

SE-ALTATIC

Cuaderno 1: UTILIDAD DEL MANUAL



Cuaderno 1. UTILIDAD DEL MANUAL SE-ALTATIC

Índice

1.1. ¿Qué es SE-ALTATIC?	3
1.1.1. ¿Por qué este manual de promoción del bienestar emocional y la prevención de adicciones en Educación Primaria?	3
1.1.2. ¿A quién se dirige?	6
1.1.3. ¿Qué componentes trabaja SE-ALTATIC?	7
1.1.4. Objetivos de SE-ALTATIC	7
1.1.5. ¿Cómo se trabaja?	8
1.1.6. ¿Qué se necesita?	10
1.1.7. Con las familias	10
1.1.8. Perspectiva de género	12
1.2. Recomendaciones para la implementación de SE-ALTATIC	14
1.2.1. Una metodología para la preadolescencia	14
1.2.2. La información en su justa medida (qué no hacer en prevención de adicciones)	16
1.2.3. Recomendaciones para enseñar habilidades para la vida en clase	19
1.2.4. El papel del profesorado	20
1.3. La promoción del bienestar emocional y la prevención de las adicciones en el centro educativo	24
1.4. Marco teórico	25
1.4.1. Características de la preadolescencia y posibilidades educativas para la promoción del bienestar emocional y la prevención de adicciones	25
1.4.2. La evidencia sobre los programas de prevención de las adicciones en el ámbito escolar	29
1.4.3. Factores que influyen en el inicio de las adicciones	35
1.4.4. Educación para la salud en la escuela y prevención de adicciones	43
1.4.5. Habilidades para la vida, bienestar emocional y prevención de adicciones	46
1.4.6. Ocio y tiempo libre como hábitos saludables	54
1.5. Marco normativo	55

1.1. ¿Qué es SE-ALTATIC?

Es un programa universal para desarrollar conjuntamente la promoción de la salud emocional y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y el uso problemáticos de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Facilita al profesorado de 5º y 6º de Educación Primaria, la tarea educativa de desarrollar estos temas en clase, al poder incluir los saberes básicos y la metodología propuesta en las asignaturas propias del currículo escolar y, por tanto, en el Proyecto Educativo del Centro escolar y en las Programaciones de Aula. A la vez que se entrena al alumnado en habilidades para la vida, se trabajan conocimientos, actitudes, creencias y estereotipos sobre bebidas alcohólicas y tabaco, y uso de las nuevas tecnologías, para reducir la posibilidad de iniciar su uso en edades tempranas.

El presente material educativo es la tercera actualización y revisión de la obra: "Prevención del consumo de Tabaco y Alcohol en Tercer Ciclo de Educación Primaria", cuyo manual se presenta editado en varios formatos: libro en papel y online (www.e-drogas.es y www.murciasalud.es/tabaquismo).

Se han actualizado los contenidos de los cuadernos sobre:

- Las drogas legales alcohol, tabaco y vapeador. Se han incluido las bebidas energéticas.
- Se ha revisado el programa, incluyendo un enfoque dirigido a la promoción del bienestar emocional de los menores (íntimamente ligado a los estilos de vida como protección de la salud física y mental).
- Se amplía el abanico de componentes con la inteligencia emocional, que se suma a las destrezas incluidas como la toma de decisiones, el fortalecimiento de la autoestima y las habilidades sociales y ocio saludable.
- También se proponen actuaciones encaminadas a la prevención del uso problemático de las TIC (con el móvil o internet), así mismo, muy relacionadas con otras conductas problema como el acoso o la inatención en clase.

1.1.1. ¿Por qué este manual de promoción del bienestar emocional y la prevención de adicciones en Educación Primaria?

En los últimos tiempos, la evidencia sobre la influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud, ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar su entrenamiento en los programas escolares. La Organización Mundial de la Salud ha incluido el **bienestar emocional** en la definición de salud, como un estado en el que las personas son conscientes de sus propias aptitudes, pueden afrontar las presiones normales de la vida y trabajar de forma productiva.

El concepto de inteligencia emocional nace en el año 1990 (Salovey & Mayer, 1990) y, desde entonces, han sido numerosos los modelos teóricos y estudios empíricos al respecto. La investigación sobre la inteligencia emocional ha recogido aportaciones de varias áreas de la

psicología facilitando otra perspectiva del estudio de las emociones, hasta el punto de ligar la salud mental a la salud general, describiendo los vínculos entre la salud física y la mental como bidireccionales; de la misma forma que una mala salud física incide negativamente en la salud mental, el bienestar emocional protege la salud física y mejora los resultados en salud general.

Las emociones son consideradas como mecanismos adaptativos, necesarias para la supervivencia ya que informan del medio en el que se encuentran las personas y las situaciones que se viven, sus consecuencias, su importancia y la relación de la persona con ellas. La inteligencia emocional se puede definir como la habilidad para recoger toda la información sobre nuestras emociones y las de los demás, y utilizar esa información para facilitar la adaptación social y emocional. Por tanto, las emociones y los procesos cognitivos, son necesarios para la adaptación al medio: la capacidad de procesar e incorporar la información es necesaria para la regulación emocional y, a la par, las emociones pueden acelerar, facilitar o bloquear estos procesos cognitivos.

Muchos especialistas proponen que se realice un entrenamiento desde el colegio, sin esperar a que cada persona descubra, o no, su inteligencia emocional, pues muchas personas no llegan nunca a desarrollar estas habilidades, lo que las pone en aprietos en su adaptación, su rendimiento y su bienestar.

Mayer y Salovey (1997) definen la inteligencia emocional como “la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la capacidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual”.

Según señala el Ministerio de Sanidad, diversas investigaciones han concluido lo siguiente (<https://bemocion.sanidad.gob.es/emocionEstres/emociones/manejoEmocional/inteligenciaEmocional/home.htm>):

- Alumnado y trabajadores con mayor éxito académico o profesional, poseen mejores niveles de competencias socio-emocionales.
- Ciertos estados emocionales negativos, como la depresión, están asociados a bajos rendimientos académicos y profesionales.
- La aplicación de programas para el desarrollo de estas competencias incrementa el proceso de aprendizaje, favorece la integración social, previene el absentismo laboral, el abandono escolar, la violencia o el acoso.
- La inteligencia emocional ayuda a compensar una menor inteligencia cognitiva.
- El entrenamiento en inteligencia emocional, no sólo ayuda a manejar mejor las emociones y mejorar la capacidad de negociación sino que ayuda a que el otro negociador se sienta mejor con el resultado, con independencia de éste.

El estrés es algo bastante habitual en la vida cotidiana, que puede abocar a conductas adictivas como el consumo de tabaco y alcohol y también cambios en los hábitos saludables como la falta de ejercicio físico o cambios en los hábitos alimenticios. El entrenamiento de

la inteligencia emocional reduce y modula los efectos del estrés y aumenta el rendimiento, la salud y el bienestar de las personas. Para ello, se proponen habilidades para mejorar el estilo de vida y aprender a manejar las emociones y el estrés en función de las necesidades. Dirigir los cambios en el estilo de vida para que sea más saludable, mejora el bienestar emocional.

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas en nuestra sociedad y constituyen uno de los mayores problemas sociales y de salud. La evidencia señala que, cuanto antes se inicia una persona en el consumo de una droga, mayor es la probabilidad de que esta desarrolle problemas por la continuidad de su consumo, de ahí la importancia de intervenir en edades tempranas. Y, aunque en los últimos años se ha aumentado la edad en la que se inician los menores de edad en los consumos, sigue siendo temprana, en la adolescencia. Además, existe un escalonamiento en el consumo hacia las drogas ilegales que comienza por el consumo de las drogas legales (tabaco, alcohol, etc.), es la hipótesis de “la escalada”.

Así mismo, se ha detectado un adelanto en la edad de inicio de uso de las TIC; muchos de nuestros menores disponen de teléfonos móviles desde los 11 años, siendo este tema de gran interés en la prevención pues se pretende facilitar al profesorado un material educativo estructurado y de largo alcance, y de una formación que les dote de herramientas para prevenir las adicciones en las edades previas al inicio, que obtendrá un beneficio de salud en el alumnado y reducirá los factores de riesgo cuando se expongan a ellos en años posteriores. Prevenir significa actuar antes de que se produzca el problema o, al menos, disminuir la incidencia y gravedad de los problemas asociados al uso/consumo de alcohol, el tabaco y adicciones sin sustancia tóxica (nuevas tecnologías). La necesidad de trabajar la prevención de adicciones del alumnado en 5º y 6º de primaria, se basa en que:

- Esta edad posibilita una actuación temprana en el inicio del consumo de tabaco, alcohol y del uso inadecuado de las TIC.
- Este material educativo permite una intervención específica, estructurada, adaptada a las características del alumnado y a sus recursos intelectuales. Sus características psicológicas y emocionales permiten afianzar la incorporación de la salud a su sistema de valores y facilitan el establecimiento de hábitos incompatibles con el inicio de adicciones.

El tipo de drogas que trataremos serán fundamentalmente el alcohol y el tabaco. Estas drogas son legales y socialmente aceptadas, por tanto, asumidas por nuestra cultura de manera normal y natural, lo que da facilidad para adquirirlas, incluso a los menores de edad. Existe una baja oposición social a su consumo, ampliamente integrados en series y películas, además, en el caso del alcohol, se emite publicidad de bebidas de baja graduación, asociándolo a valores positivos; motivos todos ellos por los que son estas las drogas de inicio en el consumo de los menores y el primer eslabón hacia el consumo de otras drogas ilegales posteriormente.

Respecto al impacto de **las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)**, especialmente en niños/as y adolescentes, es un desafío que las neurociencias están abordando. La tecnología suele ser buena para los procesos cognitivos de los niños y las niñas siempre que la usen con buen juicio; el problema es que, el buen juicio y el autocontrol en la infancia se encuentran entre las habilidades en desarrollo, por lo que, son los adultos quienes deben ejercerlos cuando estos usos se transforman en excesivos. Es conveniente preguntarse: ¿qué sucede con el estímulo de habilidades sociales como la empatía, la compasión y la inteligencia emocional en menores (y en adultos también) cuando la mayor parte de las interacciones se dan de manera virtual, en detrimento de la comunicación cara a cara?

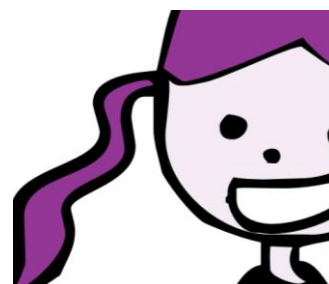
A diferencia de otras revoluciones tecnológicas, la referida a la “tecnología social” implica nunca estar solos y nunca estar aburridos. La socióloga Sherry Turkle del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), describe esto como “la intolerancia a la soledad”. Lo que implica estar desatentos a las personas que están al alrededor para mantener una conexión con el mundo virtual. Turkle considera que esto reduce la oportunidad de aprender a mantener conversaciones, a poder tener un momento de introspección sin un artefacto electrónico y sin que eso genere ansiedad, de tal forma que, esta tecnología que nos ofrece la posibilidad de no aburrirnos nunca, puede hacernos menos tolerantes a establecer relaciones duraderas.

Este manual tiene como meta convertirse en un instrumento útil y didáctico para la promoción del bienestar emocional y la prevención de las adicciones al tabaco, al alcohol y al uso problemático de las TIC, a través del entrenamiento del alumnado en habilidades personales, inteligencia emocional, resolución de problemas, ocio saludable, etc. para contrarrestar, de algún modo, las influencias sociales hacia estas tendencias, y facilitar esta tarea al profesorado.

La finalidad de los esfuerzos preventivos dirigidos a los niños y las niñas ha de ser el de minimizar los efectos de las adicciones y sus consecuencias, así como, al igual que con las adicciones a drogas, retrasar su edad de inicio.

1.1.2. ¿A quién se dirige?

- A niñas y niños de entre 10 y 12 años aproximadamente, que cursan 5º y 6º de Educación Primaria.
- Al profesorado de 5º y 6º de Educación Primaria.
- Al centro educativo que sea referencia de salud.



- El centro educativo puede hacer partícipe a las familias del alumnado del desarrollo de las actividades preventivas planificadas para sus hijos e hijas y la conveniencia de formación en parentalidad positiva.



Es conveniente facilitar a los padres y madres pautas educativas sobre los contenidos que se van a trabajar: promoción de la salud emocional y la prevención del consumo de las drogas legales (tabaco y alcohol) y del uso problemático de las TIC. Para ello, es recomendable invitar a madres y padres a realizar el *Curso online “Prevenir desde pequeños” sito en el portal web www.e-drogas.es que la Consejería de Salud ofrece como complemento, con acceso desde los siguientes enlaces:

<http://www.e-drogas.es/edrogas/formacion/curso/listado.jsf>

<https://www.formacarm.es/moodle/login/index.php>

1.1.3. ¿Qué componentes trabaja SE-ALTATIC?

- Inteligencia emocional.
- Habilidades sociales.
- Cognitivo.
- Autoimagen y superación.
- Toma de decisiones.
- Ocio y tiempo libre.
- Tolerancia y cooperación.

1.1.4. Objetivos de SE-ALTATIC

Con la puesta a disposición del profesorado de 5º y 6º de Educación Primaria de una herramienta práctica y eficaz para la tarea educativa de la mejora del bienestar emocional y la prevención de adicciones en el ámbito escolar, y facilitando la participación de las madres y los padres en la promoción de la salud emocional y la prevención de las adicciones de sus hijos e hijas, se espera lograr los siguientes objetivos.

Objetivos generales

- Dotar al alumnado de unas habilidades básicas para el desarrollo de la salud emocional y para enfrentarse de manera responsable a las adicciones.
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y uso problemático de TIC, así como los riesgos para la salud asociados.

Objetivos específicos

- Aumentar los conocimientos del alumnado sobre las ventajas del bienestar emocional y las consecuencias de las conductas adictivas.
- Incrementar la percepción de riesgo sobre las adicciones (alcohol, tabaco y TIC).
- Mejorar la resistencia a la presión del grupo de iguales hacia el consumo de alcohol, tabaco y uso problemático de TIC.

Al desarrollar algunos aspectos de las emociones, podrán tomar conciencia de factores que influyen en el bienestar propio y de los compañeros.

A través del entrenamiento en habilidades para la vida, se dotará al alumnado de hábitos saludables, también para resolver positivamente situaciones usuales de inicio en el consumo de alcohol y tabaco y uso inadecuado de TIC.

Para incrementar la percepción de riesgo sobre las adicciones, se trabaja en clase facilitando una información útil, precisa y adaptada al alumnado sobre aspectos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco y el uso problemático de Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Para apoyar la intervención escolar de prevención de adicciones del alumnado, el profesorado podrá ofrecer a madres y padres información sobre el programa SE-ALTATIC, así como la posibilidad de realizar formación online a través del portal www.e-drogas.es

1.1.5. ¿Cómo se trabaja?

Las Actividades (Cuaderno 5) **se desarrollan en el aula por el personal docente, como parte de las diferentes Áreas de aprendizaje del Tercer Ciclo de Primaria:** Lengua Castellana y Literatura, Matemáticas, Ciencias de la Naturaleza, Ciencias Sociales, Educación Física, Música y Danza, Educación Plástica y Visual, Religión Católica, Profundización Educativa (5º) y Educación en Valores Cívicos y Éticos (6º).

El profesorado **puede seleccionar, de entre un total de 31 Actividades**, aquellas que quieren llevar a cabo de manera transversal en cada uno de los cursos de 5º y 6º de Primaria. La evidencia científica en el ámbito educativo, recomienda el desarrollo de un mínimo de 5/6 actividades en cada curso escolar para que perdure el efecto preventivo.

La Consejería de Educación, junto con la Consejería de Salud, facilita información al profesorado del centro escolar. Para las familias se recomienda que desde el centro educativo (equipo directivo, AMPA, el propio profesorado) pueda informarse a padres y madres del curso online “Prevenir desde pequeños”, y que existe formación presencial por localidades a través de los Planes de Prevención de Adicciones de los Ayuntamientos de la Región (escuelas de padres municipales).

En el Cuaderno 5. ACTIVIDADES EN EL AULA, se recogen los 5 Bloques Temáticos:

BLOQUES	CONTENIDOS
Bloque I:	COGNICIÓN: bienestar emocional, alcohol y bebidas energéticas, vaper y tabaco, y TIC.
Bloque II:	TOMA DE DECISIONES RESPONSABLE: solución de problemas y análisis de publicidad.
Bloque III:	RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE GRUPO: asertividad, habilidades sociales y resistencia a la presión del grupo de amistades.
Bloque IV:	INTELIGENCIA EMOCIONAL: autoestima, autoconcepto, reconocer emociones y resiliencia.
Bloque V:	OCIO SALUDABLE: habilidades para promover formas de ocio saludable.

En el Cuaderno 5, se facilitan cinco cuadros con todas las de Actividades por Bloques, que contienen: el nombre de la actividad, las asignaturas en las que se puede impartir (áreas de aplicación), el contenido que trabaja cada actividad, la recomendación para incluir en 5º o en 6º de Primaria (aspecto importante a decidir por el claustro de docentes para no repetir actividades en ambos cursos) y, finalmente, la página en la que se puede encontrar el desarrollo de cada Actividad. Dentro de las Actividades, en la primera parte de cada bloque temático se resumen los objetivos, saberes básicos y las actividades de desarrollo de los mismos.

En dicho Cuaderno 5, Las actividades se muestran en formato de ficha y contienen:

- Una **“Hoja para el profesorado”**, con varias partes explicativas de la actividad para el alumnado y también, en algunas actividades, contenidos para que el profesorado pueda profundizar más la materia.
- En la mayoría de las actividades hay una **“Hoja para el alumnado”** para ser fotocopiada y entregada en clase, bien a cada alumno o alumna, bien a los grupos que se formen y, a veces, visualizar en pantallas digitales o en pizarra, para trabajarlos en clase.

1.1.6. ¿Qué se necesita?

Este programa manualizado consta de cinco Cuadernos. Para su aplicación se precisa contar con las instrucciones del “Cuaderno 5: ACTIVIDADES EN EL AULA”, y que el profesorado lo incluya la selección de actividades en el Proyecto Educativo de Centro y en la Programación de Aula.

