego o una actividad social. Y se construye principalmente con la confianza en sí mismos.	LA TENGO	NO LA TENGO

Fuente: directa

5.10 Mapa de difusión de sugerencias

¿Cómo podemos difundir este tema?		
HOGAR	ESCUELA	COMUNIDAD

5.11 Mapa de organización de actividades

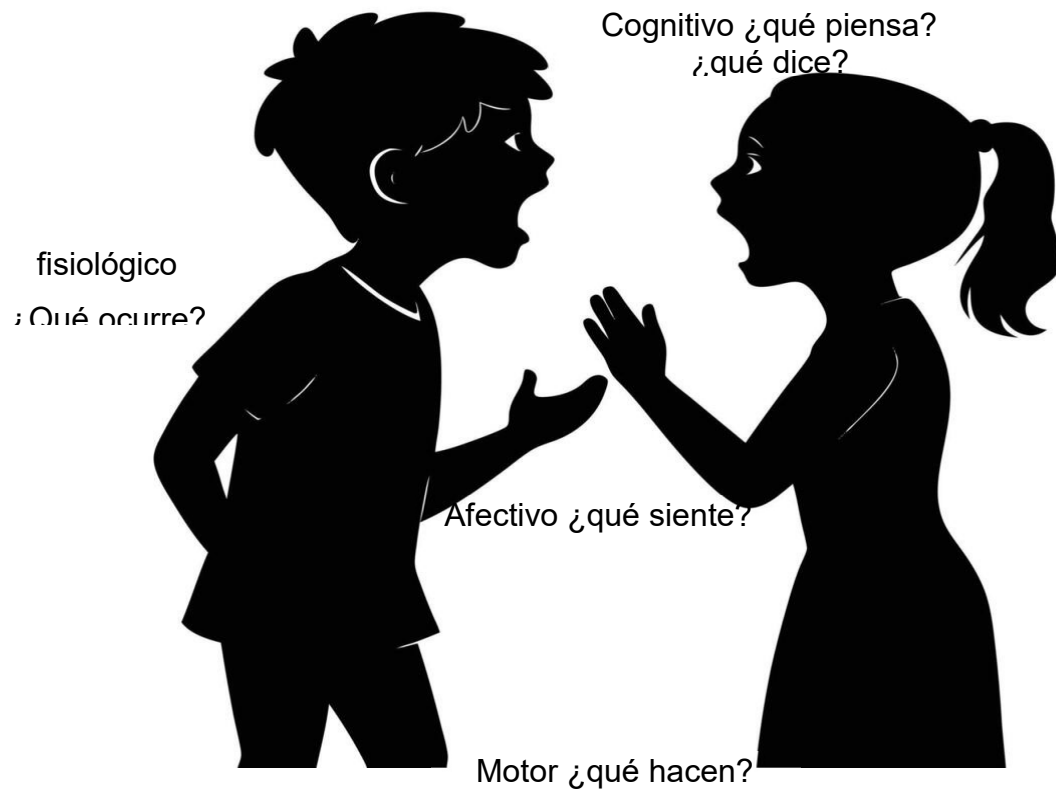
¿Por qué?	
¿Para qué?	
¿A quiénes?	
¿Cómo?	
¿Cuándo?	
¿Con qué?	
¿Cuánto?	
¿Con quién es?	