Los **materiales** incluidos para las actividades se pueden fotocopiar o visualizar en pantallas digitales para trabajarlos en la clase.

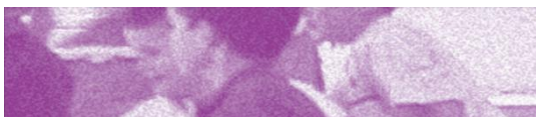
1.1.7. Con las familias

Educar a los hijos e hijas es una de las tareas más difíciles con que se enfrentan los padres y madres. Y, aunque no existan fórmulas mágicas, sí hay algunas cuestiones clave que tienen que manejarse con soltura. Por ello, **cuando se tengan las sesiones de tutoría con cada padre y/o madre del alumnado**, es el momento idóneo para ayudarles a reflexionar sobre la importancia de formarse para educar a sus hijos e hijas, adelantándose a la adolescencia. La educación que se le dé, ayudará a que crezca feliz.

Para facilitar la participación de las madres y los padres en la promoción de la salud emocional y la prevención escolar de las adicciones, se les ofrecerá información sobre el **curso online “Prevenir desde pequeños”** y se les aconsejará que lo realicen, indicándoles la forma de acceder, a través del portal www.e-drogas.es, desde la plataforma form@carm <http://www.e-drogas.es/edrogas/formacion/curso/listado.jsf>

Es un curso gratuito que ofrece la Consejería de Salud, de autoformación, no tutorizado en formato *moodle*, en el que aprenden interactuando con los materiales didácticos, vídeos y ejemplos prácticos. Se realizan tres ediciones anuales, por lo que cada una está abierta cuatro meses. En el caso de no poder finalizar el curso en una determinada edición, podrá inscribirse en la siguiente.

Seguro que algunos padres y madres pensarán que sus hijos e hijas son muy pequeños para poder tener problemas con el consumo de alcohol u otras drogas, con las pantallas o problemas de salud mental. Sin embargo, es el momento idóneo, antes de llegar a la adolescencia, para que las madres y los padres adquieran habilidades educativas relacionadas con el bienestar emocional, la prevención de adicciones y el buen uso de las TIC de sus hijos e hijas.



Ideas clave que se pueden transmitir a padres y madres:

- Son modelos que los hijos e hijas imitan (también en el consumo de alcohol o tabaco y en hábitos saludables).
- Transmiten valores sociales positivos.
- Favorecen la autonomía como un paso previo a la responsabilidad.
- Establecen normas adecuadas a la edad de los y las menores, que armonizan la convivencia familiar.
- Son promotores de formas saludables de ocio.

Formarse para desarrollarlas, permitirá que madres y padres se puedan anticipar a la aparición de los problemas que puedan surgir en la adolescencia, al crear un clima favorable en la familia.

Consultando la *Guía de apoyo al Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) 2024* [file:///C:/Users/cpo00e/Downloads/Programa%20de%20atenci%C3%B3n%20al%20ni%C3%B1o%20y%20al%20adolescente%20\(PANA\).pdf](file:///C:/Users/cpo00e/Downloads/Programa%20de%20atenci%C3%B3n%20al%20ni%C3%B1o%20y%20al%20adolescente%20(PANA).pdf) a las familias se les puede ofrecer algunas **recomendaciones:**

- ✓ Adoptar en la familia el modo de vida que se desea transmitir a la prole.
- ✓ Favorecer el incremento gradual de la autonomía y responsabilidad de los hijos e hijas.
- ✓ Potenciar esta autonomía elogiándole y reconociendo sus conductas y logros positivos.
- ✓ Ser realistas cuando se propongan o negocien las normas familiares.
- ✓ Tener definidos los límites y las consecuencias de su incumplimiento.
- ✓ Reducir las críticas, reprimendas, comentarios u otros mensajes que sean degradantes o que rebajen la dignidad de los niños y niñas.
- ✓ Demostrar interés por sus actividades académicas para resaltar lo importantes que son.
- ✓ Respetar su intimidad.
- ✓ Aprovechar el interés por su cuerpo para fomentar la responsabilidad sobre su salud.
- ✓ Y sobre todo, dedicarle tiempo a los hijos e hijas.

Si alguno de ellos expresa dificultades educativas, se le puede ayudar mediante orientación en tutoría en el centro educativo, y también puede consultar a su pediatra o enfermera pediátrica de su centro de salud. Se les puede orientar en la tarea de acompañar en el crecimiento a sus hijos e hijas, para que puedan sobrellevar las situaciones conflictivas normales propias del desarrollo y aprendan a diferenciarlas de aquellas que puedan implicar un verdadero riesgo para la salud de los y las menores.

1.1.8. Perspectiva de género

La Organización de Naciones Unidas (ONU) contempla en el objetivo cinco de desarrollo sostenible (ODS) en materia de igualdad de género, lograr la igualdad entre géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas (*Orientaciones para el empleo de un lenguaje inclusivo en cuanto al género en español*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/guidelines.shtml>).

Según la Estrategia Nacional sobre Drogas y otras Adicciones 2017-2024, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, es necesario incorporar desde una perspectiva de género “las necesidades específicas de las mujeres en todos los programas de prevención y atención” de las adicciones (https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf).

El Plan Regional sobre Adicciones 2021-2026, de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, tiene como segundo principio rector la perspectiva de género, siguiendo la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de las mujeres y hombres (art.20) la cual refiere específicamente la importancia de integrar el principio de igualdad en la salud (<http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/pr2021-26.jsf>).

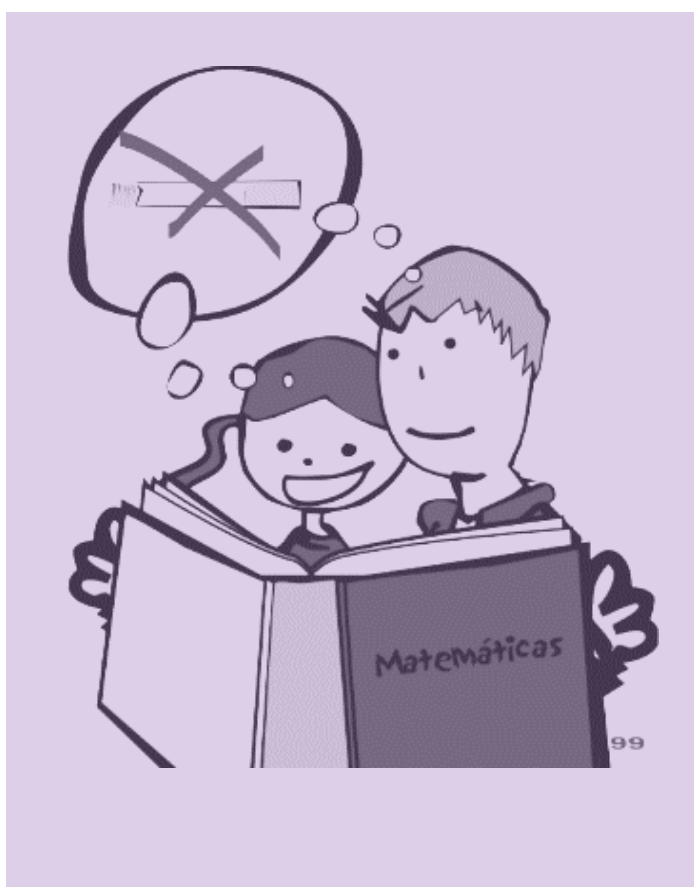
En el *Protocolo de inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones*, del Ministerio de Sanidad (Pacheco-Arellano S.E. y Rementeira-Roces o. 2021), se destaca la importancia de integrar el lenguaje de género en cada proyecto a realizar (https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Protocolo_Inclusion_Genero_Preencion_Adicciones.pdf).

Co-educar es educar en igualdad de oportunidades, respetando y valorando las diferencias. Dentro del ámbito escolar, en general, los materiales didácticos son importantes transmisores de los estereotipos vigentes en la sociedad, acerca de los roles sexuales diferenciados y discriminatorios para las mujeres (Sánchez-Vico, 2021, *¿Cómo revisar los libros de texto con perspectiva de Género? Coeducación. Plan de Igualdad de Centro*. IES Al-Baytar. <https://www.coeducandoenred.com/forum/iii-trimestre-1/como-revisar-los-libros-de-texto-con-perspectiva-de-genero>).

Este manual está elaborado con la vocación de apoyar la necesidad de intervenir pedagógicamente para eliminar estereotipos sexistas que perjudican el desarrollo, lo que contribuye, entre otras cosas, a prevenir la violencia de género y posibilitar sociedades más equitativas.

En este sentido, a lo largo de los cuadernos de este programa, se atenderá y promoverá la integración de las recomendaciones hechas en el ámbito internacional, nacional y regional en materia de género e igualdad.

A lo largo de los cuadernos del Programa SE-ALTATIC se ha utilizado un lenguaje inclusivo (aunque en la redacción esto pueda presentar ciertas limitaciones). Unas veces se ha empleado la alternancia en el uso de los dos géneros y otras el epiceno, con la intención de promover la representación de la realidad vigente en materia de género. Además, se ha cuidado que los ejemplos, que se sitúen en la explicación de un texto, sean igualmente atractivos para las niñas que para los niños, evitando expresiones que perpetúan estereotipos de género. Finalmente, los contenidos también reflejan efectos específicos diferenciados en varones y mujeres.



1.2. Recomendaciones para la implementación de SE-ALTATIC

1.2.1. Una metodología para la preadolescencia

En el informe realizado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (en adelante IUHPE) sobre la “Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud” se expone que: **Los efectos de la información son escasos**, salvo que vayan acompañados de cambios personales y del entorno que por sí mismos influyan en las experiencias de las personas. Se creía que informar a la población (p. ej., sobre el tabaco, alcohol y otras sustancias, advertir sobre las nuevas tecnologías, etc.) contribuiría a un cambio de actitud y conducta, pero esto no es realmente así. La influencia que tiene la experiencia personal es mucho mayor que cualquier información suministrada. Dicha información compite con una barrera de experiencias de la vida real que promueven un mensaje diferente.

Los programas dirigidos a menores deben utilizar métodos interactivos, como grupos de discusión entre iguales, que complementen y enriquezcan la didáctica tradicional.

Basándonos en diferentes estudios realizados para evaluar los programas de prevención de adicciones en el **ámbito escolar**, se propone tener en cuenta las siguientes conclusiones:

- Los programas de prevención en adicciones interactivos consiguen resultados significativamente superiores a los no interactivos.
- La diferencia entre interactivo y no interactivo está en el método utilizado para llevar a cabo el programa, es decir, lo que se denomina *proceso de grupo*, en donde es más
- importante el proceso o metodología de desarrollo que el contenido del programa en sí.
- La técnica didáctica *proceso de grupo interactivo*, se define como aquella que se utiliza para **estimular la participación activa** de todos los estudiantes mediante la discusión, tormenta de ideas o la práctica de nuevos conocimientos.

La evidencia de la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud **en la familia** indica que deberán incluir las siguientes características básicas:

- Centradas en el desarrollo de habilidades educativas y de gestión familiar de padres y madres.
- Mejorar los vínculos entre progenitores e hijos/as, y las relaciones familiares.
- Mejorar la comunicación: escucha activa y reducción de las críticas.
- Aumento/mejora de la supervisión de la conducta de los hijos/as: sus relaciones sociales, amistades, rendimiento y relaciones escolares y cómo emplea el tiempo libre.
- Mejora de las habilidades de crianza de los padres y las madres:

- Normas y límites de lo que es o no aceptable en la familia.
- Expectativas respecto al consumo de drogas.
- Usar métodos de disciplina positiva: contingente, coherente, consistente, proporcional y sin castigos físicos.
- Modelado adecuado de conductas, especialmente con relación al uso de drogas.

Para apoyar a las familias, se ha organizado una formación online específica para padres y madres, el curso “Prevenir desde pequeños”, para reforzar todas las herramientas de las que queremos dotarlos, y ayudar a las familias en la educación sobre la prevención de adicciones de sus hijos e hijas.

La educación que se imparte en los centros de enseñanza sobre el tabaco, el alcohol, las drogas ilícitas y las nuevas tecnologías debería estar integrada en el concepto de “Escuela Promotora de Salud”. Este concepto brinda oportunidades e impone requisitos de compromiso con el suministro de un entorno social y físico seguro que potencie la salud de aquellos que trabajan y aprenden en el centro de enseñanza, junto con relaciones eficaces con la familia y la comunidad. Por ello, la implicación de todos en equipo, profesorado y familia, es fundamental para potenciar los factores de protección en el menor, como responsables y eslabones de esta cadena educativa.

Orientaciones metodológicas: La escuela debería proporcionar aquellos conocimientos y habilidades que permita a niños/as (y más tarde a los adolescentes) enfrentar adecuadamente cualquier problema de salud. Las orientaciones metodológicas fundamentalmente serían:

- Ofrecer información sobre los efectos nocivos de cualquier droga, especialmente el tabaco y el alcohol.
- Ofrecer información sobre el mal uso de las nuevas tecnologías, a nivel comportamental, fisiológico, psicológico y social, así como enseñarles los beneficios de su buen uso.
- Estimular y favorecer una actitud crítica frente a las presiones del grupo de amistades y de la publicidad.
- Ayudar a descubrir las capacidades personales, es decir, entrenar la inteligencia emocional, aumentar la autoestima, etc., para evitar las actitudes autoagresivas que pueden aparecer en la adolescencia.
- Educar en el respeto a un medio ambiente limpio, a través de nuestra propia actitud y comportamiento en el centro, (por ejemplo respetando la normativa sobre el consumo de tabaco en centros escolares).

Los centros de enseñanza tienen como tarea impartir conocimientos básicos sobre lectura, escritura, matemáticas, lengua etc., y enseñarlos al alumnado, a la vez que prepararlos para una vida autónoma y responsable. Además, la escuela enseña habilidades, valores y normas

sociales necesarias para convivir en sociedad. Entre estos valores se encuentra “la importancia de la salud”; pero en torno a este tema de educación para la salud en la escuela, también existen otras influencias externas provenientes de la familia, los medios de comunicación, la presiones del grupo de amistades, etc.

Las intervenciones escolares en la promoción de salud, suelen ser eficaces porque transmiten conocimientos a la vez que **desarrollan habilidades y facilitan la toma de decisiones**. En el informe de The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) esta evidencia dice que las intervenciones son más eficaces si:

- Prioritariamente se orientan a resultados cognitivos y sociales sumados a un cambio de conducta.
- Los programas son de gran alcance y globales.
- La intervención es duradera, abarca varios años y guarda relación con cambios en el desarrollo social y cognitivos del alumnado.
- Facilitan la capacitación del profesorado (le ofrecen formación y recursos pedagógicos) para desarrollar los programas preventivos.

1.2.2. La información en su justa medida (qué no hacer en prevención de adicciones)



La difusión de información relativa a los efectos y consecuencias del consumo de drogas, veraz y exenta de exageraciones, sobre sus características y los problemas que éstas pueden suponer para la salud, adaptada a la edad y conocimientos del destinatario/a, lejos de favorecer su consumo (como ha quedado demostrado en diversos estudios), puede constituir un importante

elemento de prevención, pero nunca aislada de más elementos y contenidos.

La información sobre las drogas y otras adicciones, debe ser utilizada como punto de partida para el análisis y la reflexión sobre las adicciones y los riesgos asociados, en una edad en la que la mayoría de las niñas y los niños todavía no han quedado expuestos a éstos.

Cuando se trabaja con un grupo de estudiantes y se quiere incidir en la prevención de adicciones, se suele recurrir a dar información sin más, lo cual no es muy eficaz; por lo que antes de dar este paso, queremos facilitarle alguna información para lograr una intervención más productiva sobre qué no hacer, por ser inocuo o contra preventivo, y qué sí se puede hacer, por haber sido identificado por la evidencia científica como eficaz.

QUÉ NO HACER:

- Dar **sesiones informativas**, tipo “clases magistrales o conferencias”, dirigidas solamente a advertir sobre las drogas y sus consecuencias y el uso inadecuado de las nuevas tecnologías. No es la falta de información lo que hace que los menores consuman drogas. La neuropsicología nos explica por qué dar información no disuade a los jóvenes del consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos. Informar no es suficiente: los y las menores son propensos a explorar y esto supone un riesgo en una etapa en la que se carece de experiencia, ya que la capacidad de formar juicios maduros necesita tiempo para desarrollarse; por tanto, la estrategia cognitiva-informativa de, simplemente, dar información no hace que sean menos impulsivos y que piensen más a largo plazo en su futuro.
- Informar **atermorizando** sobre las drogas y las nuevas tecnologías, transmitiendo miedo o **exagerando** las consecuencias (recordemos que a los y las menores les gusta explorar lo prohibido y su concepto de riesgo es diferente al del adulto). Comprobarán pronto la falsedad de la exageración transmitida y generalizan que el resto de información dada no es cierta.
- Realizar **intervenciones puntuales** o aisladas, tipo “charla”; sin continuidad en otras áreas y/o en otros cursos. La evidencia indica que se precisa un mínimo 5 ó 6 horas para que perdure en el alumnado, por lo que las intervenciones más breves, aisladas, no tienen influencia en los destinatarios.
- Programas centrados en trabajar solamente algún **elemento parcial** del funcionamiento psicosocial del alumnado (los que los tratan globalmente son más efectivos).
- Tratar drogas o **situaciones que no son cercanas a la realidad o edad del alumnado**, como mostrar drogas o incluir a ex-toxicómanos, aumenta la curiosidad, idealiza al consumidor y perpetúa la creencia de que el consumo es lo normal (todos consumen), actuando de forma contra-preventiva e incluso iatrogénica (‘las tácticas de choque y la excitación pueden resultar inspiradoras para quienes sienten atracción por el riesgo, el peligro y las nuevas sensaciones’).

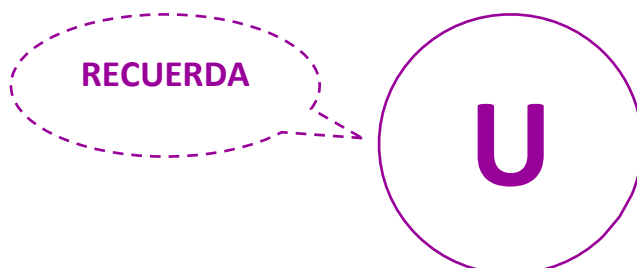
Fuentes: Adaptación del informe *Posicionamiento de la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (EUSPR) sobre enfoques ineficaces y potencialmente perjudiciales en la prevención del uso de sustancias*, 2020. Pentz et al., 1989; Hasen y Graham, 1992; Sloboda, 1997; Tobler, 1992; Tobler, 1997; Belcher y Shinitzky, 1998.

QUÉ HACER:

- Dar información sobre adicciones y nuevas tecnologías, siempre que:
 - **La información_acompañe** a otros componentes del funcionamiento psicosocial del alumnado, como habilidades sociales, etc. En prevención de adicciones la información es útil pero no suficiente.
 - Esté **adaptada a la edad y a las necesidades** del alumnado, lo cual implica conocer lo que saben sobre el alcohol, el tabaco y las nuevas tecnologías, las actitudes hacia ellas y el inicio en consumos/uso (preguntar, hablar con el alumnado, conocer sus opiniones y actitudes al respecto).
 - Sea **veraz y realista**.
 - Orientada a **corregir los mitos y creencias erróneas** sociales (efectos, consecuencias, beneficios, etc.).
 - Esté centrada en aquellas **consecuencias inmediatas**, cercanas al alumnado.
- Fomentar y entrenar en **habilidades sociales** para mejorar sus relaciones entre iguales, facilitando respuestas asertivas a la **presión de grupo** (resistencia), y el entrenamiento en inteligencia emocional como protección.
- Utilización de **métodos didácticos interactivos** (en los que participa el alumnado en grupos para la creación de los nuevos conceptos), ya que al trabajar la información entre iguales con participación personal, se consigue que adquieran los contenidos y los puedan utilizar en su día a día.
- Proponer actividades agradables para realizar en tiempo libre. Enseñar a disfrutar de las múltiples **ofertas de ocio**.
- Fomentar el **compromiso de los progenitores** en la educación preventiva de sus hijos e hijas.
- Mantener **fidelidad a los manuales** de prevención (dando el profesorado los contenidos de los manuales y no “otras cosas”).

Fuentes: Swisher & Hoffman, 1975; Dorm & Thompson, 1976; Schaps et al., 1981; Tobler, 1986; Sloboda, 1997. Adaptación del *Posicionamiento de la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (EUSPR) sobre enfoques ineficaces y potencialmente perjudiciales en la prevención del uso de sustancias*. Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (European Society for Prevention Research – EUSPR, 2020). http://euspr.org/wp-content/uploads/2019/10/Position-paper-EUSPR-long-version_ES.pdf

1.2.3. Recomendaciones para enseñar habilidades para la vida en clase



- Poner al alumnado en semicírculo, favorece la visibilidad de todas y todos entre sí, distribuir el mobiliario de los alumnos en clase en forma de 'U' ayuda a la participación.
- Iniciar las representaciones en clase (role playing) con alumnas o alumnos que sean modelos/líderes imitados, que sepáis que van a desenvolverse asertivamente (para que también en prevención los imiten).
- Que las representaciones (role playing) lleguen a buen término. No permitir que una alumna o un alumno fracasen en el desarrollo de la misma. El profesorado puede irrumpir en la representación y dar sencillas instrucciones al alumno/a que lo precise, apoyando su desenvolvimiento, para evitar su fracaso.
- Utilizar tonos de voz que inspiren firmeza, más bien altos, pero que no se confundan con agresividad o enfado.
- No hablar rápido, sino pausadamente y con buena entonación.
- Dar sensación de estar tranquilos y seguros de lo que decís.
- No forzar a algún alumno o alumna a hablar.
- No permitir ridiculizar una idea o un sentimiento, ni tampoco frivolar con el esfuerzo realizado por las alumnas y los alumnos que llevan a cabo las representaciones.
- Es importante agradecer la participación a cada alumna y alumno que haya practicado la habilidad.
- Finalizar aplaudiendo a los implicados por su colaboración, siempre es agradable y el grupo lo agradece.

1.2.4. El papel del profesorado

Todos nos encontramos inmersos en una sociedad que considera el consumo de alcohol y tabaco como normal, por ello solemos participar de ideas preestablecidas que se han convertido en estereotipos que a veces nos impiden actuar de manera preventiva.

Frases como “todos los adolescentes beben”, “los jóvenes son los que más bebe”, “con 10 años es pronto para hablarles del alcohol”, “es normal que los menores beban/fumen, tampoco pasa nada”, “lo mejor es decirles que aprendan a beber”, “con el alcohol/tabaco, no hay nada que podamos hacer”... serían ejemplos de estos “pre-juicios” de los que participamos por vivir en nuestra sociedad.

<i>Todos los adolescentes beben</i>	<p>En la encuesta ESTUDES 2021, con respecto a las bebidas alcohólicas, en 2021:</p> <p>La Región de Murcia es la Comunidad Autónoma con menor prevalencia de consumo de alcohol de España entre estudiantes de 14 a 18 años, en las tres modalidades de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días).</p> <p>No hizo ‘botellón’ en el último mes el 80,6 % de estudiantes. No se emborrachó en el último mes el 73,8 % de alumnado de 14 a 18 años (en gran medida, menores de edad). No hizo ‘binge drinking’ (consumo intensivo o en atracón) el 80,9 % en el último mes. No ha fumado tabaco en el último mes el 76,8 % de escolares. No ha consumido cánnabis el 82,6 % en los últimos 12 meses.</p>
<i>Los jóvenes son los que más beben</i>	<p>Adolescentes que beben a lo largo del año 69,9%.</p> <p>Adultos que beben a lo largo del año 92,5%.</p> <p>Los adultos somos ejemplos a imitar... también en el consumo de alcohol y otras drogas.</p>
<i>Con 10 años es pronto para hablarles del alcohol</i>	<p>Pero 14,1 años, es la edad de inicio en el tabaco (ESTUDES 2021) 14 años, la de iniciarse en beber alcohol casi todas las semanas (ESTUDES 2021). Anticiparse es prevenir. No lleguemos tarde.</p>
<i>Es normal que los menores beban, tampoco pasa nada</i>	<p>Los efectos del consumo de alcohol y otras drogas en el cuerpo de los y las menores de edad, que todavía está en crecimiento, son más perjudiciales que en adultos.</p> <p>Tiene efectos en el neurodesarrollo, que pueden ser permanentes.</p> <p>Además, se corre el riesgo de que aprendan a resolver sus problemas cotidianos o las inseguridades utilizando como muleta el alcohol, el tabaco, ...</p> <p>En menores, el consumo cero de alcohol y tabaco es lo normal.</p>
<i>No hay nada que podamos hacer</i>	<p>¿Seguro? Se suele opinar que el problema es de otros..., que los especialistas lo resuelvan..., el problema es de orden público,... Mirar para otro lado siempre da resultado y descarga conciencias.</p> <p>No consiste en ocupar el lugar de otros profesionales y hacer su trabajo, sino de recuperar el papel propio con responsabilidad, en los roles sociales que habitualmente desempeñamos..., y el papel del profesorado es relevante en la prevención.</p> <p>A los menores la Ley los protege frente al consumo de drogas y de la ludopatía. Al alcohol y tabaco, a los juegos online de apuestas o presenciales, etc., no deben tener acceso los menores de 18 años.</p>

Con el apoyo de la evidencia, podemos desprendernos de estos prejuicios, y aplicar las recomendaciones que proponen, haciendo más efectiva la prevención (Encuesta a estudiantes de 14 a 18 años en España, ESTUDES y Encuesta a población española de 15ª 65 años, EDADES, del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT).

Interiorizar un cambio del imaginario social vinculado al consumo de alcohol y tabaco es conveniente a la hora de actuar como modelos ante el alumnado, y emplear las herramientas de que disponemos.

Se pretende que el consumo de alcohol y tabaco de los menores de edad, sea cero. Porque en menores, ningún consumo de alcohol y tabaco, es lo normal.

La investigación ha puesto de manifiesto que las conductas del repertorio de habilidades para la vida se pueden aprender, fortalecer, debilitar o favorecer mediante la imitación. Actuar con agresividad, ayudar a otros, comportarse de manera independiente, planificar los estudios, hablar de determinada forma, ser emocionalmente maduro, comportarse en sociedad, demostrar dependencia, ser reservado, etc., son ejemplos de ello.

Incluimos este apartado porque el profesional docente, de forma natural, tiene un importante instrumento a su disposición, su propio liderazgo ante sus alumnas y alumnos. Este atributo le capacita ante el alumnado para ejercer una función de modelado y le compromete ante sus alumnas y alumnos con su propio comportamiento. Es evidente que el modelado constituye una herramienta valiosa en la enseñanza de nuevas conductas.

El modelado, definido como el aprendizaje del comportamiento por imitación de otra persona, para que sea eficaz, debe ser potenciado, haciendo que se den un conjunto de circunstancias, unas propias del modelo, otras de la situación y otras del adiestrado. Podemos señalar como **potenciadores de la imitación** los siguientes:

- En cuanto a las características del modelo, el aprendizaje será más efectivo cuando la persona a imitar aparezca como muy cualificada y con experiencia, con un estatus importante, con control sobre las recompensas que desea el/la escolar, del mismo sexo, edad y clase social, simpática/o y amable y que reciba recompensas por lo que haga.
- En cuanto a las características de la situación, será más efectivo el modelamiento cuando las conductas a imitar se presenten con claridad y precisión, gradualmente de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones, con los menores detalles innecesarios posibles, empleando más de un solo modelo.
- Sobre el adiestrado, debe saber que tiene que imitar al modelo, tener simpatía hacia éste o que le guste y ser recompensada/o por realizar lo que se espera de ella o de él.

El profesional de la educación tiene a su alcance la posibilidad de fomentar algunos factores de protección frente a las adicciones, incluso sin utilizar técnicas específicas. Se pueden fortalecer factores de protección mediante: favorecer la autoestima del alumnado, potenciar la tolerancia a la frustración, facilitar la aceptación de normas, enseñarles a tomar decisiones y favorecer la autonomía.

Algunos ejemplos de cómo desarrollarlo en clase de forma natural:

Favorecer una buena AUTOESTIMA:

- Demostrando afecto y aceptación al escolar. Teniendo en clase un clima cálido y participativo.
- Prestándole atención, aprobando y reforzando el trabajo bien hecho y el comportamiento adaptado (sin comparar unos/as alumnos/as con otros/as...).
- Transmitiéndoles una valoración positiva y reconociendo sus capacidades individuales, sin descalificativos, juicios negativos y comparaciones.
- Reconociendo los éxitos de las alumnas y los alumnos, aunque sean pequeños (a nivel individual).
- Reconociendo no sólo el resultado académico, sino el esfuerzo y otras capacidades que tienen que ver con actitudes, comportamientos, etc.
- Evaluando a la niña y al niño según su edad y características.
- Ayudándoles a asumir sus fracasos y enseñándoles que de los errores también se aprende.
- Mostrando interés por sus inquietudes, aficiones y gustos.
- Favorecer la responsabilidad mostrando confianza en sus capacidades y habilidades.
- Dándoles responsabilidades y tareas, hasta donde sean capaces de realizarlas.
- Haciendo elogios que sean ajustados a la realidad y no ambiguos.
- Reforzándoles en las situaciones en que se expresen públicamente.

Para potenciar la TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN:

- Haciéndoles ver que ante un fracaso suele haber posibilidad de rectificar y, en todo caso, señalando la importancia de analizar las causas del fracaso para prevenir futuros errores.
- Haciendo que, en las ocasiones en que sea pertinente, no sientan como propios los fracasos, sino que obedecen a un conjunto de causas ajenas a ellos mismos.
- Deshaciendo el mito del "súper-niño/a": nadie es perfecta o perfecto.
- Asumiendo el profesional docente sus errores con una actitud positiva y honesta ante sus alumnas y alumnos.
- Enseñarles que, a veces, es necesario fracasar para mejorar.
- Explicándoles que las cosas no se pueden conseguir inmediatamente.
- Haciendo respetar las normas y los acuerdos, sin ceder ante sus "enfados".
- Evitar hacer públicos los malos resultados que obtengan (las notas).

- Enseñándoles a aceptar las críticas desde el mismo inicio de su escolarización, evitando la observada tendencia a valorar toda tarea positivamente (a veces inmerecidamente) durante los primeros cursos y más severamente (a veces también inmerecidamente) en los cursos superiores.

Para facilitar la ACEPTACIÓN DE NORMAS:

- Ofrecer consignas y normas claras y sencillas.
- Mantenerse firme (pero no rígido) en el cumplimiento de normas y acuerdos, sin ceder ante presiones arbitrarias y caprichosas.
- Hacer participar al alumnado en la elaboración de las normas de disciplina del grupo, haciéndoles entender que éstas son necesarias y positivas para todos.

Para enseñar a TOMAR DECISIONES:

- Incrementar poco a poco el número de ocasiones en que tienen que tomar decisiones.
- Asignarles tareas en el grupo, de tal forma que tomen decisiones que no sólo le afecten a él, sino a todo el grupo.
- Participar en un grupo en el que las compañeras y los compañeros no les permitan ser indiferentes.

Para favorecer la AUTONOMÍA:

- Encargándoles tareas individuales de su exclusiva responsabilidad.
- No dirigiendo su trabajo, sí supervisándolo.
- Asignarles tareas y responsabilidades personales en el trabajo en grupo.
- Recompensando sus comportamientos autónomos.
- Procurar aprendizajes activos y significativos, en los que el alumnado sea protagonista.

Por último, se recomienda:

- ✓ **Leer el manual completo** antes de empezar las actividades con el alumnado.
- ✓ Una vez decididas las actividades que se van a aplicar en clase (Cuaderno 5), cuando toque su implementación, es **conveniente repasar con antelación cada una de las seleccionadas**.
- ✓ **Tener la actividad a mano**, ayuda a seguirla lo más fielmente posible.
- ✓ Subrayar **palabras clave** que nos recuerden cómo intervenir, hará que nos sintamos seguros.

1.3. La promoción del bienestar emocional y la prevención de las adicciones en el centro educativo

La prevención escolar debe desarrollarse a través de acciones conjuntas y planificadas por todos los componentes de la comunidad educativa, como son profesorado, padres y madres, personal no docente, mediadores sociales, etc. Cuantos más elementos de la comunidad educativa estén implicados, más incidencia tendrá la prevención de adicciones sobre el alumnado tal como propone el Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.

La mejor manera de planificar un programa de promoción del bienestar emocional y la prevención de adicciones, es elaborando un proyecto preventivo enmarcado dentro de la planificación educativa del mismo centro escolar, es decir dentro **Proyecto Educativo de Centro (PEC)**. Es recomendable que los proyectos preventivos se basen en un programa que cuente con un manual con instrucciones lo más explícitas posibles y, preferentemente, que el programa de actividades a desarrollar cuente con una evaluación de proceso y resultados positiva para el alumnado. El PEC es un conjunto coherente de declaraciones destinadas a dirigir un proceso de intervención educativa. En él se refleja el contexto social que rodea al Centro, los Principios de identidad, los Objetivos a conseguir y la Organización para llevar a cabo lo anteriormente expuesto. El PEC es un documento que ayuda a establecer prioridades, que se concretan en la **Programación General Anual (PGA)**.

Ambos documentos pueden recoger las necesidades, objetivos y metodología de la actividad docente en relación con la Educación para la Salud (**Programa de Educación para la Salud**); y es en esas prioridades donde deberá incluirse un proyecto educativo de promoción del bienestar emocional y prevención de adicciones para el centro educativo. Se deben seguir las premisas establecidas en el **Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia**, entre las que se recoge que estos programas estén integrados en el PEC y la PGA, que sean aprobados por el Consejo Escolar, con implicación de un porcentaje de docentes, que se realicen las actividades de manera transversal e impartidas por los docentes.

Las razones que garantizan el éxito de un proyecto educativo de promoción de la salud emocional y la prevención de adicciones, son:

- ✓ La acción llega a todo el alumnado. También a los que presentan el problema o a aquellos susceptibles de tenerlo.
- ✓ La acción es participativa; no recae en unos pocos sino en toda la comunidad escolar; en ella cada miembro conoce su tarea a realizar.
- ✓ La acción programada y ordenada produce mejores resultados que una intervención esporádica y externa.
- ✓ La acción integrada en el PEC garantiza la continuidad respecto a la movilidad del profesorado y una actuación coherente con los mismos objetivos a cumplir por todos.

1.4. Marco teórico

1.4.1. Características de la preadolescencia y posibilidades educativas para la promoción del bienestar emocional y la prevención de adicciones

Posibilidades educativas. La preadolescencia es un periodo clave en la formación de la personalidad. Estamos casi en la última etapa en la que aún es fácil para los adultos establecer una relación profunda y cercana con la niña y el niño, ya que posteriormente esta relación se hace más difícil por las características propias de la adolescencia. Salvando las diferencias individuales, podemos describir un conjunto de rasgos que son comunes a esta edad.

Las niñas y los niños de 10 a 12 años presentan diferencias madurativas. Antes de los 6 años, interpretan el mundo con una perspectiva subjetiva, sin diferenciar claramente los hechos psicológicos de los físicos (percepción de la naturaleza de forma humana, adaptada a sus necesidades e intereses). El carácter finalista del pensamiento infantil, el animismo, el egocentrismo, etc., van superándose por la confrontación con la realidad observada y explorada. De aquella edad mágica, se llega a una edad más tranquila, con mayor lógica y coherencia; se pasa de la inteligencia práctica al uso de la razón. Según Piaget evolucionan, de la etapa de operaciones concretas, para introducirse, al final de esta etapa, en el **pensamiento formal** con operaciones abstractas.

Su carácter va alcanzando un considerable grado de equilibrio, con rasgos definidos hacia la afirmación de su personalidad, su curiosidad y sociabilidad.