Fuente: directa

5.12 Anexo Afiche derechos de los niños



5.13 Manejo del enfado



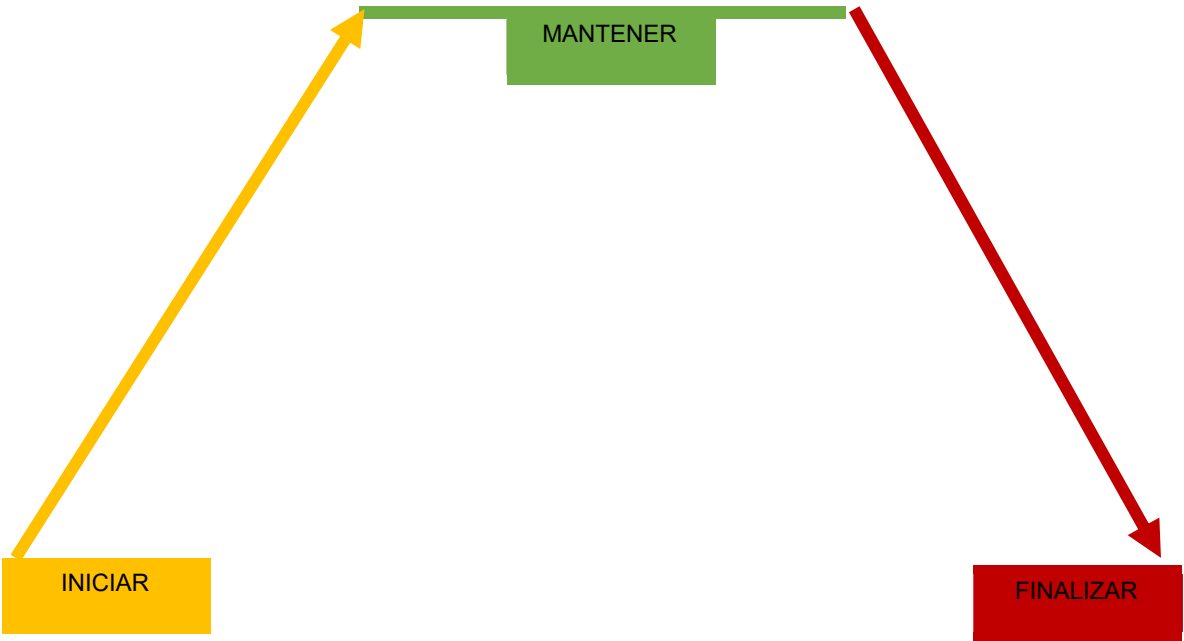
Fuente: directa

5.14 Mapa donde dije si cuando era no

EN CASA	EN LA ESCUELA	EN OTROS CONTEXTOS

Fuente: directa

5.15 Mapa de interacciones para conversar



Fuente: directa

5.16 Mapa de interacciones

Cómo iniciar una conversación

- ▶ Elegir el momento y lugar oportuno para hablar (en el recreo, en el parque, cuando el profesor nos permita hablar durante la clase, en un cumpleaños, en la calle, etc.).
- ▶ Decidir con quién se quiere hablar (con otro niño, con la profesora, con un desconocido, con un familiar, etc.).
- ▶ Pensar el tema sobre el que se va a iniciar la conversación. Por ejemplo, algo que esta ocurriendo, algo agradable para ambos, algo que pueda resultar interesante para la otra persona.
- ▶ Acercarse a la persona, mirarla a los ojos y sonreír.
- ▶ Saludar a la persona: «Hola», «Buenos días», «Buenas tardes», «¿Qué tal estás?», etc.
- ▶ Presentarse si la persona no es conocida. «Me llamo... (Tu nombre). ¿Y tú?».
- ▶ Hacer una pregunta, dar una opinión o hacer algún comentario sobre la situación que se está dando. Si por ejemplo estamos iniciando una conversación con un niño o niña en el recreo, podemos hacer alguna pregunta como: «¿En qué clase estás?».

Cómo mantener una conversación

- ▶ Seguir haciendo comentarios, preguntando y/o expresando opiniones sobre el tema con el que se ha iniciado la conversación, o con otro que también pueda interesar. «Pues en mi clase hay un compañero marroquí y otro peruano, ¿en tu clase hay niños de otra nacionalidad?».
- ▶ Escuchar prestando atención a todo lo que diga la otra persona (mirarla a la cara con actitud atenta).
- ▶ Preguntar o pedir aclaración si algo no hemos entendido. «Perdona, ¿en qué curso me has dicho que estás?»
- ▶ Responder a lo que diga la otra persona y expresar lo que pensamos y sentimos.
- ▶ Acompañar lo que se dice con una conducta no verbal y paralingüística adecuada (tono de voz, expresión facial acorde a lo que decimos y nos dicen, cercanía, movimientos y gestos en consonancia).
- ▶ Tomar turnos en la conversación (unas veces hablamos y otras escuchamos).