La **curiosidad** irrefrenable, propia del preadolescente, va a facilitar nuestro trabajo preventivo. La niña y el niño se preguntan el porqué de cada cosa. Todavía les cuestan las abstracciones; les interesan las ideas nuevas, pero ligadas a cosas conocidas o a ponerlas en práctica. Por eso es necesario hablarles en un lenguaje concreto, empleando imágenes y comparaciones claras, con ejemplos de cosas que sean conocidas para ellas y ellos.

Es una edad estupenda para **fomentar aficiones**. Las que más les suelen gustar, están relacionadas con la actividad física. Sin embargo la curiosidad les lleva a construirse espacios físicos en los que poder observar de manera “científica” a animales o plantas, a planificar casas, etc. Entre las aficiones a desarrollar en esta etapa tenemos la lectura, ya que les interesan los cuentos, relatos y biografías sencillas.

En lo que respecta a la **función de modelado de los adultos**, es de destacar cómo nos observan y estudian atentamente, analizando tanto el lenguaje verbal como gestual de los que les rodean y elaborando sus propias conclusiones sobre nosotros. Conforme van

objetivando la realidad, ven a los adultos con otros ojos: con menor admiración y más sentido crítico; es de ahí de donde quizás surge un exceso de suspicacia al encontrar defectos, discutir, insultar, alzar la voz o contestar de forma maleducada. Suelen exigir, al profesorado, capacidad de liderazgo, autoridad, justicia y comprensión. Esperan de los adultos seguridad, coherencia y madurez. Cuando no entienden las normas, son excesivas o innecesarias, se vuelven negativas para su educación, ya que si bien la niña y el niño de 10-12 años procuran decir la verdad, pueden acostumbrarse a mentir para protegerse. Esta etapa es importante para arraigar el valor de la verdad mediante la educación que impartan sus maestros y maestras apoyándoles, evitando tratar al alumnado con excesiva severidad, de esta forma facilitarán que sean sinceros.

A través de las interacciones sociales que se viven en la escuela, entre otras, adquieren **sistemas de valores y creencias**, además de conocimientos; los sistemas de valores y creencias que van construyendo, constituyen la base de las actitudes y los comportamientos futuros. Entre ellos se transmiten los relacionados con la salud, con el cuidado personal, con estilos saludables de vida, de ocio, etc.

En cuanto a su **vida emocional**, presenta contrastes bruscos, ya que sus estados de ánimo suelen ser cambiantes, pasando del enfado a la risa; suelen tener buen humor, aunque puede convertirse en mal humor en cualquier momento, si bien éste no les dura mucho. Ya dominan el lenguaje y sorprenden a los adultos con su desenvoltura e ingenio. Como buscan protagonismo, suelen demandar atención en clase, lo que puede ocasionar que pasen de lo ocurrente y simpático a lo inoportuno e incorrecto. Aún les falta desarrollar el sentido de la medida y todavía no comprenden el alcance de las cosas que hacen o dicen, por ejemplo, si un profesor bromea con una o un estudiante, es fácil que acabe faltando al respeto, no con mala intención, sino por inmadurez.

El desarrollo del **pensamiento moral** también va evolucionando, pasando del igualitarismo absoluto al relativismo moral, mucho más adaptado a las necesidades de cada situación. La madurez que se alcanza en esta área al terminar esta etapa, hace posibles actitudes y comportamientos participativos, en los que aparece el respeto recíproco y la tolerancia.

En el plano de las **relaciones sociales**, al preadolescente no le suele gustar estar aislado, a veces lo demuestra interrumpiendo y molestando en el trabajo de clase.

La evolución en cuanto a género presenta particularidades, siendo distinta en chicas y chicos. Las niñas de 10 a 12 años ya suelen mostrar interés por los niños, mientras que a ellos aún no les importa demasiado el sexo femenino (las tildan de cursis, tontas o aburridas); suelen jugar en el recreo en grupos separados por sexos. A la vez, el grupo es de gran importancia hasta el punto de perder un poco su propia identidad dentro de él, pudiendo, con frecuencia, plegarse a la decisión colectiva. Todas estas características, marcan la entrada en la adolescencia.



La **falta de experiencia** les hace no tener miedo a casi nada, ni a la velocidad, ni al riesgo físico y, por tanto, no se hacen cargo del peligro en general. Según han mostrado las neurociencias, rasgos de manifestación temprana como son las dificultades para mantener el control cognitivo, afectivo y conductual, conducen tanto al inicio temprano del uso de sustancias, como a una rápida posible escalada en el uso problemático.

Su **aspecto físico** empieza a importarle a medida que va siendo consciente de sí mismo y de los que le rodean. Tiene en cuenta lo que se lleva y es raro que vaya contra corriente de las amistades que tenga. Comienza a coordinar colores y a preocuparse por su imagen.

En cuanto al **trabajo escolar**, conforme avanza la escolarización, al llegar a la preadolescencia se pierde la resistencia a trabajar. Ya saben cuáles son sus obligaciones y las cumplen en general con gusto, a veces por propia iniciativa, y la mayoría de las veces cuando se lo recuerdan, ya que, al tener un carácter impulsivo y carecer todavía de la capacidad para planificar el trabajo internamente, precisan de apoyos externos que los sitúen, por ejemplo, por parte de madres y padres o el profesorado.

Se sienten especialmente contentos cuando obtienen reconocimiento de su trabajo. Son muy sensibles al éxito escolar y pueden agobiarse ante la acumulación de deberes para una sola tarde, para el fin de semana o ante un examen.

En esta edad, el colegio les puede exigir bastante y está dispuesto a responder, en la medida de sus posibilidades.

En general, les suele gustar que sus maestros y maestras les enseñen. Los admiran cuando son enérgicos, cuando saben comunicar sus conocimientos, cuando destacan o tienen sentido del humor, etc., manteniendo la autoridad en el aula. El grupo de clase no suele estar contra el profesorado, ya que tienen tendencia a admirarlos si presentan buenas cualidades.

La ingenua franqueza y la espontaneidad que muestran en el colegio, facilita su cercanía al docente, por lo que bastará escucharles para conocer las cosas que van bien y las que les desagradan. Manifestarán su apoyo a cualquier acción positiva o rechazarán y protestarán de inmediato, cuando sientan que vulneran sus derechos (por ejemplo que un profesor continúe con sus explicaciones cuando ya ha empezado el recreo). Esta espontaneidad y sinceridad, junto con su necesidad de comunicación, va a facilitar al escucharles con interés,

que cuenten todo lo que llevan en su interior, lo que permitirá conocerlos y orientarlos adecuadamente. Todas las actitudes de la preadolescencia, encierran un gran potencial de realización que pueden ser mal encauzadas en un contexto desordenado, un colegio poco atento o un ambiente desfavorable. El profesorado debe estar atento para que estas cualidades no se pierdan al no ejercitarlas con buena dirección.

Sobre el **bienestar emocional**, el alumnado de 5º y 6º de Primaria se encuentra en un momento evolutivo idóneo para el desarrollo de todas aquellas destrezas que conllevan la interacción social. Es interesante intensificar el aprendizaje de técnicas que estimulen la capacidad para tomar decisiones de corte prosocial y en favor de la salud. De esta manera, el profesorado enriquece los criterios que el alumnado consolida a la hora de elegir sus conductas, llenando también de contenidos cognitivos y argumentales sólidos su posición personal ante el grupo de iguales.



Aunque a los 10-12 años, evolutivamente hablando, se esté bien equipado para ser capaz de relacionarse con los semejantes, resulta necesario trabajar esta capacidad para que dichas relaciones se establezcan de la manera más adecuada posible. Por tanto, se debe hacer hincapié en cómo las habilidades de interacción se vinculan con valores como el respeto y la ayuda, así como la capacidad de empatía para comprender al resto de personas.

Por ello, es fundamental trabajar con este alumnado la expresión emocional entre iguales, habilidades de asertividad y el manejo de la presión de grupo; así como, la adquisición de hábitos saludables, especialmente en el empleo del tiempo libre, traducido en conductas gratificantes y adecuadas para el mantenimiento de la salud. Es en estas edades cuando se pasa de tener como principal motivación, actuar con un interés exclusivo para satisfacer sus propias necesidades, a preocuparse de las necesidades de los que le rodean.

Son evidentes los cambios que está sufriendo nuestra sociedad, con la globalización, el desarrollo del conocimiento, el desarrollo de la comunicación a través de las nuevas tecnologías. Lógicamente, este ritmo vertiginoso ha debilitado el rol tradicional que la familia y la comunidad han desarrollado en la educación de los menores; el de enseñarles a enfrentarse a la vida, a desenvolverse eficazmente en la sociedad que nos toca vivir que, de forma tradicional, se aprendía espontáneamente en las familias, iglesias, barrios, etc.

La sociedad delega responsabilidades cada vez más amplias en las escuelas. La enseñanza, hoy en día, abarca no sólo el desarrollo de las aptitudes académicas básicas, sino también cómo enfrentar un conjunto de problemas sociales y personales, que suelen presentarse ya en el aula y cristalizan sobre todo en la adolescencia, llenando de inquietud al profesorado.

Los educadores están adaptando la metodología a la nueva situación, haciendo sus clases más dinámicas y participativas, donde el alumnado puede aprender con mucha más motivación, interés y desarrollando su creatividad; los estudiantes deben creer que pueden ser capaces de alcanzar los objetivos fijados y el profesorado disponer de las habilidades necesarias para reconducir el proceso de aprendizaje ante las nuevas situaciones que se le plantean en el discurso cotidiano de su trabajo.

Desde esta perspectiva se propone un desplazamiento de la atención que se presta a las conductas desestructurantes que pueda manifestar el alumnado, hacia la valoración del desarrollo de sus capacidades. Se pretende que desarrollen habilidades para afrontar los posibles conflictos presentes y posteriores, para que puedan beneficiarse de la educación. Se consigue al facilitar el desarrollo de habilidades para la vida, como escuchar, respetar, expresarse libremente sin ofender, ponerse en el lugar del otro, entrenar para que puedan decidir de forma saludable en situaciones de presión grupal... Son eficaces para la prevención de problemas específicos como el consumo de drogas, la adicción a internet, el uso inadecuado del móvil, el acoso escolar, los embarazos adolescentes, la agresividad en el centro educativo... Se asientan en un enfoque de promoción de salud integral que, de forma indirecta, contribuye a que, en el ambiente de clase, se pueda prestar atención a las asignaturas y no a los conflictos del alumnado (Adaptación de los informes de UNICEF: Estado mundial de la infancia 2011 y Estado Mundial de la Infancia 2021, en los siguientes enlaces:

<https://www.unicef.org/costarica/media/711/file/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202011.pdf>

<https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>).

1.4.2. La evidencia sobre los programas de prevención de las adicciones en el ámbito escolar

Según **Naciones Unidas**, la educación sobre drogas consiste en la puesta en marcha de mecanismos apropiados para asegurar la formación de las personas y/o los grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud, ya sea en el ámbito individual o colectivo, con el objetivo explícito de reducir la demanda de drogas. En esencia, promueve la educación sobre los efectos adversos de las drogas para las personas y la sociedad, así como la adopción de estilos de vida saludables y la interiorización de normas de rechazo al uso de drogas (UNDCP, 2000).

Desde una perspectiva general, la educación sobre drogas constituye una de las grandes estrategias para la reducción de la demanda y la prevención del consumo y los problemas asociados. No debe confundirse con la información sobre drogas, si bien ésta es uno de sus componentes. Puede incluir una amplia variedad de componentes en función de los objetivos específicos que se definan en cada caso.

El consumo de drogas es un comportamiento funcional socialmente aprendido. Aparece como consecuencia de la interrelación cognitiva que se establece entre factores de carácter social (interpersonal) y de índole personal (intrapersonal), son los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que una persona se inicie en el consumo de drogas o desarrolle problemas relacionados. Dicho comportamiento se aprende y, por tanto, es susceptible de ser modificado.

La **teoría del aprendizaje social** propuesta por Bandura (1986), y redenominada más recientemente como teoría cognitiva social, es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro de la educación sobre drogas. Se trata de un modelo psicológico basado en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto a los aspectos del ambiente en que cada persona lleva a cabo la conducta. La teoría del aprendizaje social insiste en el concepto de autoeficacia, como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y el cambio de conductas. Se trata de una teoría comprensiva de la conducta humana que considera, a un tiempo, tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), como los procesos cognitivos y el contexto social en el que vive y se desarrolla cada persona (Becoña, 2003). La mayor parte de los modelos educativos desarrollados actualmente parten de este enfoque, utilizando las técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje social: Modelado, desarrollo de la autoeficacia, incremento de la motivación, retención y entrenamiento en habilidades sociales.

En este marco, Botvin (Botvin et al., 1990) desarrolló el modelo integrado general de la conducta de uso de drogas como base de un programa denominado **“Entrenamiento en habilidades para la vida”**, programa que se ha mostrado efectivo en el contexto de la educación sobre drogas. Se trata de uno de los modelos más comprehensivos desarrollados hasta hoy, dado que considera la influencia de componentes históricos, formativos, sociales y personales, en el desarrollo de las conductas relacionadas con las drogas. Es por ello que, en sus planteamientos dentro del contexto educativo, integra varias aproximaciones, como son: la mejora de las competencias personales, el desarrollo y modificación de expectativas cognitivas, el entrenamiento en habilidades de interpretación de las influencias sociales, el desarrollo de habilidades de resistencia a la presión social a consumir drogas y la clarificación, fortalecimiento e interiorización de aspectos normativos.

A lo largo de más de veinte años, un número importante de estudios experimentales controlados, revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis han evaluado la efectividad de los enfoques educativos basados en el entrenamiento y la mejora de las habilidades para la vida en el marco de la educación sobre drogas (Botvin et al., 1990; Botvin et al., 1995; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001; Sloboda & Bukoski, 2003; Stead & Angus, 2004; Sussman et al., 2004; Derzon et al., 2005; Flay & Collins, 2005; Gatins & White, 2006; Gandhi et al., 2007; Kulis et al., 2007; Lochman, Wells & Murria, 2007; Stead et al., 2007). Todas estas

investigaciones han demostrado de forma consistente que los programas interactivos, bien implementados, y multicomponentes que integran el entrenamiento en habilidades generales para la vida, el entrenamiento en competencias específicas de resistencia a la presión del consumo de drogas, junto a otros componentes de educación sobre drogas, son efectivos para conseguir:

- Una reducción, a corto plazo, de la prevalencia del consumo de drogas.
- Una reducción, a corto plazo, del uso de drogas entre quienes continúan consumiendo.
- El retraso de la edad de inicio del uso de drogas.
- Un cambio de actitudes en relación a las drogas y sus usos.
- El incremento de la percepción del riesgo relacionado con el uso de cada sustancia psicoactiva.
- Un incremento de la expectativa de no consumo en el futuro.
- Cambios positivos en la percepción normativa en relación al uso de drogas o normalización del consumo (es decir, pasar de “todos” consumen a “algunos” lo hacen).
- El desarrollo de una visión crítica en relación a las principales presiones que promueven el uso de drogas.

Un programa de educación para la prevención de adicciones, **deber ser un componente más de un PEC** que incorpore elementos clave de promoción y educación para la salud. Por ello, en su forma óptima de implementación, busca comprometer y hacer partícipe en la aplicación del mismo y de forma sostenible en el tiempo, a toda la comunidad escolar. En este marco, un programa de educación para la prevención de adicciones, constituye un conjunto coordinado de actividades y recursos destinados al alumnado y a sus familias. Suelen ser elementos característicos de un programa educativo: los contenidos curriculares, los materiales específicos para el profesorado y el alumnado, la formación sobre adicciones del profesorado u otros mediadores que vayan a implementar el programa, y la reorganización del PEC, estimulando la participación activa de toda la comunidad escolar.

Es en el PEC, donde se operativiza lo anterior. En él deben indicarse los valores que asume el centro educativo, junto a otros aspectos educativos (también en relación con la salud emocional o el consumo de drogas y otras adicciones). En ocasiones, uno de los valores que asumen es, de manera global, el de hábitos y estilos de vida saludable. De ahí la relevancia de que en dicho proyecto esté incluida la prevención de las adicciones de manera manifiesta. Además, cuando hay servicios municipales de prevención de adicciones que priorizan los programas preventivos, pueden ofrecer a los centros apoyo en la aplicación de estos programas (Becoña, E. Prevención escolar, 2022), en la misma línea que apunta el Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.

Las **intervenciones más efectivas para modificar consumos de alcohol, tabaco, cánnabis y otras drogas** parecen ser las que incluyen **entrenamiento en habilidades sociales** generales y **entrenamiento en el rechazo a la oferta de drogas** (Tobblers y Stratton, 1997), (Salvador,

T.; Silva, A.; Puerta, C. y otros 2011. Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), (COPOLAD, 2014. Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas). No existe evidencia de efectividad de programas que sólo se basan en la transmisión de información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas (Thomas, Perera et al., 2006) ni tampoco sobre aquellos que se centran exclusivamente en la dimensión afectiva (Faggiano et al., 2005).

Tabla 1: Resumen de las principales características de los programas efectivos:

En cuanto a la orientación del programa:	Dirigido a las influencias sociales: <ul style="list-style-type: none"> Presión socio-cultural directa. Norma social subjetiva: percepción subjetiva de la conducta y la actitud del entorno respecto al consumo.
Metodología:	<ul style="list-style-type: none"> Activa.
Principales contenidos:	<ul style="list-style-type: none"> Consecuencias negativas del consumo a corto plazo. Abordaje de la norma social subjetiva. Técnicas para resistir a la presión social.
Mediadores:	<ul style="list-style-type: none"> Profesorado. Participación de iguales.
Sesiones:	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación completa. Número mínimo (a partir de 4-5 sesiones). Sesiones de refuerzo una vez acabado el programa.
Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Imprescindible la evaluación rigurosa para reflejar los efectos positivos.