Cómo finalizar una conversación

- ▶ Informar a la otra persona o personas que se tiene que terminar la conversación (si lo creemos conveniente exponemos las razones de por qué nos vamos). Excusarse y disculparse.
- ▶ Si hemos disfrutado de la conversación o de su compañía, hacérselo saber. Por ejemplo: «Me ha gustado mucho verte», «Que bien haber hablado contigo», «Me ha encantado conocerte», etc.
- ▶ Si nos apetece volver a ver a esa persona, comunicárselo. Por ejemplo: «¿Te apetece que volvamos a quedar?» o «Si quieres nos vemos otro día».
- ▶ Despedirse («Adiós», «Hasta pronto», «Nos vemos luego», etc.).

5.17 Escala de habilidades sociales

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre: Edad:

... Año de estudio: Centro Educativo:

INSTRUCCIONES: a continuación, encontrarás varias frases sobre cosas que las personas hacen o sienten en su vida diaria. No hay respuestas buenas ni malas. Solo queremos saber **cómo eres tú o qué harías** en esas situaciones. Lee cada frase y **elige la letra que mejor diga cómo eres o cómo te sientes**.

Tacha o Palomea la casilla de la letra, en la misma línea de la frase.

A = CASI NUNCA soy así.

B = A VECES soy así.

C = CASI SIEMPRE ACTUO ASI

D = Sí, me pasa muy seguido.

	A	B	C	D
1. A veces no hago preguntas porque me da pena que se rían de mí				
2. Me da pena llamar por teléfono a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo.				
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto (roto o dañado) en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo				
4. Si en un lugar, alguien se me adelanta y lo atienden primero que a mí, yo no digo nada.				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no necesito, me es difícil decirle que no.				
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado				
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la pedí, llamo al mesero y le digo que me la cambie.				
8. A veces no sé qué decir a personas del sexo opuesto				
9. Muchas veces quiero decir algo bonito a alguien, pero no sé cómo hacerlo.				
10. A veces prefiero no decir lo que pienso.				
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería				
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta porque habla en voz alta, me da pena pedirle que baje la voz.				
13. Cuando un amigo dice algo, y yo no estoy de acuerdo mejor me quedo callado (a) a decir lo que pienso.				
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla				
15. Hay algunas de mis cosas que no me gusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo decirles que no				
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir la feria correcta				
17. Me cuesta mucho decirle algo bonito a alguien que me gusta.				

18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, soy el primero en hablarle				
19. Es difícil para mí expresar mis sentimientos a los demás				
20. Si tuviera que buscar trabajo, yo elegiría escribir cartas de presentación en lugar de una entrevista personal.				
21. Soy incapaz de pedir descuentos cuando voy a comprar algo.				
22. Cuando alguien de la familia me molesta, oculto mi molestia antes que expresar mi enfado.				
23. No se cómo terminar la conversación con un amigo que habla mucho				
24. Si ya no quiero juntarme con alguien, me cuesta mucho comunicarle mi decisión				
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo				
26. Me cuesta mucho pedir a un amigo que me haga un favor				
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita				
28. Me incomoda cuando alguien me dice que le gusta cómo me veo.				
29. Me cuesta expresar mi opinión, cuando estoy en grupo				
30. Cuando alguien se mete en una fila, hago como si no me diera cuenta				
31. Me cuesta expresar mi enojo hacia los demás, aunque tenga motivos justificados.				
32. Muchas veces prefiero no decir nada para evitar problemas con otras personas.				
33. A veces no sé cómo decir que no a alguien que me busca muchas veces.				
TOTAL				

Fuente: directa

5.18 Mapa de clasificación de peticiones

Peticiones honestas	Peticiones deshonestas

Fuente: directa

VI. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Menor Rodríguez M, Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Santana Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur. 2017 ; 15(1):71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es.
- ² Negrete TJ. La intervención educativa. Un campo emergente en México. Revista de Educación y Desarrollo. 20210; 13: 35-43. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/13/013_Negrete.pdf
- ³ Salazar Silva ML. La intervención educativa: una mirada hacia la práctica docente transformadora. Ciudad de México: UPN, 2022.
- ⁴ Secretaría de Educación Pública. Avance del contenido para el libro del docente. Primer grado. [Material en proceso de edición]. 2022. Págs. 64-82; 23 y 24. Disponible en: https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2022/12/C3_1-Sugerencias-Metodologicas-proyectos.pdf
- ⁵ SEP. Estrategia en el aula. Prevención de adicciones. Guía para Docentes. Primera edición. México, 2023. Disponible en: https://estrategiaenelaula.sep.gob.mx/storage/recursos/2023/04/xSeNdoG78A-Guia_docentes_170423.pdf
- ⁶ SEP. Estrategia en el aula. Prevención de adicciones. Orientaciones para madres, padres y familias. Primera edición. México, 2023. Disponible en: https://estrategiaenelaula.sep.gob.mx/storage/recursos/Guias/WE31fNb0p-ORIENTACIONES_MADRES%20PADRES%20FAMILIAS_VF.pdf
- ⁷ Gobierno de México. Campos formativos [página web]. Disponible en: <https://conocetuslibros.sep.gob.mx/campos>
- ⁸ SEP. Estrategia Nacional Vida Saludable. Proyecto comunitario. https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2025/02/Proyecto-comunitario-v07-170225_v2.pdf
- ⁹ SEP. Programa de Estudio para la Educación Primaria: Programa Sintético de la Fase 5. Disponible en: https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2024/06/Programa_Sintetico_Fase_5.pdf
- ¹⁰ SNTE. Nueva familia de libros de texto METODOLOGÍAS. Disponible en: <https://cdnsnte1.s3.us-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2022/10/27011907/Libros-de-Texto-Metodologias-Sociocritica-261022-.pdf>
- ¹¹ Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Prevención de las adicciones. Revisión del conocimiento disponible sobre efectividad de las intervenciones. Euskadi, 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_gabia/es_def/adjuntos/ES_Pr evencion-Adicciones-Definitiva.pdf

-
- ¹² Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf
- ¹³ Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P, Fuente-Martín A y Gómez-Martínez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med. interna Méx.* 2018; 34(2): 264-277. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008&lng=es
- ¹⁴ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2024. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412493S.pdf
- ¹⁵ Becoña E. Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz. En García del Castillo & López – Sánchez (Eds.). *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias*. 2012. Madrid: Síntesis.
- ¹⁶ Espada, J. *Conductas adictivas en adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis. 2015
- ¹⁷ Méndez F, Olivares J y Ros M. Entrenamiento en habilidades sociales. En Olivares, J. & Méndez, F. (Eds.). *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2005, Madrid: Biblioteca Nueva.
- ¹⁸ UNICEF. Convención sobre los derechos de los niños. Disponible en: https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-11/CDN_version_ninos.pdf
- ¹⁹ Morales BN, Plazas M, Sánchez R y Arena CA. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19: 673-683. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421968003.pdf>
- ²⁰ Barreto P, Pérez M, Roa M, López A y Rubiano G. Consumo de sustancias psi-coactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*. 2015; 2(1): 31 – 50. Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/128/124>
- ²¹ Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia; Santafé de Bogotá; 1993.
- ²² OMS. La epidemia de tabaquismo Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación Científica No. 577. Washington, DC, 2000. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2814/La%20Epidemia%20del%20Tabaquismo.pdf?sequence=1>
- ²³ Vargas Pineda Diana R. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. *Rev. Salud Pública*. 2001;3(1):74-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000100006&lng=en
- ²⁴ Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Santafé de Bogotá; 1997.
- ²⁵ Chinchilla T y Durán MP. Efectos fetales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo. *Med. leg. Costa Rica*. 2019; 36(2): 68-75. Disponible en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200068&lng=en.

²⁶ OMS. Día Mundial sin Tabaco 2019: No dejes que el tabaco te quite la respiración. [página web]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths>

²⁷ Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. España: Masson; 1995.