Fuente: Fernández, S.; Nebot, M.; Jané, M., Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los Meta-análisis? Revista Española de Salud Pública, vol. 76, núm. 3, mayo-junio, 2002 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=17076302>

Las intervenciones escolares con mayor evidencia de eficacia, son las basadas en los métodos que **combinan la adquisición del conocimiento mediante métodos interactivos** (Cuijpers, 2003) **con modelos de influencia y aprendizaje social** (modelado, resistencia a la presión de grupo, etc.), (Gómez et al., 2002; Thomas, Perera et al., 2005; Faggiano et al., 2006; Winkleby et al., 2004; Ellickson, 2003; Peterson, 2000; Mann, 2000; Peterson et al., 2000a; Peterson et al., 2000b; Perry et al., 2003). Además, se ha demostrado la efectividad (Gottfredson y Wilson, 2003) e incluso una buena relación coste-efectividad de este tipo de proyectos desarrollados en la escuela (Caulkins, Pacula, Paddock y Chiesa, 2004).

No obstante, es importante acentuar la necesidad de que las iniciativas en el ámbito educativo se vean **englobadas en programas comunitarios** y enmarcadas en políticas de amplio alcance (Salvador et al., 2008).

Tabla 2. Aspectos de la escuela que facilitan poder implantar en ella una intervención preventiva de adicciones:

Cultura escolar y apego a la escuela:	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apoyar un clima escolar ordenado y un funcionamiento normal. ◦ Mejorar las habilidades del profesorado en el manejo efectivo de sus clases. ◦ Socializar a niños y niñas en sus roles como estudiantes. ◦ Apoyar un clima escolar positivo y un apego a la escuela y a la participación del alumnado. ◦ Reducir las conductas disruptivas y agresivas.
Currículo escolar:	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disipar conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa (percepción de que todos consumen) y las expectativas del consumo de drogas (ej., la prevalencia y efectos positivos y negativos del consumo). ◦ Incidir en las percepciones de riesgo asociadas con el consumo de drogas por parte de los infantes y adolescentes (ej., enfatizando los efectos que el alumnado experimentará ahora, no cuando sean adultos). ◦ Proporcionar y practicar entrenamiento en habilidades que incluyan tomar decisiones y habilidades de resistencia para rechazar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales utilizando escenarios reales. ◦ Proporcionar intervenciones preventivas y sesiones de recuerdo a lo largo de varios años en la escuela media y superior en los periodos en que el alumnado está en mayor riesgo.
Política escolar en relación al consumo de drogas:	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Reducir o eliminar el acceso y la disponibilidad de tabaco, alcohol y drogas ilegales en el centro educativo. ◦ Cuando se producen infracciones, manejarlas con sanciones positivas, como dando consejo, tratamiento o remitir al alumnado a los servicios especializados, en vez de utilizar castigos como la expulsión. ◦ Las políticas sobre drogas no deben romper el nivel de funcionamiento escolar. ◦ Las políticas sobre drogas deben abarcar el amplio rango de las conductas de consumo de drogas, desde la iniciación a su continuación, abuso, dependencia y recaída. ◦ Las políticas de consumo de drogas en el centro educativo deberán centrarse en un pequeño número de objetivos claros. ◦ Las políticas de consumo de drogas deberían especificar las sustancias o comportamientos que son objetivo central. ◦ Las políticas de consumo de drogas deberían reflejar y estar reflejadas en otros esfuerzos preventivos de la comunidad. ◦ Los estudiantes y profesores deberán estar implicados en el desarrollo de esas políticas. ◦ Las políticas de consumo de drogas deberían proporcionar refuerzo positivo por su cumplimiento. ◦ Las políticas de consumo de drogas deberían proporcionar un entrenamiento sistemático para los administradores y profesores sobre su participación.

Fuente: Adaptado de Sloboda (2018) por Becoña (2022).

Tabla 3. Indicadores de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes/valores en un programa de promoción y educación para la salud en la escuela a lo largo de las distintas etapas educativas (Becoña, E. 2022).

CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ◦ El tabaco contiene nicotina y otras sustancias perjudiciales para la salud. ◦ El uso de tabaco y sus productos, tiene consecuencias negativas a corto y largo plazo. ◦ La mayoría de las personas que fuman tienen dificultades para dejarlo, debido a la dependencia que genera la nicotina. ◦ El humo ambiental de tabaco es perjudicial para quienes lo respiran. ◦ El consumo de alcohol es perjudicial para la salud. ◦ Los anuncios publicitarios u otras estrategias de promoción tratan de persuadir a las personas para que fumen o consuman bebidas alcohólicas. ◦ La mayoría de las personas (tanto adolescentes como adultos) no fuman. ◦ Principales efectos del tabaco y el alcohol sobre la salud. ◦ Percepción de los riesgos asociados al uso de alcohol y tabaco. ◦ Conocimiento de ocio alternativo al uso de drogas ante el aburrimiento. ◦ Conocimiento de tipos de apoyo asistencial existentes para las personas que quieren abandonar el uso de tabaco, alcohol u otras drogas. ◦ Conocimiento sobre bebidas saludables (no alcohólicas). ◦ Conocimiento de que el consumo excesivo de golosinas perjudica la salud. ◦ Conocimiento de hábitos saludables de descanso. ◦ Conocimiento de opciones saludables de ocio. ◦ El uso del tabaco es perjudicial para la salud. ◦ La mayoría de las personas no fuman. ◦ El consumo de alcohol es perjudicial para la salud. ◦ La mayoría de las personas no abusan del alcohol.
ACTITUDES / VALORES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Responsabilidad de la propia salud. ◦ Compromiso personal de no fumar ni beber. ◦ Satisfacción personal por no consumir drogas o tener conductas adictivas (videojuegos y juego de apuestas). ◦ Apoyo a la decisión de no fumar de otras personas cercanas (profesorado, familia, compañeros de clase, etc.). ◦ Valoración positiva de las personas que saben lo que quieren y son capaces de resistir a las presiones que promueven el consumo de drogas. ◦ Valoración positiva de las propias características. ◦ Respeto al propio cuerpo. ◦ Respeto por las diferencias interpersonales (físicas, culturales, lingüísticas, religiosas, etc.). ◦ Autoestima. ◦ Integración en el aula. ◦ Vínculos afectivos positivos con el profesorado y el centro educativo. ◦ Interiorización de normas escolares. ◦ Valoración positiva de que el padre o la madre no fumen. ◦ Valoración positiva de que su profesorado no fume.
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Capacidad lectora. ◦ Autonomía. ◦ Asertividad para manejar la presión a fumar y consumir alcohol u otras drogas. ◦ Identificar los aspectos beneficiosos de un ambiente libre de humo. ◦ Identificar estrategias de promoción directa o indirecta de alcohol y tabaco. ◦ Desarrollar argumentos para confrontar los mensajes publicitarios en relación con el tabaco y las bebidas alcohólicas. ◦ Capacidad para interiorizar y poner en práctica la responsabilidad personal en el cuidado del cuerpo. ◦ Capacidad para animar a su padre o madre u otras personas a dejar de fumar. ◦ Capacidad para identificar las características de la dependencia a las sustancias psicoactivas u otras conductas adictivas. ◦ Capacidad de practicar actividades de ocio alternativo al uso de drogas ante el aburrimiento. ◦ Capacidad de relación social. ◦ Capacidad verbal de comunicación. ◦ Asertividad para expresar las propias necesidades. ◦ Autocontrol. ◦ Habilidades de manejo de la frustración. ◦ Capacidad de escuchar las opiniones de otras personas. ◦ Capacidad para la práctica de ejercicio físico o deporte. ◦ Capacidad de comunicar los conocimientos y actitudes personales en relación al uso de tabaco y productos de tabaco. ◦ Capacidad de comunicar los conocimientos y actitudes personales en relación al uso de bebidas alcohólicas.

Fuente: Becoña, E. (2022).

1.4.3. Factores que influyen en el inicio de las adicciones

¿Por qué unos chicos o unas chicas llegan a consumir drogas y otros u otras no? ¿Por qué tienen problemas derivados del uso de las TIC? y ¿por qué algunos y algunas lo abandonan sin consecuencias?

Desde un enfoque educacional, la prevención de las adicciones consiste en educar y formar a personas con capacidad de enfrentarse a la oferta de drogas y TIC con una actitud crítica, una personalidad autónoma y una capacidad de decisión frente a ellas (Puerta, C; López, M. *Los Valores en literatura*. Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia 2000). En las primeras fases de inicio, el uso es poco frecuente, se suele realizar con una sola sustancia y ocasionalmente. A medida que aumenta la implicación en el consumo de drogas, también se incrementa la frecuencia, la cantidad y el consumo de varias sustancias.

Conocer aquellos factores que aumentan el riesgo de adicción y hacen más vulnerables a las personas y los colectivos, y aquellos que los protegen, es de gran utilidad para la prevención. Se pretende aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo. Los factores de riesgo son componentes cognitivos, afectivos e individuales, sociales y culturales que, en un momento determinado pueden hacer más vulnerable a una persona y, van a facilitarle la posibilidad de tener una relación problemática posteriormente con las drogas o el uso de TIC. Los factores de protección contrarrestan (aunque no son opuestos) los factores de riesgo.

La probabilidad de que una persona empiece a consumir drogas y acabe desarrollando problemas asociados a dicho consumo, aumenta a medida que se incrementa el número de factores de riesgo para el consumo de drogas a los que esta persona está expuesta (Salvador, T.; Silva, A.; Puerta, C. y otros. *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*, 2011).

El modelo teórico general subyacente que fundamenta los programas preventivos, señala tres ejes básicos en el origen del consumo de drogas:

- 1) Existen factores individuales que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras.
- 2) Hay una progresión en el consumo de las drogas legales hacia las ilegales en una parte significativa de los que consumen las legales, respecto a los que no las consumen; es lo que denominamos "hipótesis de la escalada".
- 3) Existen variables socio-culturales, contextuales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio, favorecen su mantenimiento o la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias psicoactivas.

Por tanto, mediante la educación para la salud se puede capacitar al alumnado, para resolver problemas en el terreno interpersonal y social y dotarles de unas habilidades básicas para enfrentarse a la vida, como la capacidad de una comunicación asertiva, una buena autoestima, capacidad de tomar buenas decisiones y resolver problemas, etc. El desarrollo de estas capacidades favorece la resistencia a presiones sociales (tanto del grupo de iguales, como de la publicidad a través de los medios de comunicación, etc.), enseña a los individuos a fomentar su capacidad de autocontrol y de resistencia a la frustración y a las presiones hacia el uso.

Dentro de los factores de riesgo del ámbito escolar, **algunos, claramente facilitan el consumo de drogas**, como el bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela, tipo y tamaño de la escuela, y conducta antisocial en la escuela. Y, **son buenos factores de protección** las escuelas de calidad, las oportunidades para la implicación prosocial del alumnado, los refuerzos y el reconocimiento por la implicación prosocial (p. ej., felicitar al alumnado por los esfuerzos que hace para integrarse, portarse bien, mejorar conocimientos, etc.), las creencias saludables y claros estándares de conducta, el cuidado y apoyo del profesorado y del personal del centro escolar; y, un clima del centro educativo positivo.



Tabla 4: Resumen de factores de riesgo y de protección en el ámbito educativo relacionados con el inicio en el consumo de drogas.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
ÁMBITO EDUCATIVO	
Factores relacionados con el alumnado y la familia:	
El mejor predictor del consumo de drogas es el fracaso escolar temprano , que está influido por las experiencias en la primera infancia en la familia y en la educación Preescolar y Primaria, y está relacionado con:	
<ul style="list-style-type: none"> - Bajo rendimiento escolar. - Bajo apego a la escuela. - Conducta antisocial y consumo de drogas en el marco del centro educativo. - Baja comprensión lectora en los primeros años de primaria. - Ausencia de metas o bajas expectativas escolares y laborales. - Pocas o deficientes habilidades de relación y comunicación social. - Distorsión normativa, es decir, sobrevaloración por parte del alumnado de la prevalencia y aceptación social del consumo de drogas dentro de propio centro educativo, en su grupo de iguales, en el barrio, o en la sociedad en general (p. ej., pensar que “todos consumen”). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener creencias saludables y claros patrones de conducta sobre la salud. - Implicación de los progenitores en las tareas escolares y en el entorno escolar en general (p. ej., ocuparse de que lleve los deberes terminados, participar con el centro educativo...). - Tener buenos resultados académicos (p. ej., saca buenas notas, nunca ha repetido curso...). - Expectativas positivas en relación al futuro (¿qué quieres ser de mayor? y lo tiene claro el niño o niña, aunque luego cambie de opinión). - Tener habilidades de comunicación, empatía, sentido del humor y estrategias para resolver los problemas.
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
ÁMBITO EDUCATIVO	
Factores relacionados con las características de la escuela:	
<ul style="list-style-type: none"> - Alta conflictividad escolar. - Nivel alto de problemática social del alumnado del centro escolar (p. ej., peleas, acoso, drogas...). - Tipo y tamaño de la escuela: grande, en ciudad, etc. - Bajas expectativas del profesorado respecto del rendimiento del alumnado (p. ej., si “cree en el/la alumno/a”, posiblemente mejorará su rendimiento). - Falta de políticas claras y coherentes en la escuela en relación al consumo de drogas, incluidas las legales (p. ej., se hace la vista gorda permitiendo fumar en el patio). - Que el profesorado no sepa que son modelos a imitar por el alumnado, también en relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (p. ej., fumen o beban alcohol en presencia del alumnado). - Falta de atención del centro educativo a la promoción y mantenimiento de un contacto estrecho y fluido con las familias (p. ej., carencia de reuniones con los padres y/o las madres). 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen reglas claras de conducta en la escuela. - Escuela de calidad con clima escolar positivo (a nivel académico, convivencia, supervisión, relacional y emocional). - Relación fluida de la escuela con las familias del alumnado. - Vínculos emocionales positivos entre familia, escuela y otras instituciones (p. ej., la familia apoya la labor del profesorado, incluso cuando corrigen a sus hijos/as; los/las padres/madres acuden a las reuniones con tutores del centro escolar, etc.). - Implicación familiar en el entorno escolar (p. ej., a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as, en actividades festivas,...). - Facilitar la participación, implicación y responsabilidad del alumnado en las tareas y decisiones del centro escolar. - Detección, abordaje o derivación, cuando es necesario, del alumnado que tienen problemas personales, familiares, sociales o de consumo (prevención secundaria, tratamiento).

Fuente: Adaptación de Petraitis et al., 1998; Barrera et al., 2002; Rhodes et al., 2003; Almodóvar et al., 2006; Kliwer & Murrelle, 2007, citados en *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la CARM*, Salvador T., De Silva A., Puerta C., 2010. Stone et al. 2012).

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) forman parte de la vida diaria en adultos, desde hace muchos años y, desde siempre, de la población más joven que ha nacido en la era digital. Facilitan muchas de las tareas de la vida diaria, pero su uso indebido puede acarrear problemas para la salud de las personas. En relación con el uso problemático de las TIC, se están estudiando los factores de riesgo y protección, que podríamos mencionar como señales de alarma que se encienden antes de que una afición se convierta en una adicción (Echeburúa E., *Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes*, 2012).

Los principales factores de riesgo de esta adicción en menores son individuales, como su vulnerabilidad psicológica y vivencias de estrés; factores familiares, como pertenecer a una familia disfuncional; y sociales como estar inmerso en una presión grupal hacia su uso. Un menor con una personalidad vulnerable, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre el riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (debido a frustraciones afectivas, fracaso escolar o competitividad) o de retraimiento social y falta de metas futuras (pero este también es el prototipo de muchos menores que abusan del alcohol o de otras drogas). Por ello, más que de un perfil de adicto a las TIC, hay que hablar de personas más expuestas a sufrir adicciones. La elección de un tipo u otro de adicción va a ser en muchos casos una cuestión de oportunidad (Figura 1).

Figura 1: Inicio y mantenimiento de las adicciones sin drogas.



Fuente: Echeburúa y Requesens, *Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes*, 2012.

En la misma línea, hay ciertas variables personales y familiares que minimizan el riesgo de implicarse en una adicción. Estos factores de protección están estrechamente vinculados con las habilidades de afrontamiento, el entorno social no inmerso en el abuso de las TIC y pertenecer a un entorno familiar que funcione y de apoyo al menor. Entre ellos, cabe destacar como factor de protección la llamada norma subjetiva, definida como la percepción

de la persona acerca de lo que la mayoría de aquellos que son importantes para dicha persona (padres y madres, hermanos/as, profesorado,...) piensan sobre la realización de una conducta concreta, incluyendo en la categoría de personas importantes el grupo de referencia formado por sus compañeros/as de clase y el grupo de amigos/as. La norma subjetiva actúa como factor de influencia para que el menor se adecúe a lo que la mayoría espera de él/ella.

Las adicciones comportamentales pueden resumirse en el uso abusivo:

- **Juego patológico:**

Tabla 5. Adaptación de factores de riesgo para el juego patológico.

<i>Biológico/genéticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ser varón. ◦ Temperamento difícil o incontrolado. ◦ Tener padres/madres con problemas de consume de alcohol o drogas. ◦ Tener padres/madres con problemas de juego.
<i>Sociales/contextuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disponibilidad de juegos y locales de juego. ◦ Bajo coste de la apuesta. ◦ Tolerancia social hacia el juego.
<i>Individuales/personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Conductas antisociales. ◦ Bajo estado de ánimo o depresión. ◦ Búsqueda de sensaciones. ◦ Impulsividad. ◦ Conducta supersticiosa. ◦ Nivel de reforzamiento de ese juego.
<i>Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Consumo de alcohol. ◦ Consumo de tabaco. ◦ Consumo de drogas ilegales (sobre todo cocaína).
<i>Conducta de juego</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Participación en distintos juegos de azar. ◦ Severidad de la conducta de juego.
<i>Creencias sobre el juego</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Creencias supersticiosas. ◦ Sesgos cognitivos sobre el juego.
<i>Amigos e iguales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Conducta antisocial de los iguales. ◦ Conducta de juegos de azar de los iguales.
<i>Escolar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Bajo rendimiento escolar. ◦ Abandono temprano de la escuela.
<i>Familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Padres con problemas de juego patológico. ◦ Estilo de crianza.
<i>Psicopatología</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Trastorno bipolar. ◦ Depresión. ◦ TDAH.

Fuente: Becoña, E. 2022.

- **Videojuegos:**

Tabla 6. Factores de riesgo y de protección para la adicción a videojuegos.