²⁸ SEP. Estrategia en el aula: prevención de adicciones guía para docentes. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964368/Guia_docentes CSP 2024_271224 WEB.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964368/Guia_docentes_CSP_2024_271224_WEB.pdf)

²⁹ OPS. Uso de sustancias. [página web]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>

³⁰ Bravo JM y Vega JO. Adicción a los estupefacientes y su incidencia en las relaciones interpersonales en estudiantes de bachillerato técnico de la U.E. Albertina Rivas Medina. *Revista EDUCARE - UPEL-IPB - Segunda Nueva Etapa 2.0*. 2020; 26(3):147–171. Disponible en. <https://doi.org/10.46498/reduipb.v26i3.1730>

³¹ Liberadict. El proceso de la adicción. Disponible en: <https://centroadiccionessevilla.es/etapas-del-proceso-adictivo/>

³² OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf

³³ Abuso de Sustancias y la Dependencia de Sustancias Químicas

³⁴ Chesa Vela D, Elías Abadías M, Fernández Vidal E, Izquierdo Munuera E, Sitjas Carvacho M. El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004;89:93-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100007&lng=es.

³⁵ ISEP. Adicciones y recaídas: síndrome de la recaída. Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/adicciones-y-recaidas-sindrome-de-la-recaida/>

³⁶ UNAM. Fases del proceso adictivo. [página web]. Disponible en: <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/UAPA/Prevenci%C3%B3n%20de%20Conductas%20Adictivas/UAPA%206/HTML-v2-/>

³⁷ Merrell K y Gimpel G. Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment. 2014. New York, Estados Unidos: Psychology Press. Disponible en <https://www.scrip.org/journal/paperinformation?paperid=79405>

³⁸ Caballo VE. El entrenamiento en habilidades sociales. En V.E. Caballo (Ed.), *Terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno. 1991. Disponible en: <https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/manual-de-evaluacion-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-vicente-e-caballo.pdf>

-
- ³⁹ Sánchez G. Habilidades sociales. comunicación, interacción personal y resolución pacífica de conflictos (presentación ppt). 2024; 1-83. Disponible https://www.s22learning.com/wp-content/uploads/2024/05/MODULO_4_HHSS_comunicacion_interaccion_personal_y_resolucion_pacifica_de_conflictos.pdf
- ⁴⁰ Dávila R. Programa de actividades lúdicas para desarrollar habilidades sociales. Revista Hacedor. 2018; 2(1): 77-87. Recuperado de: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/HACEDOR/article/view/979/839>
- ⁴¹ Calua Cueva M, Delgado Hernández Y, López Regalado O. Comunicación asertiva en el contexto educativo: revisión sistemática. Revista Boletín REDIPE. 2021;10(4): 315-334. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7917878>
- ⁴² Lesmes, A. K., Barrientos, E. J., & Cordero, M. C. (2020). Comunicación asertiva ¿estrategia de competitividad empresarial? Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería. 2020; 8(1): 147–153. Disponible en <https://revistas.udes.edu.co/aibi/article/view/1657/1847>
- ⁴³ Riso, Walter. Entrenamiento asertivo. Medellín: Rayuela. 1988
- ⁴⁴ Naranjo Pereira, M L. Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación. 2008; 8(1): 1-27. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/447/44780111.pdf>
- ⁴⁵ Galassi JP, DeLo JS, Galassi MD y Bastien S. The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. Behavior Therapy. 1974; 5(2): 165–171. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789474801310?via%3Dihub>
- ⁴⁶ Caballo V. Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. Psicología Conductual. 1993; 1(1): 73–99. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Vicente-Caballo/publication/259528322_Relaciones_entre_diversas_medidas_conductuales_y_de_autoinforme_de_las_habilidades_sociales/links/00b7d52c608dbd4a20000000/Relaciones-entre-diversas-medidas-conductuales-y-de-autoinforme-de-las-habilidades-sociales.pdf
- ⁴⁷ PsicoAbreu disponible en <https://www.psicologos-malaga.com/aprender-a-decir-no-una-valiosa-habilidad-social/>
- ⁴⁸ Franco N. Área humana. Investigación, innovación y experiencia en psicología. Aprender a decir no. Una valiosa habilidad social. Saber expresar tus convicciones de un modo natural sin generar malestar. Disponible en <https://www.areahumana.es/aprender-a-decir-no/>
- ⁴⁹ Escámez J y Gil R. La educación en la responsabilidad. Barcelona: Paidós. 2001. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/323144062_La_educacion_en_la_responsabilidad
- ⁵⁰ González MM y Padilla, ML. Conocimiento social y desarrollo moral en los años preescolares, en: Palacio J, Marchesi A y Coll C. (Comp.): Desarrollo psicológico y educación, I, Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza Psicología. 1992
- ⁵¹ Piaget, Jean. O juízo moral na criança. São Paulo: Summus. 1994. Disponible en <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a03.pdf>

-
- ⁵² Universidad Europea. Habilidades sociales en los niños: ¿cómo fomentarlas?, Actualizado el 27 de Marzo de 2025 disponible en <https://universidadeuropea.com/blog/habilidades-sociales-ninos/>
- ⁵³ Vergara-Moncada, R. Gestión del Conocimiento y las Tecnologías de Información y Comunicación para fortalecer la enseñanza en la Facultad de Ciencias Contables en Universidad Pública Peruana. Digital Publisher CEIT. 2023; 9(1): 5 – 14. Disponible en https://www.593dp.com/index.php/593_Digital_Publisher/article/view/2120/1818
- ⁵⁴ Flórez A, y Prado M. Habilidades sociales para la vida: empatía, relaciones interpersonales y comunicación asertiva en adolescentes escolarizados. Revista Investigium IRE Ciencias Sociales Y Humanas. 2021; 12(2):13-26. Disponible en <https://investigiumire.unicesmag.edu.co/index.php/ire/article/view/356/394>
- ⁵⁵ Rodríguez E, Moya M, y Rodríguez, M. Importancia de la empatía docente-estudiante como estrategia para el desarrollo académico. Dom. Cien. 2020;6(2):23-50. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7467931>
- ⁵⁶ Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Erikson. Rev Lasallista Investig. 2005;2(2):50-63. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- ⁵⁷ Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. Microtráfico y comercialización de sustancias psicoactivas en pequeñas cantidades en contextos urbanos [internet]. Atlas Cali. 2016. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CR142015-microtrafico-sustancia-psicoactivas-pequenas-cantidades-bogota.pdf>
- ⁵⁸ Hilos de colores. La importancia de los amigos y las relaciones sociales en la primera infancia. Disponible en <https://www.jardininfantilhilosdeclores.com/la-importancia-de-los-amigos-y-las-relaciones-sociales-en-la-primer-infancia#:~:text=La%20interacci%C3%B3n%20social%20en%20los,papel%20importante%20para%20el%20desarrollo>
- ⁵⁹ UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [internet]. 2006. p. 44. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- ⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Mental. Manual de participación juvenil: trabajando con jóvenes. Una guía para la participación juvenil en la toma de decisiones. 2.ª ed. Washington, DC: Canadian Mental Health Association; 2003. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41505/trabajarjoven.pdf?sequence=1>
- ⁶¹ Arrieta A y Chaverri P. Componentes del autocontrol. Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. 2019; 22(2): 1005-1023. Disponible en <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/70147>
- ⁶² Bronfenbrenner, U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Sage. 2005. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/2004-22011-000>
- ⁶³ Chaverri Chaves P. León González S. Revista Innovaciones Educativas. Promoviendo la capacidad de autocontrol en niñas y niños: conceptos y estrategias en contexto. Innovaciones

Educativas. 2022;24(37):119-132. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=760079754010>

⁶⁴ Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. L. Delay of gratification in children. *Science*, 1989; 244: 933- 938. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/1989-39650-001>

⁶⁵ Tangney, J., Baumeister, R. & Boone, A. L. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*. 2004; 72(2): 271-324. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15016066/>

⁶⁶ Mischel, W. El test de la golosina. Debate Editorial, 2015. Disponible en <https://tinyurl.com/33kk2jwp>

⁶⁷ Monjaras, C. Programa para promover el autocontrol en alumnos de segundo grado de primaria; Tesis de Licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional, 2013. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rie/v24n37/2215-4132-rie-24-37-119.pdf>

⁶⁸ Moffitt, T., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., & Caspi, A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2011, 108 (7). Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3041102/>

⁶⁹ Robbins, P., & Aydede, M. The Cambridge handbook of situated cognition. Cambridge University Press, 2009. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/2009-00004-000>