<i>Sociales/contextuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disponibilidad de acceso a Internet y a videojuegos. ◦ Estar en un grupo o Asociación de jugadores de videojuegos. ◦ Tolerancia social hacia el juego.
<i>Individuales/personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Bajo estado de ánimo o depresión. ◦ Ansiedad. ◦ Búsqueda de sensaciones. ◦ Impulsividad. ◦ Reforzamiento obtenido por jugar
<i>Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Consumo de tabaco. ◦ Consumo abusivo de alcohol. ◦ Consumo de Drogas ilegales.
<i>Conducta de juego</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Horas dedicadas al juego (diarias y semanales). ◦ Pertenecer a una red de jugadores.
<i>Amistades e iguales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tener amistades, reales o virtuales, que juegan a videojuegos
<i>Escolar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Abandono escolar. ◦ Bajo rendimiento académico y fracaso escolar.
<i>Familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tolerancia familiar hacia el juego de todo. ◦ Estilo de crianza.

Fuente: Kim et al., 2017 citado por Becoña, E. 2022.

- **Teléfono móvil:**

Los resultados sobre factores de riesgo y protección no siempre son claros en todos los estudios. Por ello, ésta es un área que precisa más investigación. También se discute si son adictos al móvil o a las aplicaciones que utilizan en el mismo (ej., videojuegos, pornografía), de modo semejante a cuando hablamos de Internet.

- **Uso problemático de Internet (UPI)**, incluye diferentes patrones:

- Adicción *cibersexual*: descarga e intercambio de pornografía online.
- Las que tienen que ver con relaciones sociales virtuales en internet a través de chats y sistemas de mensajería instantánea (ciber-relaciones) se pueden dividir en abuso y uso delictivo:
 - Uso abusivo de chats, redes sociales y conexiones directas, como por ej., Skype, WhatsApp.
 - Uso delictivo, como *grooming* o acoso de adultos a menores en la red; *cyberbullying* (ciberacoso, acoso o intimidación por medio de las TIC en las redes sociales, las plataformas de mensajería, las plataformas de juegos y los teléfonos móviles, con un comportamiento que se repite y que busca atemorizar, enfadar o humillar a otras personas); robo de información para acceder a sus claves; *phishing* o suplantación de

identidad para poder cometer delitos, como robo, estafa, etc.; introducir virus, troyanos o gusanos que infectan el ordenador, o a través de los mismos robar información; etc.

- Compulsiones en la red (especialmente el juego en Internet, las compras por Internet o invertir en bolsa).
- Sobrecarga de información (navegación excesiva por la red y la inacabada búsqueda de nueva información).

Cuando existe un UPI, esa persona desarrolla un uso anómalo de la Red, que se aprecia por un tiempo de conexión anormalmente alto, de forma casi permanente, que va más allá de lo que es normal en la mayoría de usuarios/as, dedicando entre 40 y 80 horas semanales al uso de Internet, a navegar por la red sin tener que hacerlo por motivos de trabajo o estudios (LaPlante y Braveman, 2010) y fracasa en su intento de regular su uso (Ryan et al., 2014).

Tabla 7. Factores de riesgo para el uso problemático de internet (UPI). Fuente: Becoña, E. 2016.

<i>Sociodemográficos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ser varón. ◦ Ser joven o adolescente.
<i>Biológico-genéticos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cambios o anomalías en la estructura y actividad cerebral relacionadas con las áreas del control inhibitorio o en las de la toma de decisiones. ◦ Susceptibilidad genética (*DRD2, COMT, que son los mismos que se asocian al consumo de sustancias). ◦ Nivel de procesamiento sensorial (colores, formas, sonidos, etc.) o la rapidez de procesamiento. <p>* Los estudios genéticos han relacionado la adicción a sustancias con el alelo A1 del gen DRD2, que también desempeña un papel importante en las adicciones no químicas, como el juego patológico. La disfunción de los receptores D2 podría estar en la base de lo que se ha denominado 'síndrome de déficit de recompensa' que predispondría a las conductas adictivas como un intento de compensar la sensación básica de malestar. Incluyendo los estudios más recientes sobre la catecol -O- metiltransferasa Gen de la COMT que parece jugar un papel importante en el circuito de la dopamina (de recompensa).</p>
<i>Ambientales/contextuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disponibilidad y accesibilidad a la red y a los medios tecnológicos para utilizarla. ◦ Valoración social positiva de la tecnología.
<i>Familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Estilo de crianza, supervisión y control por parte de padres y/o madres. ◦ Tipo de relación con los padres y/o las madres (con peores relaciones, mayor riesgo de UPI) ◦ Conflicto familiar entre padres y madres, o padres/madres-hijo/hija (relacionado con un mayor uso). ◦ Nivel de ingresos familiares (a mayor nivel económico mayor riesgo de UPI). ◦ Hijo/hija de progenitores separados, vivir con un solo progenitor o ser hijo único. ◦ Modo de lograr su identidad en la adolescencia y obtener mayor autonomía. ◦ Depresión, ansiedad y estrés de padre/madre. ◦ Historia parental de psicopatología. ◦ Violencia y abuso en el hogar. ◦ Problemas con los hermanos/hermanas.

<i>Personales/personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mayor neuroticismo, menor extraversión y menor responsabilidad. ◦ Estresores y eventos vitales estresantes (malos tratos, accidente, muerte de un familiar, etc.). ◦ Aislamiento social/timidez. ◦ Baja empatía. ◦ Expectativas sobre el uso de Internet. ◦ Impulsividad y búsqueda de sensaciones. ◦ Hostilidad y conducta agresiva.
<i>Psicopatología</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mayor malestar emocional y malestar psicológico. ◦ Más problemas de internalización (ej., ansiedad/depresión, problemas sociales), de externalización (ej., problemas de atención, conductas delictivas, conducta agresiva) y problemas de pensamiento. ◦ Depresión. ◦ Ansiedad/fobia social. ◦ Consumo de sustancias (sobre todo alcohol y tabaco). ◦ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). ◦ Trastorno bipolar (sobre todo con hipomanía y trastorno bipolar tipo I). ◦ Trastornos de sueño. ◦ Trastornos de personalidad. ◦ Menor nivel de autocontrol.
<i>Factores de aprendizaje</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Gratificación o reforzamiento por su uso. ◦ Procesos de condicionamiento.
<i>Iguals/amistades/pareja/red social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Soledad y bajo estado de ánimo para buscar amistades virtuales. ◦ Expectativas de “mayor control” sobre otras personas cuando usan las redes sociales (anonimato). ◦ El uso de la red social como elemento central de comunicación (con amistades, pareja).
<i>Ambiente escolar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso de nuevas tecnologías en la escuela. ◦ Rendimiento académico (factor protector).
<i>Ambiente laboral</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mayor UPI en profesiones relacionadas con las tecnologías (ej., informáticos). ◦ Estrés laboral. ◦ Adecuada higiene laboral y mental (factor de protección).
<i>La interacción y combinación de varios factores de riesgo y de protección</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Unos factores de riesgo interaccionan con otros.

Fuente: Becoña, E. 2016.

Internet tiene ventajas y desventajas. Hoy tenemos nuevos problemas que acrecienta el UPI que antes no existían. Podemos citar algunos, como los **conflictos progenitores e hijos/hijas** al descubrir los primeros que sus hijos o hijas llevan una vida paralela a través de Internet que desconocían totalmente (p. ej., dependencia emocional virtual de una pareja, relación con personas de otro país, acoso, uso excesivo de servicios de Internet, compras, engaño a su padre/madre, etc.); el **acoso por Internet**, al verse el acosador más libre para hacerlo al mantener el anonimato; también el **chantaje vía Internet**, a través del uso de fotos, videos, escritos, conversaciones, etc.; **actos delictivos** (p. ej., violencia de pareja, abuso sexual a

partir de los contactos por Internet, etc.). Y la lista no se acaba. De ahí la relevancia del conocimiento y prevención de este tipo de problemas en menores, para su protección.

Prevenir los problemas adictivos requiere necesariamente que los esfuerzos de progenitores y educadores se dirijan a potenciar esos factores de protección (Carbonell, Graner, Beranuy y Chamarro, 2009; Echeburúa y Requesens, 2012) y minimizar los de riesgo.

1.4.4. Educación para la salud en la escuela y prevención de adicciones

Desde una óptica retrospectiva, sabemos que las adicciones constituyen un problema sanitario con amplio alcance social. El fenómeno de las adicciones varía constantemente, a menudo aparecen diferentes aspectos nuevos alrededor del concepto, como son: elaboración de nuevas sustancias psicoactivas de origen sintético, consumo alarmante de determinadas drogas, inicios de los consumos a edades tempranas, consumos intensivos concentrados en fines de semana o en momentos festivos o de celebración, etc. Hace unos años se abordaban las drogodependencias solamente, ahora ya se abarcan algunas dependencias sin sustancia y los comportamientos de riesgos de los menores, como el uso problemático de las nuevas tecnologías, etc.



Las adicciones son un problema que está afectando a un grupo de población vulnerable, la población menor de edad, donde estas provocan serios problemas personales y afectan a su entorno familiar, escolar y social. Prevenir significa actuar antes de que se produzca el problema o, al menos, disminuir la incidencia y la gravedad de los problemas asociados que aparecen con el uso de las sustancias psicoactivas (principalmente alcohol y tabaco) o de las nuevas tecnologías (sobre todo, dependencia a los teléfonos móviles y sus usos inadecuados, como el acoso).

Las soluciones al problema de las adicciones, se buscan desde las más variadas perspectivas, siendo la Educación la que puede desempeñar un papel fundamental en este terreno, mediante actuaciones convenientemente planificadas y dirigidas a prevenir el consumo de determinadas sustancias psicoactivas y el empleo inadecuado de las tecnologías de la información, comunicación y relación, perjudiciales para la salud.

Desde esta perspectiva, la prevención de adicciones se orienta hacia la promoción de valores personales y sociales vinculados a estilos de vida que permitan un desarrollo equilibrado, antes de llegar a la adolescencia. Todo esto hace que se dé gran importancia a la educación para la salud como herramienta preventiva para evitar o retrasar la edad de inicio de las

adicciones. La educación para la salud, se plantea como un proceso que va desde el interior al exterior, a través del cual, el individuo asume de manera normalizada pautas de comportamiento saludables y responsables que inciden positivamente en el desarrollo pleno de su persona. Es en la escuela, entre otras instituciones, donde el individuo es capaz de aprender de manera sistematizada y colectiva conductas dirigidas a mejorar su desarrollo personal y social; y es en ella donde se fomenta la adquisición de hábitos, actitudes y valores orientados hacia una vida sana.

Uno de los agentes más importantes de la socialización, es la Escuela. La enseñanza obligatoria se desarrolla en etapas de la vida en las cuales se es susceptible de adquirir valores, actitudes y hábitos saludables para el desarrollo personal y social. Es en la infancia donde se van modelando las conductas que marcarán posteriormente la vida; de ahí que el periodo de enseñanza obligatoria, resulte el más adecuado para tratar de potenciar, desde el sistema educativo, los estilos de vida saludables.

En España la prevención de adicciones en el medio escolar se suele llevar a cabo a través de la educación para la salud, de forma transversal en distintas áreas y materias, y en el espacio de tutorías. La EpS desarrollada en el escenario escolar permite adquirir conocimientos, aprender habilidades y favorecer el aprendizaje de conductas saludables. La finalidad de la prevención escolar es que la población menor de edad no desarrolle adicciones o retrase su edad de inicio. La prevención será llevada a cabo por el profesorado, preparado para tal fin, y éste incluirá en las materias que imparte, elementos o componentes programados para la prevención de las adicciones.

En la Región de Murcia, las Consejería de Educación y de Salud trabajan coordinadamente desde hace años para favorecer el desarrollo de la promoción y educación para la salud (PyEpS) en los centros educativos, en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, que establece estrategias y objetivos orientados al desarrollo de intervenciones educativas favorables a la salud en los centros docentes. Desde 2016, la Adenda al Plan de Educación para la Salud en la Escuela formaliza la continuidad del mismo, siendo educativas la prevención de las adicciones uno de los principales contenidos que se han de trabajar en las distintas etapas.

Los programas preventivos escolares son diferentes según la **intensidad de la aplicación**; se denominan programas **Universales** aquellos que van dirigidos a todo el grupo diana, sin distinción, por ejemplo a menores entre 10 y 12 años. Otro tipo de programas son los **Selectivos**, que van dirigidos a un subgrupo que tienen un riesgo mayor de desarrollar adicciones que el promedio de esa edad, por ejemplo niñas o niños con fracaso escolar dentro de un grupo de edad. Los llamados programas **Indicados** están dirigidos a personas que ya han iniciado el uso, aunque no presentan todavía criterios clínicos de dependencia.

La prevención en la escuela es importante para la salud del menor y no es menor el papel desempeñado por el profesorado. Los docentes deben tener el suficiente apoyo técnico y profesional especializado para la práctica educativa de la prevención de adicciones, para ayudarles a resolver aquellos problemas que puedan encontrar durante su tarea educativa.

Son muchas las ventajas que tiene poder desarrollar una prevención de las adicciones en la escuela: la escuela es uno de los principales agentes de socialización (junto con la familia y el grupo de iguales), es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, reforzando las actitudes en ella generadas o modificándolas en aquellos casos en que sea preciso. Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en el que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.

A lo largo de la edad escolar, el alumnado está sometido a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco así como a otras adicciones). La obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad. Es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo hacia las adicciones. Por ello, el profesorado, así como otros miembros de la comunidad educativa, son agentes preventivos naturales debido a su cercanía con los alumnos y alumnas, a su papel como modelos y a su función educadora. La Legislación crea un marco, la *educación para la salud*, en el que trabajar la prevención de las adicciones, concretado en la Región en el Plan de Educación para la Salud en la Escuela y el Plan Regional sobre Adicciones.

- ✓ Un programa de educación para la prevención escolar de las adicciones debe ser un componente más de un PEC que incorpore elementos clave de promoción y educación para la salud.
- ✓ Se busca, en su forma óptima de implementación, que sea sostenible en el tiempo, mediante comprometer y hacer partícipe del mismo a toda la comunidad educativa: profesorado, alumnado, familias y la comunidad.

El programa educativo sobre adicciones, constituye un conjunto coordinado de actividades y recursos destinados al alumnado y sus familias, que facilita contenidos curriculares, con materiales específicos para el profesorado y el alumnado, formación sobre el mismo al profesorado y la inclusión en el PEC, estimulando la participación de toda la comunidad escolar (tal y como recoge el Plan de Educación para la Salud en la Escuela). Siempre que un programa escolar de prevención cumpla con los criterios de calidad precisos, constituirá una herramienta adecuada para la capacitación del alumnado para afrontar las presiones hacia el consumo de drogas, otras adicciones o el uso problemático de TIC.

1.4.5. Habilidades para la vida, bienestar emocional y prevención de adicciones

Llamamos habilidades para la vida a un conjunto de destrezas consideradas como genéricas que capacitan al individuo para resolver problemas en el terreno interpersonal. Varios estudios indican que enseñar estas habilidades, es eficaz para prevenir un comportamiento perjudicial específico. La OMS promueve que debe ser en los programas escolares donde se enseñen habilidades para la vida y donde la juventud adquiera la capacidad de elegir modos de vida saludables. Estima indispensables para la vida las siguientes habilidades (Mantilla, 1993):

Capacidad de tomar decisiones.	Capacidad de comunicarse con eficacia.
Capacidad de resolver problemas.	El autoconocimiento.
Capacidad de pensar en forma creativa.	Capacidad de experimentar empatía.
Capacidad de controlar las emociones.	Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales.
Capacidad de manejar la tensión y el estrés.	

En la propuesta de Actividades del Capítulo 5, vamos a tratar de desarrollar en la escuela, factores de protección relacionados con las habilidades sociales, la autoestima, la percepción de los riesgos relacionados con las adicciones y la educación de hábitos saludables, entre ellos el empleo del tiempo libre.

Podemos definir **las habilidades sociales** como aquellos "repertorios de comportamientos sociales que, cuando se utilizan en la interacción social tienden a provocar reforzamiento positivo y, generalmente, dan como resultado consecuencias positivas. La adquisición de habilidades sociales prepara al individuo para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana" (L. Michelson, D.P. Sugai, RO. Wood, A.E. Kazdim, 1983), (Martinez Roca, Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento).

Por tanto, habilidades sociales recoge un conjunto de capacidades que posee un individuo para conseguir algo, defender o expresar una opinión o pedir algo sin herir a los demás. Una persona con habilidades sociales es capaz de resolver un problema de forma pacífica y aportando alternativas a su solución. Esto hace que nos llevemos mejor con las personas que nos rodean (familia, amistades, profesorado, etc.).

Hay habilidades muy simples como mostrarse agradecido con alguien que nos ha hecho un obsequio, y otras difíciles como pedir favores, expresar una queja o decir que no.

En general, podemos distinguir tres formas distintas de actuar en las relaciones con los demás:

- 1. AGRESIVA:** No respeta la opinión, ni los derechos y sentimientos de los demás. Arremete verbalmente con insultos, amenazas y comentarios hostiles. Intenta controlar a los demás y conseguir cualquier cosa a cualquier precio.
- 2. PASIVA:** No se defiende ni expresa sus derechos, intereses, necesidades y opiniones, por lo que los demás no le tienen en cuenta. Permite que los demás le digan lo que tiene que hacer, le controlen y subyuguen. Su conducta no verbal es de evitación (no mira a los ojos y el tono al hablar es bajo).
- 3. ASERTIVA:** Se expresa, cuando siente y quiere algo, sin ofender ni molestar a los demás. Defiende sus derechos sin infringir los de los demás. Puede cumplir o no sus objetivos, pero se siente seguro y conforme con sus decisiones. Dice lo que siente y piensa. Una respuesta asertiva es sincera, constructiva y satisfactoria para ambas partes.

Las habilidades sociales son muy diversas y han sido objeto de numerosos estudios. Las que se incluyen a continuación han sido seleccionadas teniendo en cuenta su relevancia en la prevención de adicciones en escolares.



Tabla 3: Habilidades sociales relevantes en el bienestar emocional y la prevención de adicciones.

HABILIDAD	DEFINICIÓN	ESTRATEGIAS PARA APRENDER LA HABILIDAD:
Expresar sentimientos	Capacidad para transmitir a los demás cuál es nuestro estado de ánimo porque de esta manera podrán comprendernos y tendremos la posibilidad de que nos ayuden a buscar soluciones En cualquier caso, hablar de lo que nos pasa puede ayudarnos a sentirnos mejor.	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar en la causa del estado en que me encuentro. • Analizar los cambios que se experimentan en el organismo (sudor, temblor, enrojecimiento, dolor de estómago). • Buscar el nombre de lo que se está sintiendo (rabia, tristeza, alegría, miedo, decepción, enfado...). • Pensar en una persona (o más de una) con quién compartir estos sentimientos. • Expresar esos sentimientos.
Mensajes yo	El mensaje se inicia en primera persona para comunicar a los demás lo que se piensa, siente o desea. Son formas de expresarse que facilitan el diálogo porque la otra persona no se siente mal al responsabilizarse el sujeto de lo que dice.	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar en primera persona, iniciando la frase con las palabras "yo, me". • Expresar sentimientos, ideas, propuestas, etc. <p>Ej.: No tienes razón/Yo pienso de otra forma. Préstame un lápiz/Me puedes prestar un lápiz. Vamos a bailar/Me gustaría bailar.</p>
Decir no	Muchas veces es muy difícil decir que no. Las personas que no saben hacerlo de la forma apropiada llegan a sentirse frustrados y resentidos. La dificultad se incrementa según el estatus del interlocutor y según el coste de la negativa. Las niñas y los niños con frecuencia se ven arrastrados a realizar actividades que realmente no desean sólo porque no han sido capaces de decir que no.	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir palabras correctas. • Tener en cuenta el estatus del interlocutor. • Expresar los motivos de nuestra negativa. • Tratar de ofrecer otra alternativa. • Responder de forma sincera.
Hacer críticas/expresar quejas	Con frecuencia es difícil expresar una queja de forma adecuada. Siempre se debería expresar una queja con la intención de mejorar la situación que la provoca, no para herir a los demás. Se pretende evitar enfadarse con la otra persona y sentirse frustrado y agradecido. Las quejas pueden ser negativas cuando se realizan con demasiada frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir palabras correctas. • Dar a la otra persona la oportunidad de explicarse y que repare el daño. • Dejar claro cómo nos sentimos.
Recibir críticas	Puede ayudar a mejorar nuestro comportamiento, debemos recibirlas con el pensamiento de que la otra persona quiere ayudarnos a mejorar.	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchando atentamente, sin interrupciones. • Expresando nuestro agradecimiento por el interés demostrando y reconociendo la parte de razón de nuestro interlocutor. • Evitar responder con otra crítica. • No justificarse, sino disculparse. • Buscar soluciones e intentar llegar a acuerdos.
Escucha activa	Si escuchamos correctamente, la persona que nos habla sabrá que nos interesa lo que dice y podremos comprender lo que nos quiere transmitir. De este modo, además de obtener información muy interesante, las relaciones que establezcamos serán satisfactorias para los demás y también para nosotros mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Emplear tanto lenguaje verbal como el no verbal, utilizando expresiones confirmatorias y adoptando una postura corporal relajada y receptiva. • Mirar a los ojos. • Expresar atención. • Asentir con la cabeza. • Resumir lo que nos han dicho para asegurarnos de haberlo entendido. • No interrumpir. • No mostrar desacuerdo. • Evitar quitarle la palabra para contarle nosotros, cuando creemos saber lo que nos quiere decir.

Responder a las irritaciones de los demás	Si respondemos a una persona que está muy enfada, fuera de sí, en el mismo tono, además de no solucionar nada, nos arriesgamos a terminar con algún problema añadido, como por ejemplo un enfado con un amigo o incluso entrar en discusiones violentas que, como todos sabemos, no solucionan nada.	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrarnos comprensivos con su estado de ánimo. - Escuchar lo que quiere decir y tratar de comprender su problema antes de responder. - No intentar calmarla, más bien dejar que se desahogue. - Mantener un tono de voz calmado. - Al final, expresar cómo nos hemos sentido ante su forma de actuar. - Pedirle que la próxima vez intente controlarse.
Tomar decisiones	Algunas decisiones son muy difíciles de tomar, sobre todo cuando incluyen implicaciones para nuestro futuro o cuando las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones no están claras. Esta capacidad ayuda al escolar a reducir la ansiedad de la indecisión, mejorando la calidad de su interacción social y aumentando las probabilidades de optar por la alternativa más beneficiosa para él. También puede evitar que, en algún momento, los demás decidan por él.	<ul style="list-style-type: none"> • No precipitarse. • Recoger toda la información que se precisa. • Tener claras todas las opciones. • Calcular las ventajas y las consecuencias de cada una de las opciones. Se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi objetivo?, ¿Me ayuda a conseguir lo que quiero? • Hacerse una idea de lo que habría que hacer, según la alternativa elegida. • Hacerlo.
Interacciones de grupo	Es muy importante para una chica o un chico tener habilidades para contactar con grupos porque de esta forma puede conocer a más gente, tener más amistades y elegir aquellas personas con quien tengan mayor afinidad en cuanto a aficiones e intereses. Hay muchos adolescentes que tienen dificultades para relacionarse con un grupo, a pesar de que es una necesidad para ellos sentirse miembros de un grupo con el que relacionarse y en el que sentirse aceptados. Las dificultades para entrar en contacto con otros grupos les llevan, en ocasiones, a realizar actividades poco saludables por miedo a ser rechazados y quedar fuera de él.	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy importante saber lo que hacen, cómo piensan. Para ello se les debe escuchar. Así, además, sabrán que te interesas por ellos. • También es importante que el grupo os conozca a vosotros. Intervenir en las conversaciones con tono alto, seguro (no agresivo) y mostraros sinceros, sin miedo al rechazo. Pero evitar ser "plastas" con temas que no interesen a nadie o impidiendo que los demás tengan la oportunidad de hablar. • Dirigirlos al grupo en general, o al menos a la mayoría de ellos. Evitar hacer grupos o separarse de algún miembro en concreto. Si necesitáis hablar con alguien en particular, hacerlo más tarde.

La creencia de que el consumo de drogas o el juego de apuestas conllevan consecuencias negativas es lo que llamaríamos **percepción de riesgo** que, a su vez, se adquiere a través del conocimiento y la interiorización de esas consecuencias negativas. Existe abundante evidencia acerca de la relación existente entre cómo se perciben los riesgos de desarrollar adicción y el conocimiento de las consecuencias negativas que produciría, de tal forma que la relación entre ambas variables (percepción de riesgo y conocimiento de consecuencias negativas) es predictiva: a menor percepción del riesgo de consumir, más probable es el consumo (Lookatch, Dunne y Katz, 2012; Hibell et al. 2012; Observatorio Español sobre drogas y las Toxicomanías, OEDT, 2008, 2009; de la Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Johnston y cols., 1989).

En relación con el juego de apuestas, se observa que una alta percepción del riesgo, muestra un efecto significativamente negativo en la intención de juego (Li et al. 2010, Anticipated regret, risk perception, or both: Wich is most likely responsible for our intention to gamble? Journal of Gambling Studies; citado por Lloret, D. 2019). En España se ha evidenciado que los adolescentes que juegan con mayor frecuencia presentaban una menor percepción de riesgo (Lloret, Cabrera et al. 2017; 2018; citados en *¿QTJ? Manual del Programa de prevención escolar del abuso del juego de apuestas* por Lloret, D. 2019).

Desde este manual se trabaja el entrenamiento en la **toma de decisiones responsable** que puede ayudar al alumnado a incrementar la **percepción de riesgo** de las conductas relacionadas con las adicciones, basada dicha toma de decisiones **en información adecuada a la edad del alumnado destinatario**. La curiosidad propia del preadolescente y la búsqueda de información como respuesta a la misma, nos facilita la intervención formativa con las niñas y los niños de 10-12 años de Educación Primaria. Esta intervención preventiva, nos va a permitir anticiparnos a la adolescencia y lograr "suavizar" aspectos propios de ésta, si los trabajamos en esta edad más apacible de la infancia.

Sabemos que este colectivo, en su proceso de afirmación hacia personas adultas, necesitan demostrarse a sí mismos y a los demás la capacidad que tienen para enfrentarse a ciertos riesgos, lo cual les puede llevar a situaciones de cuyas consecuencias se deriven secuelas negativas que, en ocasiones, pueden llegar a ser irreversibles para ellos.

Desde la Escuela, podemos ofrecer al alumnado instrumentos de protección que le ayuden a adquirir la capacidad para anticipar el peligro, ante las situaciones de riesgo a las que posteriormente se va a enfrentar y a valorar el coste que dichas situaciones podrían suponer para él/ella o para los demás. La capacidad que cualquier persona puede tener para tomar decisiones adecuadas cuando se enfrente a determinadas situaciones, está directamente relacionada con el tipo de información de la que dispone respecto a dicha situación y al entrenamiento para resolver problemas que haya podido tener, que le hará sentirse más eficaz y le animará a actuar de manera saludable.

La **autoestima**, se define como "la valoración personal y subjetiva que hace cada individuo de sí mismo". Durante todo el proceso madurativo podemos destacar dos elementos claves: la formación de la autoestima y la formación de la identidad personal. Es, por tanto, fundamental tener en cuenta ambos conceptos madurativos en el proceso educativo de un individuo, siendo prioritario el fomento de la asimilación y construcción de una imagen positiva de sí mismo.

La identidad personal y la autoestima comienzan a formarse desde los primeros años de la vida. Ya en los currículos de la Etapa Primaria se incluye el concepto de la propia imagen. Al principio de esta etapa la niña y el niño se definen a sí mismos y se diferencian de los otros por sus rasgos físicos. Es más tarde, entre los ocho y nueve años cuando se diferencian los

rasgos psicológicos y aparecen los primeros signos de vergüenza y orgullo. Alrededor de los 10 años hay un aumento de la autoconciencia: las niñas y los niños presentan un mayor reconocimiento de sí mismos y toman conciencia de cómo son percibidos por las otras personas (Haeussler, I y Milicic, N, 1996; Orrego, T. M., Milicic, N., & García, M. J. P. La autoestima en alumnos de 3º a 8º básico. Una mirada por nivel de escolaridad y género. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 2017).

En la formación del autoconcepto intervienen fundamentalmente las valoraciones de los progenitores y el profesorado. La valoración que su familia transmite a la niña o al niño tiene una especial trascendencia en el desarrollo de la autoestima. Se valoran los comportamientos del menor, las expectativas que se tengan de él, confianza o desconfianza en sus capacidades, etc. El lenguaje, verbal y no verbal, es el instrumento mediante el cual se transmiten estas percepciones. También los profesores y profesoras en la escuela influyen en la formación del autoconcepto de su alumnado.

Una buena autoestima favorece el aprendizaje, la adquisición de autonomía personal, facilita el desarrollo de la creatividad y mejora las relaciones interpersonales. La investigación asocia mayor riesgo de consumo de drogas en personas inseguras, emocionalmente inestables, con un autoconcepto pobre, con poca autonomía, con una imagen negativa de sí mismos, etc.

UNA PERSONA CON UNA AUTOESTIMA ALTA SERÁ CAPAZ DE:	UNA PERSONA CON UNA AUTOESTIMA BAJA :
Actuar de forma independiente.	Tendrá dificultades para solucionar situaciones conflictivas.
Asumir responsabilidades.	Se dejará llevar por los demás.
Demostrar sus sentimientos.	Se comportará de forma irresponsable respecto a su propia salud y seguridad y respecto a la de los demás.
Tolerar la frustración.	Elegirá un entorno social que no le aporte satisfacciones afectivas ni referentes saludables.
Establecer relaciones sociales enriquecedoras.	Ocultará sus sentimientos.
Hacer respetar su opinión.	

Fuente: Alonso, Freijo y Freijo, 1996.

El término **Inteligencia Emocional (IE)** aparece en la psicología en los años 90, sobre todo con la aportación de Daniel Goleman (1995). Nace para ampliar el concepto de inteligencia, que estaba limitado a las habilidades cognitivas, ignorando el resto de capacidades humanas adaptativas. Surge como fruto de la inconformidad de muchos científicos ante el enfoque meramente cognitivo que tradicionalmente se tenía de la Inteligencia. Se define como la capacidad de reconocer nuestros sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones.

Mayer y Cobb (2000) la definen como “una habilidad o capacidad que la persona adquiere para procesar los sentimientos y emociones de forma exacta, precisa, de tal manera que esto permita comprender, entender, controlar y gestionar las emociones”; en consecuencia, la IE permite una mejor adaptación al entorno.

Esta habilidad, que va adquiriendo la persona a lo largo de su desarrollo evolutivo, le permite conocer e identificar los sentimientos intra e interpersonales para una mejor gestión de las emociones y una correcta relación con el entorno. Al definir la inteligencia como una capacidad, se convierte en una destreza que se puede desarrollar y no como algo exclusivamente innato o inamovible. No se niega el componente genético, pero se sostiene que esas potencialidades se van a desarrollar de una u otra manera dependiendo del medio ambiente, las experiencias vividas, la educación recibida, etc.

Howard Gardner abre el campo a otras posibilidades dentro del mundo de la Educación, al hablar de *Inteligencias Múltiples*.

El Cociente Intelectual se basaba en la Inteligencia Cognitiva que implica la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia, ignorando el resto de capacidades humanas: talento musical, estabilidad emocional, coordinación física, creatividad, talento artístico, sentido espacial...

La Inteligencia emocional es una habilidad que implica tres procesos:

- Percibir: Reconocer de forma consciente nuestras propias emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
- Comprender: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regular: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Desde esta perspectiva, la IE es el timón que permite dirigir de manera adecuada y con efectividad los sentimientos y emociones hacia una meta común: ayuda a identificar y orientar emociones y sentimientos, eleva la autoestima, mejora el rendimiento escolar,

brinda autonomía y seguridad, potencia y estimula las relaciones interpersonales y mejora la salud mental y física. Con la IE desarrollamos las siguientes competencias:

A nivel Intra-personal :	A nivel Inter-personal :
<ul style="list-style-type: none"> – Autoconocimiento. – Autocontrol emocional. – Automotivación. 	<ul style="list-style-type: none"> – Empatía – Habilidades Sociales

Estas cinco competencias son muy útiles para cuatro áreas fundamentales de nuestra vida:

- Propician nuestro bienestar psicológico, base para el desarrollo armónico y equilibrado de nuestra personalidad.
- Contribuyen a nuestra buena salud física.
- Favorecen nuestro entusiasmo y motivación.
- Permiten un mejor desarrollo de nuestras relaciones con las personas, en el área familiar-afectiva, social y laboral-profesional.

Las conductas disruptivas, que son manifestaciones comportamentales que tomando en cuenta su frecuencia, intensidad, duración y situación ante la cual ocurren, originan consecuencias desfavorables tanto para el/la propio/a niño/a como para quienes lo rodean, interfiriendo en el proceso de interacción del menor con su grupo social (Pineda L.A., López M., Torres N. y Romano H. *Modificación de conductas problemas en el niño. Programa de entrenamiento para padres*, 1987; Ison M.S., *Contexto familiar y desarrollo de habilidades cognitivas para la resolución de problemas interpersonales en niños*, 2001), se encuentran detrás de una dificultad para gestionar bien las emociones, lo que se relaciona directamente con un menor nivel de IE.

Los adolescentes que poseen mayor IE presentan un mejor ajuste psicológico que está relacionado directamente con un menor riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. La IE es un factor modulador en el comportamiento final del adolescente, sirviendo como una medida eficaz de prevención en las adicciones. La IE se ha relacionado negativamente con el consumo de sustancias como la cocaína (Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, *La inteligencia emocional como estrategia para la prevención de adicciones*, 2009). Aquellos adolescentes que presentan una mayor IE son más resistentes a la presión de grupo y mantienen una interrelación apropiada con sus iguales, así mismo, una elevada IE se relaciona con un menor consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia (Trinidad, D. R. y Johnson, C. A. *The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personality and Individual Differences*, 2002).

Pero la IE no solo se ha relacionado con el consumo de drogas, una mayor gestión de las emociones se ha relacionado con unos mayores niveles de bienestar y ajuste psicológico en adolescentes (mayor autoestima, felicidad y salud psicológica) (Zins J.E., Weissberg R.P., Wang M.C., Walberg H.J., *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?*, 2004). La conducta adictiva es multifactorial, por lo que parece que, trabajando la IE a nivel intrapersonal e interpersonal, se puede reducir el riesgo de consumo de sustancias en menores.

1.4.6. Ocio y tiempo libre como hábitos saludables

Todas las personas realizamos diferentes actividades durante la jornada diaria. Podemos distinguir cinco tipos de actividades en las que ocupamos nuestro tiempo:

- El tiempo destinado a la satisfacción de necesidades.
- El tiempo destinado a trabajo productivo.
- El tiempo de estudio.
- El tiempo para la realización de trabajos del hogar.
- El tiempo de ocio o tiempo libre.

El tiempo de ocio es aquel en el que la persona realiza actividades que no son consideradas de carácter obligatorio y ocupacional. En este espacio, la persona desarrolla sus preferencias, aficiones, gustos, etc. Se trata de lo que podríamos denominar actividades placenteras de carácter satisfactorio y tienen un carácter voluntario.

La ocupación del tiempo de ocio se puede realizar de forma individual y en grupo. Los escolares disponen de una importante cantidad de tiempo libre, debido a que cuentan con numerosas fracciones de descanso en su proceso educativo, como son fiestas, vacaciones en diferentes épocas del curso escolar, jornada escolar intensa con actividades extraescolares dentro del centro educativo, etc.

Para la gran mayoría de adolescentes la actividad preferida en su tiempo de ocio es estar con sus amistades. Esto significa que gran parte de su tiempo se canaliza a través del grupo de iguales. Para los jóvenes, las actividades que realizan con su grupo, constituyen una de las principales fuentes de diversión, a la vez que les ayuda a desarrollar y potenciar su identidad y autonomía. Del culto que nuestra sociedad hace del tiempo libre, de la importancia que tiene para los adolescentes y jóvenes como forma de socialización y de las características que actualmente muestra su ocio (botellón, abuso de alcohol y consumo de cánnabis y otras drogas, violencia callejera, etc.), se desprende que, centrar las bases educativas del ocio en la preadolescencia, es una tarea nada desdeñable.

La práctica del tiempo libre puede ser un medio de diversión y relajación a través de actividades que aporten satisfacciones y experiencias positivas, o también pueden aportar vivencias negativas que perjudiquen la salud, de ahí la importancia de aprender a hacer un uso adecuado del tiempo libre, de tal forma que, las potencialidades de este espacio de tiempo, se rentabilicen al máximo.

Diferentes estudios señalan que existe una relación entre la práctica de determinadas formas de ocio y el consumo de drogas. El fenómeno del consumo de alcohol y tabaco está estrechamente relacionado con la necesidad de los/las jóvenes de relacionarse con su grupo de iguales y de ocupar su tiempo de ocio. Estas drogas socialmente aceptadas, son percibidas como un instrumento que facilita la diversión y el contacto entre jóvenes, es decir, se establece un binomio entre consumo de drogas y diversión, sobre el que hay que intervenir para romperlo.

Binomio:

Drogas
Diversión

Así pues, una de las estrategias preventivas que actualmente hay que tener en cuenta es la educación en hábitos saludables en el tiempo libre, además de poder disponer y disfrutar de alternativas de ocio saludables.

1.5. Marco normativo



Son unánimes las decisiones de los diferentes organismos nacionales e internacionales en considerar la Educación para la Salud (EpS) como "la herramienta básica con la que prevenir o reducir el consumo de sustancias tóxicas, perjudiciales para nuestra salud". Todos los que abogan por la EpS, están de acuerdo en situar la prevención en un lugar central y prioritario, como medida principal para atajar el problema de las adicciones.

Uno de los textos fundamentales que ha marcado el punto de partida para el desarrollo de la EpS, ha sido la **Carta de Ottawa** (Canadá 1986), aprobada en la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en la Ciudad de Ottawa. Esta Carta constituyó el eje central para la puesta en marcha y desarrollo de las políticas de EpS en los diferentes países participantes en la Conferencia. En ella, los países se comprometen a promocionar la salud en todo su contexto y, además, hacen un

llamamiento a la OMS, para que apoye a los países en el establecimiento de programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud en la población.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Este hilo conductor que establece la Carta de Ottawa, se ha ido consolidando poco a poco en las diferentes conferencias internacionales. La **Declaración de Yakarta** sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997), además de potenciar lo promovido por la Carta de Ottawa, señala como una de sus prioridades, "promover la responsabilidad social en temas de salud, tanto en el sector público como en el privado e incrementar la inversión política, social y económica en el desarrollo de la salud". Las políticas de prevención de los gobiernos, enmarcadas y propuestas para desarrollarse dentro del sistema educativo, varían de un país a otro, observando que en un mismo país conviven diferentes culturas, subculturas, comunidades, necesidades etc., por lo que hay que aplicar diferentes y diversos enfoques preventivos.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/said2.pdf

La novena **Conferencia** mundial de promoción de la salud, celebrada en 2016 en **Shanghai**, remarca que los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad. En este sentido subraya que es necesario impulsar capacidades y competencias sanitarias, y por tanto de EpS, a lo largo de la vida a través de los planes de estudio escolares. Propone para ello, impulsar estrategias intersectoriales nacionales y locales para reforzar la EpS de todas las poblaciones y en todos los entornos educativos; potenciar el control de la ciudadanía sobre su salud aprovechando los recursos que facilitan el uso de las nuevas tecnologías; y asegurar entornos de consumo que promuevan elecciones saludables mediante diferentes estrategias políticas.

No podemos hablar de un modelo preventivo universal y aplicable a todos los países, sino que se deben adaptar a las necesidades específicas de EpS existentes, teniendo en cuenta varios aspectos como son: el tipo de educación (formal y extraescolar) existente en el país, el modelo de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla, los métodos utilizados, los medios materiales y humanos, el nivel de formación del profesorado en la materia, etc. No existe, por tanto, un modelo preventivo universal y generalizable para todos aquellos gobiernos partícipes de la EpS (GRUP IGIA, *El medio escolar y la prevención de drogodependencias*. Ministerio de Educación y Ciencia, 1989).

<https://www.semfyec.es/declaracion-de-shanghai-sobre-la-promocion-de-la-salud-2016/>

La **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud** (2014-2020, resumen ejecutivo) propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro

entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes y abordarlos de forma conjunta e integradora mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia. En una primera fase, se ha priorizado para la acción dos poblaciones: la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años.

Los tres primeros objetivos a desarrollar priorizan la infancia:

- Promover estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo.
- Promover estilos de vida saludables durante el embarazo y el periodo de lactancia.
- Promover el bienestar emocional en la población infantil.

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ResumenEjecutivo.pdf>

La **Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024**, documento publicado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, reconoce que la comunidad educativa constituye uno de los escenarios de prevención de adicciones. Tal y como establecían las Estrategias previas, el entorno educativo, junto con la familia, se reconocen como las instancias más importantes para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible la implicación de la comunidad educativa: alumnado, familia y profesorado. En este sentido, se han de implantar programas de educación para la salud que incorporen las medidas de prevención de adicciones con la finalidad de retrasar la edad de inicio del uso de sustancias adictivas y favorecer estilos de vida más saludables. Además, la ENA hace énfasis en cuestiones importantes a tener en cuenta, como son la incorporación de la perspectiva de género y de la equidad en todas las iniciativas de prevención y tratamiento de adicciones; basarse en las evidencias científicas y las buenas prácticas disponibles; así como potenciar la participación de la comunidad y el empoderamiento de la población.

En las nuevas incorporaciones de la ENA se incluyen la prevención de la ludopatía y el uso abusivo de pantallas. Establece una serie de objetivos estratégicos en el ámbito de la prevención, entre los que destacan: promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado a determinadas conductas adictivas (juego, TIC), desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a conductas susceptibles de provocar adicción y promover conductas y hábitos de vida saludables y el uso saludable de las nuevas tecnologías.

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), con las modificaciones que aporta **la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE)** explicita la necesidad de trabajar la Educación para la Salud en todas las etapas educativas, como deja reflejado en su articulado, haciendo referencias a ella en los objetivos y principios pedagógicos de las mismas, en el artículo 127 sobre las competencias del consejo escolar y en la Disposición Adicional cuadragésima sexta que dice: Promoción de la actividad física y la alimentación saludable. Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la alimentación saludable formen parte del comportamiento infantil y juvenil. Con el objetivo de fomentar y consolidar hábitos de vida saludables, dichas Administraciones promoverán la práctica diaria de deporte y ejercicio físico por parte de los alumnos y alumnas durante la jornada escolar, en los términos y condiciones que, siguiendo las recomendaciones de los organismos competentes, garanticen un desarrollo adecuado para favorecer una vida sana y autónoma, para promover hábitos saludables de alimentación y la movilidad activa, reduciendo el sedentarismo.

<https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>

<https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>

La **Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladoras de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco)** ofrece el soporte y la cobertura normativa a las intervenciones educativas, preventivas y asistenciales relacionadas con el consumo de tabaco. En concreto, el Artículo 11 establece que las Administraciones Públicas promoverán acciones y programas de educación para la salud, entre otros, en colaboración con diferentes agentes sociales. El Artículo 7 prohibía totalmente fumar en "centros docentes y formativos, independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza". La posterior modificación establecida por la **Ley 42/2010** amplió la prohibición a todo el recinto de los centros educativos, salvo en los espacios al aire libre de centros universitarios y los dedicados a formación de adultos siempre que no fueran los accesos inmediatos de los edificios.

El establecimiento de espacios sin humo es una actuación prioritaria de protección de la salud para la población en general, y especialmente en el caso de los menores, y de promoción de la salud, porque contribuye a "desnormalizar" el consumo de tabaco y porque resalta "la importancia del papel modélico de los profesionales docentes y sanitarios, en su labor educativa, de sensibilización, concienciación y prevención, fomentando modos de vida sin tabaco". Medidas legislativas posteriores (Ley 3/2014, de 27 de marzo) también han prohibido el uso de cigarrillos electrónicos en entornos educativos, por los mismos motivos, al ser un sistema que puede contribuir a generar adicción a la nicotina.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2005/12/26/28/dof/spa/pdf>

<https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>

La **Ley 13/2011, de 27 de mayo**, actúa sobre otras conductas adictivas, **regulando el juego de azar de carácter estatal**, en particular los comercializados online. También orienta a la protección de los colectivos vulnerables, en especial los menores de edad, desarrollando o impulsando programas para prevenir el desarrollo de fenómenos de adicción al juego.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-9280-consolidado.pdf>

Por otro lado, la **Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, y, el Código de Conducta** sobre comunicaciones comerciales de las actividades de juego, establecen principios de autorregulación de las comunicaciones comerciales en los servicios de comunicación audiovisual, que deberían incidir en una publicidad ética en el sentido de la protección de poblaciones vulnerables.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-5292#:~:text=Esta%20Ley%20regula%20la%20comunicaci%C3%B3n,Locales%20en%20sus%20respectivos%20%C3%A1mbitos.>

Además, la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**, es de interés tenerla en cuenta ya que, ante la globalización de la información, es preciso conocer la necesidad de protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos. En este contexto, Internet se ha convertido en una realidad omnipresente tanto en nuestra vida personal como colectiva. Están identificamos con bastante claridad los riesgos y oportunidades que el mundo de las redes ofrece a la ciudadanía y esta normativa refuerza los derechos digitales de la ciudadanía, que deben darse a conocer para incluirse en lo que es el respeto a los otros, evitando el anonimato que, a veces, enmascara el mal uso de las TIC. En concreto, el Artículo 83 habla del *Derecho a la educación digital*, que... *garantizará la plena inserción del alumnado en la sociedad digital y el aprendizaje de un uso de los medios digitales que sea seguro y respetuoso con la dignidad humana, los valores constitucionales, los derechos fundamentales y, particularmente con el respeto y la garantía de la intimidad personal y familiar y la protección de datos personales. Las Administraciones educativas deberán incluir en el diseño del bloque de asignaturas de libre configuración la competencia digital a la que se refiere el apartado anterior, así como los elementos relacionados con las situaciones de riesgo derivadas de la inadecuada utilización de las TIC, con especial atención a las situaciones de violencia en la red.* Así mismo, el Artículo 84. Recoge el derecho a la *Protección de los menores en Internet*, cuya tarea recaerá en los adultos relacionados con ellos: *Los padres, madres, tutores, curadores o representantes legales procurarán que los menores de edad hagan un uso equilibrado y responsable de los dispositivos digitales y de los servicios de la sociedad de la información a fin de garantizar el adecuado desarrollo de su personalidad y preservar su dignidad y sus derechos fundamentales.*

<https://boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>



En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, se incluye la promoción de la salud y la educación para la salud en la escuela en relación con la prevención de adicciones desde diferentes documentos.

La Ley Regional sobre Drogas: **Ley 6/ 1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social**, describe en su Art. 6.4, como uno de los objetivos generales, "aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables" y da relevante importancia a la EpS en su Art. 9.1, donde dice "La Administración de las CC.AA., en colaboración con otras Administraciones Públicas, promoverá la incorporación de programas de educación para la salud en los niveles educativos correspondientes...".

<https://www.boe.es/boe/dias/1998/02/12/pdfs/A05006-05018.pdf>

La **Ley de Salud de la Región de Murcia**, establece en su Art. 2, apartado j, como uno de sus principios básicos, "la promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario". Además, en su Art. 7, apartado d, establece como "competencia de los Ayuntamientos el control sanitario de la distribución y suministro de bebidas alcohólicas...".

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-22255-consolidado.pdf>

El **Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia** que se está implementando en los centros docentes de la Región de Murcia desde el curso escolar 2006-2007, tiene como finalidad desarrollar una educación en conocimientos, destrezas y valores del alumnado en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional que facilite su desarrollo integral y la adquisición de estilos de vida saludables, al tiempo que los centros educativos trabajan para convertirse en Escuelas Promotoras de Salud. Para su consecución se tienen previstas estrategias que impulsen y potencien todos los contenidos de la EpS, entre los que se encuentran los relacionados con la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras adicciones. La Adenda publicada en 2016 del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, enfatiza la necesidad de implementar la EpS en todas las etapas de la vida y, en especial, en la edad infantil y juvenil dado que, la mayoría de los hábitos adquiridos a esas edades, suelen persistir durante toda la vida y, por tanto, refiere que el entorno ideal para desarrollar la EpS es el educativo.

El Plan de Educación para la Salud en la Escuela es una alianza entre las Consejerías de Educación y Salud que establece un marco de trabajo colaborativo, intersectorial y multidisciplinar para potenciar la promoción de la salud desde el entorno escolar, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica y de acuerdo a la situación de salud escolar en la Región de Murcia. Su fin último es favorecer la implantación en los centros docentes

de la Región de programas y proyectos educativos eficaces, para lograr una mejora de la salud de las comunidades educativas y la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo los temas relacionados con las adicciones y el uso de las tecnologías.

<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/367403->

[Plan de EpS Escuela Adenda 2016.pdf](#)

El **Plan Regional sobre Adicciones** incluye las actuaciones de prevención de adicciones que se desarrollan en el ámbito escolar a través de formación del profesorado y apoyo en la implantación de programas, dotación de materiales didácticos basados en la evidencia científica y unificados, con la pretensión de su inclusión de la prevención de las adicciones en el Proyecto Curricular y en el Proyecto Educativo de Centro. Se menciona específicamente la sinergia de la prevención de adicciones, entre otras, con el Plan de Educación para la Salud en la Escuela, desde el cual se ha establecido el marco de actuación para el desarrollo de la educación para la salud en los centros docentes de la Región de Murcia, así como el apoyo comunitario en la implementación de la prevención escolar de adicciones, a través de la Red de Entidades Locales con Planes y Programas de Prevención de Adicciones y de la Atención Primaria de Salud del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia.



Dentro del Objetivo Específico 3.2 “Extender la implantación de programas educativos de prevención de adicciones basados en evidencia científica y buenas prácticas”, la Acción 12 propone “Implantar estrategias educativas en prevención de adicciones en coordinación con la Consejería de Educación y Cultura”. Este programa manualizado “SE-ALTATIC”, se encuentra enmarcado en su implementación, incluido en el Programa ARGOS-Comunitario/Educativo junto con los programas dirigidos a educación secundaria para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, como son: para 1º de ESO “Alcohol: conciencia con ciencia”, para 2º de ESO “Drogas: ALTACAN” y para 3º de ESO “Pillando Fake News” (sobre alcohol) y “Nudos” (sobre tabaco y cánnabis); y para la prevención del juego de apuestas con dinero en adolescentes de 3º y 4º de ESO “¿Qué Te Juegas?”.

<http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/pr2021-26.jsf>

La **Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023–2026** de la Región de Murcia plantea medidas que afectan a todos los aspectos que inciden en la recuperación de las personas con problemas de salud mental y sus familias, y propicia las condiciones necesarias para la prevención y promoción de la salud mental de toda la ciudadanía, a través de iniciativas colaborativas con otros niveles asistenciales y entre diferentes departamentos de la Administración Regional, así como con entidades del Tercer Sector. La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma

productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”. La salud mental es muy importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la vejez, y puede ser alterada por múltiples factores, por ello se coloca el foco de las acciones que contiene, entre otras en la mejora del bienestar emocional de la población a través de la colaboración con otros departamentos de la administración regional y local en acciones de promoción y prevención.

En el Eje I. Promoción de la salud Mental y prevención de los trastornos mentales, se señala que promocionar la salud mental es facilitar que las personas adquieran mayor autonomía en la gestión de su salud y su enfermedad. Este objetivo ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso antes del nacimiento y la planificación familiar, hasta el final. La prevención busca reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, así como el impacto que los mismos puedan tener sobre las personas, sus familias y la sociedad. Por otra parte, existe una preocupación creciente por el aumento del uso “patológico” de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso y potenciadoras de otras conductas adictivas. Esta preocupación por las nuevas formas de adicción sin sustancia, junto con la percepción de bajo riesgo en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por parte de menores, marcan algunas de sus acciones, como son:

- Colaboración para la implantación del Programa “ARGOS Comunitario-Educativo”, dirigido a la prevención, detección precoz y atención de adicciones al tabaco, alcohol y cannabis, mediante los manuales y recursos audiovisuales para 1º de ESO “Alcohol: conciencia con ciencia”, para 2º de ESO “Drogas: ALTACAN” y para 3º de ESO “Pillando Fake News” (sobre alcohol) y “Nudos” (sobre tabaco y cánnabis).
- Apoyo en la implantación y despliegue de programas basados en evidencia científica para la mejora de la Salud Emocional dentro del Plan de Educación para la Salud en la Escuela como “SE-ALTATIC” para 5º y 6º de Educación Primaria.
- Apoyo en la implantación del Programa “¿Qué Te Juegas?” para la Prevención de la ludopatía en los centros de educación secundaria, dirigido a adolescentes de 14-17 años que busca fomentar una actitud crítica y contraria a las apuestas antes de que se den las primeras experiencias, lo que ayudará a retardar la edad de inicio, evitando o reduciendo la presencia de creencias favorables al juego, como son las expectativas de éxito y la baja percepción del riesgo.
- Sensibilización de la sociedad para la prevención universal del Síndrome Alcohólico Fetal sobre los riesgos del consumo de alcohol en mujeres embarazadas, poniendo el foco no solo en las gestantes, sino también en el entorno familiar y social.

[http://www.carm.es/web/descarga?ARCHIVO=Estrategia%20de%20Mejora%20Salud%20Mental%202023-2026%20CARM.pdf&ALIAS=ARCH&IDCONTENIDO=183514&RASTRO=c\\$m122,70](http://www.carm.es/web/descarga?ARCHIVO=Estrategia%20de%20Mejora%20Salud%20Mental%202023-2026%20CARM.pdf&ALIAS=ARCH&IDCONTENIDO=183514&RASTRO=c$m122,70)



Región de Murcia



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS