

# GUÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL AULA



GENERALITAT  
VALENCIANA

DEPARTAMENT DE SALUT DE  
LA RIBERA



# Guía de Prevención y Promoción de la Salud Mental en el Aula

Departamento de Salud de la Ribera

ISBN: 978-84-09-15835-5



# PRÓLOGO

Tienes entre tus manos la 'Guía de Prevención y Promoción de la Salud Mental en el Aula', un valioso instrumento, ejemplo de coordinación en la comarca de la Ribera -especialmente en el ámbito de actuación de nuestro Departamento de Salud-, entre las áreas de Sanidad y Educación.

El objetivo de esta Guía no es otro que el de ofrecer recursos y herramientas a los profesionales para poder prevenir, detectar precozmente y enfrentar los problemas de salud mental entre niños y adolescentes. Para ello, los contenidos se han organizado de una manera estructurada, amena y sencilla.

Los niños y adolescentes son un grupo de población que requiere de intervenciones específicas a la hora de abordar los problemas de tipo psicológico y psiquiátrico.

Los diagnósticos más frecuentes que presentan nuestros jóvenes tienen que ver con los trastornos emocionales y trastornos de la conducta, tales como ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, y alteraciones emocionales sin perder de vista el incremento, en los últimos años, de los problemas derivados del bullying y de las adicciones a las nuevas tecnologías.

Saber abordar estos problemas con garantías, tanto desde el aula como desde las consultas sanitarias, es el objetivo de esta Guía. La población infantil y juvenil debe ser nuestra más firme apuesta de futuro y velar por su salud, a todos los niveles, la mejor inversión que podemos hacer desde las instituciones sanitarias y educativas.

Dra. Lilibana Fuster Puig

Gerente

Departamento de Salud de la Ribera



# INTRODUCCIÓN

La gestación de esta Guía comienza, sin ser un objetivo en el inicio, con la incorporación del Grupo de Trabajo para la Promoción y Prevención en Salud Mental del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Departamento de Salud de la Ribera, a un Programa de trabajo que se llevaba a cabo en Salud Pública de Alzira con orientadores escolares, que habían desarrollado un primer Módulo experimental sobre sexualidad (2008-2009), y un posterior Grupo de Trabajo en salud sexual de la ESO (2011-2012).

Dicha incorporación y las posteriores actividades de formación se llevaron a cabo en los cursos académicos 2012-2013 y 2013-2014, en forma de sesiones conjuntas, de frecuencia mensual, entre miembros del Servicio, fundamentalmente de la Unidad de Salud Mental para la Infancia y Adolescencia (USMIA), y los orientadores escolares. En las mencionadas sesiones se profundizó en los distintos temas que posteriormente darían lugar a los capítulos de esta Guía.

Tras la finalización de las sesiones programadas se constata la importancia de mantener encuentros periódicos conjuntos entre el ámbito sanitario y el educativo (sesiones clínicas semestrales, actualmente en vigor), así como la imperiosa necesidad de establecer un sistema de comunicación fluido y una coordinación en las intervenciones, surgiendo, de forma ya evidente, la vocación de realizar la actual Guía.

Los principales objetivos de esta Guía son: sensibilizar a todos las y los profesionales implicados en el trabajo con menores, tanto del ámbito sanitario, como educativo y de los servicios sociales, de la importancia de la prevención en Salud Mental, así como de la detección precoz de problemas y trastornos mentales; poner de manifiesto la necesaria coordinación de los distintos estamentos enumerados; orientar al profesorado en temas de prevención y detección precoz, analizando herramientas de acción inmediata y estableciendo mecanismos y circuitos de actuación coordinada.

Aunque la Guía va dirigida fundamentalmente a los problemas de la etapa de la adolescencia, no puede desligarse de etapas más tempranas como la infancia, y algunos capítulos, como el de Parentalidad positiva, se dirigen más a ésta.

La elaboración de los distintos capítulos ha corrido a cargo de los distintos profesionales del Servicio de Psiquiatría y SM que participaron en las sesiones conjuntas, más otros que posteriormente completaron los contenidos de interés. Se quiso también incluir un capítulo realizado por los orientadores escolares y técnico de Salud Pública que participaron en las sesiones, que hace referencia a la educación en salud y convivencia.

Inicialmente se convino en estructurar los capítulos de forma homogénea, con los mismos apartados, aunque posteriormente, dado que existen contenidos transversales, se flexibilizaron las indicaciones dadas a los autores, también incluso para las referencias y bibliografía recomendada, promoviendo una mayor libertad en el relato.

Distintas circunstancias organizativas del Departamento de Salud retrasaron la elaboración, y revisiones varias, de los distintos capítulos que, desde 2015, se ha prolongado hasta 2017-2018.

Finalmente se decide su publicación y presentación en las IV Jornadas sobre Promoción y Prevención en Salud Mental de noviembre de 2019 que organiza nuestro Servicio.

Por último, es importante aludir al consenso de todos los participantes respecto a que resulta primordial la implementación en el currículum escolar de programas sobre habilidades para la vida que potencien los factores protectores y combatan los factores de riesgo no solo de las enfermedades mentales, sino del sufrimiento humano en su globalidad.

José E. Romeu Climent

Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental

Departamento de Salud de la Ribera



# ÍNDICE

<b>Capítulo 1</b>	
Etapa de la adolescencia .....	12
<b>Capítulo 2</b>	
Educación en salud y convivencia.....	25
<b>Capítulo 3</b>	
La motivación en el adolescente.....	44
<b>Capítulo 4</b>	
Habilidades para la vida.....	53
<b>Capítulo 5</b>	
Parentalidad positiva.....	59
<b>Capítulo 6</b>	
Estigma y enfermedad mental.....	70
<b>Capítulo 7</b>	
Trastornos afectivos en población infanto-juvenil.....	85
<b>Capítulo 8</b>	
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	98
<b>Capítulo 9</b>	
Problemas de conducta.....	114
<b>Capítulo 10</b>	
Trastornos alimentarios en población infanto-juvenil.....	128
<b>Capítulo 11</b>	
Personalidad y psicosis.....	146
<b>Capítulo 12</b>	
Problemas relacionados con alcohol, tabaco y cannabis.....	160



# Capítulo 1.

## Etapa de la adolescencia

Autora: Sonia Císcar Pons

### 1.- ¿Cómo definir la adolescencia?

La adolescencia, que abordaremos en este capítulo introductorio, es una etapa de la vida que provoca grandes debates entre la sociedad, los clínicos y la comunidad científica y que sigue generando grandes incógnitas, a pesar del debate y la investigación.

El término adolescencia tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse, y aparece generalmente unido a otros dos, pubertad y juventud, aunque no sean absolutamente equivalentes. Pubertad proviene del latín *pubere*, y designa especialmente los cambios biológicos que aparecen al final de la etapa de la infancia. Por su parte, el término juventud alude en mayor medida a los procesos formativos y de incorporación al mundo laboral.

La adolescencia se entiende generalmente como ese gran período de transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognitivos y sociales, y cuyos principio y fin no están delimitados con claridad (Papalia, 2009). La primera dificultad, como se puede entrever, es definir la adolescencia en sí misma, no como conector de otras dos etapas. Entendida como una transición, por definición, nos llevaría a pensar en un período más o menos pasivo que conecta dos etapas importantes. Sin embargo, la adolescencia es en sí misma un período o etapa fundamental en la formación de una persona, una etapa excitante, convulsa y apasionante, que ofrece múltiples oportunidades de crecimiento, no solo físico, sino cognitivo, social, en autonomía, en autoestima, y en intimidad. Es también un período de importantes riesgos, de fragilidad para el bienestar físico y mental, que hacen necesario que, como educadores y sanitarios, conozcamos bien

## Prevención y Promoción SM en el Aula

para fomentar y promover sus capacidades, virtudes y potencialidades, y prevenir o limitar los riesgos, con la intención última de que el/la adolescente sea capaz de construir el futuro que desea para sí mismo/a, lograr una identidad e incorporarse a la sociedad.

El desarrollo de las características sexuales secundarias, que son visibles de cara al exterior, suelen funcionar como marcadores de la etapa adolescente, siendo la edad a la que aparecen estas características tremendamente variable (Berk, 1999), por lo que no siempre es informativa de la llegada de la adolescencia. En las sociedades industrializadas la llegada de la adolescencia está asociada más bien a cambios importantes en la autoestima, autoimagen e interacción con padres e iguales, y como se ha podido demostrar, no es vivenciada de la misma manera en sociedades industrializadas o en otras más apartadas de la industrialización y globalización, donde en general la etapa adolescente se vive como una transición más corta hacia la madurez y más tranquila (Whiting, Burbank y Ratner, 1986).

Una de las dificultades de la etapa adolescente es que no existen rituales, ceremonias o hitos sociales que marquen la entrada en esta etapa y que vayan asociados a un reconocimiento de su idiosincrasia. La mayor parte de las veces, los adolescentes se encuentran con ámbitos en los que son tratados como adultos (por ejemplo, para votar o ser responsables legalmente), y otros en los que son tratados como niños (por ejemplo, en el trato en familia o a nivel formativo). En las próximas páginas vamos a intentar repasar las distintas teorías que versan sobre esta etapa, sus principales características definitorias, y la relación que existe con la psicopatología y el trastorno mental, con unas breves indicaciones sobre cómo prevenir su aparición.

### 2.- Teorías y características de la adolescencia

La adolescencia se ha abordado desde enfoques biogenéticos, psicoanalíticos, culturales, sociológicos o antropológicos, intentando dar respuesta a los azotes de esta etapa desde perspectivas diferentes y poniendo el énfasis en aspectos diferenciales, siendo útil poder conocer brevemente los principales enfoques para poder tener una concepción más integrada sobre esta etapa de la vida, propia y diferenciada de la niñez y de la vida adulta.

En Saavedra (2007) se describen muy acertadamente algunas de las principales teorías. Stanley Hall, en 1904, publicó la obra *Adolescence. Its Psychology and its relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*, y desde una perspectiva biogenética, señaló que la adolescencia se caracteriza fundamentalmente por tratarse de una etapa de "tormenta y estrés", una etapa turbulenta y contradictoria, motivada por la sexualidad, que implica una sucesión de crisis tensionales, tras las cuales nace la identidad individual.

Las teorías psicoanalíticas clásicas, como la de Freud, veían al adolescente como un sujeto enormemente necesitado de mecanismos de defensa, ya que los cambios físicos de la pubertad otorgaban a la sexualidad un carácter genital y de urgente satisfacción a la vez que se reavivaban los conflictos psicosexuales de etapas anteriores y sobre todo el complejo de Edipo (Carretero, Palacios y Marchesi, 1985). La aportación fundamental de su hija, Anna Freud, fue la descripción de los mecanismos de defensa de los que los adolescentes hacían uso para superar sus conflictos. Otro importante psicoanalista, Erickson, argumenta en su teoría que cada etapa vital implica una "crisis de personalidad", que debe ser resuelta satisfactoriamente para un desarrollo sano del yo. Según Erik Erickson (1980), la adolescencia implica poder superar la llamada "crisis de identidad", es decir, el desarrollo de un sentido coherente del yo, incluyendo la adopción de valores en los que creer y por los que luchar, el desarrollo de una identidad sexual, y la elección de una ocupación que le provea de un papel en la sociedad. Según este autor, el "caos" adolescente vendría derivado de esta crisis de identidad.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Eduard Spranger (1950) sostiene que la adolescencia es la etapa en la que se alcanza la madurez de la estructura mental y su psiquis, la cual depende fundamentalmente de la maduración, y se expresa en el descubrimiento del yo, la formación de un plan de vida y la necesidad de experimentar para probar la personalidad.

Jean Piaget (1964), en su teoría psicogenética, postula que la adolescencia se caracteriza por alcanzar, a nivel cognitivo, la capacidad de razonamiento hipotético-deductivo. Esta capacidad implica que los adolescentes son capaces de generar hipótesis o teorías sobre un problema que se les presenta y de generar los distintos escenarios o alternativas para, a partir de ahí, deducir cuál sería la mejor solución sin necesidad de experimentarla. Los adolescentes alcanzan una capacidad de pensamiento abstracto, que les lleva a ampliar sus intereses hacia debates sobre la libertad, la justicia, el tiempo, el futuro, etc. Además, presentan una gran habilidad para elaborar teorías abstractas. Piaget llamó a esta etapa, que considera a partir de los 11 años, etapa de las operaciones formales. Según Piaget, estas capacidades descubiertas llevan al adolescente a un egocentrismo intelectual, según el cual considera sus teorías sobre el mundo como más acertadas que el propio mundo, y por tanto en ocasiones se comporta como si, en efecto, así fuese. Estas capacidades cognitivas alcanzadas tienen su repercusión en aspectos socio-emocionales. Así, el egocentrismo se manifiesta de varias maneras: por ejemplo, los adolescentes suelen actuar con el convencimiento de que ellos son el foco de atención y de preocupación de todo el mundo, es decir, con la creencia de que el mundo gira en torno a ellos (término que Elkind y Bowen en 1979 acuñaron como *audiencia imaginaria*). También con la idea de que nadie puede entender lo que a ellos les ocurre (mucho menos los adultos) y que nadie ha vivido antes lo que ellos están viviendo, convencidos de su exclusividad e invulnerabilidad (aspecto que se denomina *vivencia de fábula personal*). Elkind señalaba, además, la tendencia a discutir, la indecisión, la búsqueda de fallas en las figuras de autoridad, la hipocresía, la autoconciencia o la suposición de invulnerabilidad, como características del afecto y la conducta de los adolescentes.

Por su parte, Margaret Mead, en 1969, tras un estudio empírico de los

## Prevención y Promoción SM en el Aula

adolescentes de la isla de Samoa, cuestionó firmemente la universalidad del concepto de adolescencia y la idea de que se trata de una etapa de conflictividad, para postular la dependencia de ésta del contexto socio-cultural en el que se desarrolla.

Más allá de las teorías clásicas, otras más recientes como la de Coleman (1980) poseen un especial interés al defender que la adolescencia, aunque pueda verse envuelta en algunas crisis, éstas no llegan a ser lo que los autores clásicos pensaban, ya que los diferentes problemas o conflictos que debe resolver el adolescente no se presentarían todos al mismo tiempo sino secuencialmente y los adolescentes suelen ser capaces de resolverlos satisfactoriamente.

Las diversas teorías sobre la adolescencia tratan de dar cuenta, como hemos visto, de las distintas características de esta etapa adolescente, centrándose sobre todo en aspectos del desarrollo cognitivo, socio-afectivo y sexual, que podemos sintetizar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Características cognitivas, socio-afectivas y físicas de la etapa adolescente.

Características de la etapa adolescente		
Cognitivas	Socio-afectivas	Físicas
Razonamiento hipotético-deductivo	Egocentrismo	Maduración genital
Capacidad de resolución de problemas	Consecución de la propia identidad	Crecimiento corporal (peso y estatura)
Uso del pensamiento abstracto	Independencia Necesidad de intimidad	Aparición de vello axilar, facial y púbico
Capacidad metacognitiva y de reflexión	Búsqueda de referencias en el grupo de iguales	Cambios en la voz Menarquía en las chicas

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Tabla 1. Características cognitivas, socio-afectivas y físicas de la etapa adolescente (continuación)

Características de la etapa adolescente		
Cognitivas	Socio-afectivas	Físicas
Pensamiento crítico	Rebeldía frente a los padres	Crecimiento de la musculatura en los chicos y de las mamas en las chicas
Capacidad de argumentación	Sentimientos de omnipotencia	Primeras relaciones de pareja y relaciones sexuales
Capacidad de razonamiento moral	Importancia de la imagen corporal	

La adolescencia es una etapa de importantes cambios a nivel cognitivo, social y afectivo. Hay, de hecho, estudios que subrayan cómo la adolescencia, y no solo la niñez, es una etapa de maduración continua del cerebro y del comportamiento, cuando la educación y el entorno pueden influir en el desarrollo cognitivo (Dumontheil, 2015). A nivel cognitivo, se produce una maduración de todos los procesos cognitivos que podemos definir como ejecutivos (planificación, control, inhibición, memoria de trabajo, etc.), y del cerebro social, o cognición social, lo que se traduce en una mayor capacidad para ponerse en el lugar del otro, mentalizar los estados mentales de otras personas, y que hacen del adolescente una persona eminentemente social.

El período de la adolescencia es, a menudo, un período muy emocional, no solo por la gran oscilación emocional de los adolescentes, sino también por la gran intensidad emocional que caracteriza esta etapa. Uno de los grandes factores protectores de esta vorágine emocional es la autoestima. Al llegar a esta etapa, la autoestima se conforma sobre todo en base a la autoeficacia, la autodignidad, el autoconcepto y la autorrealización, y cobra especial relevancia en la aceptación social de



## Prevención y Promoción SM en el Aula

los iguales, y la construcción de un yo diferenciado de los demás, sobre todo de los adultos. A nivel social el período adolescente implica un cambio en cuanto a las personas más importantes o personas de referencia. Si en la infancia son los padres los auténticos héroes y referencias para todo, en la adolescencia es el grupo de iguales (amigos, compañeros de clase) el lugar de identificación, donde compartir intereses, problemas y descubrimientos, fuente de autoestima y de apoyo, o bien de rechazo y burla.

### 3.- Psicopatología y trastorno mental en la adolescencia

Existen determinados trastornos que son específicamente más prevalentes en la etapa adolescente, algunos de los cuales ponen en peligro o amenazan la formación del "yo", más frágil de por sí y en formación en esta etapa (como la psicosis o los trastornos alimentarios) y otros que responden a la vulnerabilidad y labilidad propia de la afectividad adolescente (por ejemplo, los trastornos afectivos o de ansiedad).

Además, en ocasiones la adolescencia es el momento en el que hace su primera aparición el trastorno mental. Así, aproximadamente el 75% de trastornos mentales, incluyendo trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, esquizofrenia, trastornos del control de los impulsos o trastornos adictivos, tienen su inicio antes de los 24 años de edad (Kessler et al., 2005).

Los estudios internacionales de tipo comunitario estiman una prevalencia para los trastornos mentales entre el 10 y el 20% de la población de edad infanto-juvenil, siendo las cifras similares para nuestro país. Los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (8%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDHA (3-4%), trastornos de conducta (6%), depresión mayor (4%), siendo relevante el incremento de la frecuencia, tanto de los trastornos de conducta como de las

emociones, en función de la edad. El uso de drogas es también un problema prevalente que se incrementa con la edad, a partir de los 12-13 años hasta cifras del 7% a los 16 años. En España hasta un 4% de las mujeres adolescentes entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia. El trastorno bipolar (0,4-0,9%), trastornos psicóticos (0,5%), o trastornos del espectro autista (0,5%) son menos prevalentes (Plan de salud mental, 2013-2018).

### 4.- Factores de riesgo y factores de protección

Se han descrito numerosos factores de riesgo para el desarrollo de la psicopatología en la adolescencia y específicamente para el desarrollo de trastornos mentales. Entre los factores de riesgo familiar se incluyen el bajo nivel socioeconómico, pautas alteradas de relación familiar, pautas inconsistentes de cuidado y crianza, conflictos maritales o familiares, o una pobre disciplina. Entre los factores escolares y académicos se consideran de riesgo el fracaso escolar, inadecuadas condiciones para promover el aprendizaje, inasistencia a la escuela, inadecuada provisión de servicios educativos y la incorrecta atención a la diversidad. Entre los factores comunitarios, la pérdida de roles de apoyo en la comunidad o su desorganización, la presencia de discriminación y marginalidad, o la exposición a la violencia funcionan como factores de riesgo de mala salud mental infanto-juvenil.

Por otra parte, existen factores de protección para el desarrollo de problemas psicológicos en la etapa adolescente que tenemos que tener en cuenta, para fomentarlos y trabajarlos en el día a día. El vínculo de apego familiar, las habilidades parentales, el apoyo familiar, o las oportunidades de implicación y participación familiar funcionarían como factores familiares de protección. A nivel escolar, las oportunidades para la implicación en las actividades escolares, o la búsqueda y refuerzo del logro académico.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

De entre los factores comunitarios, los sentimientos de pertenencia a la comunidad, participación social gratificante, medio cultural no empobrecido, pautas constructivas de ocio o los modelos sociales positivos actúan como factores de protección.

Además de todos estos, la autoestima, habilidades para la vida, motivación y habilidades de comunicación serían protectores a nivel personal.

Según Silva-Escorcía y Mejía Pérez (2015), se podría decir que la autoestima adolescente se basa en 4 pilares fundamentales: la autoeficacia, la autodignidad, el autoconcepto y la autorrealización. La autoeficacia implica el sentirse capaz de algo, y no meramente el serlo objetivamente. Así, es importante el fomento del esfuerzo en los adolescentes y el reconocimiento del mismo, y no únicamente de los resultados del mismo. Vivimos en una sociedad basada en el éxito fácil, alcanzado en base a un golpe de suerte, a una aparición televisiva, y que se pretende mantener también sin esfuerzo. Es necesario relegar progresivamente esta visión de las cosas, y una manera es reforzar el esfuerzo realizado en conseguir un objetivo, sea cual sea.

En segundo lugar, aparece la autodignidad. Ésta se refiere al autorreconocimiento de la valía de uno mismo, centrado en la autoconsideración, la autovaloración y el autoafecto, es decir, en el respeto por uno mismo por el simple hecho de ser un ser humano, con una actitud positiva hacia la vida y el derecho a ser feliz.

El autoconcepto va íntimamente relacionado con la consecución de la identidad, y podría definirse como la idea, desde el punto de vista cognitivo, que uno posee sobre sí mismo. En la adolescencia el autoconcepto está en pleno proceso de formación, y se va desarrollando en base no solo a los logros, sino a muchos otros aspectos, como por ejemplo, la apariencia física, la capacidad atlética, la facilidad para hacer amigos, la capacidad de defenderse a uno mismo, etc. El desarrollo de un autoconcepto positivo implicaría fundamentalmente el desarrollo de un juicio realista de uno mismo, sobre todo poniendo el énfasis en las virtudes.

Por último, la autorrealización supondría, según Silva-Escorcía y Mejía-

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Pérez (2015), la consecución procedimental y continua de logros de diversas dimensiones y naturalezas que desarrollan un estado de plenitud en uno mismo. Por ello, en la relación con los adolescentes, es primordial ayudarles a pensar en cómo proceder para seguir persiguiendo este fin, que no es estático, sino que además se va re-evaluando a medida que la vida transcurre. Sobre todo deberíamos ayudarles a pensar en qué consiste realmente la autorrealización personal, qué es verdaderamente la felicidad, quién soy y quién quiero efectivamente ser, qué estoy haciendo para lograrlo, etc.

La comunicación se revela como una de las claves que desde el contexto educativo tenemos para llegar al adolescente y poder facilitar su apertura, expresión y resolución de problemas, fomentando su auto-comprensión y empatía. Algunas de las claves para mejorar nuestra comunicación con los adolescentes son:

1. Elegir bien el momento para hablar, procurando que el estado emocional propio sea propicio. Tratar de entablar una conversación si se plantea desde el enfado o la rabia, solo puede llevarnos a que el otro se aleje.
2. Escuchar más y hablar menos. Procurar no plantear una conversación como un monólogo inquiridor o una oportunidad para moralizar acerca de las conductas del otro.
3. Plantear solo un problema en cada conversación. En general, resulta mucho más propicio poder abordar ciertos temas importantes de uno en uno, y no aprovechar para incluir quejas o recriminaciones de otro asunto.
4. Ser concreto y no enredarse en divagaciones. Plantear los temas de conversaciones de forma directa y clara, sin emplear eufemismos sobre los temas difíciles.
5. Tratar con respeto y exigirlo al mismo tiempo. Aprovechar cada momento de conversación como una oportunidad para ejercer un modelaje acerca de la forma de discutir sobre temas discrepantes.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

6. Controlar las propias emociones. De la misma manera que como adultos podemos ser un modelo de cómo afrontar discusiones, podemos también ser un modelo de manejo emocional, manteniendo un autocontrol de nuestras propias reacciones emocionales.

La literatura sobre la adolescencia cae, en ocasiones, en la tentación de caracterizar la etapa adolescente como una etapa tormentosa, peligrosa, y a los adolescentes como unos seres impulsivos e irreflexivos. Sin embargo, como señala Oliva Delgado (2007), "la visión que el mundo adulto tiene del adolescente es con frecuencia demasiado dramática, sus problemas académicos se confunden con el fracaso absoluto, su indisciplina con la delincuencia y su experimentación con el sexo o el alcohol con la promiscuidad o la drogadicción", lo que dificulta la empatía con los adolescentes como grupo social y como personas y los deja a expensas de unos adultos que no solo no los comprenden ni saben cómo relacionarse con ellos, sino que no pueden centrarse en todas las potencialidades que, como persona en desarrollo, posee.

Por ello, como sanitarios y educadores, debemos esforzarnos por asumir un modelo basado en la competencia y en el desarrollo adolescente positivo, encaminado no solo a evitar los problemas y la patología que pueda surgir en esta etapa, sino también a promocionar el desarrollo de competencias sociales, cognitivas y emocionales.

## 5.- Bibliografía recomendada

- Berk L. (1999) Desarrollo del niño y del adolescente. Madrid: Prentice-Hall.
- Carretero, M., Palacios, J. & Marchesi, A. (1985). Psicología evolutiva (3 vols). Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial.
- Coleman, J.C. (1980). The nature of adolescence. Methuend and Co Ltd.
- Dumontheil, I. (2015) Development of the social brain during adolescence. *Psicología Educativa* 21, 117-124.
- Elkind, D., & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behaviour in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38-44.
- Erickson, E.H. (1980) Identidad, juventud y crisis. Madrid: Taurus.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Mead, M. (1969). Adolescencia sexo y cultura en Samoa (3ª ed). Editorial Laia.
- Oliva Delgado, A. (2007). Adolescencia en positivo. *Apuntes de Psicología*, 25 (3), 235-237. 235.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., Duskin Feldman, R. (2009). Desarrollo humano 11ª edición. Mc Graw Hill.
- Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental, pp.32-33.
- Piaget, J. (1964). Six Etudes de Psychologie. Editions Gonthier.
- Saavedra R., M. S. (2007). Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor. Pedagogía dinámica. Editorial Pax México.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Silva-Escorcía, I. & Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256.
- Spranger, E. (1950). *Lebensformen. Geisteswissenschaftliche Psychologie und Ethik der Persönlichkeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Whiting, J. W. M., Burbank V. K., & Ratner, M.S. (1986). The duration of maidenhood across cultures. En J.B. Lancaster & Hamburg (Eds.), *School-age pregnancy and parenthood: Biosocial dimensions* (pp. 273-302). NY: Aldine De Gruyter.

## Capítulo 2.

# Educación en salud y convivencia

Autores: Maurici Josep Belmonte Monar, Celia Caballero Miñana, Rosa María Calvo Sanz, Margarita Casanoves Talens, Carmen Castells Sanfélix, M<sup>a</sup> José Gimeno Alemany, Emili Juan Escrihuela, Joana Mateo Castro, Cinta Pla Campos, Amparo Pelechano García, Rafael Soler Boix, M<sup>a</sup> Asunción Talens Cerrillo, Josep Torres López Bueno, José Tomás Vendrell Chirivella.

A Amparo Pelechano. "Amigo no es cualquiera, sino quien lo demuestra".

### 1.- Introducción

Salud y convivencia son dos ámbitos de la vida fuertemente vinculados, a pesar de que, a simple vista, podrían parecer dos universos paralelos.

Platón remarcaba que la buena educación es la que tendía con fuerza a mejorar la mente junto con el cuerpo. Reconocía, de alguna manera, que la salud corporal conduce a la higiene mental, pero, al mismo tiempo, que el buen estado mental predispone en el buen estado corporal. Así, establecía, específicamente, que el alma "buena", para su propia excelencia, mejora el cuerpo en todo sentido.

Salud y convivencia se retroalimentan, una y otra se nutren entre sí. Esto guarda relación con la importancia que tiene la convivencia en nuestra salud: ¿Quién no se ha sentido mal cuando su entorno ha sido problemático?, ¿Quién no se ha sentido mejor, más feliz, más dichoso, cuando, a pesar de estar enfermo, ha recibido una buena noticia?,



## Prevención y Promoción SM en el Aula

¿Quién no duerme mejor cuando su vida es pacífica, serena y equilibrada?, ¿Quién no duerme mal cuando le rodean los problemas, los conflictos familiares o las disputas en el aula?

En este sentido y aplicado al ámbito escolar, podemos señalar con claridad la relación entre salud y la convivencia escolar como un aspecto más del ambiente que contribuye a la salud.

Hay una idea, insistimos, que no podemos abandonar y que es el horizonte de nuestro discurso: “la convivencia influye en la salud como la salud nos configura la convivencia”.

## 2.- ¿De qué hablamos?

La convivencia podría definirse como un ineludible y potencial engranaje social. La gente necesita cultivar las relaciones con el otro/a. Somos seres sociales y esto implica relacionarse, compartir, ayudarse, escuchar, comprender, asumir..., también discutir, enfadarse, negar, y medir, castigar, protestar... Podría decirse que la convivencia forma parte de todo.

Por otra parte, entendemos la salud como “aquella manera de vivir, autónoma, solidaria y plena” (Jordi Gol, 1924-1985)

Los conceptos de educación y salud han ido evolucionando a lo largo del tiempo desde perspectivas reduccionistas hasta conceptualizaciones más complejas, transversales y globales.

Desde el ámbito educativo se ha pasado a considerar la educación como un proceso puramente de transmisión de conocimientos a una concepción más amplia que pone el acento en el desarrollo integral del alumno. En este nuevo enfoque, la convivencia y la salud del individuo y de los diferentes agentes que participan en el proceso educativo (percepción de bienestar individual y colectivo) se consideran fundamentales para garantizar el éxito del proceso de enseñanza y aprendizaje.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Pero para ello definamos primero qué podemos considerar como convivencia: la definición del Ministerio de Educación respecto a Convivencia Escolar se refiere a *“la coexistencia pacífica de los miembros de la comunidad educativa, que supone una interrelación positiva entre ellos y permite el adecuado cumplimiento de los objetivos educativos en un clima que propicia el desarrollo integral de los estudiantes”*. (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación).

Hablamos de un sistema educativo que pone la mirada de atención en el factor social del proceso educativo, en la interrelación entre adultos y alumnos, entre iguales y en la diversidad de situaciones de interacción social que se genera en cada etapa evolutiva, en cada etapa escolar y cómo incidir de forma planificada en esta convivencia de manera que facilite el proceso de enseñanza y aprendizaje.

En convivencia escolar se trata la construcción de una manera de relación entre las personas en una comunidad, sustentada en el respeto mutuo y en la solidaridad recíproca, expresada en la interrelación armoniosa y sin violencia entre los diferentes actores y estamentos de la Comunidad Educativa.

Tiene un enfoque eminentemente formativo. Se tienen que enseñar y aprender una suma de conocimientos, habilidades y valores que permiten poner en práctica el vivir en paz y armonía con otros, porque es la base para el ejercicio de la ciudadanía.

Para lograr desarrollar este clima positivo entre todos los participantes de la comunidad escolar, es necesario promover relaciones sociales positivas, educar a nuestro alumnado en diversos temas, tales como relaciones interpersonales, autoconocimiento, expresión de emociones, resolución de conflictos, sexualidad, y prevención de uso de drogas y alcohol, entre otros. Al promover una educación integral, donde el alumnado se desarrolla tanto académica como personal y socialmente, le permitimos adquirir las herramientas necesarias para lograr vivir una vida sana y relacionarse armónicamente con los demás en los diversos contextos que se puede encontrar tanto dentro como fuera de la escuela. Y esto es una responsabilidad ética, de todos.

Por otra parte, la investigación científica internacional ha aportado ya

## Prevención y Promoción SM en el Aula

muchos detalles del alcance, las causas y las formas que pueden adoptar dentro de la convivencia, la violencia, el acoso y la conflictividad en el ámbito escolar. Pero no tan solo ha ahondado en las dimensiones de la problemática, también ha aportado conocimiento sobre los elementos clave para prevenir, detectar e intervenir en estos casos.

Las líneas de actuación tienen en cuenta los siguientes siete ejes, que se desarrollarán desde la perspectiva comunitaria, que supone un avance respecto a lo que se ha hecho hasta el momento en los centros educativos:

- a) Educación inclusiva
- b) Participación de la comunidad educativa
- c) Aprendizaje y convivencia
- d) Educación en los sentimientos y en la amistad
- e) Socialización preventiva de la violencia de género
- f) Prevención de la violencia desde la primera infancia
- g) Atención y cuidado del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Plan Estratégico de Convivencia Escolar 2016-2020, Cap. 3, pág. 15. Ministerio de Educación y Ciencia)

### 3.- ¿Qué no es? Diagnóstico diferencial

La convivencia no es una invención de la sociedad actual o de la modernidad líquida (Bauman, Z. Modernidad líquida. 2003. CFE. México)

Es un fenómeno humano complejo que, bajo una mirada poliédrica, fascina a diferentes disciplinas, a saber; antropología, sociología, pedagogía, psicología, medicina, economía...

En un diagnóstico diferencial se busca el síntoma y/o los signos. En los centros educativos el síntoma nos conduce a descubrir lo funcional o disfuncional que emana de las relaciones sociales, estructurales, emocionales, comunicativas, de socialización y, en definitiva, de la sociedad actual.

No se trata tanto de reconocer el síntoma para actuar sobre el individuo, sino que el síntoma puede revelar o manifestar un contexto de interacción que nos puede conducir a tomar decisiones y seleccionar el tipo de intervención en los diferentes grupos sociales a los que pertenece el alumno, como la familia, grupos de iguales, amigos. Actuar en el entorno inmediato y socializador del alumnado. El alumno no es sujeto paciente en el aula.

También hay que considerar que la convivencia no es un fenómeno local o estatal, puesto que las tecnologías de la información facilitan la interrelación de manera más compleja a los individuos, abriendo una realidad virtual más presente en algunos casos, y no es de extrañar considerando que las personas desarrollamos nuestra personalidad exponiéndonos a las atribuciones externas que hacen los demás de nosotros mismos.

## 4.- Factores implicados

En nuestro país la educación es un derecho fundamental, y es por ello que la actual Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa destaca como un objetivo es sí mismo:

k) *“La educación para la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, así como para la no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial en el del acoso escolar.”*

Hay unos factores de riesgo y de protección que, desde diferentes ámbitos, contribuyen a que exista una buena convivencia. Entendiendo por riesgo *“el aumento de la probabilidad de que un resultado o contingencia nociva o negativa afecte a una población de personas. Las características que incrementan dicho riesgo se definen como factores de riesgo”* (Kazdin, 1993, citado en Justicia et al., 2006 p.134).

Los "factores de protección", *"se refieren a las influencias que pueden cancelar o atenuar el efecto de factores de riesgo conocidos e incrementar de algún modo la resistencia."* (Kazdin, 1996, pág. 51). Se conciben los factores de protección como mecanismos integrados en un proceso, el proceso de interacción entre el individuo y el ambiente y de adaptación de aquel a este.

FACTORES DE RIESGO	ÁMBITOS	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fracaso sistemático</li><li>- Carencia de apoyo psicosocial</li><li>- Aislamiento</li><li>- Necesidades específicas de apoyo educativo sin una adecuada respuesta educativa, social y sanitaria</li></ul>	INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Participación activa y positiva</li><li>- Personalización de la educación</li><li>- Proyecto académico y profesional</li><li>- HHSS</li><li>- Autoestima</li><li>- Grupos de amigos</li><li>- Resiliencia</li></ul>

## Prevención y Promoción SM en el Aula

FACTORES DE RIESGO	ÁMBITOS	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desestructuración</li> <li>- Dificultades conciliación</li> <li>- Estilos parentales autoritarios y/o sobreprotectores</li> <li>- Bajas expectativas</li> </ul>	FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempos de calidad</li> <li>- Comunicación</li> <li>- Estilos parentales democráticos</li> <li>- Implicación dinámica del centro</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carencia de planificación y organización a nivel de centro</li> <li>- Propuestas educativas descontextualizadas</li> <li>- Medidas de intervención puntuales ante los conflictos</li> <li>- Aplicación de medidas disciplinarias como única respuesta ante los conflictos</li> <li>- Carencia de progrmas para atender la diversidad</li> <li>- Carencia de tiempo de coordinación</li> <li>- Carencia de vínculo afectivo profesor-alumno</li> <li>- Carencia de comunicación centro-familias</li> <li>- Carencias de comunicación ámbitos educativo, social y sanitario</li> <li>- Inexistencia de recursos TIC</li> </ul>	ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto educativo contextualizado</li> <li>- Plan de convivencia</li> <li>- Elaboración RRI</li> <li>- Medidas de prevención, promoción, detección e intervención</li> <li>- Priorización acción tutorial</li> <li>- Plan de acogida alumnado recién llegado</li> <li>- Comisión de convivencia</li> <li>- Clima de centro y aulas positivo, respeto y actitud proactiva</li> <li>- Comunicación escuela-familias</li> <li>- Formación profesorado, alumnado y familias</li> <li>- Mediación</li> <li>- Programa tutoría entre iguales (TEI)</li> <li>- Comisiones mixtas</li> <li>- Utilización de las TIC</li> <li>- Planificación, elaboración y seguimiento de medidas de atención a la diversidad</li> </ul>

## Prevención y Promoción SM en el Aula

FACTORES DE RIESGO	ÁMBITOS	FACTORES PROTECTORES
- Carecer de recursos socioeducativos en zonas desfavorecidas - Absentismo	CONTEXTUAL	- Trabajo en red de los servicios del ámbito educativo, social y sanitario - Programas socioeducativos (oferta de ocio, refuerzo escolar, talleres, etc.)

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de ser víctima o agresor, los factores protectores evitan el desarrollo de la conducta agresiva, y por tanto favorecen una forma de vivir autónoma, solidaria y plena, con buena salud física y mental. (KAZDIN, A.E. (1996): *Conducta antisocial*, Editorial Pirámide, Madrid; Diagnóstico de los Factores de Riesgo como Recurso Preventivo de los Problemas de Conducta en el Contexto Escolar. Francesc Xavier Moreno Oliver, Departament de Pedagogia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona).

### 5.- Detección precoz y prevención desde el ámbito educativo

La prevención es clave en el proceso de potenciar la convivencia escolar. Ha de ir dirigida a la detección de los factores de riesgo y al desarrollo de factores protectores lo antes posible. Para ello, el primer paso es reconocer las causas y el origen de la violencia que se está dando en los centros educativos y sus consecuencias sociales y psicológicas (Olweus, D, 1993).

La prevención ha de estar presente en todas las etapas escolares y ha de estar contextualizada e implicar a toda la comunidad educativa

## Prevención y Promoción SM en el Aula

(profesores, alumnos, padres, orientadores, administración y servicios.

Las acciones de prevención han de estar integradas en la dinámica diaria de los centros educativos.

Por ello, proponemos un modelo comunitario en el que toda la comunidad participe en el proceso de diálogo que permita descubrir las causas y orígenes de los conflictos para proponer una solución consensuada desde la propia comunidad, y establecer un compromiso de cumplimiento, mucho antes incluso de que aparezca el conflicto.

Cuando alumnado, familiares y profesorado tienen la oportunidad de participar y opinar conjuntamente en la gestión de los centros y la propuesta de normas, se produce una mejora cualitativa de la convivencia entre el alumnado y con la comunidad educativa contribuyendo a la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje.

El objetivo último sería modificar la cultura y el clima del centro respecto a la violencia y aprender a convivir, entendiendo el conflicto como una oportunidad de crecimiento.

## 6.- ¿Qué hacer desde el ámbito educativo? Recomendaciones

El objetivo desde el ámbito educativo es crear y mantener una comunidad escolar segura y de apoyo y hacer frente a la intimidación, el acoso, la discriminación y la violencia.

Consensuar con la comunidad que la escuela ha de ser un espacio seguro libre de violencia para todos los alumnos y alumnas, espacio en el que puedan crecer y relacionarse en libertad e igualdad y que favorezca el desarrollo integral de todas sus competencias.

Para ello, es necesario promover y promocionar la violencia cero desde los 0 años, creando espacios escolares donde prevalezcan las relaciones libres de violencia, convirtiendo la escuela en un espacio de aprendizaje



## Prevención y Promoción SM en el Aula

para la vida, *“la verdadera felicidad no es la que carece de problemas, sino la que sabe cómo superarlos”* (Anónimo).

El ámbito educativo como mesosistema es un contexto directo de aprendizaje, de interacciones, de convivencia que tiene que favorecer y potenciar el desarrollo integral de la persona e intrínsecamente de la salud. En este sentido, las investigaciones científicas han aportado datos sobre los elementos clave para prevenir, detectar e intervenir en esta problemática. Entre las intervenciones que generan resultados positivos para la prevención encontramos:

- La creación de espacios de diálogo (en talleres, asambleas, consejos, reuniones de clase, comisiones, etc.) con familias y alumnado, donde se hable de este tema desde una perspectiva transformadora. Esto supone la participación de toda la comunidad en el establecimiento de las causas y orígenes de los conflictos, y en sus posibles soluciones.
- La educación en el sentimiento de amistad y solidaridad. La literatura actual reconoce la amistad como medio para prevenir a los niños y niñas de relaciones no igualitarias que promueven la agresión. (Boulton *et al*). La amistad contribuye a crear relaciones libres de acoso.
- El fomento de las relaciones de solidaridad y apoyo mutuo desde edades tempranas, que ayude a los alumnos y alumnas a posicionarse ante situaciones de violencia o acoso.
- La socialización preventiva de la violencia en las relaciones, entendida como *“ el proceso social a través del cual desarrollamos la conciencia de unas normas y unos valores que previenen los comportamientos y las actitudes que conducen a la violencia contra las mujeres y favorecen los comportamientos igualitarios y respetuosos”* (Oliver y Valls 2004). Se trata de construir un nuevo modelo de relaciones dentro y fuera de la escuela y fomentar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Abordar desde edades tempranas lo que la literatura científica considera como clave: los modelos de atracción y el tipo de relaciones afectivo-sexuales que se escogen.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Prevención del ciberacoso (grooming, sexting o gossip), mediante la sensibilización del alumnado en el acceso a la red de manera segura, desarrollando una perspectiva crítica y siguiendo unos criterios de calidad. Se hace necesaria pues, desde edades tempranas, la formación en competencias de participación ciudadana y de prevención de riesgos, así como en el conocimiento de derechos y deberes en internet.
- La formación del profesorado, es otro elemento clave en la mejora de la convivencia en los centros escolares. Es necesario dotar al profesorado de bases teóricas y científicas, pero muy especialmente de valores y actitudes que se pongan al servicio de la práctica educativa, de tal manera que seamos capaces de ofrecer respuestas ajustadas al día a día del aula.

Con todo lo expuesto, en el ámbito escolar, las intervenciones van desde el plan estructural y organizativo a actuaciones más de carácter inclusivo, comunitario y pedagógico.

Desde el ámbito educativo las medidas de mejora de la convivencia tendrían que quedar reflejadas en los diferentes planes de centro:

- Programación General Anual (PGA): estará constituida por el conjunto de actuaciones derivadas de las decisiones adoptadas en el Proyecto Educativo elaborado en el centro y la concreción del currículum. Recogerá todos los aspectos relativos a la organización y el funcionamiento del centro, incluidos los proyectos, el currículum, las normas y los planes de actuación acordados y aprobados, por lo tanto, este documento constituye la concreción de los criterios y orientaciones generales para cada curso escolar.
- Plan de Convivencia: tiene como objetivo primordial la promoción de la convivencia, la prevención de los conflictos y la gestión o la resolución pacífica de estos, especialmente la violencia de género, la igualdad y la no-discriminación, atendiendo las circunstancias y condiciones personales del alumnado.
- Reglamento de Régimen Interno (RRI): es una norma interna que incluye el conjunto de objetivos, principios, derechos, responsabilidades

## Prevención y Promoción SM en el Aula

y normas por las cuales se regula la convivencia de todos los miembros de la comunidad educativa.

- Plan de Acción Tutorial (PAT): es el marco en que se especifican los criterios y procedimientos para la organización y funcionamiento de las tutorías dentro del proyecto educativo. La normativa remarca que el PAT tiene que potenciar el papel de la tutoría en la prevención y mediación para la resolución pacífica de los conflictos y la mejora de la convivencia escolar.
- Plan de Atención a la Diversidad e Inclusión Educativa (PADIE): forma parte del Proyecto Educativo del centro, teniendo en cuenta el principio de igualdad incluye el desarrollo de varias medidas de atención a la diversidad (protocolos para garantizar el derecho a la identidad de género, la expresión de género y la intersexualidad; protocolos para actuar en la acogida de alumnado recién llegado; instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica para regular la atención sanitaria del alumnado con problemas de salud; instrucciones para la detección y la atención precoz del alumnado que pueda presentar un problema de salud mental; Plan de actuación personalizado... entre otros).
- Plan de Transición entre etapas: con el objetivo de garantizar la continuidad y graduación progresiva de los diferentes ámbitos (curricular, de atención a la diversidad, desarrollo afectivo y personal...) entre las etapas de primaria y secundaria.

Toda la comunidad educativa está inmersa en la convivencia, pero hay que recalcar la presencia en las primeras filas de combate de los tutores/se, la jefatura de estudios, el departamento de orientación, la persona coordinadora de igualdad y convivencia, la comisión de convivencia y el consejo de delegados y delegadas, como propulsores de la convivencia.

Las intervenciones desde el ámbito educativo quedan enmarcadas dentro de un modelo inclusivo, constructivo, proactivo, dialógico y sistémico. Así, y desde la atención a la diversidad, se trabaja con

## Prevención y Promoción SM en el Aula

metodologías activas, inclusivas, cooperativas... como motor de prevención y desarrollo.

Otros proyectos y programas son:

- Las comunidades de aprendizaje, presentan actuaciones de éxito que mejoran la convivencia, entre ellos las comisiones mixtas, la biblioteca tutorizada, las lecturas dialógicas....
- La ayuda entre iguales (TEI, Pigmalión, alumnado mentor, observadores de la convivencia...), donde alumnado de cursos más avanzados ayuda a compañeros de cursos inferiores. Esta ayuda puede ser de cualquier temática (relaciones sociales, ámbitos curriculares...).
- Los equipos de mediación, donde un grupo de personas se forman para ayudar a la resolución dialogada de conflictos. En este ámbito es muy importante la participación de toda la comunidad educativa (sobre todo del alumnado).
- Diversos y variados programas de innovación sobre la convivencia escolar, ya que "el aprendizaje de la convivencia no consiste en predicar valores, sino en "practicarlos" desarrollando las capacidades que constituyen la inteligencia moral y emocional, el conocimiento de uno mismo, la empatía, la comprensión crítica, el juicio moral, la autonomía, la solidaridad, etc."

Son acciones orientadas a la promoción y la resolución de conflictos, que favorecen un adecuado clima educativo en el centro y la convivencia pacífica. A nivel de acción tutorial, el trabajo es más intenso y la intervención va desde los primeros días en actividades de acogida y de cohesión, a la elaboración de normas de aula y centro para una convivencia más positiva e igualitaria, como el desarrollo de programas de competencia social, programas y talleres de educación sexual, diversidad sexual e identidad de género, programas de coeducación e igualdad, de educación emocional, de desarrollo moral, de educación en valores, promoción hábitos de vida saludable, el uso de nuevas tecnologías y la prevención de adicciones, prevención de la violencia de

## Prevención y Promoción SM en el Aula

género, prevención del acoso, resolución de conflictos, actividades mindfulness...

De esta forma, y para concluir, pensamos que las propuestas para mejorar la convivencia entre las personas tienen que pasar necesariamente por la integración de unos valores basados en la compasión, entendiendo ésta como la capacidad de ponerse en la situación del otro con la intención de intervenir para menguar su sufrimiento. Cuando las personas somos capaces de llegar a este estado, el respeto se manifiesta en todas las relaciones, empezando por el respecto a un mismo. Entonces, el convivir se hace fácil, ligero... se normaliza. Esta es una situación ideal a la cual no se llega si no se realiza un trabajo de introspección y de cuestionamiento interno para llegar a un conocimiento personal intenso que haga surgir la necesidad o no, de cambiar. He aquí otra clave: el cambio. Es la ley fundamental de la "natura". Nada perdura. Todo se transforma en un sentido o en otro. Las personas podemos comenzar estos cambios en nosotros mismos cuando somos conscientes de lo que pensamos, de lo que decimos y de lo que hacemos. El camino a seguir no es el intento de cambiar a los otros. Sólo podemos aspirar a cambiarnos a nosotros mismos. Pero esta transformación es tan poderosa que acaba siendo la causa de cambios en las personas que nos rodean.

Mejorar la convivencia entre el alumnado tendría que implicar pues, cambios en los pensamientos, en las palabras y en las conductas de los adultos. No establecernos como elemento modélico que obliga a la transformación. Y una perspectiva de máximo respeto y una conciencia plena tiene que conducir inevitablemente a conectar emocionalmente con las personas que nos rodean para facilitar la relación y la comprensión mutua. Es cierto que el cambio sólo será posible si la persona, independientemente de la edad, decide de forma consciente o inconsciente, pensar y actuar de otro modo. Así lo esperamos.

## 7.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- Bisquerra R. (2013). *Educación emocional: propuestas para educadores y familias*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Boqué Torremorell, M<sup>a</sup> C. (2013). *Guía de mediación escolar*. Editorial Octaedro- Rosa Sensat.
- Boqué Torremorell, M<sup>a</sup> C. (2007). *Tiempos de mediación*, Editorial CEAC
- Boulton, M. J, et al. (1999). Concurrent and longitudinal relation between children's playground behaviour and social preference, victimization, and bullying. *Child development*, 7 (4), p.944-954.
- Flecha, R., & García, C. (2007). Prevención de conflictos en las comunidades de aprendizaje. *Idea La Mancha: Revista de Educación de Castilla-La Mancha*, 4, 72-76.
- Gómez, J. (2004). *El amor en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Hiparria.
- Kazdin, A.E. (1996). *Conducta antisocial*. Editorial Pirámide, Madrid.
- Lantieri, L. (2009). *Inteligencia emocional infantil y juvenil: Ejercicios para cultivar la fortaleza interior en niños y jóvenes*. Editorial Aguilar.
- Moreno Oliver, F. X. (2001). Diagnóstico de los Factores de Riesgo como Recurso Preventivo de los Problemas de Conducta en el Contexto Escolar. Departament de Pedagogia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona
- Ministerio de educación, Cultura y Deporte. Plan estratégico de convivencia escolar 2016-2020  
<https://www.mecd.gob.es/dam/jcr:e411c039-2274-4533-a302-23bc196d4420/plan-estrategico-convivencia-escolar.pdf>

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Oliver, E., y Valls, R. (2004). *Violencia de género: investigaciones sobre quiénes, por qué y cómo superarla*. Barcelona: El Roure.
- Pérez, G. y Pérez, M<sup>a</sup>. V. (2011). *Aprender a convivir*. Editorial Narcea.
- Segura, M. y Arcas M. (2006). *Relacionarnos bien. Programa de Competencia Social para niñas y niños de 4 a 12 años*. Editorial Narcea.
- Segura, M. (2005). *Ser persona y relacionarse. Habilidades cognitivas y sociales, y crecimiento moral*. Editorial Narcea.
- Segura M., Expósito, J.R. y Arcas M. (2003). *Programa de competencia social, Habilitats cognitives i habilitats socials*. Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament.
- Torrego, J.C. (2009). *Mediación de conflictos en instituciones educativas*. Editorial Narcea.

### Normativa sobre convivencia escolar

- ORDEN 62/2014, de 28 de julio, de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte, por la que se actualiza la normativa que regula la elaboración de los planes de convivencia en los centros educativos de la Comunitat Valenciana y se establecen los protocolos de actuación e intervención ante supuestos de violencia escolar.
- Instrucción del 15 de diciembre de 2016, del director general de Política Educativa, por la que se establece el protocolo de acompañamiento para garantizar el derecho a la identidad de género, la expresión de género y la intersexualidad.
- RESOLUCIÓN conjunta de 11 de diciembre de 2017, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones para la detección y la atención precoz del alumnado que pueda presentar un problema de salud mental.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- RESOLUCIÓN de 5 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, por la que se dictan instrucciones y orientaciones para actuar en la acogida de alumnado recién llegado, especialmente el desplazado, en los centros educativos de la Comunitat Valenciana.
- RESOLUCIÓN de 13 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en los centros escolares.
- DECRETO 104/2018, de 27 de julio, del Consell, por el que se desarrollan los principios de equidad y de inclusión en el sistema educativo valenciano.
- ORDEN 20/2019, de 30 de abril, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, por la cual se regula la organización de la respuesta educativa para la inclusión del alumnado en los centros docentes sostenidos con fondos públicos del sistema educativo valenciano.
- RESOLUCIÓN de 24 de julio de 2019, de la Secretaría Autonómica de Educación y Formación Profesional, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de algunos de los principales procedimientos previstos en la Orden 20/2019, de 30 de abril, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, por la que se regula la organización de la respuesta educativa para la inclusión del alumnado en los centros docentes sostenidos con fondos públicos del sistema educativo valenciano, y se publican los formularios referidos a la evaluación sociopsicopedagógica, el informe sociopsicopedagógico, el plan de actuación personalizado (PAP) y el dictamen para la escolarización.



### 8.- Dónde buscar más información

- Portal convivencia e igualdad Generalitat Valenciana  
<http://www.ceice.gva.es/web/convivencia-educacion>
- Portal convivencia escolar Ministerio de Educación, Cultura y Deporte  
<https://www.mecd.gob.es/educacion/mc/convivencia-escolar/plan-convivencia.html>
- Portal Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Website for Australian schools, managed by the Safe and Supportive School Communities  
<http://www.bullyingnoway.com.au/>

### 9.- Recursos didácticos de salud escolar

- Bienestar, salud emocional y convivencia  
Proyecto “*Buentrato*” para la mejora de la convivencia escolar en Ceuta y Melilla. MECD. IES Clara Campoamor de Ceuta y el IES Virgen de la Victoria de Melilla.  
<http://blog.educalab.es/cniie/2013/06/17/proyecto-buentrato-para-la-mejora-dela-convivencia-escolar-en-ceuta-y-melilla/>
- Breve explicación: Desarrollo del proyecto. Puesta en común y conclusiones. Valores y habilidades básicas contrarias a la violencia. Foro de jóvenes, Fundación ANAR.  
Etapa: Secundaria y Bachillerato.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Educación para la salud escolar. Riquelme Pérez, Matilde.  
[https://www.aepap.org/sites/default/files/educacion\\_salud\\_escuela\\_pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/educacion_salud_escuela_pdf).  
Breve explicación. Curso de actualización pediatría. Por qué la educación para la salud en la escuela (EpS). Eficacia de los proyectos de EpS. Evidencia y actividad física.
- Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Documento de apoyo al Programa de Salud Infantil y del Adolescente. Junta de Extremadura. Dr. Barroso Espadero, Domingo y otros.  
[https://www.spapex.es/psi/guia\\_actividades\\_preventivas\\_inf\\_adol.pdf](https://www.spapex.es/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf)  
Breve explicación. Actividades preventivas y promoción de la salud.  
Etapas: Todas.
- Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo. Ministerio de Educación.  
Ministerio de Sanidad y Política Social. Merino Merino, Begoña y otros.  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf>  
Breve explicación. Marco conceptual y dimensiones de la intervención en promoción y educación para la salud en la escuela. Nivel troncal básico para el desarrollo de la promoción y educación para la salud en la escuela. Profundización del proyecto en ámbitos de intervención prioritaria. Cómo valorar la calidad de una propuesta educativa. Profundización en ámbitos de intervención prioritaria.  
Banco de instrumentos.  
Etapas: Todas.

## Capítulo 3.

# La motivación en el adolescente

Autora: Mónica Portillo Santamaría

### 1.- Introducción

La palabra motivación deriva del latín *“motivus”* o *“motus”* y significa “causa del movimiento”. La motivación puede definirse como el conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona (Diccionario de la Real Academia de lengua española, 2 Diciembre 2017).

También hace referencia al énfasis que se descubre en una persona (o descubre la propia persona) hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta, (Wikipedia, 2 Diciembre 2017).

En la vida en general, la motivación es fundamental para poder conseguir y mantener objetivos varios, pero también para poder disfrutar de un buen estado de salud mental, ya que una buena motivación va vinculada a una buena autoestima, alta calidad en las relaciones sociales y con los iguales, un estado de ánimo óptimo, y habilidades necesarias para el desarrollo personal, entre otros aspectos fundamentales para la trayectoria vital.

Es importante tener en cuenta que la motivación respecto a cualquier actividad, si bien puede surgir de forma inesperada e intensa, no es algo que podamos crear de forma mágica cuando la queremos canalizar hacia algo concreto, sino que hay que construirla paso a paso.

Las teorías cognitivas contemporáneas postulan que nuestro comportamiento está influenciado por lo que pensamos. “Pienso” es el

factor interno que gobierna la motivación en la persona (Ames y Ames, 1984). Esta idea central nos puede dar un marco para estimular a los chicos al aprendizaje de las matemáticas. La motivación está influida por nuestros pensamientos.

En este capítulo trabajaremos la motivación en los adolescentes y estudiantes, desde su origen hasta su detección y cómo mejorarla, mantenerla y potenciarla, teniendo en cuenta que es un pilar fundamental en el buen desarrollo de los jóvenes.

## 2.- ¿De qué hablamos? La motivación en el ámbito escolar

Cuando hablamos de motivación en el ámbito escolar, nos referimos a motivación no sólo hacia las tareas escolares (estudio, deberes, ir a clase, etc.), sino también hacia otros aspectos que consideramos importantes y necesarios en esta época fundamental de la vida (iguales, actividades extraescolares, salidas con amigos, etc.).

Sería interesante reflexionar por un momento sobre qué es lo que motiva y lo que no motiva (o desmotiva) a los adolescentes. Este aspecto es muy particular y puede ser muy diferente de unos jóvenes a otros, y por ello es importante preguntarles y tener conocimiento de aquello que nos va a ayudar en su motivación.

De manera general podemos diferenciar entre motivación primaria y motivación secundaria.

La motivación primaria, o motivación interna, surge del objeto de estudio mismo, lo que provoca una unión entre el individuo y el objeto de forma directa (Gert Solmecke, 1976), sintiéndose éste motivado por sí mismo sin ninguna ayuda externa. En este caso, centrándonos en los estudiantes, habría una congruencia entre el interés de estudio, el interés por las materias y actividades escolares y las metas planteadas por el alumno.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

El caso ideal, y avanzando aún más en la motivación, sería conseguir la identificación del estudiante con la materia, lo que garantizaría el éxito, ya que cuando los objetivos de aprendizaje no han sido aceptados por uno mismo, no se pueden lograr o su logro es mucho más difícil. Por ello, es importante dedicar esfuerzo a que las metas que provienen de fuera, puedan ser aceptadas por el estudiante y así se conviertan en metas internas de él.

La motivación secundaria es aquella que despierta el interés hacia un objeto de estudio por factores secundarios y no por la materia misma, siendo una motivación extrínseca. Podría ser el caso en que un alumno siente interés por un tema de estudio por la simpatía que tiene hacia un maestro, o por ver contentos a sus padres, recibir premios o sentirse aceptado entre sus iguales.

Sin embargo, este tipo de motivaciones no tienen porque no ser positivas, ya que en muchos casos, las motivaciones secundarias evolucionan a motivaciones primarias e intrínsecas, y ese debería ser el objetivo fundamental y la utilidad básica de las motivaciones secundarias tan utilizadas en la sociedad actual.

Pero, si no conseguimos esa evolución, el objeto deberá ser apoyado por motivaciones secundarias de forma constante, de no ser así, se abandonará.

Si pensamos en las horas que un joven pasa en el ámbito escolar, con un esfuerzo relativamente grande y relativamente mantenido en el tiempo (muchas asignaturas, diferentes profesores, muchos compañeros, exámenes, etc.) podemos ser conscientes de la importancia de la motivación en ello.

Si además añadimos el hecho de que muchos días, han de continuar la actividad en casa para poder estar al día en las actividades con deberes, estudio de materias y trabajos, podemos entender aún más la importancia no sólo de la motivación, sino también de una alta motivación.

Los alumnos menos motivados son los que tienen mayor dificultad para seguir el ritmo diario y para conseguir con éxito los objetivos planteados, estando más cercanos a una motivación secundaria y cuando ésta falla,

## Prevención y Promoción SM en el Aula

al fracaso escolar y a la inestabilidad de ciertos pilares fundamentales como pueden ser la autoestima, la estabilidad emocional y las relaciones con los iguales, entre otros.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el aprendizaje efectivo y la enseñanza efectiva hacen un completo uso de las capacidades naturales e investigadoras que poseen todos los alumnos. Como profesores una pregunta que nos podemos hacer es si estoy haciendo un uso completo de las capacidades de los alumnos, o si estoy intentando hacer todo el trabajo por ellos. Si me encuentro en lo último se puede esperar un bajo interés, compromiso y gusto con y para las matemáticas. Si hacemos lo primero podremos conseguir incrementar el interés, el compromiso y el placer con y para las matemáticas (Gómez Chacón, I. 2005).

### 3.- Factores implicados

Como moduladores de la motivación, encontramos factores tanto intrínsecos de cada persona como extrínsecos de la actividad sobre la que queremos que haya una motivación importante. Y en este sentido, es responsabilidad del docente poder trabajar ambos factores a la vez de forma general para todos los alumnos, pero también de manera específica en los alumnos más desmotivados.

En esta línea, centrándonos en el estudio y en la implicación en actividades no directamente relacionadas con éste, sería interesante poder plantear los objetivos a conseguir por los alumnos como algo atractivo, alcanzable, con alternativas en el camino de la consecución, y siempre que se pueda, de forma individualizada, descubriendo los intereses de cada alumno y sus objetivos en la materia pero también las dificultades en su consecución, tanto reales como pensadas o imaginadas por los alumnos.

La orientación hacia una meta predice el rendimiento académico (Navas L., Sampascual G. 2008), pero para muchos alumnos, decidir y ser

## Prevención y Promoción SM en el Aula

conscientes de esa meta no es sencillo.

Referente a la motivación en otros temas como pueden ser las relaciones personales habría que explorar individualmente qué otros factores están influyendo en ello a nivel social, emocional y familiar, entre otros.

### 4.- Detección precoz de la desmotivación y prevención

Poder detectar de forma precoz la desmotivación en los alumnos es un arma fundamental, ya que cuanto más tiempo y más intensamente esté desmotivado el alumno, más difícil va a ser que vuelva a estar motivado, de ahí la importancia de la prevención y la detección precoz.

Signos que nos pueden orientar sobre la motivación o desmotivación del estudiante son los siguientes:

- Esfuerzo dedicado a la materia o a las materias en general. Si no hay motivación, no va a haber un esfuerzo más allá del mínimo.
- Persistencia en las tareas, pudiendo solventar las dificultades y progresar a lo largo del tiempo. Cuando un alumno está desmotivado, no sólo deja de persistir ante un fracaso, sino que tampoco persiste ante las dudas y conflictos. Un estudiante motivado tiende a persistir, lo que implica un aprendizaje posterior y consecución de grandes y difíciles logros.
- Actitud hacia la tarea. Cómo un alumno se enfrenta a la tarea ya nos da mucha información sobre la implicación hacia ella. Si observamos necesidad en terminar rápido, desgana, poca concentración, pesimismo ante la misma, y poco cuidado hacia ella, podemos deducir baja motivación.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Para poder prevenir la desmotivación, es importante tener claro qué es lo que puede provocar o fomentar la desmotivación de forma directa con esa materia o actividad:

- Poca sensación de autoeficacia respecto a las tareas, no sentirse capaz de llevarlas a cabo. Es difícil sentirse motivado hacia algo cuando sentimos que no vamos a poder conseguirlo.
- Ambivalencia respecto a los objetivos planteados, es decir, no tener claro si quiere o no realizar la tarea o conseguir el objetivo.
- Tener claro que no se quiere hacer esa tarea. Para todos los estudiantes no es importante aprobar los exámenes, es cierto que para muchos es algo sin valor.
- Percepción de que las expectativas por parte del profesorado, padres y compañeros, no son acorde con sus capacidades reales. Unas expectativas demasiado altas o demasiado bajas, pueden ser un elemento desmotivador importante. En este sentido, la situación más favorable para el aprendizaje sería la dificultad intermedia de tareas moderadamente desafiantes. Así, en tareas demasiado fáciles o difíciles, estas personas se comportarían como los alumnos con menor motivación de logro.

Pero también es importante poder tener claro factores que influyen de forma más indirecta en esa motivación. Así podemos hablar de:

- Baja autoestima. Aunque puede estar muy relacionado, no es lo mismo hablar de baja autoestima que hablar de poca motivación hacia algo concreto. Sin embargo, la autoestima puede influir en la motivación que uno siente hacia algo, sintiéndose más o menos capaz de enfrentarse a ello.

Muchos jóvenes que tienen una pobre imagen de sí mismos e inseguridad respecto a ciertas actividades, pueden evitar tareas que consideren que están más allá de sus capacidades estando desmotivados. En estos casos, el trabajo fundamental no es sólo la motivación sino fundamentalmente la valoración que tienen de ellos mismos.



## Prevención y Promoción SM en el Aula

En estos alumnos, puede aparecer una tendencia a postergar las cosas que se puede interpretar fácilmente como poca implicación en la tarea.

- Falta de apoyo a nivel familiar respecto a los estudios. Una actitud familiar que fomente la curiosidad, el esfuerzo y la constancia, favorecerá una motivación hacia los estudios y ayudará a que ésta sea mantenida en el tiempo incluso en tareas difíciles.

### 5.- ¿Qué hacer para motivar al alumno desde el ámbito educativo?

Es importante considerar la variable motivación como fundamental en el proceso de evolución del adolescente, al igual que consideramos el resto de variables (estado anímico, problemas de conducta,...) y le prestemos atención de forma constante ya que es más fácil mantener la motivación o ayudar a remontarla cuando disminuye un poco, que rescatarla desde su ausencia total.

Sería bueno poder conocer lo suficiente a cada alumno como para poder ayudarlo en este sentido, sabiendo cuáles son sus intereses, aficiones, dificultades, valoraciones personales, sentimiento de autoeficacia general y específico.

Si tenemos la oportunidad de realizar una entrevista con el adolescente a solas, o incluso en las intervenciones que podemos hacer dentro del aula, o en el pasillo cuando nos los cruzamos, aconsejamos poder utilizar las siguientes herramientas.

En primer lugar, es importante que el adolescente perciba lo importante que es para nosotros, no sólo sus resultados académicos, sino también todo él como persona. Dentro de esta perspectiva, sería interesante poder hablar de sus propias motivaciones en general, de lo que a ellos les interesa, les preocupa, lo que ambicionan en la vida.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

### Consejos a la familia

Los siguientes son puntos importantes a recomendar a los familiares de los estudiantes para conseguir una mejor motivación en sus hijos.

- Si a ti te interesa, a mí también: Que el joven sienta que la familia se involucra con lo que él está haciendo o le preocupa, le ayudará a valorar su dificultad y a evitar que sienta, lo que le dará fuerzas y motivación para superar su impedimento. ¡Tú puedes!

- Colabora con él: Acompañar a los hijos en la superación de obstáculos ayuda a que se esfuercen y traten de superar con ganas el problema y alcanzar la meta. La estimulación también es importante en esta fase, por ello alentarlos a seguir adelante y a intentarlo es muy positivo para su motivación.

- Celebra sus logros: A menudo los padres hacen más hincapié en las cosas que hace mal el adolescente y se olvidan de premiar sus aciertos. Por ello es aconsejable que se acostumbren a felicitar y premiar los éxitos y logros de sus hijos.

Estos son algunos consejos mediante los cuales podemos hacer que los hijos afronten sus retos diarios de crecimiento y aprendizaje con buena sonrisa y con la creencia de que ellos pueden hacerlo. ¡Alienta a tu hijo y potencia su motivación!

Todo ello con un espíritu por parte tanto del docente como de los padres de colaboración (formar una alianza con el adolescente), evocación (buscamos las propias soluciones del alumno) y potenciación de la autonomía por parte del joven (responsabilidad en ellos de su cambio reconociendo las propuestas que ellos pueden ofrecer).

### 6.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- Ames, R. y Ames, C. (1984). Introduction. En R. Ames y C. Ames, *Research on Motivation in Education: Vol1. Student Motivation*, pp. 1-11. New York: Academic Press
- *Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H
- Gert Solmecke, ed., *Motivation im Fremdsprachenunterricht* (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1976), p. 23
- *Gómez Chacón I. (2005). Matemáticas, PISA en la práctica. Curso de formación de profesores. Madrid. Ministerio de educación y ciencia.*
- Navas, L., Sampascual, G. (2008). Un análisis exploratorio y predictivo sobre las orientaciones de meta y sobre el contenido de las metas de los estudiantes. *Horizontes educacionales* Vol 13, nº 1; 23-34.
- Pintrich, P., & Shunk, H. (2006). *Motivación en contextos educativos: teoría, investigación y aplicaciones* (2da. ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Real Academia de la Lengua Española. Motivacion.  
<http://dle.rae.es/?id=Pw7w4I0>
- Wikipedia motivación.  
<https://es.wikipedia.org/wiki/Motivaci%C3%B3n>

### 7.- Dónde buscar más información

- Curwin, R. (2014). *Motivar a estudiantes difíciles: En contextos educativos desfavorecidos y de exclusión.* Ed. Narcea.

# Capítulo 4.

## Habilidades para la vida

Autora: Mónica Portillo Santamaría

*Estamos privando a niños y jóvenes de un desarrollo óptimo cuando no les damos oportunidades de aprendizaje social y emocional.* Rene Diekstra

### 1.- Introducción

Desde que en 1993 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (Life Skills Education in Schools), el modelo ha ido evolucionando y adaptándose a nuevas áreas de aplicación.

Con habilidades para la vida, hacemos referencia a aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria. Son un conjunto de destrezas psicosociales cuyo desarrollo incrementa las posibilidades de las personas a aumentar su desempeño en la vida diaria.

En esta definición se engloban 10 habilidades que podríamos clasificar en habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía) y habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación).

Estas diez habilidades psicosociales no son algo nuevo., en cierta forma son tan antiguas como la propia humanidad, porque todas tienen que ver con la manera en que manejamos las relaciones con nosotros mismos, con las demás personas y con el entorno social.

### 2.- ¿De qué hablamos?

La educación en Habilidades para la vida persigue mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y feliz, intervenir sobre los determinantes de la salud y el bienestar, y participar de manera activa en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

Pasamos a describir cada una de las Habilidades según Mantilla y Darío.

#### Autoconocimiento

Conocerse es el soporte y el motor de la identidad y de la autonomía. Captar mejor nuestro ser, personalidad, fortalezas, debilidades, actitudes, valores, aficiones... El autoconocimiento también implica saber de qué redes sociales se forma parte, con qué recursos personales y sociales contamos para celebrar la vida y para afrontar los momentos de adversidad. En definitiva, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo.

Conocerse es un aspecto que permite a una persona tener claridad sobre el proyecto vital que quiere emprender y desarrollar las competencias que necesita para lograrlo.

#### Empatía

La empatía es una capacidad de las personas que permite conectar con la otra persona, de manera que pueda imaginar y sentir cómo es el mundo desde la perspectiva de la otra persona. Poder sentir con la otra persona facilita comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las interacciones sociales.

#### Comunicación asertiva

La persona que se comunica asertivamente expresa con claridad lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores propios y de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da

## Prevención y Promoción SM en el Aula

a conocer y hace valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas. La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones sociales.

### Relaciones interpersonales

Establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal (relaciones tóxicas). Esta destreza incluye dos aspectos claves. El primero es aprender a iniciar, mantener o terminar una relación; el segundo aspecto clave es aprender a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa a diario (en el trabajo, en la escuela, etc.)

### Toma de decisiones

Decidir significa actuar proactivamente para hacer que las cosas sucedan en vez de limitarse a dejar que ocurran como consecuencia del azar o de otros factores externos. Continuamente estamos tomando decisiones, escogiendo qué hacer tras considerar distintas alternativas. Esta habilidad ofrece herramientas para evaluar las diferentes posibilidades en juego, teniendo en cuenta necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras, tanto en la propia vida como en la de otras personas

### Manejo de problemas y conflictos

No es posible ni deseable evitar los conflictos. Gracias a ellos, renovamos las oportunidades de cambiar y crecer. Podemos aceptar los conflictos dirigiendo nuestros esfuerzos a desarrollar estrategias y herramientas que permitan manejarlos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social

### Pensamiento creativo

Usar la razón y la “pasión” (emociones, sentimientos, intuiciones, fantasías, etc.) para ver la realidad desde perspectivas diferentes que permitan inventar, crear y emprender con originalidad. Pensar

## Prevención y Promoción SM en el Aula

creativamente hace referencia a la capacidad de idear algo nuevo, relacionar algo conocido de forma innovadora o apartarse de esquemas de pensamiento o conducta habituales. Esto permite cuestionar hábitos, abandonar inercias y abordar la realidad de formas diferentes.

### Pensamiento crítico

Analizar experiencias e información y ser capaz de llegar a conclusiones propias sobre la realidad. La persona crítica no acepta la realidad de manera pasiva. Por el contrario, se hace preguntas, se cuestiona rutinas, investiga. El pensamiento crítico requiere la puesta en acción tanto de habilidades cognitivas, como de competencias emocionales.

### Manejo de emociones y sentimientos

Esta habilidad propone aprender a navegar en el mundo de las emociones y sentimientos, logrando mayor sintonía con el propio mundo afectivo y el de las demás personas. Comprender mejor lo que sentimos implica tanto escuchar lo que nos pasa por dentro, como atender al contexto en el que nos sucede.

### Manejo de tensiones y estrés

Las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas. El reto que representan no consiste en evadir las tensiones, sino en aprender a afrontarlas de manera constructiva, sin instalarse en un estado crónico de estrés. Esta habilidad permite identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

### 3.- Factores implicados en la enseñanza

El papel de la escuela es un elemento clave en la formación de los alumnos como personas para conseguir una eficaz inserción del alumno en la sociedad. Las habilidades para la vida son competencias sociales necesarias para la vida, constituyendo un conjunto de habilidades específicas aprendidas en una situación requerida para ejecutar una tarea competente. El objetivo del entrenamiento en habilidades para la vida es aumentar la capacidad de aprendizaje y facilitar una vida más afectiva y satisfactoria a la vez que equilibrada. Todo ello de forma preventiva (Gil Beltrán, 2003).

Las instituciones educativas constituyen el escenario más propio para la formación y desarrollo de estas habilidades psicosociales, ya que la escuela como agente socializador ofrece múltiples ventajas para la puesta en práctica de estas habilidades, en un entorno que debería ser cuidado, flexible y supervisado.

### 4.- ¿Qué hacer desde el ámbito educativo? Recomendaciones

La formación o el aprendizaje de esta “materia” tiene la ventaja de poder ser impartido y practicado de forma continuada a lo largo de todo el curso, de todas las asignaturas, y en todos los espacios compartidos, cubriendo de esta manera una formación excepcional y permitiendo así su integración por parte de los niños y jóvenes.

Para ello es fundamental que todos los docentes y resto de personal escolar conozcan no sólo las habilidades concretas de las que hablamos, sino también la metodología de enseñanza-aprendizaje de ellas.

Es importante evitar las actividades puntuales o asiladas sosteniendo y reforzando en todo momento la continuidad a lo largo de todos los cursos escolares de cada alumno.



### 5.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- Gil Beltrán, 2003. Enseñanza en las habilidades de vida en la educación primaria. Revista galego portuguesa de psicoloxía e educación. N° 8 (Vol. 10).
- Mantilla, L., Darío, I. Habilidades para la vida. Un manual para aprenderlas y enseñarlas. Publicaciones Edex.

### 6.- Dónde buscar más información

- Mantilla, L., Darío, I. Habilidades para la vida. Un manual para aprenderlas y enseñarlas. Publicaciones Edex.
- Giráldez, A., Sue E. (2017). Habilidades para la vida. Cómo aprender a ser y a aprender en la escuela. Ed. Sm. Biblioteca innovación educativa.
- ¿Es posible una reforma educativa sin un cambio de mentalidad? Habilidades para la vida en la escuela. El rol docente. Colección ser humano. Ed. Troquel.

# Capítulo 5.

## Parentalidad positiva

Autora: Lorena Blasco Claros

### 1.- Introducción

La Parentalidad Positiva, se define como “un comportamiento parental que asegura la satisfacción de las principales necesidades de los niños, es decir, su desarrollo y capacitación sin violencia, proporcionándoles el reconocimiento y la orientación necesaria que lleva consigo la fijación de límites a su comportamiento, para posibilitar su pleno desarrollo”. (Recomendación del Consejo de Europa, 2006)

Es apoyar a las familias para garantizar los derechos de los menores. También reforzar a las comunidades para que presten los servicios adecuados a las familias.

### 2.- ¿De qué hablamos?

De un nuevo modelo ecológico de apoyo para las familias, con los siguientes objetivos:

- Se potencian las labores de prevención, promoción, detección y valoración de un amplio rango de situaciones familiares.
- Se potencian las fortalezas de las familias y se promueven las capacidades parentales y de los menores.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Se realizan intervenciones más efectivas prestando un servicio próximo, integrador y de calidad al menor y su familia
- Se promueven relaciones de colaboración entre los profesionales y las familias.
- Se mejora la planificación, gestión y coordinación en el uso de los recursos comunitarios, planteando acciones coordinadas más solidarias que provienen de todos los ámbitos que tienen que ver con el menor y la familia

El ejercicio de la parentalidad positiva engloba varias acciones:

Vínculos afectivos sanos, protectores y estables para que se sientan aceptados y queridos. Ello supone el fortalecimiento continuado de los vínculos familiares a lo largo del desarrollo, modificando las formas de manifestación del afecto con la edad.

Entorno estructurado, guía y supervisión para que aprendan las normas y valores. Ello supone el establecimiento de rutinas y hábitos para la organización de las actividades cotidianas donde se llevan a cabo estos aprendizajes.

Estimulación y apoyo al aprendizaje cotidiano y escolar para el fomento de la motivación y de sus capacidades. Ello supone la observación de las características y habilidades de los hijos e hijas, apoyo en sus aprendizajes así como el tener en cuenta sus avances y sus logros

Reconocimiento, mostrar interés por su mundo, validar sus experiencias, deseosos de comprenderles y de tener en cuenta sus puntos de vista para que tomen parte activa en las decisiones de la familia.

Capacitación de los hijos, potenciando su percepción de que son agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre los demás. Para ello se recomienda crear en la familia espacios de escucha, interpretación y reflexión de los mensajes de la escuela, los iguales, la comunidad, el mundo del ocio y los medios de comunicación.

Educación sin violencia, excluyendo toda forma de castigo físico o psicológico degradante, por considerar que el castigo corporal constituye

## Prevención y Promoción SM en el Aula

una violación del derecho del menor al respeto de su integridad física y de su dignidad humana, impulsa a la imitación de modelos inadecuados de relación interpersonal y los hace vulnerables ante una relación de dominación impuesta por la fuerza.

Siendo su intención construir personas y familias, desde varias vertientes, como:

*Figura de apego.* afecto, consuelo, cuidado, protección, seguridad.

*Referente normativo y ético.* autoridad legitimada, modelado de puntos de vista sobre el mundo, de comportamiento y de afrontamiento de la vida.

*Acompañante.* compartir experiencias, disfrutar, colaborar en actividades conjuntas.

*Tejedor de redes.* buscar apoyos, relación con escuela, iguales, ocio, participación en la comunidad

Respecto a las necesidades de apoyo desde este modelo ecológico de la Parentalidad Positiva:

No solo se requieren apoyos con una finalidad reparadora o terapéutica sino, sobre todo, con una finalidad preventiva y de promoción del desarrollo de los miembros de la familia.

Esto es clave para adoptar un enfoque positivo de la intervención familiar que nos aleje de considerar a las familias más vulnerables como las únicas que necesitan apoyos cuando no funcionan adecuadamente.

Los apoyos eficaces son aquellos que son cercanos, integradores y normalizadores para que se constituyan en soportes complementarios al rol parental pero no sustitutorios del mismo.

Deben servir de instrumentos de integración y no de exclusión social.

### 3.- ¿Qué no es? Diagnóstico diferencial

La tarea de ser padres y madres no se ejerce en un vacío, ni depende exclusivamente de las características de los progenitores.

Depende la combinación de factores de protección y de riesgo así como de las capacidades de los padres y madres y de las necesidades evolutivo-educativas de los hijos e hijas. No hay dos tipos de padres/madres: los buenos y los malos, sino múltiples ecologías en las que los padres y las madres construyen su tarea educativa con diversos grados de dificultad.

### 4.- Factores implicados

Cuadro 1. Factores de protección y de riesgo según los contextos de desarrollo

	Factores de protección	Factores de riesgo
Familia	<ul style="list-style-type: none"><li>● Calidez y apoyo</li><li>● Afecto y confianza básica</li><li>● Estimulación apropiada y apoyo escolar</li><li>● Estabilidad emocional de los padres</li><li>● Altas expectativas y buena supervisión con normas claras</li><li>● Relaciones positivas con la familia extensa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Pobreza crónica y desempleo</li><li>● Madre con bajo nivel educativo</li><li>● Desorganización doméstica</li><li>● Conflicto y/o violencia en la pareja</li><li>● Toxicomanías</li><li>● Padre con conducta antisocial y/o delincuencia</li><li>● Padres con enfermedad mental</li><li>● Padres que creen en el uso del castigo físico</li></ul>
Iguales	<ul style="list-style-type: none"><li>● Participación en actividades de ocio constructivo</li><li>● Buena relación con compañeros que respetan normas</li><li>● Asertividad y comunicación interpersonal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Compañeros con conductas de riesgo, problemas de alcohol y drogas y conducta antisocial</li><li>● Aislamiento social</li><li>● Dejarse llevar por la presión del grupo</li></ul>

## Prevención y Promoción SM en el Aula

**Cuadro 1.** Factores de protección y de riesgo según los contextos de desarrollo

	Factores de protección	Factores de riesgo
<b>Escuela</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Buen clima escolar con normas claras y vías de participación</li><li>● Altas expectativas sobre el alumnado</li><li>● Oportunidades para participar en actividades motivadoras</li><li>● Tutores sensibles que aportan modelos positivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Falta de cohesión entre profesores y alumnos</li><li>● Falta de relaciones entre familia y escuela</li><li>● Escuela poco sensible a las necesidades de la comunidad</li><li>● Clases con alumnado con alto fracaso escolar y conductas de riesgo</li></ul>
<b>Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Barrios seguros y con viviendas apropiadas</li><li>● Relaciones de cohesión entre los vecinos</li><li>● Organización de la comunidad centrada en valores positivos</li><li>● Políticas sociales que apoyan el acceso a recursos de apoyo a las familias</li><li>● Actividades de participación en la comunidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Violencia e inseguridad</li><li>● Mala dotación de recursos y equipamiento</li><li>● Barrios masificados y sin identidad</li><li>● Empleo parental con horarios extensos</li><li>● Entorno con prejuicios, intolerancia y actitudes de rechazo</li></ul>

## 5.- Detección precoz y prevención desde el ámbito escolar

Los 10 principios sobre parentalidad positiva son:

1. Los niños y las niñas tienen derecho al cuidado y guía apropiados

Para que un niño o una niña puedan desarrollarse adecuadamente necesita cuidados físicos, afectivos, pautas de comportamiento y normas que les

## Prevención y Promoción SM en el Aula

hagan sentirse queridos, protegidos y seguros.

(Artículo 5 de la Convención sobre los derechos del niño de Naciones Unidas)

2. La parentalidad positiva se basa en conocer, proteger y dialogar

La parentalidad positiva exige paciencia y esfuerzo. Está basada en tres premisas:

- Conocer y entender a los niños y las niñas: cómo sienten, piensan y reaccionan según su etapa de desarrollo
- Ofrecer seguridad y estabilidad: los niños y las niñas tienen que confiar en sus padres, sentirse protegidos y guiados
- Optar por la resolución de los problemas de manera positiva: sin recurrir a castigos físicos, gritos, amenazas o insultos.

3. El vínculo afectivo es determinante

Los vínculos afectivos son lazos invisibles pero de gran intensidad emocional que se crean entre el niño o la niña y sus padres o cuidadores, desde el momento mismo del nacimiento. Definen la relación entre ambos y tienen una influencia decisiva en el desarrollo de los niños y las niñas, en su personalidad y su autoestima. Es ese vínculo el que proporciona al niño o a la niña seguridad.

4. El afecto debe demostrarse abiertamente para que los niños y las niñas se sientan queridos

Los niños y las niñas no dan por hecho que son queridos, necesitan verlo y sentirlo para sentirse seguros. Las demostraciones expresas de amor son importantes: besos, abrazos, halagos, sonrisas. No hay nada más gratificante para un niño o una niña que sentir que es importante para sus padres y que estos están orgullosos de él o ella. El afecto se manifiesta también mostrando interés por lo que los niños y las niñas sienten y piensan, dedicándoles tiempo.

5. Las normas y límites son importantes: les dan seguridad

Las normas y límites son tan necesarias para el desarrollo emocional,

## Prevención y Promoción SM en el Aula

cognitivo y social como el afecto. El niño y la niña necesita un entorno predecible y saber qué esperan de él o ella sus padres, les aporta seguridad. Las normas deben ser claras, sencillas y estables, y servir para facilitar la convivencia familiar y la vida en sociedad. Es necesario que se acompañen de una explicación coherente, que el niño o la niña pueda comprender: no vale el “porque lo digo yo”.

6. Los niños y las niñas deben participar en el proceso de toma de decisiones y sentirse responsables

Si se implica a los niños y las niñas en el establecimiento de las normas es más fácil que las comprendan y acepten. Todos los miembros de la familia están más motivados a la hora de cumplir las normas si estas han sido habladas y consensuadas. Se pueden conseguir así decisiones más creativas y que sean percibidas como justas. Los niños y las niñas desarrollan una buena autoestima, confianza en sí mismos y sentido de la responsabilidad.

7. Se les puede sancionar cuando se portan mal, pero no de cualquier forma

Cuando los niños y las niñas incumplen una norma o tienen una rabietta, no es porque sean malos o quieran amargarnos la vida. Al igual que nos pasa muchas veces a los adultos, a los niños y las niñas les cuesta controlar sus emociones y tolerar la frustración. Cuando no se respeten las normas y el niño o la niña se exceda en su reacción ante prohibiciones u órdenes (rompan cosas, peguen a otros niños, se tiren al suelo y pataleen), pueden aplicarse sanciones que sirvan para que repare el daño causado o para que entienda que lo que ha hecho no está bien y no debe volver a hacerlo. Las sanciones deben ser proporcionadas y claras, y aplicarse rápidamente y de manera firme, pero tranquila y respetuosa. Las sanciones tienen que mantenerse, por eso deben ser proporcionadas, ser realistas y no durar demasiado tiempo.

8. El cachete, el insulto, la amenaza o los gritos no son eficaces ni adecuados para educar a los niños y niñas

¿Por qué? Porque el niño o la niña aprenden que amor y violencia pueden ir de la mano, que cuando alguien me molesta y soy más fuerte



## Prevención y Promoción SM en el Aula

puedo ejercer mi poder sobre otro para imponer mi voluntad. Aprende que la inmediatez de la fuerza es más útil a la opción del diálogo y al establecimiento de normas y límites. Cuando se pega a un niño o una niña o se le insulta por algo que ha hecho mal se siente profundamente mal, indefenso y rechazado por sus padres, estas emociones no le permiten recapacitar sobre el motivo por el que se le castiga. La corrección sin violencia, acompañada de una explicación clara, con ejemplos, alternativas y compromisos ayuda al niño o la niña a interiorizar las normas y a respetarlas de manera responsable.

### 9. Los conflictos pueden resolverse sin violencia

Los conflictos dentro de las relaciones afectivas pueden estrechar los lazos de esta unión si se resuelven de manera pacífica. Solucionar problemas sin violencia o agresividad, física o verbal, exige un ejercicio de autocrítica, de explorar nuestras motivaciones y de respeto al otro. Requiere desplegar herramientas de comunicación y negociación, como:

- La escucha activa. Tratar de entender lo que el otro quiere decirnos (aunque no compartamos su punto de vista).
- Ponerse en el lugar del otro: ¿qué siente? Es importante mostrar empatía.
- No emplear actitudes agresivas como insultos, reproches, chantajes o amenazas. Exacerbamos las posturas de las personas enfrentadas y crean un clima muy desfavorable.
- Negociar salidas al problema, cediendo en algunas cosas y asumiendo compromisos.

### 10. Y muy importante: para que los niños y las niñas estén bien, los padres deben estar bien

Las madres y los padres deben enfrentarse diariamente a muchas situaciones y reaccionar de manera inmediata, sin pararse a pensar. Algunas situaciones pueden ser fuentes de preocupación, como la educación o la salud de los hijos y las hijas. Es natural sentirse a veces desbordado, triste o frustrado, pero es necesario evitar que este estado se generalice o se alargue en el tiempo. Asumir una maternidad o

## Prevención y Promoción SM en el Aula

paternidad responsable y positiva implica también cuidarse a uno mismo, buscar momentos de relax y disfrute personal que proporcionen descanso y fuerza para poder “tirar del carro” de la familia. Así que ya sabes, ¡cuidate y quíérete tú también!

### Cuadro 2. Situaciones familiares que precisan apoyo social

- Madres y padres adolescentes
- Madres y padres primerizos, con problemas de salud o con necesidades especiales
- Madres y padres con dificultad de conciliar la vida familiar y laboral
- Familias con personas dependientes a cargo o con hijos/as con necesidades especiales
- Familias reconstituidas o en situaciones de divorcio cuyos conflictos convivenciales perjudican y alteran el desarrollo personal y social de los menores
- Familias monoparentales en circunstancias de dificultad socioeconómica y un gran número de estresores sociales que dificultan la parentalidad positiva
- Familias ubicadas en barrios con escasos espacios y oportunidades para las relaciones sociales y el ocio constructivo para los menores
- Familias de población migrante con escasas relaciones sociales y escasa red de apoyo natural
- Familias con hijos/as en la adolescencia con comportamientos antisociales y consumo de alcohol y drogas por ausencia de normas familiares y escasas habilidades educativas de los padres
- Familias con menores en situaciones de absentismo, abandono y fracaso escolar
- Familias con situaciones de violencia en la pareja, maltrato hacia los hijos/as, o donde son los padres o los abuelos los que sufren la violencia por parte de sus hijos/as menores o jóvenes

### 6.- ¿Qué hacer desde el ámbito educativo? Recomendaciones

Promover los programas grupales de educación parental:

- Fomentar en los padres el cambio de sus concepciones sobre el desarrollo y la educación que respaldan sus actuaciones en la vida diaria.
- Promover un amplio repertorio de pautas educativas adecuadas que vayan reemplazando las inadecuadas.
- Mejorar y reforzar la percepción y satisfacción del rol parental.
- Fomentar un funcionamiento autónomo y responsable en el afrontamiento de la vida familiar y de sus relaciones con el entorno.
- Mejorar el apoyo social y el uso de los recursos municipales.

### 7.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- Recomendación (2006)<sup>19</sup> del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad.
- Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. (2010) Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)
- La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. (2010) Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)
- Queriendo se entiende la familia. Guía de intervención sobre parentalidad positiva para profesionales. Save de Children 2012-2013

### 8.- Dónde buscar más información

- La Corresponsabilidad Familiar (COFAMI): fomentar la cooperación y la responsabilidad de los hijos. Maganto y Bartau (2004)
- Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. Martínez-González (2009)
- Programa de Formación y Apoyo Familiar (FAF). Hidalgo et al. (2007)
- Programa de Apoyo Personal y Familiar. Rodrigo et al. (2000)
- Crecer Felices en Familia: Un Programa de Apoyo Psicoeducativo para Promover el Desarrollo Infantil. Rodrigo et al. (2008)
- Vivir la Adolescencia en Familia. Programa de Apoyo Psicoeducativo para Promover la Convivencia Familiar. Rodrigo et al. (2010)
- Programa de Apoyo a Madres y Padres de Adolescentes. Oliva et al. (2007)
- Programa de Competencia Familiar (PCF). Kumpfer, Orte et al.(2006)
- Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de la drogodependencia (PROTEGO). Larriba et al. (2004)
- Y llegó la adolescencia. Guía para padres y madres con hijos e hijas adolescentes. (2002) Ayto. Victoria

# Capítulo 6.

## Estigma y enfermedad mental

Autora: Blanca M. Poza Vacas

### 1.- Introducción

La palabra estigma proviene del griego, significa “picadura, marca hecha con un hierro candente”, fue creada para referirse a signos corporales con los que se marcaba a esclavos y ladrones con la finalidad de que fueran fácilmente reconocibles para el resto de la sociedad<sup>1</sup>

El término se ha empleado a lo largo de los siglos para indicar prejuicios contra las personas. En la época griega con la exhibición de esclavos y ladrones marcados con hierro candente, durante la Edad Media quienes padecían lepra y más recientemente a las personas afectas de cáncer o sida.

En el caso de las enfermedades mentales ha sido una constante a lo largo de los siglos, se ha construido sobre mitos y miedos atribuyéndose orígenes diabólicos, concepciones mágicas, posesiones y brujería, siendo en el periodo medieval los tratamientos prescritos la tortura y la cremación para liberar el alma del enfermo. Entorno al S XVIII se exhibía públicamente a los “locos” a modo ejemplarizante, eran habituales los castigos y malos tratos promulgándose leyes que exigían su encierro para proteger a los ciudadanos, confinándolos en instituciones aisladas, excluidos de cualquier posibilidad de desarrollo.

En los años 60 surge el movimiento de la antipsiquiatría, se propugna el tratamiento de la enfermedad mental en la comunidad, desaparecen los manicomios pero sin la necesaria dotación de recursos. Estas carencias han provocado suspicacias que contribuyen a consolidar la estigmatización del enfermo mental.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Los problemas de salud mental todavía se viven en muchos casos en el silencio. A menudo provocado por el miedo, la vergüenza o la incomprensión, por el estigma social que impide que muchas personas afectadas busquen ayuda médica y se puedan recuperar<sup>1,2</sup>.

Las barreras de los antiguos manicomios han dejado paso a otros muros, invisibles pero muy sólidos, que mantienen el aislamiento e impiden la total recuperación de los pacientes.

### 2.- ¿De qué hablamos?

Erving Goffman (1963) considera el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo; hace que su portador sea incluido en un grupo social que despierta rechazo y es contemplado como inferior por parte del resto de la sociedad.<sup>3</sup>

La estigmatización de personas con enfermedad mental ha sido investigada en numerosos estudios, como un factor diferencial frente a otro tipo de trastorno, que incide negativamente en el proceso de integración social de las personas afectas. El estigma es asumido a menudo por el propio paciente, que vive el diagnóstico como un etiquetado que le condena a la lejanía de los demás, lo que llega a obstaculizar seriamente la prevención temprana de enfermedades y el seguimiento del tratamiento<sup>4</sup>.

La transmisión social de la estigmatización es un proceso complejo en el que intervienen tanto factores culturales tradicionales como la influencia de los medios de comunicación, tanto en forma de mensajes directos, por ejemplo asociaciones de esquizofrenia con violencia o conductas extrañas, como indirectos, incluso a través de relatos de ficción, donde el alienado se presenta como una figura amenazadora o ridícula. Recibimos este tipo de mensajes desde que somos niños.

### 3.- Factores implicados

El origen del estigma está en creencias y mitos heredados de siglos de incompreensión hacia la enfermedad mental mantenido por el silencio que le rodea, los mensajes recibidos a través de los medios de comunicación y la falta de autocrítica individual, sin analizar si hay alguna razón que lo justifique, generando creencias erróneas como peligrosidad, impredecibilidad, incapacidad para manejar su vida, incurabilidad o atribuciones de responsabilidad y culpa, que dan lugar a prejuicios tales como el miedo, rechazo, desconfianza o compasión “manteniendo las distancias” y actitudes arbitrarias respecto a las personas que padecen la enfermedad que finalmente se plasman en la discriminación: rechazo, aislamiento, recomendación de tratamientos coercitivos y reclusión institucional. Individuos de una sociedad privan a otros de sus derechos creando un efecto barrera, dificultando el acceso a la vivienda, empleo, redes sociales, educación o sanidad. Nuestros hijos heredan estas creencias manteniéndose generación tras generación el proceso de estigmatización<sup>1,2,4,5</sup> (Fig.1)

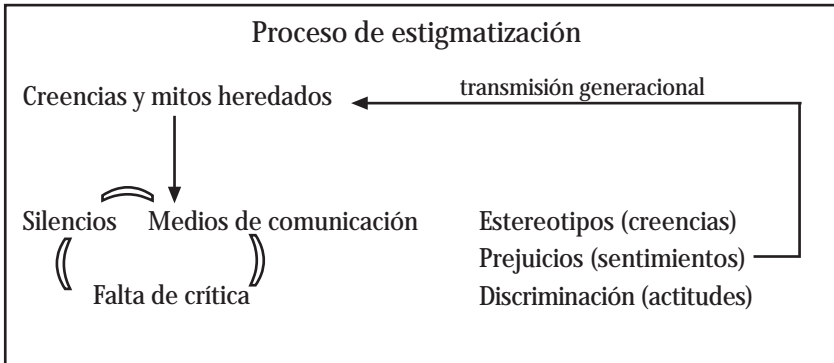


Fig. 1. Proceso de estigmatización de las personas con enfermedad mental. Bpoza.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

las personas con enfermedad mental no son más violentas que otras personas. Los factores de riesgo para conducta violenta principales son ser joven, varón, estatus socioeconómico bajo y abuso de tóxicos; las tasas de criminalidad entre las personas mentalmente enfermas que abusan de drogas no son diferentes de las de la población general con los mismos hábitos, siendo en ambos grupos entre seis y siete veces mayor que la media de la población general. . Es más frecuente que sean víctimas, la frecuencia con que los enfermos mentales sufren actos violentos o delictivos multiplica por 14 la tasa de la población general, y que los episodios de violencia son a menudo magnificados por los medios de comunicación<sup>1,4</sup>.

A pesar de los numerosos estudios que demuestran estas creencias erróneas, los estereotipos sociales no sólo se mantienen sino que incluso parecen fortalecerse en determinados sectores. Esta vinculación directa se explica por dos factores:

- Desconocimiento: visión general del enfermo mental como alguien aislado de la sociedad, excluido laboralmente, encerrado, físicamente inmovilizado y condenado por la justicia por cometer crímenes violentos mientras que la realidad en la mayoría de las ocasiones suele ser diametralmente opuesta, personas retraídas, temerosas, inseguras para integrarse en su entorno social, familiar o laboral.
- Transmisión de estereotipos por los medios de comunicación: la representación que hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental es con frecuencia estigmatizadora<sup>5</sup>, perpetúan el mito de la supuesta peligrosidad social y los impulsos homicidas. La TV y el cine retratan el estereotipo del enfermo psicótico como la personificación de la violencia y de los instintos más asesinos. Los periódicos y las revistas hambrientas de sensacionalismo magnifican todo aquel suceso en el que algún enfermo mental se haya visto involucrado<sup>1,6,7</sup>.



### 4.- Detección precoz y prevención desde el ámbito escolar

La educación trata de disminuir el estigma proporcionando información veraz<sup>2</sup> pero es necesario articular, en procesos sostenidos y de larga duración, una serie de intervenciones diferentes que deben planificarse y desarrollarse de manera conjunta e interrelacionada, incluyendo además de la información, la presentación de casos reales y a ser posible con la intervención de personas afectadas, fomentando la discusión<sup>4</sup>

Aunque la información por sí sola no garantiza cambios efectivos en las actitudes ni en las conductas, es necesario dar información correcta, segmentada según objetivos, contenidos y sectores. La información debe integrarse en procesos educativos de dinámica interactiva, siendo los cambios positivos especialmente manifiestos en adolescentes ya que las creencias acerca de la enfermedad mental están menos consolidadas en esta edad por lo que responden mejor a los programas educativos<sup>5</sup>.

El estigma que se da en la escuela puede producirse por varios motivos: los rasgos físicos, la apariencia, la etnia, las formas de vestir, de expresarse o los problemas de enfermedad mental. En el caso de aparecer una enfermedad mental los estudios muestran que los adolescentes con problemas de salud mental experimentan estigmatización en sus relaciones con iguales, por parte de sus propios familiares y por parte del equipo escolar, además piensan que serían rechazados si siguieran tratamiento por salud mental. Surge aquí el riesgo de desarrollar actitudes autoestigmatizantes, reacciones emocionales negativas y comportamientos autodiscriminadores perdiendo así posibilidad de acceso a estudios, trabajo o tratamiento médico.

Derivado de estas creencias en el entorno escolar puede aflorar el acoso escolar o bullying, formas de agresión a un compañero con intencionalidad de hacer daño ya sea con conductas verbales, físicas, sociales, sexuales o mediante el ciberacoso o cyberbullying.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Son necesarias medidas de prevención así como medidas de actuación ante la identificación del problema.

Medidas de prevención:

- Impartir educación en valores, formación en empatía y resolución de conflictos.
- Propiciar en los estudiantes la identificación y superación de estereotipos y prejuicios para promover relaciones basadas en el respeto. Fomentar la cohesión entre compañeros y las relaciones basadas en la solidaridad y el respeto mutuo. Un niño o niña que tenga amigos difícilmente será acosado.
- Realizar actividades específicas de sensibilización hacia la enfermedad mental.
- Desarrollar en los niños y niñas habilidades personales para:
  - Identificar las situaciones de discriminación.
  - Expresar emociones para liberarse del sufrimiento y encontrar a personas que les ayuden.
  - Buscar y solicitar ayuda, no ocultar lo que sucede.
  - Ser asertivo
  - Denunciar, aprender que la denuncia es un paso necesario para superar las experiencias injustas y evitar otros delitos.

Medidas de detección:

- Prestar atención a los cambios en el rendimiento de sus alumnos, tanto en cuanto a atención en clase como a sus resultados, ya que son uno de los índices más claros de que algo no funciona como debiera.
- Observar si algún niño se queda aislado dentro de la clase o no interactúa con los demás, pues será signo de que algo le sucede en el ámbito de las relaciones sociales.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Observar cómo se relacionan los niños fuera del aula en zonas comunes: pasillos, patios, comedor...

### 5.- ¿Qué hacer desde el ámbito educativo? Recomendaciones

Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental comienzan en la infancia, pero emergen totalmente en la etapa adolescente. Desarrollar programas de sensibilización a esas edades es una oportunidad para hacerles conscientes de la importancia de la salud mental. Además, es la etapa de inicio de muchas enfermedades mentales.

Dentro de las estrategias y programas que se desarrollan para luchar contra el estigma, los educativos y aquellos que van dirigidos a modificar las profundas raíces emocionales y creencias que lo conforman son los que resultan más efectivos<sup>4</sup>. También resulta útil el uso de actividades con material audiovisual de historias cercanas, en el “mundo real” de los jóvenes.

A la hora de sensibilizar sobre la enfermedad mental, hay diversas estrategias, y la del contacto con personas con enfermedad mental se revela como de gran efectividad, pero tiene el inconveniente de que no es fácil de implementar. Utilizando una estrategia de contacto indirecto (material audiovisual) se consigue prácticamente la misma mejora en las actitudes que con contacto real.

En general, se consigue mayor éxito cuando las acciones implican un trabajo activo (debates, discusión, dinámicas...) con la población destinataria, que tengan un papel en las sesiones. Parece que, si de lo que se trata es de modificar percepciones erróneas, como vía para cambiar conductas, lo menos importante son las medidas predominantemente informativas y, como en todo proceso educativo, es determinante integrar información, discusión e interacción social.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Resulta imprescindible sensibilizar especialmente a los agentes que trabajan con población adolescente sobre la necesidad de llevar a cabo acciones destinadas a disminuir las posibilidades de que los jóvenes con problemas de salud mental sufran rechazo por parte de su grupo de iguales. Las acciones deben combinar aspectos relacionados con la promoción de la salud y el bienestar mental (sexualidad, nutrición, ejercicio físico, etc.) con acciones dirigidas a evitar situaciones de discriminación hacia los jóvenes que la padezcan.

Debemos sensibilizar en la enfermedad mental desde edades tempranas con un doble objetivo: Entenderla y prevenir el estigma que puedan desarrollar en el futuro hacia las personas que las padecen, y hacer prevención y detección precoz de problemas de salud mental.

### Anexos:

#### *1. Lo hablamos*

JUNTA DE ANDALUCÍA



Campaña de la Junta de Andalucía dirigida a alumnos del segundo ciclo de la ESO (3º y 4º, con edades de 14 y 15 años).

Se realiza en una sola sesión de unas 2,5 horas. Muy bien definida en cuanto a contenidos, materiales y actividades.

Disponible en: <http://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=183>  
(23-05-2019)

# Prevención y Promoción SM en el Aula

## *2. Salud Mental Positiva*

JUNTA DE EXTREMADURA, 2010



La campaña de la Junta de Extremadura contempla 10 sesiones de 50 minutos en las aulas de enseñanza de alumnos de la ESO. Es la más ambiciosa y, por ello, también la más recomendable.

Disponible en:

[https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded\\_files/guia\\_saludmentalpositiva.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/guia_saludmentalpositiva.pdf) (23-05-2019)

## *3. Proyecto Chamberlin*



## Prevención y Promoción SM en el Aula

El Proyecto Chamberlin pertenece a la Asociación Psiquiatría y Vida, a través de su centro de rehabilitación perteneciente a la red concertada por la Comunidad de Madrid. Es un programa de sensibilización más global que, sin estar específicamente dirigido al ámbito escolar, sí que está especialmente presente la población de esas edades. Basado en los contenidos de un cómic ("Una historia sobre Luis"), desarrolla en torno a ellos un gran número de actividades que, a diferencia de los programas anteriores, no están estructuradas en sesiones predefinidas.

Acceso al cómic y otros materiales en: <http://www.proyechochamberlin.org/>  
(23-05-2019)

### *4. Max y su obra*

José Luis Regojo Borrás y Laura Borrás y Dalmau, 2012



Libro concebido como ayuda para explicar a niños/as y adolescentes la depresión y sus riesgos asociados, incluida la pérdida de alguien por suicidio.

Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Maxysusombra.pdf>  
(23-05-2019)

## Prevención y Promoción SM en el Aula

### *5. Fufú y el Abrigo Verde*

FEAFES



Traducción a cargo de FEAFES de un cuento original editado por una asociación de familiares suiza en el que intenta explicar a los más pequeños/as qué es la psicosis.

Disponible en:

<https://consaludmental.org/centro-documentacion/fufu-2482/>

(23-05-2019)

### *6. No estás solo*

SANE AUSTRALIA, 2003



## Prevención y Promoción SM en el Aula

Dentro de la campaña Toda una Vida para Mejorar, este cuento está dirigido al público infantil, con la intención de sensibilizar a los más pequeños sobre el concepto de la enfermedad mental en un contexto familiar.

Disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Noestassolo.pdf>

(23-05-2019)

### *7. El padre de Mia está raro*

FINLANDIA, 2003



Cuento de una asociación de familiares finlandesa en el que se explica a los niños/as lo que le pasa a un padre con trastorno psicótico.

Disponible en:

[http://www.feafesandalucia.org/images/pdf/documentacion/cuento\\_el\\_papa\\_de\\_mia\\_esta\\_raro.pdf](http://www.feafesandalucia.org/images/pdf/documentacion/cuento_el_papa_de_mia_esta_raro.pdf)

(23-05-2019)



## Prevención y Promoción SM en el Aula

### *8. La madre de Mark está deprimida*

FINLANDIA, 2003



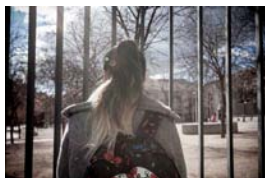
La misma asociación finlandesa intenta explicar la depresión a través de este otro cuento.

Disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/LamadredeMarkestadeprimida.pdf>

(23-05-2019)

### *9. Medidas de prevención ante el acoso escolar para profesores, alumnos y padres*



Disponible en:

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/pautas\\_para\\_padres\\_y\\_madres\\_ante\\_el\\_acoso\\_escolar.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/pautas_para_padres_y_madres_ante_el_acoso_escolar.pdf)

(23-05-2019=)

## 6.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- Puchol Esparza, D. Las raíces del estigma. Interpsiquis 2005. 6º Congreso virtual de psiquiatría.
- Arnaiz, A; Uriarte, J.J. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental nº26. 2006. Pag49- 59
- Gofman, E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorroutu 2009
- M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información.
- Muñoz M; Guillem A; Pérez- Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. Rehabilitación Psicosocial 2013; 10(2) 10-19
- Mena Jiménez, AL; Bono del Trigo, A; López Pardo, A; Díaz del Peral, D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.,2010; 30(108), 597-611.
- Uriarte, J. Violencia, enfermedad mental y estigma. Psiquiatría legal.

### 7.- Dónde buscar más información

- <https://obertament.org/es/que-es-obertament/que-hacemos>
- <http://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/sm-en-la-escuela/>
- <http://www.proyecto-chamberlin.org/comic.html>
- [http://www.youtube.com/watch?v=P\\_X50012rhQ](http://www.youtube.com/watch?v=P_X50012rhQ) (vídeo etiquetas psiquiátricas)
- <http://www.savethechildren.es/acoso-escolar/home.php?gclid=Clmik8jCwb0CFcHnwgodyEAfg>
- <http://www.youtube.com/watch?v=ovja5uA1JZg> (vídeo acoso escolar)
- <http://webs.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>

# Capítulo 7.

## Trastornos afectivos en población infanto-juvenil

Autora: Sonia Císcar Pons

### 1.- Introducción

Para hacer una adecuada reflexión y poder orientarnos en relación a los trastornos afectivos en población infanto-juvenil, deberíamos poder plantearnos una serie de reflexiones al respecto. Entre ellas, pensar el porqué en una etapa como la infancia, la insatisfacción e inmadurez emocional pueden estar presentes, o el cómo afecta el hecho de que en estos días la adolescencia se prolongue artificialmente en muchas ocasiones. También el cómo en nuestra sociedad, los niños son instruidos en múltiples aspectos de la vida, pero en ocasiones les falta una adecuada educación emocional, o habilidades para la vida (Del Barrio y Carrasco, 2013).

En este capítulo vamos a abordar el tema de los trastornos afectivos en niños y adolescentes. Para conceptualizar los trastornos afectivos en niños tenemos, además de la ligazón íntima con la sociedad en la que vivimos y que determina cómo nos sentimos en muchas ocasiones, el hecho de que en los manuales diagnósticos al uso no está bien definida lo que es por ejemplo, la depresión infantil o adolescente. Así, en el DSM, sólo hay una mínima alusión a la depresión infantil, si en vez de tristeza aparece como síntoma la irritabilidad. Este aspecto resulta cuanto menos extraño, pues son los niños precisamente los que mayormente están instalados en el mundo emocional (Del Barrio y Carrasco, 2013). Otro de los problemas a la hora de afrontar el abordaje de los trastornos afectivos en la infancia es que por ejemplo, la depresión

## Prevención y Promoción SM en el Aula

se considera explicada por un marco teórico fundamentalmente cognitivo, lo que no cuadra con los niños necesariamente. También la conceptualización del trastorno bipolar en la infancia adolescencia tiene sus peculiaridades, siendo necesario desmarcarse de las ideas entorno a la población adulta.

No podemos olvidar los hitos a nivel histórico que nos permiten entender hoy en día el mundo emocional de los niños y comprender las alteraciones de este mundo. John Bowlby (1969) destacó la importancia del vínculo afectivo entre el recién nacido y sus cuidadores principales con su teoría del apego, y René Spitz (1945) fue el primero en describir lo que denominó depresión anaclítica y síndrome de hospitalismo, haciendo referencia a la presencia de síntomas emocionales graves en los niños muy pequeños, que pierden el apoyo de ese cuidador o vínculo afectivo primario.

Cytryn y McKnew (1972) describieron la depresión enmascarada, como un trastorno depresivo latente con presentaciones múltiples, característico de la infancia. Así, para Bakwin (1972) la depresión infantil puede manifestarse de forma enmascarada mediante síntomas como la agresividad, la irritabilidad, el descenso en el rendimiento escolar o síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza o de estómago.

La depresión en la etapa adolescente sería merecedora de un capítulo propio por múltiples motivos. De hecho, los múltiples cambios y crisis de la propia etapa adolescente son un caldo de cultivo para los trastornos del estado de ánimo. Según Rodríguez Sacristán (2009), en ocasiones éstos pueden ser pasajeros y leves en respuesta a pérdidas corrientes o “baches” de la vida, pero en otras pueden desembocar en depresiones graves con características muy diversas y comorbilidades que pueden cronificarse si no se interviene sobre ellas.

### 2.- ¿De qué hablamos?

Cuando hacemos referencia a la depresión, el primer indicador que nos viene a la cabeza es inevitablemente la presencia de un estado de ánimo triste. El diagnóstico clínico de una depresión viene caracterizado por la presencia de un conjunto de síntomas, de los cuáles se deben cumplir al menos 5, durante un periodo de tiempo de no menos de 2 semanas, según el Manual Diagnóstico DSM-IV-TR:

- Ánimo deprimido (o irritabilidad en niños)
- Desinterés o anhedonia
- Pérdida de peso (o no ganancia en niños)
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de falta de valía o culpa
- Dificultades de concentración o indecisión
- Pensamientos de muerte
- Síntomas que implican un deterioro familiar, social, laboral (o escolar en niños)

Lo cierto es que para detectar un estado depresivo en un niño, no podemos ceñirnos tan radicalmente a los criterios de los manuales diagnósticos como la CIE-10 o el DSM, porque la sintomatología que pueden manifestar los niños de forma más o menos enmascarada y que refleja un estado de ánimo deprimido es muy variada. Entre los síntomas en los que deberíamos fijarnos están:

- Irritabilidad (discusiones, rabietas)
- Agresividad (peleas)
- Síntomas psicósomáticos (estomacales, cefaleas)
- Alteración del sueño/apetito

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Apatía
- Desesperanza
- Baja autoestima
- Sentimientos de culpa
- Sensación de que nadie les quiere
- Aislamiento social
- Bajo rendimiento escolar
- Rechazo escolar
- Inseguridad
- Síntomas de ansiedad

La frecuencia de los trastornos depresivos es de entre el 1-2% en los niños en edad escolar y entre 4-8 % de los adolescentes, siendo la ratio masculino/femenino de 1:1 para los niños y de 1:2 para los adolescentes. La depresión en los niños puede ser (Del Barrio y Carrasco, 2013):

- Unipolar vs bipolar (en la primera no ha habido ningún episodio maniaco o hipomaniaco, y en la segunda sí)
- Depresión mayor vs Distimia (en la primera con mayor número de síntomas y de mayor intensidad; en la segunda, menor cantidad de síntomas y de menor intensidad, pero más prolongada en el tiempo)
- Depresión exógena vs endógena (en la primera el desencadenante de los síntomas depresivos es conocido, y suele ser algún suceso negativo; en las segundas el desencadenante es desconocido y suele tener un mayor componente biológico)
- Depresión aguda vs crónica (en la primera se trata de un episodio aislado asociado a estresores psicosociales o personales; la segunda se trata de episodios recurrentes, no necesariamente asociados a estrés externo)
- Depresión pura vs enmascarada (la primera con síntomas semejantes

a la depresión adulta; la segunda entremezclada con problemas de otro orden, como síntomas psicósomáticos o alteraciones de conducta)

- Depresión transitoria o duradera (la primera breve y con una remisión total; la segunda más extendida en el tiempo y cuya tasa de recurrencia es más elevada)

### 3.- Factores implicados

El desarrollo de una depresión en edad infantil siempre viene determinado por un conjunto de múltiples factores, por lo que es difícil hallar una única e inequívoca relación con un único factor. En cambio, sabemos que tanto factores biológicos, como psicológicos y sociales suelen estar implicados en el desarrollo y/o mantenimiento de la depresión en la edad infantil.

Rodríguez Sacristán (2009) señala que las investigaciones a nivel biológico-genético han demostrado que los hijos de padres deprimidos tienen más posibilidades de padecer depresión que otros niños. A nivel de neurotransmisión, es sabido que los bajos niveles de norepinefrina pueden dar origen a la depresión. Así mismo, la mediación de otros neurotransmisores como la serotonina o la acetilcolina es indudable pero no hay seguridad sobre su papel causal. A nivel psicológico, expone que las explicaciones acerca del origen de la depresión infantil van desde la vivencia de experiencias estresantes de separación o pérdida, que ya señalaba Freud, o indefensión y desamparo que desarrollaron Seligman y Bowlby, hasta la presencia de un estilo cognitivo negativo, similar al que Beck describió para caracterizar la percepción negativa de uno mismo, el mundo y el futuro de adultos deprimidos. A nivel psicosocial, señala que el entorno familiar es capaz de generar las condiciones para la aparición de un estado depresivo en un niño.

Más que hablar de causas, tal vez resulta de mayor utilidad hablar de aquellos factores de riesgo y factores de protección de los niños que es importante tener en cuenta al tratar de comprender por qué un niño desarrolla una depresión.



## Prevención y Promoción SM en el Aula

Así, podemos distinguir entre los factores de riesgo referidos a los propios niños y aquellos de tipo ambiental.

- Del niño:
  - Temperamento (humor, adaptabilidad al entorno, nivel de actividad, intensidad de las respuestas, ritmicidad, etc.)
  - Personalidad (sobre todo las características de introversión y neuroticismo)
  - Autoestima (o sentimiento de valía personal)
  - Autoeficacia (o capacidad de considerarse apto para solucionar los problemas que se le presentan)
  - Tendencia a emitir juicios negativos (ver de forma negativa cosas que objetivamente son neutras)
- Sociales:
  - Familia (tipo de “apego”, hábitos de crianza, clima afectivo familiar, etc.)
  - Depresión materna (por el componente biológico y por la escasa atención que se da al niño)
  - Apoyo social y clase social (falta de ayuda social o de la comunidad, falta de amistades y la clase social baja)
  - Acontecimientos negativos (sobre todo las enfermedades, ausencia de los padres, el maltrato y los fallecimientos familiares, aunque hay otros como el “bullying” escolar o los cambios de domicilio que también son relevantes)

De entre los factores de protección, un ambiente amoroso y cálido, una buena comunicación y apoyo familiar, así como la implicación de los padres en la crianza, y la aplicación de normas flexibles, son factores importantes que minimizan el efecto estresante que puedan tener los acontecimientos en la vida del niño y asegurar, por tanto, su adecuada adaptación a los mismos.

### 4.- ¿Qué es y qué no es?

Es necesario saber hacer un buen diagnóstico diferencial para no confundir un estado depresivo de corte afectivo con otros trastornos o condiciones infantiles que pueden presentar síntomas de corte emocional, pero que éstos pueden ser explicados por otras condiciones, y cuyas diferencias se explicitan a continuación:

- El trastorno adaptativo con síntomas depresivos
  - En este caso el estresor es identificable y por tanto los síntomas son claramente atribuibles a él y la afectación anímica es menor. Cuando el estresor desaparece los síntomas también lo hacen
- Los trastornos de ansiedad
  - Ansiedad de separación (niños): los niños pueden no querer salir o separarse de los padres y parecer tristes, pero el motivo es la ansiedad o miedo a esta separación paterna y no un estado depresivo franco.
  - Fobia social (adolescentes): los adolescentes pueden recluirse, estar poco comunicativos y parecer deprimidos cuando tienen miedo a la evaluación negativa de los iguales.
- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno por conductas perturbadoras
  - Los síntomas externalizantes (agresividad, rabietas) hay que tenerlos en cuenta por poder ser indicativos de un estado depresivo, pero cuando se acompañan de otros síntomas como perturbaciones en la atención sostenida o impulsividad forman parte de otros tipo de cuadro, no afectivo, que es el TDAH.
- Los trastornos del aprendizaje
  - Los trastornos del aprendizaje pueden generar un estado de muy baja autoestima, pero es importante identificar estas

## Prevención y Promoción SM en el Aula

dificultades de tipo psicopedagógico para no confundirlas con un problema de salud mental.

- Los trastornos por uso o abuso de sustancias
  - El consumo de sustancias, sobre todo en la adolescencia puede dar lugar a síntomas muy parecidos a la depresión, como por ejemplo, la falta de interés por los estudios, o anhedonia, la falta de motivación, o los problemas de conducta.
- Los trastornos de la conducta alimentaria
  - La pérdida de peso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa, junto con la falta de motivación o dificultades de concentración fruto del bajo peso, no deben confundirse con estado depresivos, aunque es importante saber que la comorbilidad entre AN y BN y la depresión es elevada.
- Los duelos
  - En el caso de un duelo el bajo ánimo, replegamiento sobre uno mismo y la falta de ganas es atribuible a la pérdida de un ser querido y por tanto, no es patológica ni requiere tratamiento psicológico.
- El trastorno bipolar
  - El trastorno bipolar, de igual manera que la depresión, es un trastorno del estado de ánimo, clasificado como trastorno adulto. Pero, también puede darse un inicio en la etapa infantil-adolescente. Y también tiene los mismos criterios diagnósticos que en los adultos, pero con sus peculiaridades. Se caracteriza por la presencia de episodios de manía, además de los episodios depresivos. En la edad infantil-adolescente, los síntomas más frecuentes que pueden hacer sospechar de un estado maniaco y por tanto de un trastorno bipolar son:
    - Cólera, rabia
    - Búsqueda de excitación y atracción por el riesgo

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Extrema ansiedad y sensibilidad
- Oscilaciones del humor
- Excesiva actividad
- Patrones de sueño alterado
- Preocupaciones sexuales
- Rabiets y tormentas afectivas intensas
- Dificultades en la atención, enfoque y concentración (distrabilidad)

### 5.- Detección precoz en el aula

La detección precoz de los trastornos depresivos en el contexto escolar es fundamental, pues es donde niños y adolescentes pasan gran parte de su rutina diaria y donde la observación puede ser más amplia. Además, la proximidad de amigos y profesores sensibles a los síntomas emocionales puede permitir al niño o adolescente “abrirse” y poder abordar un estado pre-depresivo con rapidez en el mismo contexto escolar. También permite ser derivado de forma precoz a los recursos pertinentes (Unidades de Salud Mental infantil, Servicios de atención a la familia y a la infancia (SEAFI), Servicios sociales de base, etc.) Por ello, es importante saber reconocer aquellos signos tempranos que pueden hacer sospechar la existencia de un trastorno afectivo. Así, hay que sospechar ante la observación de:

- Llanto
- Irritabilidad
- Aislamiento social
- Quejas somáticas
- Fracaso escolar inesperado

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Agresividad
- Sentimientos de culpa
- Ideas de autolisis

## 6.- ¿Qué hacer en el ámbito educativo?

### Recomendaciones generales:

- Enseñar a los niños a afrontar las dificultades.
- Fomentar la autorregulación emocional.
- Aumentar la percepción de autoeficacia y autoestima.
- Enseñar a atender a lo positivo y pensar de forma ajustada.
- Transmitir optimismo y actitudes positivas.
- Ensayar habilidades interpersonales positivas.
- Educación emocional (vocabulario emocional y habilidades sociales).
- Proporcionar actividades y aficciones.
- Potenciar la salud psicológica de padres y educadores.

### Recomendaciones ante la ideación suicida:

- Observar con atención señales como el aislamiento social de los alumnos, dificultades relacionales y el rendimiento escolar a lo largo del año para identificar posibles problemas o conflictos.
- Prestar especial atención a los grupos vulnerables, como son alumnos

## Prevención y Promoción SM en el Aula

que ya han realizado un intento de suicidio previo y alumnos con trastornos psiquiátricos, alumnos que han perdido a alguien querido por suicidio, o alumnos pertenecientes a minorías sociales o étnicas.

- Indagar acerca de posibles situaciones de *bullying* en el centro escolar o *ciberbullying*; problemas psico-sociales o familiares del alumno, posible consumo de drogas u otros.
- Buscar un lugar tranquilo y dedicar el tiempo necesario a preguntar al alumno a solas sobre una posible ideación suicida, mostrando empatía, disponibilidad, calma, sensibilidad y asunción de responsabilidad y preocupación de todo el centro escolar por su bienestar.
- Tratar de no dejar solo al alumno, proporcionarle apoyo y calma.
- Informar de la ideación a sus padres o tutores legales y del riesgo de esta verbalización, ayudándoles a buscar ayuda sanitaria inmediata.
- Ser especialmente cautos con la disponibilidad que pueda tener el alumno en el centro escolar a utensilios con los que podría dañarse, así como su acercamiento a lugares desde los que podría precipitarse.
- Respetar al máximo la confidencialidad, evitando dar difusión innecesaria de la ideación suicida entre otros alumnos.

### 7.- Bibliografía

- Bakwin, H. y Bakwin, R.M.M. (1972). Behavior Disorders in Children. *Philadelphia: Saunders.*
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss (Vol I: Attachment). *New York: Basic Books.*
- Cytryn, L. y McKnew, D. H., Jr. (1972), Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 129(2).*
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2013). Depresión en niños y adolescentes. *Guías profesionales. Ed. Síntesis.*
- Marisol, M. (2010). Con la mejor intención. Cuentos para comprender lo que sienten los niños. *Terapia Breve. Ed. Herder*
- Méndez, F. X. (2011). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. *Ojos Solares. Tratamiento. Psicología. Ed. Pirámide.*
- Rodríguez Sacristán, J, (dir) (2009) Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos. *Psicología Pirámide*
- Selekman, M. (2005). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. *Colección Terapia Familiar. Ed. Gedisa.*
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. En *The Psychoanalytic Study of the Child*, tomo 1. *New York: IUP.*

## 8.- ¿Dónde buscar más información?

- Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia (2009). Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad y política social. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Cine:
  - Las vírgenes suicidas (1999). Dir: Sofía Coppola (Estados Unidos)
  - Azul oscuro casi negro (2006). Dir: Daniel Sánchez Arévalo (España)
  - La habitación del hijo (2001): Dir: Nanni Moretti (Francia-Italia)



# Capítulo 8.

## Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Autora: María A. Beltrán Beltrán

### 1.- Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es, actualmente, el trastorno de conducta que con mayor frecuencia se diagnostica en la infancia y adolescencia. Su prevalencia en la población general se encuentra entre un 3% y un 5%. Más de la mitad continuarán presentando síntomas en la edad adulta<sup>1</sup>.

Es un trastorno de la conducta con una base neurobiológica que se caracteriza por dificultades para sostener la atención, impulsividad e inquietud motora inadecuados para la edad del niño y el ambiente donde se producen.

Todas las personas pueden presentar estas dificultades de forma ocasional. La diferencia es que para algunos niños son tan manifiestas y persistentes que condicionan su desarrollo, las relaciones con otras personas y su adaptación al entorno.

El diagnóstico es clínico<sup>2</sup>. No existe, en estos momentos, ninguna prueba que confirme el TDAH, de ahí que se deba recoger toda la información disponible, de los padres y de los profesores, sobre el comportamiento del niño.

EL TDAH es tratable y aunque su causa sea orgánica, el entorno influye y puede mejorar las dificultades, mejorando su evolución. El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el denominado multimodal,

## Prevención y Promoción SM en el Aula

que incluye tratamiento psicológico, farmacológico y psicopedagógico.

Contar con unas estrategias educativas para intervenir cuando surge una dificultad es básico en una adecuada intervención.

Por todo ello, resulta fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuado, una cooperación estrecha entre profesionales de la salud, padres, pacientes, y escuela.

## 2.- ¿De qué hablamos?

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico. Es un síndrome conductual complejo y heterogéneo caracterizado por un abanico de síntomas dimensionales de hiperactividad, impulsividad e inatención.

La definición que parece tener mayor consenso considera que el TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol, considerándose un trastorno del sistema ejecutivo cerebral<sup>2</sup>.

### Déficit de atención

Los problemas atencionales son muy frecuentes en la infancia, no son específicos del TDAH. De hecho, no se ha identificado un déficit específico de atención en el TDAH. Esto es debido a la complejidad de esta función neuropsicológica. La atención es la capacidad que nos permite dirigir nuestra voluntad hacia un foco determinado, facilitando el análisis e integración de la información recibida en nuestro cerebro.

La atención es variable en todas las personas y depende de la edad del paciente y del grado de motivación que produce cada tarea.

Los niños que presentan un TDAH se caracterizan por una distraibilidad excesiva de forma que cualquier elemento extraño consigue desviar su atención. Presentan dificultades para sostener la atención y mantener el grado de concentración, especialmente en la realización de las tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido, como los deberes escolares, se aburren y empiezan a pensar en otras cosas. Es frecuente que precisen

## Prevención y Promoción SM en el Aula

ayuda externa para realizarlos y redireccionar la atención. Pasan de una tarea a otra sin finalizarlas. Tienen que hacer un esfuerzo extra para terminar tareas rutinarias y mantenerse organizados. No se trata de una imposibilidad de atender, sino la necesidad de estímulos de una intensidad variable que sobrepase el umbral de cada niño con déficit de atención. Por ello, los videojuegos con sus estímulos de alta intensidad, les pueden mantener en la misma actividad durante tiempo prolongado.

Los problemas de atención condicionan dificultades para escuchar, seguir órdenes e instrucciones y para organizar tareas y actividades. Tienden a olvidar y perder objetos.

### Hiperactividad

Su presencia no se da en todos los casos, y puede darse en otros trastornos infantiles, siendo un síntoma muy inespecífico.

Debe diferenciarse de la inquietud psicomotriz evolutiva normal en los niños que exploran el mundo. Por ello tendremos en cuenta la intensidad, la frecuencia y la direccionalidad o intención de estas conductas, así como la disfunción que generan. En los niños con TDAH la hiperactividad es ineficiente y está desorganizada, no tiene una finalidad concreta.

Con la edad la hiperactividad tiende a disminuir, pero persiste cierta inquietud interna.

### Impulsividad

Se define como un déficit en la inhibición de la respuesta, “actuar sin pensar”. La acción precede a la intención. Durante la infancia uno de los objetivos es aprender un adecuado control motor, los niños son más impulsivos que los adultos.

Los niños impulsivos tienen dificultad para inhibir o modular sus respuestas ante las situaciones, suelen hacer lo primero que les apetece o se les ocurre.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Implica dificultad para cumplir las normas a pesar de conocerlas. Simplemente actúan y luego sufren las consecuencias. Parece que no aprenden porque en la siguiente ocasión actúan de nuevo impulsivamente.

### Otros síntomas del TDAH

Pueden aparecer respuestas emocionales intensas, son propensos a perder el control y enfadarse rápidamente y con facilidad.

Es frecuente que tengan mal desarrolladas sus habilidades sociales, debido al impacto de los síntomas en su relación con otros niños.

Tiene con más frecuencia problemas de aprendizaje por mala organización, mala memoria secuencial, déficit de actividades psicomotrices finas y gruesas y habilidades cognitivas improductivas. Es una población con elevado riesgo de fracaso escolar y baja autoestima.

A nivel clínico nos guiamos por dos criterios de diagnóstico: los establecidos por la clasificación DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual) y los definidos por el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS.

### Criterios diagnósticos para el TDAH según DSM-5<sup>3</sup>

#### Inatención:

1. No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en otras actividades lúdicas.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo.
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

6. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, lápices, libros, ejercicios escolares, herramientas, etc.).
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. Es descuidado en las actividades diarias.

### Hiperactividad:

1. Mueve en exceso manos o pies o se levanta del asiento.
2. Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. Suele actuar como si estuviera movido por un motor.
6. Habla en exceso.

### Impulsividad:

1. Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
  2. Presenta dificultad para guardar turno.
  3. Interrumpe o estorba a otros.
- Cumplir todos los criterios esenciales.
  - 6 ó más de los 9 ítems de déficit de atención.
  - 6 ó más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad.

Criterios esenciales. Puesto que los síntomas son frecuentes e inespecíficos estos criterios definen que adquiera la cualidad de trastorno. Son, como indica su nombre, necesarios para el diagnóstico.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Duración: los síntomas deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.
- Edad de comienzo: algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 12 años de edad.
- Ubicuidad: presencia de algún grado de disfunción debido a que los síntomas están presentes en dos o más entornos (escuela, trabajo, casa, etc.).
- Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...).
- Discrepancia: los síntomas son excesivos comparando con otros niños de la misma edad y coeficiente intelectual.
- Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El DSM-5 clasifica el TDAH en 3 subtipos: el subtipo combinado, en el que están presentes los 3 síntomas principales (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad); el subtipo de déficit de atención predominante, en el que están presentes en menor grado la hiperactividad y la impulsividad, y el subtipo de hiperactividad-impulsividad predominante, en el que no está presente el déficit de atención o lo está en menor grado. (APA, 2013).

La CIE-10 denomina a este trastorno bajo el epígrafe de "trastornos hipercinéticos" caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz<sup>4</sup>.

Ambos sistemas incluyen un listado similar de 18 síntomas referidos a la descripción de conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, y difieren en dos aspectos básicos:

La CIE10 exige que estén presentes los tres síntomas nucleares del TDAH (falta de atención, impulsividad e hiperactividad) lo que no es necesario en el DSM 5

Para la CIE10 la presencia de ansiedad o trastornos del estado de ánimo son criterios de exclusión para el diagnóstico de TDAH. Sin embargo, en el DSM 5 pueden coexistir.

### 3.- Factores implicados

En la actualidad las causas del TDAH son desconocidas. Se trata de un trastorno multifactorial, de origen neurobiológico y con un fuerte componente hereditario. Implica la interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales.

Se postula que su origen está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas<sup>4</sup>.

Entre los factores relacionados se encuentran los factores de riesgos perinatales (tabaco, alcohol y drogas consumidas durante el embarazo); las complicaciones en el momento del parto que dan lugar a lesiones cerebrales, especialmente en las zonas prefrontales y la exposición a altos niveles de plomo en la temprana infancia. Estos factores sólo explican un 20%-30% de los casos de niños con TDAH.

En estos momentos no disponemos de ninguna evidencia científica que muestre que una dieta inadecuada (exceso de azúcares, conservantes y/o aditivos en la comida) contribuya al TDAH.

La causa del TDAH es neurobiológica, no se debe a errores educativos de padres y maestros.

Aunque los factores ambientales no son causa del trastorno juegan un papel modulador fundamental, si las circunstancias son negativas lo agravan pero no son causa suficiente para producirlo.

Los modelos explicativos del TDAH son complejos debido a los múltiples factores implicados en su instauración. Tradicionalmente se ha considerado el TDAH como un trastorno de la conducta, pero la investigación ha demostrado la presencia de alternaciones cognitivas generalmente relacionadas con la capacidad de autorregulación (Douglas, 1988), de inhibición de las respuestas (Barkley, 1997), o del control de las funciones ejecutivas (Pennington y Ozonoff, 1996)<sup>4</sup>.

## 4.- ¿Qué es y qué no es? (Diagnóstico diferencial y el problema de la comorbilidad)

Antes de iniciar un tratamiento se requiere de un proceso diagnóstico adecuado.

Numerosos trastornos o problemas médicos pueden manifestarse por los síntomas nucleares del TDAH lo que dificulta su correcta identificación.

Esta dificultad aumenta cuando algunos de estos trastornos están asociados al propio TDAH. El 75% de niños con TDAH sufrirán de al menos otro trastorno asociado, lo que se conoce como comorbilidad<sup>1</sup>.

No todos los alumnos con problemas de atención, dificultades de adaptación o dificultades de aprendizaje tienen TDAH.

El diagnóstico es clínico, se obtiene mediante entrevista con los padres y el niño y la evaluación de la información proporcionada por los profesores.

No existen pruebas neurofisiológicas, ni de laboratorio, ni de neuroimagen ni neuropsicológicas que sean diagnósticas.

El profesional, con experiencia en el diagnóstico del TDAH, necesita reunir toda la información posible sobre el niño y su entorno.

Se puede presentar inatención por múltiples motivos: factores orgánicos (enfermedad), déficits sensoriales (problemas visuales o auditivos) y características personales del sujeto (capacidad de autocontrol, motor, emocional). También pueden influir estados transitorios como fatiga, estrés, motivación por el estímulo, sueño, presencia de distractores, etc. Descartar ansiedad, depresión u otros problemas emocionales, así como cambios significativos en el entorno: la muerte de un familiar, el divorcio o la pérdida del trabajo de los padres...

Una buena evaluación supone analizar las conductas observadas que reflejen los síntomas nucleares y las consecuencias de los mismos. Lo



## Prevención y Promoción SM en el Aula

fundamental es realizar una entrevista clínica detallada con los padres y con los pacientes, valorando la interacción entre los padres y de estos con el niño. Nos podemos apoyar en diferentes instrumentos diagnósticos como cuestionarios o listados de síntomas para padres y maestros. En ningún caso deben ser utilizados como único método diagnóstico.

Además, habrá que hacer un examen médico para determinar que no exista ningún problema a nivel sensorial o perceptivo, como problemas de vista u oído o anomalías físicas sindrómicas.

Elaborar una buena anamnesis recogiendo historia evolutiva, desarrollo e historial médico del niño, así como antecedentes familiares.

Es importante recoger qué factores externos están interviniendo en el momento evolutivo del paciente (factores emocionales, familiares, motivacionales, etc.).

Es imprescindible recoger la información de los profesores, que observan al niño durante muchas horas, comparándola con la conducta de otros niños de su misma edad y en actividades estructuradas donde son más evidentes los síntomas del trastorno.

Es muy importante valorar el nivel intelectual y académico por la gran interferencia del trastorno en los aprendizajes y porque suelen presentar trastornos específicos del aprendizaje asociados.

Las personas con distintos grados de retraso mental leve pueden ser confundidos con el TDAH. La dificultad y desajuste del ritmo a su capacidad pueden provocar síntomas de inatención, desmotivación y pérdida de interés. También puede observarse desatención en el aula cuando las personas de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes.

El trastorno bipolar de comienzo temprano se puede parecer al TDAH. Los trastornos de ansiedad, las fobias, la depresión, o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño pueden interferir con la atención y la concentración.

Debe diferenciarse de los Trastornos de conducta: como el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial, ya que algunos sujetos

## Prevención y Promoción SM en el Aula

con TDAH presentan de forma secundaria actitudes negativistas y opositoras hacia el estudio o las diferentes responsabilidades. Los ambientes excesivamente permisivos también dan lugar a conductas desorganizadas, falta de hábitos y rechazo a las normas y responsabilidad en las tareas.

Determinados fármacos y sustancias psicoactivas pueden disminuir la capacidad, la atención y concentración, desorganizar el pensamiento, provocar desajustes en los hábitos y la organización del tiempo, problemas de memoria, falta de motivación e interés.

El TDAH puro es poco frecuente. La comorbilidad aparece en el 75% de los niños con TDAH. Los trastornos más frecuentemente asociados son<sup>1</sup>:

### - Trastorno Negativista Desafiante

Se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y beligerante. Debe diferenciarse del niño TDAH que no obedece porque no escucha, se despista o está demasiado hiperactivo para terminar una tarea.

### - Trastorno de Conducta Disocial

Se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad

### - Trastornos de Ansiedad

Entre el 25 y 35% de las personas con TDAH presentan un trastorno de ansiedad comórbido. Los trastornos de ansiedad más prevalentes en el TDAH son ansiedad de separación (preocupación por estar lejos de casa o de los seres queridos), trastorno de angustia (miedo a sufrir ataques de ansiedad), trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada.

### - Trastorno del Aprendizaje

Los síntomas propios del TDAH van a causar dificultades de aprendizaje, entre el 60-80 % tienen problemas escolares, fracaso escolar y en algunos casos abandono de los estudios. Un 20% de los niños con TDAH presentan además problemas específicos del aprendizaje.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

### - Trastornos del Habla

Hasta el 35% presenta un retraso en el habla, entre el 10 y el 54% tienen dificultades expresivas, principalmente pragmáticas.

### - Trastornos por Tics

Algunos estudios refieren que el 60% de las personas con Tics presentan TDAH

### - Trastornos Afectivos

Son un grupo de enfermedades que incluyen la depresión, la distimia y la enfermedad bipolar.

Los niños con TDAH tienen un mayor riesgo, aproximadamente un 3,8% de padecer un trastorno del estado de ánimo.

## 5.- Detección precoz en el aula

En la detección del TDAH intervienen tres agentes principales: la escuela, la familia y el pediatra.

Desde la escuela suele darse la primera voz de alarma. Las dificultades en el aprendizaje suelen ser el principal motivo de consulta a profesionales. No todos los niños con TDAH presentan dificultades de aprendizaje, pero son un grupo de riesgo para las mismas.

Los niños con TDAH, ante una tarea escolar se muestran desorganizados, impulsivos e ineficaces y generalmente fracasan a la hora de mantener el esfuerzo mental ante tareas repetitivas y monótonas. La familia y los profesores observan frecuentemente que el rendimiento escolar no es el esperado de acuerdo con su capacidad intelectual.

Sería importante desarrollar y gestionar una formación continua y permanente de calidad para que los docentes puedan adquirir los conocimientos necesarios para responder debidamente a las dificultades y necesidades particulares que puedan presentar sus alumnos (Informe Pandah)<sup>6</sup>.

## 6.- ¿Qué hacer en el ámbito educativo? Recomendaciones

Se considera fundamental para el abordaje del TDAH una cooperación estrecha entre profesionales sanitarios, padres, pacientes y escuela. El tratamiento se considera que debe ser multimodal y multiprofesional.

Los estudios muestran la eficacia del tratamiento farmacológico en el TDAH, pero también asigna a las terapias comportamentales y a los tratamientos combinados (multimodales) un papel relevante en el abordaje terapéutico del TDAH. Estos tratamientos incluyen:

- Tratamiento psicoeducativo a padres, maestros y otros adultos que intervengan en el cuidado del paciente.
- Tratamiento cognitivo-conductual dirigido al niño.
- Tratamiento psicopedagógico, si se requiere, cuyo objetivo son los aprendizajes y el establecimiento de un buen hábito de estudio, en cuanto a organización y planificación.

Es necesario entender que la medicación mejora la capacidad atencional pero no logra:

- Enseñar habilidades no adquiridas o rezagadas de aprendizaje.
- Enseñar habilidades sociales
- Enseñar a ser reflexivo.
- Enseñar a organizarse
- Enseñar a reconocer y expresar emociones.

Los cambios favorables en el comportamiento que pueden acompañar a la medicación no son totalmente causados por ésta. Es importante resaltar que es el niño quien aprende a autorregular mejor su comportamiento.

Si los profesores deben recordar al niño cualquier tema sobre su medicación

## Prevención y Promoción SM en el Aula

debe ser realizado en privado. No se deben realizar alusiones públicas a sus dificultades ni recordarle en público que debe tomar su medicación.

La intervención en la escuela ha de combinar la creación de un entorno favorable y el apoyo individualizado. En general se requieren adaptaciones curriculares no significativas que no afectan a los elementos preceptivos del currículo académico oficial establecido (Informe Pandah)<sup>6</sup>.

Un entorno bien organizado con el planteamiento de normas de clase como grupo, no sólo para el niño con TDAH, favorece el desarrollo, aceptación y cumplimiento de valores, actitudes y normas en todos los alumnos.

- Los docentes pueden ayudar utilizando estrategias de organización y planificación que puedan ser compartidas y visualizadas por todo el alumnado y faciliten el proceso de elaboración y ejecución. Hacer visibles las normas y el tiempo ayudan a que todos los alumnos aprendan a organizarse y planificar mejor sus tareas.
- Transmitir la importancia del orden, reforzándolo positivamente.
- El ambiente de aprendizaje debe estar altamente estructurado, de modo que sea lo más predecible posible. Ser claro y explícito respecto de cuáles son las reglas de convivencia, lo deberes y obligaciones, y los roles que cada uno desempeña en el ámbito escolar.
- Planificar los cambios con antelación para evitar distracciones y conseguir que el niño entienda y se entere de lo que ha de hacer en el momento oportuno.
- Proporcionar relojes, avisadores u otras formas de representación del tiempo. Proporcionar pistas visuales que le ayuden a organizarse.
- Potenciar la participación frecuente para mejorar las relaciones con los compañeros, ya que la mayor implicación aumenta el nivel atencional
- Cuidar el clima de aprendizaje. Evitar las recriminaciones verbales, ignorar los comportamientos al levantarse, removerse. Intervenir positivamente. Elogiar los momentos en que estén tranquilos.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Las recomendaciones dirigidas al alumno con TDAH implican conocer su estilo de aprendizaje. El apoyo individualizado puede incluir:

- A la hora de darle una instrucción es más positivo darle órdenes claras y concretas que sean pocas de una vez, mirando al niño a los ojos, asegurándonos que las ha escuchado y entendido.
- Realizar el mayor número de aproximaciones diferentes a un problema, para cada una de las conductas que se quieran cambiar.
- Las tareas deben estar organizadas al máximo. Deben ser cortas, graduadas en dificultad y en formatos simplificados para evitar el exceso de información que pueda exceder su capacidad de atención sostenida y generar aburrimiento. Al fragmentar la tarea en subtareas, a los efectos de aprovechar el período de atención de que los niños son capaces, se estimula, al mismo tiempo que se puedan quedar con la sensación de empezar y concluir algo.
- Favorecer pequeños descansos, cuando su motivación disminuya.
- Ayudar a los niños a pasar de una actividad a otra, momentos en los que se incrementa la dispersión.
- Potenciar la participación frecuente, la implicación de los alumnos favorece la atención.
- Supervisar, siempre que sea posible, su trabajo dentro del aula y la organización de la agenda, estableciendo algún tipo de código o lenguaje. Utilizarla como una herramienta de comunicación positiva entre la escuela y la familia.
- Puede ser útil poner al alumno cerca del profesor, para poder supervisarle, sentado junto a un compañero que no presente las mismas dificultades y que lo pueda ayudar. Evitando estímulos distractores como la puerta o la ventana.

La mayoría de estas recomendaciones son útiles en el proceso de aprendizaje de todos los alumnos, pero los alumnos con TDAH las necesitan con más frecuencia e intensidad.

### 7.- Bibliografía

- Quintero Gutiérrez Del Álamo, FJ. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida (3ª ed.) Barcelona: Elsevier España
- Barkley, R. A. (1987): Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales, Guilford Press.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing
- Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2012). Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H (ed. rev.). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Disponible en: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo\\_2012.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf)
- Soutullo, C., et.al. (2013). Informe PANDAH. El TDAH en España. Madrid: Adelphi Targis.
- Mena Pujol, B. Guía práctica para educadores: el alumno con TDAH,

## Prevención y Promoción SM en el Aula

trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. (3a ed.). Barcelona: Ediciones Mayo, 2001.

- Miranda, A. [et al.]. El niño hiperactivo (TDAH-H): intervención en el aula: un programa de formación para profesores. València: Universitat Jaume I, 1999.
- Orjales, I. (2005), Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE
- Brown, T. Trastornos por déficit de atención. Barcelona: Masson, 2006.

### 8.- ¿Dónde buscar más información?

Existen diversos enlaces de interés en cuanto a información sobre el TDAH, donde se refleja la importancia de las asociaciones de pacientes:

Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad <http://www.feaadah.org>

Fundación Adana <http://www.f-adana.org>

Asociación Balear de Padres de niños con TDAH. STILL <http://www.still-tdah.com>

En la Comunidad Valenciana:

Alicante- A.A.D.A.H. -<http://www.adahalicante.org>

Castellón- Asociación APADAHCAS- web: [www.apadahcas.org](http://www.apadahcas.org)

Vinaroz- [dahia.vinaros@gmail.com](mailto:dahia.vinaros@gmail.com)

Valencia- Asociación APNADAH- web: [www.apnadah.org](http://www.apnadah.org)

Asociación TDAH + 16 Valencia:

[hdahmas16valencia@gmail.com](mailto:hdahmas16valencia@gmail.com)

Otras:

<https://www.tdahytu.es/>

<http://www.educa.jccm.es/es/tdah/recursos-intervencion-tdah>



# Capítulo 9.

## Problemas de conducta

Autora: Mónica Portillo Santamaría

### 1.- Introducción

Los problemas de conducta, entendidos como problemas comportamentales y emocionales han existido siempre dentro y fuera del ámbito escolar, sin embargo, en los últimos años han alcanzado un protagonismo especial, acompañado de gran preocupación por parte de padres y profesionales.

Con el término genérico de problemas de conducta nos referimos a un patrón de comportamiento que no se ajusta suficientemente a las normas mínimas de convivencia exigidas por un contexto social dado, y que por su frecuencia, intensidad y persistencia resultan desadaptativas y perjudiciales para el aprendizaje del alumno y para la convivencia y/o relación con las personas que conforman su entorno. En general los problemas de conducta se generalizan a diferentes ámbitos de la vida del adolescente, repercutiendo por tanto en casi todo su entorno y día a día, creando un estilo inadecuado de interacción (Wicks-Nelson, R.; Israel C. 1998).

Esta situación, a su vez, dificulta a los jóvenes la adquisición de las habilidades socioafectivas mínimas para un buen estado personal y la consecución de un conjunto de relaciones interpersonales saludables, lo cual puede implicar consecuencias no deseables para su desarrollo y evolución.

En este capítulo nos centraremos en varios de los trastornos de conducta que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales recoge en su quinta edición (DSM-5) en el apartado de Trastornos

## Prevención y Promoción SM en el Aula

disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Así, trataremos el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta, considerando que son los más frecuentes dentro del ámbito educativo. Reflexionaremos sobre sus características, etiología y manejo desde el ámbito educativo.

Estos diferentes trastornos los englobaremos en ocasiones en el término general de trastorno de conducta y, debido a que en los distintos casos observamos claramente un manejo incorrecto del contexto por parte del joven, vamos a hablar en muchas ocasiones, más que de trastornos específicos, de un patrón o patrones de conducta desadaptativo/s, siendo este concepto más fácilmente manejable a la hora de hablar de intervención.

Utilizaremos los conceptos niño y adolescente indistintamente por tener claro que son problemas que pueden aparecer en cualquiera de las fases evolutivas.

## 2.- ¿De qué hablamos?

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales en su 4ª edición revisada (DSM-IVR), los problemas de conducta estaban clasificados dentro del apartado general llamado trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, identificando dos grupos, el Trastorno disocial y el Trastorno negativista desafiante.

En la 5ª edición, el DSM V, los sitúa dentro del apartado de Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta.

Estos tres trastornos incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Mientras que otros trastornos del DSM-5 pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos

## Prevención y Promoción SM en el Aula

importantes frente a las normas de la sociedad o la figuras de autoridad.

Según el DSM V, y de forma muy resumida, cuando hablamos del trastorno negativista desafiante nos referimos a un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones /actitud desafiante o vengativa duradera en el tiempo; un patrón negativista, desobediente, provocador y hostil. Por trastorno explosivo intermitente entendemos arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, y por trastorno de conducta, entendemos un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad.

Estos trastornos se dan más en el sexo masculino que en el femenino, aunque el grado relativo de predominancia del sexo masculino puede diferir entre los trastornos y según la edad, dentro del mismo trastorno. Tienden a iniciarse en la infancia o en la adolescencia, siendo muy raro que se inicien en la edad adulta.

Los expertos estiman la prevalencia del trastorno negativista desafiante y del trastorno explosivo intermitente ambos trastornos en conjunto entre un 2-16% según diferentes investigaciones (Díaz Sibaja, 2005; López Soler, Castro Alcántara, Fernández y López 2009).

La frecuencia de estos trastornos evoluciona de forma exponencial a la edad, siendo de un 3% aproximadamente a los 10 años, y aumenta al 8-9% en la adolescencia, duplicándose por tanto. A nivel de sexo, la frecuencia es mayor en los chicos que en las chicas, disminuyendo la diferencia conforme aumenta la edad (García Romera, A. 2011).

Un buen enfoque, desde nuestro punto de vista, es el que sitúa estos problemas de conducta como un retraso, ausencia o déficit de habilidades socio-afectivas que puede ser debido a distintas circunstancias (falta de oportunidad, falta de motivación por parte del niño en su aprendizaje, enseñanza o entendimiento inadecuado al respecto, entre otras).

Mediante este patrón de conducta el niño o adolescente consigue cierta satisfacción, bien por la conducta en sí misma, o bien por lo que a partir de ella puede conseguir, pero en el fondo y tras la satisfacción más inmediata, siempre aparece una insatisfacción posterior y más

generalizada. Los niños con problemas de conducta, a pesar de que en muchas ocasiones consigan muchos de sus objetivos planeados (no asistir al colegio, que le compren lo que en ese momento pide, que le dejen hacer algo que le apetece, etc.) no suelen sentirse bien ni ser felices, porque poco a poco pueden ir siendo conscientes de todo aquello que de alguna manera anhelan y no pueden conseguir por esos medios.

### 3.- Factores implicados

Para una buena comprensión del tema que estamos tratando es importante poder entender los problemas de conducta dentro de un contexto (el contexto del niño) y no como un problema aislado y del que el único responsable es el niño. En la gran mayoría de casos son muchos los elementos y factores participantes, por lo que o trabajamos con todos ellos, o la labor de intervención estará condenada a ser muy poco resolutive.

En este sentido familia, escuela, iguales y el niño son los factores más importantes que contribuyen de alguna manera en la dificultad de conducta visible que presenta el último, de forma que entre todos conforman un estilo inadecuado de relacionarse con el medio.

Podríamos hablar de influencia de variables biológicas también en este sentido en algunos casos, pero las variables anteriores estarán siempre presentes.

Por lo tanto, la intervención siempre irá dirigida al alumno y al entorno en el que se desarrolla.

Centrándonos en el niño, según Díaz Sibaja (2005), los factores más internos del niño que pueden estar influyendo en la aparición de la conducta disruptiva son los siguientes:

- Personalidad (temperamento difícil, neuroticismo y extroversión, impulsividad, búsqueda de sensaciones, inestabilidad afectiva)

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Aspectos cognitivos (dificultad en la resolución de problemas, impulsividad cognitiva, baja capacidad verbal, atribuciones y distorsiones cognitivas)

- Déficit en habilidades sociales

- Pobre empatía

- Baja autoestima

- Pobre desarrollo moral

- Bajo rendimiento académico

- Otros trastornos asociados: trastorno por déficit de atención, consumo de drogas, trastorno del control de los impulsos, principalmente.

Los factores familiares que podrían intervenir en la aparición de problemas de conducta serían, entre otros, los siguientes:

- Relaciones conflictivas en casa

- Falta de límites y consecuencias claros

- Falta de atención, acuerdo y coherencia familiar

- Excesiva sobreprotección

- Refuerzo positivo, a menudo involuntario, de conductas inadecuadas y desafiantes.

- Ausencia de refuerzo de conductas adecuadas.

- Castigo inconsistente e impredecible. Recompensa intermitente e impredecible.

- Actitudes y pautas educativas excesivamente severas, relajadas, irregulares e inconsistentes.

- Pauta de interacción agresiva

- Problemas en alguno de los padres (sociales, médicos, psicológicos,

## Prevención y Promoción SM en el Aula

de conducta)

- Situaciones extremas como violencia familiar, maltrato físico y emocional

Es importante tener claro que no hace falta una situación extrema familiar para hablar de problemas de conducta importantes en el niño, y en este sentido también incluimos los factores relacionados con el entorno escolar que pueden influir en problemas de conducta:

- Excesiva rigidez o excesiva laxitud en las normas escolares
- Uso de medidas coercitivas
- Atención centrada en lo negativo
- No integración de las dificultades, sino, más bien tendencia a la exclusión
- Falta de claridad y coherencia en las normas y límites de centro.

### 4.- ¿Qué es y qué no es?

Los problemas de conducta se definen como la presentación de un conjunto de comportamientos interactivos que no se ajustan suficientemente a las normas mínimas de convivencia exigidas por un contexto social dado y que por su frecuencia, intensidad y persistencia resultan desadaptativas y perjudiciales para el aprendizaje del alumno y para las personas que conforman su entorno.

Para poder identificar bien lo que es un trastorno y lo que no, es fundamental tener en cuenta varios aspectos centrales, el primero es el momento evolutivo en el que el niño se sitúa, el segundo la frecuencia e intensidad de esa conducta y el tercero, si existe alguna otra alteración

## Prevención y Promoción SM en el Aula

que pueda justificar o englobar esa conducta. Hay conductas que podemos considerar “normales” de ciertos momentos y en ciertas épocas evolutivas.

No podemos considerar trastorno de conducta las rabietas en la primera infancia siempre que no impliquen conducta lesiva u otros problemas añadidos, las quejas o negaciones frente a sugerencias u órdenes, pequeñas infracciones puntuales, tensiones provocadas por querer conseguir propios objetivos o enfados.

En este sentido, para el diagnóstico y una intervención eficaz, es muy importante ser conscientes de la realidad de la manera más objetiva posible y de esta forma poder valorar la conducta del niño en su conjunto y no únicamente la conducta problema como ocurre en muchas ocasiones, lo que puede provocar una magnificación del síntoma y de la situación en su conjunto.

De forma general, y según del DSM V hemos de establecer diferencias con los siguientes trastornos:

- Trastornos del estado de ánimo. Siempre que el problema de conducta aparezca dentro de un cuadro alterado del estado de ánimo, se entenderá que es criterio diagnóstico de éste y no se diagnosticará como trastorno independiente.
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. En este caso hemos de diferenciar bien, si el trastorno de conducta es fruto del déficit de atención y/o impulsividad característica del primer trastorno, o bien es suficientemente grave como para merecer un diagnóstico independiente.
- Trastorno explosivo intermitente. Caracterizado por alteraciones de conducta agresiva hacia los demás, además de episodios de alto grado de ira.
- Discapacidad intelectual. En este caso, hemos de tener en cuenta si la conducta disruptiva es marcadamente mayor que la observada normalmente entre los individuos con una edad mental y una

## Prevención y Promoción SM en el Aula

discapacidad intelectual similares.

- Trastorno de ansiedad social. Hay que distinguir la actitud desafiante debida al miedo a la evaluación negativa asociada al trastorno de ansiedad social.

- Intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia. No debería realizarse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los arrebatos agresivos impulsivos se asocien casi siempre con una intoxicación por sustancias o el síndrome de abstinencia de las mismas.

A continuación enumeramos una serie de patrones de conducta que pueden confundirse con problemas conductuales, pero que en principio no están asociados a ningún trastorno cuando aparecen de forma aislada, pero que por su frecuencia o intensidad pueden repercutir negativamente en el niño y en el contexto y pueden hacernos dudar. Estas conductas han de ser atendidas y se debe intervenir siempre ya que implican dificultades en el niño y/o contexto a trabajar:

- Conductas disruptivas puntuales
- Conductas agresivas puntuales
- Conductas de inhibición social
- Aislamiento
- Déficit en habilidades sociales básicas
- Conductas de acoso
- Dificultades de aprendizaje

Estas conductas pueden ser indicativas de otro tipo de dificultades, y pensar de entrada en un trastorno conductual, puede hacernos descartar problemas de otro tipo.



### 5.- Detección precoz en el aula

Siempre que sea posible, cuanto antes detectemos un problema de la índole que sea, más sencillo y rápido podrá ser el cambio al respecto y menor número de recursos se necesitarán para ello.

En este sentido es fundamental tener la información suficiente de los signos que deberían ponernos en alerta ante un posible problema de conducta:

- Amenazas a los iguales para conseguir sus objetivos
- Peleas frecuentes
- Destrozo de material del aula o de los compañeros con intención
- Mentiras frecuentes para obtener beneficios y evitar obligaciones
- Dificultad para seguir las normas básicas de convivencia
- Falta de empatía, sensibilidad y culpa
- Mala relación con la mayoría de los compañeros
- Muestras frecuentes de baja tolerancia a la frustración

Y por otro lado, fundamental es la prevención. Antes de que aparezcan los problemas de conductas, es de gran utilidad tomar medidas que fomenten la buena conducta y eviten la conducta disruptiva:

- Claridad y coherencia en las normas de aula-centro
- Implementación de programas que fomenten la convivencia
- Coordinación de profesores sobre respuestas a conductas alteradas
- Medidas específicas con el alumno para promoción de conductas adaptativas
- Orientación y búsqueda de apoyo a nivel familiar al respecto
- Entrenamiento en habilidades para la vida

## 6.- ¿Qué hacer en el ámbito educativo?

### Recomendaciones

Desde nuestra perspectiva se trataría de conseguir un buen equilibrio entre la eliminación o disminución de las conductas disruptiva, y el desarrollo paralelo de habilidades y conductas más adaptativas. Para ello es fundamental la realización de una buena evaluación previa tanto del alumno de forma individual (historia personal, capacidades cognitivas y emocionales, y habilidades sociales), como del contexto escolar (normas y límites, estilo educativo, interacción entre los alumnos), y familiar (características familiares, estilos educativos, estilos comunicacionales).

Siempre que las conductas empiecen a cobrar una gravedad importante, será fundamental la coordinación con los servicios de salud y sociales.

Se aboga por un estilo de intervención basado en programas, garantizando de esta manera una intervención específica, completa y continuada en el tiempo.

Con los alumnos se trabajará la introspección para una mejor identificación de sus propias habilidades y problemas, la mejora de habilidades en autorregulación emocional, comunicación y conducta.

Con la familia se interviene fundamentalmente en los estilos educacionales y de comunicación.

A nivel escolar y de forma general, es fundamental la intervención en los siguientes ámbitos:

- Relación del profesorado con el alumno
- Gestión grupal / gestión de aulas / trabajo de socialización
- Aumento del conocimiento y práctica en la identificación y manejo de los problemas de conducta
- Priorizar objetivos que aumenten el grado de autonomía personal, habilidades sociales y comunicativas.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

De manera más específica:

- Centrarse en las conductas y no en características del niño.
- No usar gestos, palabras o tonos de voz despectivos.
- Informar de cuál es la conducta esperada
- Advertir en privado y alabar las conductas adecuadas
- Prestar atención a conductas positivas alternativas
- Prestar atención al alumno cuando está trabajando, prestándole la ayuda necesaria
- Usar alguna cualidad positiva del alumno como referencia común en el aula
- Informar de las consecuencias negativas si la conducta problema persiste
- Hablar bien del alumno en presencia de otros
- Saludar y mostrar reconocimiento cuando nos encontramos al alumno fuera del aula
- Negociar siempre que se pueda, ciertas conductas y objetivos
- Intentar no confrontar de forma directa

El trabajo con las familias, debería ir orientado de forma general a los siguientes puntos.

- Aceptar a sus hijos tal y como son, con sus cualidades y limitaciones sin generar expectativas poco ajustadas
- Prestar atención y refuerzo ante conductas adecuadas
- Centrarse en las conductas y no en características personales cuando se dirigen a ellos

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Ayudarles a reconocer e interpretar los sentimientos y conductas propias y de los demás
- Establecer normas y consecuencias claras
- Educar en un estilo educativo basado en el respeto y evitando la sobreprotección
- Ser muestra de un modelo positivo de conducta y funcionamiento global
- Disponer de un ambiente familiar tranquilo, estructurado y predecible

Por lo tanto se trabajará de manera tanto individual, como familiar y grupal (iguales).

Desde el momento en que hablamos de una problemática en la que las personas que rodean al niño son importantes, es fundamental contemplar la intervención en relación a otras personas, es la única manera.

De esta forma, es más probable que los alumnos se caractericen por los siguientes puntos que por problemas de conducta:

- Alta autoestima
- Buena capacidad para solucionar problemas
- Buen rendimiento académico
- Supervisión coherente y mantenida por parte de la familia
- Soporte social funcional y enriquecedor
- Estado de ánimo saludable
- Capacidad para la búsqueda de ayuda

### 7.- Bibliografía recomendada sobre el tema

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. DSM-IV TR. <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>
- Díaz-Sibaja M. A. y cols (2005). Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de escuela de padres. Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente. 8, N. 1 (12-20).
- García Romera (2011). A. Trastornos de conducta, una guía de intervención en la escuela. Edita Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, cultura y deporte. [http://www.sepbc.s.gob.mx/Educacion%Basica/Educacion%20Esp%20Especial/Documentos/4libro\\_conducta.pdf](http://www.sepbc.s.gob.mx/Educacion%Basica/Educacion%20Esp%20Especial/Documentos/4libro_conducta.pdf)
- López Soler y cols (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. Psicothema 21, N. 3 (353-358).
- Wicks-Nelson, R.; Israel C. (1998). Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Prentice hall. 3º Edición.

## 8.- Dónde buscar más información

- García Romera y cols. (2011). Protocolo de buenas prácticas en la intervención con alumnos con problemas de conducta en centros educativos. Apunte de psicología vol. 29, N. 2 (319-336).
- Vázquez Ramírez M.A. Programas de desarrollo social/afectivo para alumnos con problemas de conducta. Manual para psicólogos y educadores. Instituto de educación  
[http://www.sepbs.gov.mx/Educacion%20Basica/Educacion%20Especial/Documentos/4libro\\_conducta.pdf](http://www.sepbs.gov.mx/Educacion%20Basica/Educacion%20Especial/Documentos/4libro_conducta.pdf) de Aguascalientes.
- Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta. Consejería de educación de Andalucía.
- Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela. Gobierno de Aragón.  
<http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

# Capítulo 10.

## Trastornos alimentarios en población infanto-juvenil

Autoras: Mara Segura Serralta, Irene Agulló García

### 1.- Introducción

En los últimos años la preocupación por la figura corporal ha sido creciente. Las imágenes de modelos en los medios de comunicación y la publicidad de las firmas de ropa nos han inculcado la delgadez como una característica deseable en la sociedad, relacionada con el triunfo, la belleza y la salud. Progresivamente, se han ido desarrollando actividades que tienen el objetivo de conseguir una silueta delgada como por ejemplo, el culto al cuerpo a través del ejercicio físico intenso y de la adopción de dietas poco saludables que eliminan por completo los hidratos de carbono y grasas, y cada vez más las corrientes alimentarias alternativas que buscan, en ocasiones, conseguir una disminución de peso para entrar en los cánones de belleza establecidos en la sociedad actual.

Por supuesto, este influjo de publicidad e imagen afecta a toda la sociedad, pero existe un riesgo mayor en la población adolescente donde existe un proceso de crisis vital e insatisfacción personal que desencadena en una valoración negativa de la propia figura y esquema corporal. Además, también está presente la necesidad por distanciarse de la niñez y adquirir un rol más adulto lo que puede llevar a anhelar identificarse con un modelo de finas características y a asumir valores culturales que predicen la delgadez; lo cual conlleva el riesgo de que en su afán de perseguir el objeto deseado puede iniciar un camino que le lleve a realizar cualquier cosa por conseguirlo.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Entre los jóvenes de las sociedades desarrolladas las alteraciones de la conducta alimentaria y la adopción de dietas poco saludables se han convertido en un serio problema, ya que además de incidir negativamente sobre la salud física y psíquica suponen también una gran fuente de sufrimiento familiar y una sobrecarga para el resto de sistemas implicados, tanto el sanitario como el educativo. Familiares, cuidadores, educadores y amistades pueden sentirse preocupados, asustados o confundidos cuando se manifiestan las conductas asociadas al trastorno de la conducta alimentaria.

Muchas veces los cambios que se presentan en fases iniciales de la enfermedad alimentaria son imperceptibles por los más allegados y en ocasiones son minimizados pues como ya hemos dicho, la presión hacia la delgadez se presenta en gran parte de la población (1).

Se entiende así que el entorno escolar sea uno de los lugares más importantes para prevenir el desarrollo del trastorno alimentario; por ello, el objetivo principal de este capítulo es dotar a profesores y educadores de información para garantizar un adecuado nivel de comprensión de los trastornos alimentarios así como estrategias de prevención adaptadas al recurso académico.

## 2.- ¿De qué hablamos?

Los trastornos alimentarios son trastornos psicológicos caracterizados por presentar una conducta de ingesta alterada, intentos para controlar el peso y la figura corporal, y un conjunto de síntomas que incluyen factores cognitivos, conductuales y emocionales. En la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (2) se describen 5 trastornos alimentarios principales: Pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno por atracón. Y dos categorías secundarias: “trastorno de la conducta alimentaria especificado” y “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”.



## Prevención y Promoción SM en el Aula

En este capítulo nos centramos en los trastornos alimentarios que con más prevalencia aparecen en las etapas de pre-adolescencia y adolescencia: la Anorexia nerviosa, la Bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por 3 aspectos: La preocupación extrema por el peso y la figura corporal y la distorsión de la imagen corporal; la restricción voluntaria de la ingesta que conduce a un peso corporal significativamente bajo para su edad, sexo, curso de desarrollo y salud física, y que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, al mínimo esperado; y el miedo intenso por el aumento de peso que no disminuye aun cuando la persona se encuentra en condiciones de infrapeso. La disminución del peso está provocada de manera voluntaria mediante la reducción de la ingesta, y en algunos casos por la realización de conductas compensatorias como es el caso del vómito, el uso de laxantes/diuréticos o la realización de ejercicio excesivo. Existen dos tipos: Subtipo restrictivo, la persona pierde peso exclusivamente a través de dietas y ejercicios extenuantes; y subtipo atracones/purgas, pueden aparecer episodios de atracón, y la pérdida de peso se realiza también mediante métodos de compensación como vómitos autoinducidos o abuso de laxantes. En la Tabla 1 se describen los criterios diagnósticos del DSM-5 para la Anorexia Nerviosa.

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-5 para la Anorexia Nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Un peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso y constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se debe sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo.

Tipo de atracones / purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos en el IMC actual y en niños y adolescentes en el percentil del IMC. Los límites derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve:  $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$

Moderado:  $IMC 16-16,99 \text{ Kg/m}^2$

Grave:  $IMC 15-15,99 \text{ Kg/m}^2$

Extremo:  $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

## Prevención y Promoción SM en el Aula

La característica principal de la Bulimia Nerviosa es la presencia de episodios de atracón recurrentes junto con conductas inadecuadas para controlar el peso y la figura corporal. Los episodios de atracón consisten en la ingesta de una gran cantidad de alimentos, generalmente de elevado contenido calórico, en un espacio de tiempo corto en el que la persona tiene la sensación de perder el control sobre la ingesta. Tras el episodio de atracón suelen aparecer sentimientos de culpa que conduce a realizar conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el ejercicio extenuante y el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, para conseguir perder peso. Aunque las personas que sufren bulimia nerviosa también presentan una preocupación excesiva por su imagen corporal y buscan perder peso, las conductas compensatorias que utilizan son ineficaces para este propósito, por este motivo pueden mantener un normopeso o incluso un peso por encima de lo normal. Los criterios diagnósticos del DSM-5 de la BN se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-5 para la Bulimia Nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado (p.e. dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que ingiere durante el episodio (p.e. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico intenso.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influenciada por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

Extremo: una media de 14 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

El trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de episodios de atracón que son desencadenados frecuentemente por estados emocionales negativos como la ansiedad la tristeza o el aburrimiento, pero a diferencia de lo que ocurre en la anorexia y la bulimia nerviosa en este caso no se siguen de conductas compensatorias. En los episodios de atracón suele ingerirse la comida de manera muy rápida y en grandes cantidades a pesar de no tener hambre, suelen comer sin parar hasta encontrarse muy llena o lleno y suelen realizar los atracones en soledad acompañados de sentimientos de culpa y malestar al terminar. Las personas que sufren trastorno por atracón suelen aumentar de peso, y en muchos casos pueden padecer obesidad. En la Tabla 3 se describen los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón del DSM-5.

Tabla 3. Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

(1) Ingerir en un período de tiempo discreto (aproximadamente 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor de lo que la mayoría de la gente podría comer en un periodo de tiempo similar y bajo circunstancias similares.

(2) Tener la sensación de pérdida de control durante el episodio (pe. Sentir que no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Ingesta mucho más rápida de lo normal.

(2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

(3) Ingesta de grandes cantidades de alimentos a pesar de no

tener hambre.

(4) Comer a solas para esconder su voracidad

(5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar como promedio, al menos 2 días a la semana. Durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (pe. Purgas, ayuno, ejercicio físico) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracón, los episodios de atracón se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado

En remisión total: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracón. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1- 3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

## Prevención y Promoción SM en el Aula

El trastorno de la conducta alimentaria especificado se diagnostica en aquellas personas en las se observan las características principales de los trastornos alimentarios pero no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos alimentarios principales, y el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que no se cumplen estos criterios. El trastorno de la conducta alimentaria no especificado se diagnostica en aquellas personas que presentan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos, causándoles malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos alimentarios principales.

La prevalencia global de los trastornos alimentarios se sitúa entre el 2,91 y el 3,71%, la de la AN entre 0,14% y 0,69% y la de la BN entre el 0,55% y 1,38%. En la Comunidad Valenciana, la prevalencia global para trastornos alimentarios es de 2,91%, y una prevalencia en mujeres de 5,17% (3). Se observa un aumento creciente de los problemas alimentarios en la adolescencia (4), y se considera que el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en esta población oscila entre el 7,3 y el 18% según estudios (5).

### 3.- ¿Qué no es? Diagnóstico diferencial

Diversos trastornos y enfermedades pueden confundir el diagnóstico de los trastornos alimentarios (6). En el caso de la anorexia nerviosa hay que considerar especialmente las patologías que puedan conllevar una pérdida de apetito y peso importantes como sería el caso de diversas enfermedades (diabetes mellitus, tuberculosis, hipotiroidismo, neoplasias del sistema nervioso central, linfomas, intolerancia a la lactosa...) y de algunos trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos psicóticos y consumo de tóxicos). Para realizar el diagnóstico diferencial con estas enfermedades y trastornos descritos hay que tener en cuenta las características principales de la anorexia nerviosa (distorsión de la imagen corporal, el deseo de perder peso y el miedo a engordar), que no están presentes en estos cuadros.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

En el caso de la bulimia nerviosa y del trastorno por atracón hay que considerar aquellas enfermedades que cursan con un aumento de la ingesta y/o del peso como la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, el síndrome de Klein-Levin, lesiones hipotalámicas o diversos tumores, y diversos trastornos mentales como la depresión mayor, la depresión atípica o los trastorno de personalidad. Al igual que con la anorexia nerviosa, el diagnóstico diferencial radica en sí las características principales de la bulimia nerviosa están o no presentes en el cuadro.

Para realizar el diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria especificados/no especificados se consideran aquellos cuadros en los que se observe una pérdida o ganancia de peso y/o apetito. Pero en el caso de los trastornos alimentarios se observará además una alteración de la imagen corporal y una preocupación excesiva sobre el peso y la alimentación.

Hay que considerar que algunos de estos trastornos pueden presentarse conjuntamente con los trastornos alimentarios, por lo que no debemos rechazar directamente ninguno sino que habrá que realizar el diagnóstico diferencial.

### 4.- Factores implicados

Hay múltiples factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios, por lo que no podemos atribuir una única causa que los explique. Consideramos útil poder atender a los factores de riesgo, factores precipitantes y factores de mantenimiento. Entre los factores de riesgo encontramos los siguientes:

#### - Factores individuales

1. Factores genéticos y biológicos: Muchos estudios sugieren la existencia de genes específicos que predisponen a un riesgo inespecífico para los trastornos alimentarios (7) aunque no hay un consenso sobre ello. Uno de los aspectos más estudiados dentro de los factores biológicos ha sido el papel de algunos neurotransmisores, el que más interés ha



## Prevención y Promoción SM en el Aula

recibido es la serotonina (5-HT), aunque hay debate al respecto, se observa un consenso generalizado sobre la existencia de una disfunción serotoninérgica en AN. En pacientes con BN, se ha encontrado una secreción reducida de la serotonina así como una menor sensibilidad de los receptores 5-HT post-sinápticos, y también se han observado menores niveles de noradrenalina.

2. Características sociodemográficas: Ser mujer, tener entre 13 y 20 años, presentar un nivel socioeconómico elevado, determinadas profesiones (ej., deportista de élite, bailarina o modelo), ser obeso o haber sufrido obesidad o sobrepeso infantil, y presentar historia familiar de trastornos alimentarios, obesidad y/o trastornos del estado de ánimo.

- Factores psicológicos:

- Características de personalidad. En personas con Anorexia nerviosa se observa con frecuencia una tendencia a la evitación conductual o emocional ante situaciones amenazantes o de incertidumbre, un elevado autocontrol, perfeccionismo y autoexigencia, introversión, tendencia a depender de la aprobación de los demás, presentar alexitimia y baja autoestima. En las personas con bulimia nerviosa se suelen observar altos niveles de impulsividad, hipersensibilidad, restricción de la expresión emocional, tendencia a realizar nuevas actividades, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, temor a las evaluaciones negativas y baja autoestima.
- Factores emocionales: Se observa que muchos pacientes con problemas alimentarios presentan dificultades en la identificación de emociones propias y de los demás (8), y en la expresión y manejo emocional (9).
- Actitudes, creencias y estilos cognitivos: Los pacientes con problemas alimentarios suelen presentar un razonamiento dicotómico, rigidez e intolerancia a la incertidumbre. Además, suelen tener una autoevaluación negativa de la imagen corporal, y distorsiones cognitivas respecto al peso, la alimentación y la figura.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- *Factores familiares:* El tipo de apego establecido, el ambiente familiar, las creencias, actitudes y valores de la familia, tener historia familiar de obesidad o de trastornos alimentarios, la relación de la familia con la alimentación y su actitud hacia el peso, la influencia de los hermanos, los malos hábitos alimentarios (especialmente en la BN), y la alimentación en la infancia.

- Factores socioculturales: Los trastornos alimentarios están más presentes en los países industrializados. Los valores socioculturales que encontramos actualmente se basan en lograr la perfección tanto a nivel físico y psíquico, ensalzando un modelo de mujer delgada como una mujer de éxito en ambos niveles y ejerciendo una presión para conseguir estos cánones de belleza mediante los medios de comunicación, que actualmente se encuentra reforzado por la aparición de las redes sociales. Al mismo tiempo, la sociedad actual tiende al rechazo de las personas obesas, a nivel social, lúdico e incluso a nivel laboral.

### Factores precipitantes

Los factores precipitantes son aquellos que causan o contribuyen a la aparición inmediata del trastorno. En muchos casos es difícil poder atribuir un precipitante del trastorno, aunque de manera general se consideran los siguientes:

- La pubertad y los cambios físicos y psicológicos asociados.
- Aumento brusco del peso corporal.
- Acontecimientos estresantes (ej. problemas familiares, problemas en las relaciones interpersonales, burlas y críticas, separaciones y pérdidas significativas, trastornos afectivos)

### Factores de mantenimiento

Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a mantener y/o a agravar el trastorno una vez éste ya se ha instaurado. Se consideran los siguientes:

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Las consecuencias propias del trastorno: Pérdida de peso y/o inanición, que favorece la aparición de sintomatología ansiosa o alteraciones del estado de ánimo.
- Atracciones, conductas purgativas y actividad física excesiva. Generan el desarrollo de un círculo vicioso que retroalimenta y mantiene el trastorno.
- Creencias, actitudes y distorsiones cognitivas: Pensamientos y creencias erróneas sobre la delgadez y la obesidad como “estar delgado es saludable”, “estar delgado hace que los demás me valoren más”, “mantenerme delgado es un logro que solo unos pocos podemos conseguir”. Sobre la alimentación, por ejemplo “Cualquier grasa es mala”.
- Insatisfacción corporal e imagen corporal distorsionada.
- Sobreevaluación del peso y la figura en la autoevaluación.
- Estilos cognitivos descritos como la rigidez o el pensamiento dicotómico.
- La propia dinámica familiar.
- Aislamiento social y desconfianza interpersonal.

## 5.- Detección precoz desde el ámbito escolar

La detección temprana de personas con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario es primordial, ya que la intervención desde fases iniciales se asocia con buenos resultados evolutivos. Desde el centro escolar la figura del educador y orientador son vitales para observar posibles conductas que puedan ser indicativas de una conducta alimentaria anormal que facilite la rápida derivación a los servicios específicos (Unidad de Trastornos Alimentarios, Servicio de Urgencias) (10). Además, sería necesario poder abordar desde el ámbito académico aspectos relacionados con una buena nutrición, correctos hábitos alimenticios

## Prevención y Promoción SM en el Aula

y aceptación del propio cuerpo, siendo críticos con el modelo de delgadez impuesto culturalmente para prevenir el desarrollo del trastorno, ya que cuanto mayor es el tiempo entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el pronóstico de la enfermedad.

Los síntomas o factores que deben llamarnos la atención serían:

- Pérdida o aumento importante del peso (o dificultad para ganar peso en niños/as), o fluctuaciones frecuentes.
- Reducción o eliminación de la ingesta en la hora del almuerzo o la comida.
- Actitudes problemáticas respecto a la comida (ej., hacer dietas estrictas; esconder la comida).
- Conductas como la realización de ejercicio físico excesivo o ir al baño frecuentemente.
- Preocupación por el peso o la imagen corporal.
- Verbalizaciones de auto-desprecio o de falta de valía.
- Poca energía, debilidad, mareo, pérdida de conciencia, ausencia de menstruación.
- Problemas de concentración.
- Aislamiento social.
- Tristeza, irritabilidad, ansiedad.

Una vez detectada esta posibilidad sería recomendable conversar en privado con ella o con él para obtener la mayor información disponible de una manera cuidadosa y sin cuestionamientos, ya que la persona puede cerrarse y negar o evitar el tema. El objetivo es que perciba interés en comprenderle y ayudarle, y también preocupación pero transmitiendo serenidad. Debemos escucharle atentamente y sin interrupciones.

### 6.- ¿Qué hacer en el ámbito educativo?

#### Prevención

Desde el centro escolar es importante que los alumnos consideren al profesor como un modelo de conducta saludable, deben observar que los docentes son capaces de seguir una alimentación variada, donde todos los alimentos puedan estar presentes, sin restricciones continuas en forma de dietas (se debe evitar caer en mitos y recordar que no existen los alimentos “malos”, todos son necesarios si forman parte de una dieta equilibrada). Es necesario aceptar la propia imagen corporal y de la del resto, sin prestar excesiva atención a aspectos relacionados con el peso y la figura y sin juzgarlos negativamente. En caso de que esto no ocurriera en el educador sería positivo reflexionar acerca de la posibilidad de estar promoviendo de manera inconsciente temor a engordar en los alumnos.

### 7.- Recomendaciones generales para trabajar desde la escuela

Enseñar a los alumnos qué son unos hábitos de salud y una nutrición adecuados donde es importante lanzar el siguiente mensaje: deben comer de todo moderadamente y no es malo comer alimentos grasos o calóricos si la proporción es adecuada. Sería adecuado trabajar la pirámide de los alimentos y la función de estos como fuente nutritiva y necesaria para la vida, además de remarcar la importancia de realizar un estilo de vida saludable (ejercicio físico, adecuado descanso nocturno con horarios acordes a su edad y crecimiento).

Promover la aceptación del propio cuerpo y no tolerar comentarios negativos relacionados con la figura o el peso de cualquier alumno.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Explicar y normalizar desarmonías y cambios corporales más presentes en la etapa puberal.

Discutir acerca del ideal de delgadez que existe en la sociedad. Fomentar la crítica de los estereotipos que promueven los medios de comunicación (como por ejemplo, a través de la valoración de la imagen de la mujer en la historia de la publicidad).

Reflexionar acerca de los mensajes que existen en la sociedad y que asocian la delgadez con la belleza, el éxito o la salud.

Trabajar para fomentar la autoconfianza y autoestima en todas las áreas, desligándola del aspecto físico (comentarios como: “qué delgada estás, qué guapa” promueven la asociación de que el éxito está en función de la imagen y cronifica la excesiva preocupación por la figura corporal).

## 8.- Bibliografía

- Treasure J, Smith G, Crane A. Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido. 2ª edición. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer; 2011
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
- Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuán L, Vila M. Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 2003; 34: 281-291.
- Sancho C, Arija MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 16: 495-504.
- Cruz M, Pascual A, Etxebarria I, Echeburúa E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*. 2013; 29 (3).
- Alibes Rovira C, Benito Ruesca P, Castillo Amores A, Castellón Bello E, Cebollada Usón M, De Miguel Ascaso C et al. *Guía Práctica Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. [Internet] 2ª Edición. [citado 28 de marzo 2019] Disponible en: [https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001\\_prevencion\\_tca-aragc3b3n.pdf](https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevencion_tca-aragc3b3n.pdf)
  - Herpertz-Dahlmann B, Holtkamp K, Konrad K. Eating disorders: anorexia and bulimia nervosa. *Handbook of Clinical Neurology*. 2012; 106: 447-160.
  - Caglar-Nazali NP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O. A systematic review and meta-analysis of 'systems for social processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014; 42: 55-92.
  - Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and Emotional Functioning in Binge-Eating Disorder: A Systematic Review. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 48(6): 535-554.
  - Toledo-Morales (Coord.), *Educación para la salud: la promoción de estilos de vida saludables en la escuela*, (pp. 80-100). Sevilla: @prendeiea. ISBN: 978-84-690-1076-1

## 8.- Bibliografía recomendada

- Cervera M. Riesgo y prevención de la Anorexia y la bulimia. Madrid: Pirámide. 2005
- Raich RM. Anorexia y bulimia y otros: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide. 2011.
- Calvo, R. Anorexia y Bulimia. Manual para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta. 2002.
- Guía NICE. Eating disorders: recognition and treatment. 2017.

## 9.- ¿Dónde buscar más información?

- Wolf N. El mito de la Belleza. Barcelona: Emece Editores; 1991.
- Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria (2009). Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad y política social. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- AVALCAB: Asociación valenciana de familiares y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. [www.avalcab.org](http://www.avalcab.org)
- AVCOTA: Asociación Valenciana contra Trastornos Alimentarios. <http://www.avcota.com/>



# Capítulo 11.

## Personalidad y psicosis

Autor: José Enrique Romeu Climent

### 1.- Introducción

En este capítulo abordamos el tema de la psicosis por ser una enfermedad mental grave que, con cierta frecuencia, no surge desconectada de las características de personalidad de los jóvenes que pueden llegar a desarrollarla, sino que frecuentemente puede ser anunciada por un conjunto de rasgos o tendencias durante los años de la infancia y adolescencia<sup>1</sup>.

Esta franja de edad a la que hacemos referencia, sobre todo la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, es la más vulnerable para la aparición de un episodio de psicosis, como debut de la enfermedad, vulnerabilidad relacionada tanto con factores biológicos –fundamentalmente de índole cerebral-, como psicológicos –desarrollo de la personalidad, búsqueda de la identidad- y sociales –clima familiar, relaciones interpersonales, consumo de tóxicos-.

Desde una perspectiva clásica, el término episodio psicótico hace referencia a un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos, cognitivos y afectivos<sup>2</sup>, como veremos posteriormente.

Más integradora parece la definición de psicosis como “síndrome clínico caracterizado por una significativa pérdida de contacto entre la realidad objetiva del paciente y sus correspondientes representaciones mentales. Los componentes principales de la psicosis son los delirios, las alucinaciones y los trastornos de la forma del pensamiento y de la

conducta...”<sup>3</sup>.

Si hablamos de primeros episodios psicóticos, nos estamos refiriendo a un grupo de trastornos que constituyen lo que llamamos “espectro esquizofrénico”, a saber: la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno por ideas delirantes, el trastorno esquizotípico de personalidad, las psicosis atípicas y los trastornos del humor con síntomas psicóticos<sup>4</sup>.

Es importante saber que se pueden contrarrestar los efectos deteriorantes de la psicosis mediante su detección precoz y fortaleciendo los recursos personales para afrontar las situaciones ambientales que pudieran actuar como precipitantes.

En este capítulo nos ocuparemos de todas estas cuestiones en torno a una enfermedad que, cuando se presenta en los jóvenes, puede afectarles de una forma global: en sus sentimientos, en sus pensamientos y en su conducta.

## 2.- ¿De qué hablamos?

La personalidad es el conjunto de rasgos o características que describen a un individuo y que pueden predecir su estilo de respuesta y conducta hacia el entorno.

Como explica el profesor Lemos<sup>1</sup>, podemos hablar de “personalidad normal” cuando estos rasgos permiten que la persona responda a las exigencias de la vida de una manera flexible y su conducta genere satisfacción personal.

Hablamos de “trastorno de personalidad”(TP) cuando la persona responde a las exigencias de la vida de una manera rígida, inflexible o anómala, de tal modo que sus actuaciones generan insatisfacción o sufrimiento, o merman la capacidad de aprendizaje y de crecimiento personal. Se requiere que las señales desadaptativas comiencen en la infancia o adolescencia, que persistan a lo largo del tiempo y que tengan

## Prevención y Promoción SM en el Aula

un carácter esencial en el funcionamiento vital adulto. Esta es la razón por la que no podemos asignar este diagnóstico a menores de edad.

A continuación, se describen brevemente alguno de los rasgos esenciales de los distintos TP, agrupados en 3 grandes grupos<sup>1,5</sup> (se corresponderían con los denominados clúster A, B y C del DSM):

### a) Personalidades peculiares:

- Esquizotípica: en la que predomina una afectividad fría y vacía de contenido, conductas extrañas/extravagantes, peculiaridades en la forma de pensar y percibir el entorno, empobrecimiento de las relaciones personales, lenguaje vago o circunstancial.

- Esquizoide: incapacidad para sentir placer, distanciamiento del entorno y actividades solitarias, indiferencia hacia los sentimientos de los demás y dificultad para expresar los propios, frialdad emocional.

- Paranoide: sensibilidad excesiva, incapacidad para perdonar agravios, desconfianza y actitud defensiva, suspicacia, rigidez, predisposición a los celos patológicos.

### b) Personalidades inmaduras:

- Histriónica: exageración y dramatización en la expresión de los sentimientos con tendencia a la teatralidad, sugestibilidad, afecto lábil y superficial, deseos de ser el centro de atención.

- Narcisista: sentimientos de superioridad, arrogancia, explotación de los demás, necesidad de ser admirado.

- Antisocial: despreocupación por los sentimientos de los demás y por las normas o reglas sociales, impulsividad, crueldad, incapacidad para sentir culpa.

- De inestabilidad emocional: ánimo inestable y caprichoso, impulsividad, arrebatos de ira, alteración en la percepción de sí mismo y en las relaciones interpersonales, sentimientos de vacío.

### c) Personalidades temerosas:

- Evitativa/ansiosa: sentimientos de tensión emocional, hipersensibilidad a

## Prevención y Promoción SM en el Aula

la crítica, temor al rechazo, inhibición social, baja autoestima.

- Dependiente: subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que depende con actitudes de sumisión y pasividad, incapacidad para decidir por sí mismo y evitación de responsabilidades, temor a la separación.

- Obsesivo-compulsiva: falta de decisión, dudas que reflejan una inseguridad personal, perfeccionismo y rigidez, minuciosidad, excesiva dedicación al trabajo, falta de espontaneidad emocional.

- Pasivo-agresiva: agresividad pasiva o encubierta, oposicionismo, falta de colaboración, irritación.

Las personalidades extrañas o peculiares tienen un riesgo aumentado de desarrollar psicosis, sobre todo la personalidad esquizotípica: condición psicobiológica básica sobre la que pueden actuar factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad. Puede afectar al 5% de la población general y 1 de cada 5 personalidades esquizotípicas podrían desarrollar una psicosis. La CIE 10<sup>5</sup> incluye el trastorno esquizotípico en el mismo capítulo categorial que la esquizofrenia y el trastorno de ideas delirantes.

Destacar por último, respecto a los TP, la introducción de enfoques más dimensionales en el DSM-5 en cuanto a los subtipos y clúster de la sección III, siendo esperable que en las versiones posteriores del manual, este modelo híbrido-categorial y dimensional, sea trasladado a la sección I, una vez los psiquiatras se familiaricen más con su uso<sup>6</sup>.

En cuanto a la psicosis, es una de las enfermedades mentales más importantes. Se conoce desde hace mucho tiempo y afecta, aproximadamente, a un 1% de la población. La edad de aparición está entre los 15 y 45 años, aunque es más frecuente en la adolescencia. Afecta por igual a hombres y a mujeres. Algunas veces empieza de forma rápida - horas o días - pero es más frecuente su comienzo lento y progresivo - semanas o meses -. Lo más característico es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece empieza a sentir, pensar o hablar de forma diferente a como lo hacía antes; la persona puede mostrarse extraña, más aislada, puede evitar salir con amigos, ir al trabajo, dormir poco, hablar solo... Es importante no olvidar

## Prevención y Promoción SM en el Aula

que la persona muchas veces no puede explicar qué le está sucediendo, tiene miedo a hacerlo o no cree estar enfermo.

La psicosis de comienzo muy precoz (menos de 13 años) suele tener un comienzo insidioso y un curso crónico, con un alto porcentaje de síntomas prodrómicos como déficit de atención e hiperactividad, alteraciones de conducta y síntomas relacionados con trastornos generalizados del desarrollo como ecolalias, rituales, estereotipias, retrasos del lenguaje y del desarrollo psicomotor<sup>7</sup>.

Desde una perspectiva más clásica, podemos distinguir 3 grandes grupos de síntomas:

1. Síntomas positivos: consisten en experiencias o fenómenos extraños que no ocurren en personas sanas:

- Ideas delirantes: ilógicas, con contenidos absurdos; pensamientos extraños y conductas relacionadas, de suspicacia, de defensa...

- Alucinaciones: oír, ver, oler o sentir cosas que los demás no oyen, ven, huelen o sienten, al no existir un estímulo real. En general suelen ser auditivas –oír ruidos, voces, amenazantes o no, que no son reales-, menos frecuentemente pueden ser visuales, olfativas o táctiles.

- Distorsión de las percepciones, hipersensibilidad a los sonidos, sabores, olores, al tacto.

2. Síntomas negativos: ausencia, carencias o déficits del comportamiento y de las emociones:

- Aplanamiento afectivo, pobreza en la expresión emocional.

- Falta de motivación y de energía, falta de interés por las cosas.

- Lenguaje escaso, o sin contenido.

3. Síntomas de desorganización: son también resultado de los procesos cognoscitivos alterados:

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Pensamiento confuso, desorganizado, y lenguaje consecuentemente desorganizado.
- Conductas desorganizadas.

Otras perspectivas a las que hemos aludido en la introducción, hacen referencia a síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos –deterioro de la atención, de la memoria y de las tareas ejecutivas<sup>8</sup>-, aunque algunos autores cuestionan esta categorización sintomatológica en cuanto a que el término “síntomas negativos” puede resultar un artefacto semántico que engloba los propios síntomas cognitivos y afectivos<sup>9</sup>.

### 3.- ¿Qué no es? Diagnóstico diferencial

Hemos definido el concepto de personalidad normal y trastorno de personalidad, pero en la infancia y adolescencia solo podemos hablar de patrones de comportamiento más o menos adaptativos o desadaptativos. Alguno de estos últimos podría desembocar en la etapa adulta en un trastorno de personalidad.

Respecto a la psicosis, no es: doble personalidad, fenómeno extraordinariamente infrecuente, más literario y filmico que real; trastorno obsesivo-compulsivo, en el que se reconocen los pensamientos como absurdos o irracionales y producto de su propio pensamiento; trastorno autista, de comienzo más precoz y en el que predominan las alteraciones del lenguaje y de la interacción social. Tampoco debemos confundirla con las alucinaciones que pueden tener los niños durante enfermedades infecciosas que cursan con fiebre alta, enfermedades metabólicas o consumo de tóxicos. En ocasiones, las ilusiones pueden acompañar a juegos como elemento fantasioso o pueden ser fruto de creencias religiosas o culturales.

### 4.- Factores implicados

Existe una importante base genética en los rasgos esenciales de la personalidad, sin embargo, la influencia del entorno, sobre todo relacionada con estilos de crianza y educativos, pueden modificar esos rasgos.

En cuanto a la psicosis, el modelo vulnerabilidad-estrés es el más ampliamente aceptado: determinados factores genéticos constituyen una forma de sustrato etiológico necesario –papel modulador de un sustrato poligénico-, a los que se asocian factores ambientales que podrían tener también un sentido etiológico directo<sup>10</sup>. Según este modelo, una determinada proporción de individuos vulnerables desarrollan una psicosis manifiesta cuando son expuestos a factores estresantes adicionales<sup>11</sup>.

Así pues, existen factores personales de vulnerabilidad (genéticos, bioquímicos...) sobre los que pueden actuar otros ambientales (complicaciones perinatales, inestabilidad socio-familiar, situaciones estresantes personales, abuso de drogas). A mayor vulnerabilidad, menos intensos pueden ser los factores ambientales o estresantes capaces de hacer emerger la enfermedad.

Es importante conocer los factores de riesgo y los factores protectores<sup>12, 13</sup>

Factores de riesgo:

- Edad: adolescencia y primeros años de la vida adulta.
- Rasgos personales: personalidades vulnerables, ya comentadas, problemas de adaptación previos, retraso en las etapas del desarrollo, antecedentes de lesión cráneo-encefálica, bajo nivel intelectual, antecedentes de complicaciones obstétricas.
- Situaciones personales: acontecimientos vitales, estrés psico-social evidente, consumo de sustancias, cambios subjetivos y/o funcionales.

Factores protectores:

- Personales: inteligencia, habilidades sociales, capacidad para la resolución de problemas.
- Sociales: apoyo y clima familiar adecuado, presencia de una red social sólida.

### 5.- Detección precoz en el aula

La detección precoz de las enfermedades mentales es una de las premisas que se promuegan desde distintos ámbitos asistenciales e investigadores, basándose en que puede favorecer abordajes más tempranos, cuando la repercusión negativa sobre la identidad de la persona que padece la enfermedad, sobre su funcionamiento personal, familiar y social, y sobre la dinámica familiar, todavía se halla en estadios iniciales y las distintas intervenciones que pueden llevarse a cabo pueden obtener mejores resultados.

Por ello, resulta de primordial interés que los profesionales de la educación conozcan aquellos signos tempranos que pueden hacer sospechar el inicio del problema<sup>1</sup>. Podemos distinguir:

- a) Posibles signos tempranos en el niño y adolescente:
  - Dificultad importante para hacer amistades y conservarlas
  - Confundir contenidos de televisión con reales
  - Confundir los sueños con la realidad
  - Pensamiento desordenado, ideas extrañas
  - Cambios de humor inexplicables
  - Conductas raras o pueriles
  - Ansiedad y temor acusados



## Prevención y Promoción SM en el Aula

b) Signos en edades juveniles:

- Aislamiento social
- Abandono de actividades
- Alteraciones del sueño
- Disminución de la atención y concentración
- Desinterés, ánimo depresivo
- Pérdida de objetos personales
- Incapacidad para expresar emociones, risas inadecuadas
- Susplicacia, desconfianza
- Irritabilidad u hostilidad
- Comentarios irracionales o escritos sin sentido
- Posturas extrañas
- Palabras o estructuras gramaticales peculiares
- Preocupación por temas religiosos y/o de ocultismo

## 6.- ¿Qué hacer desde el ámbito educativo?

### Recomendaciones

Desde la perspectiva de la promoción de la salud general y, en particular, de la salud mental de los niños y adolescentes, resulta primordial la implementación en el currículum escolar de programas sobre habilidades para la vida que potencien los factores protectores y combatan los factores de riesgo de las enfermedades mentales en general, y de la psicosis en particular.

Así pues, recomendaríamos las siguientes estrategias:

1 Integrar en los programas educativos y currículum escolar la enseñanza

## Prevención y Promoción SM en el Aula

en habilidades sociales y resolución de problemas.

2 Hay que formar a los profesores dándoles las siguientes directrices:

2.1 Documentarse sobre la psicosis, en los distintos aspectos que contempla:

- Es una enfermedad mental grave que afecta al 1% de la población.
- Mayor predisposición en las personalidades peculiares, sobre todo la esquizotípica.
- Informarse sobre los factores de riesgo y los protectores.
- Potenciar estos últimos sobre todo en aquellos alumnos que presentan los primeros.
- Conocer las señales tempranas de alarma.
- Reconocer la importancia de la prevención y la detección precoz.
- Saber que tiene un tratamiento integral, tanto psicofarmacológico como psicológico, individual y grupal, así como un abordaje familiar.
- Saber que la adherencia al tratamiento es uno de los principales factores que mejoran el pronóstico, junto a la abstinencia de drogas.
- Conocer el riesgo de suicidio en adolescentes que padecen psicosis, con alrededor de un 50% de intentos, de los que un 10-15% lo consuman.

2.2 Trabajar el estigma con el alumnado:

- Hablar con naturalidad en el aula de la psicosis.
- Desmitificar la peligrosidad de las personas que padecen psicosis.
- Promover el conocimiento entre el alumnado de esta enfermedad, ya que el desconocimiento fomenta el estigma.
- Hacer incapié en los factores de riesgo y los protectores.
- Emplear webs como Proyecto Chamberlin (ver capítulo correspondiente).

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Promover el apoyo y las relaciones sociales entorno a alumnos vulnerables.

### 2.3 Sensibilizarse con este problema y estar atentos a los signos tempranos y cambios prodrómicos:

- Tener presentes siempre los signos tempranos de alarma en los adolescentes.
- Prestar atención a cambios conductuales y en el rendimiento académico de los alumnos.
- Prestar atención a cambios emocionales y en las relaciones interpersonales.

### 2.4 Conocer los recursos y circuitos asistenciales de su área de trabajo:

- Estar informado sobre los centros de atención primaria del área.
- Conocer las funciones de pediatría y médicos de atención primaria en cuanto a la atención en función de la edad, en general hasta los 15 años y desde los 15 años, respectivamente.
- Informarse sobre la coordinación entre atención primaria y el servicio de salud mental del área.
- Poseer los teléfonos y direcciones de estos recursos.

### 2.5 Ante la aparición o sospecha de un posible brote psicótico:

- Ofrecer apoyo y un ambiente bajo en estímulos al alumno.
- Crear un contexto en el que no se sienta incómodo y que le permita libertad de movimientos.
- Preguntarle si desea que le ayude y cómo puede hacerlo.
- Preguntarle si desea que llame a algún familiar o amigo.
- Contactar con la familia y recomendarle que acuda con preferencia al pediatra o médico de atención primaria del alumno.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

### 2.6 Cuando hay en el aula algún alumno que padece psicosis:

- Conocer su proceso a través de la información que el alumno y su familia quieran aportarle.
- Informarse acerca de sus hobbies y pertenencia a grupos sociales.
- Manifestarle su sincero apoyo y garantizarle la confidencialidad que desee.
- Mantener bajo el nivel de estrés con incremento lento y progresivo de exigencias escolares.
- Informarse acerca de sus amistades más próximas y promover el apoyo mutuo.
- Mantener una comunicación fluida con su familia.
- Adecuar el nivel de exigencia al estado y demanda del alumno, huyendo de ambientes complejos, críticos o demasiado exigentes.
- Valorar progresos académicos en relación a establece metas y proyectos realistas.

### 7.- Bibliografía

- Lemos Giráldez S. Esquizofrenia y trastornos de la personalidad. En: Carmina Sardaña. Detección y Prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente. Madrid: Ed. Pirámide; 2009. p. 213-226.
- Bernardo M, Bioque M, Leal C. Primeros Episodios Psicóticos. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. 2ª edición. Barcelona: Ed. Ars Médica; 2010. p. 1063-1073.
- Molina V. La psicosis. Ideas sobre la locura. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 2012.
- Peralta V, Cuesta M. Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ed. Grupo ENE, S.A.; 2009. p. 267-283.
- Organización Mundial de la Salud. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto. En: CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Ed. Meditor; 1992. p. 245-276.
- Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015; 35 (125): 111-121.
- Pérez Puente C, Aguado Mañas JA. Psicosis infantil, autismo infantil precoz, trastorno autista, esquizofrenia, trastornos del humor, trastornos de ansiedad por separación, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de conversión, hipocondría, síndrome postraumático. En: Ballesteros MC. Manual del residente en psiquiatría de la infancia y adolescencia. Tomo 2. Madrid: ENE publicidad; 1997. p. 239-290.
- Goldberg TE, Gold JM. Neurocognitive deficits in schizophrenia. En: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. Schizophrenia. Cambridge: BlackwellScience, 1995; p. 146-162.
- Segarra R. Antecedentes históricos y marco conceptual actual. En: Segarra R. Abordaje Integral de las Fases Iniciales de la Psicosis. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2014. p. 1-22.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol* 1962; 17: 827-438.
- Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99 (Suppl 395): 20-29.
- Lemos, S. Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (ed.): *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide. 1996; p. 25-54.
- Olin, S. y Mednick, S.A: Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable population premorbidly. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 223-240.

## 8.- ¿Dónde buscar más información?

- Programa de Prevención de Psicosis (P3) [www.p3-info.es](http://www.p3-info.es)
- Proyecto Chamberlin: [www.proyechochamberlin.org/blog](http://www.proyechochamberlin.org/blog)
- [esquizofrenia24x7.com](http://esquizofrenia24x7.com)
- [www.1decada4.es](http://www.1decada4.es)
- En todos aquellos trabajos que el profesor Serafin Lemos Giráldez dedique a los jóvenes.

# Capítulo 12.

## Problemas relacionados con alcohol, tabaco y cannabis

Autores: Concepción Vila Zamora, María Calatayud Francés, M<sup>a</sup> Luisa González Abolafio, Xavier Torremocha

### 1.- Introducción

Desde 1994, el Plan Nacional sobre Drogas realiza, cada dos años, una Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES). La realizada entre 2016/2017 incluyó una muestra de 35.369 estudiantes, de 941 centros educativos públicos y privados.

Objetivos:

- Conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas y otras adicciones, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años.

ESTUDES 2016/2017 incluye módulo específico sobre internet, juego y conductas relacionados, entre los estudiantes de 14 a 18 años en España, así como opiniones y percepciones de los profesores en la relación a estos aspectos.

- Orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados.

Los principales resultados de este estudio son los siguientes:

## Prevención y Promoción SM en el Aula

- Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes son el alcohol, el tabaco y el cannabis.
- En 2016/2017 en los últimos 12 meses disminuye el consumo de alcohol, alucinógenos y cocaína.
- El consumo de cannabis en los últimos 12 meses aumenta, si bien disminuye levemente el consumo reciente (últimos 30 días).
- El consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.
- El consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres.
- La edad media de inicio al consumo de alcohol y tabaco se retrasa por primera vez a los 14 años.
- Se incrementa el uso compulsivo de internet hasta el 21%.
- Desciende del 9.8% al 6.4% el porcentaje de estudiantes que juegan dinero en internet.
- En cuanto a la percepción del riesgo, el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligros y persiste la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis.

Con respecto al alcohol, aunque continúa la tendencia a la baja, la prevalencia sigue siendo elevada. ESTUDES 2016/2017 muestra que el 76,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol. El 75,6% ha consumido en el último año y el 67% lo ha hecho en el último mes. Desciende el consumo en atracción y las borracheras. Siendo el porcentaje de borracheras mayor en las chicas que en los chicos. El grupo de edad entre 14 y 17 años, a los que la ley prohíbe venderles o facilitarles alcohol, afirma que lo consiguen ellos mismos en el 34,9% de los casos.

El tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años tras el alcohol. El 34,7% de los alumnos ha fumado tabaco en el último año. El consumo diario se sitúa en el 8,8%, cifra mínima de la serie histórica de ESTUDES. El primer consumo de tabaco se produce



## Prevención y Promoción SM en el Aula

a los 14,1 años. Sigue descendiendo el porcentaje de estudiantes que vive en hogares donde se fuma a diario. El 20,1% de los alumnos ha utilizado cigarrillos electrónicos alguna vez en su vida, observándose una mayor extensión entre los chicos.

El cannabis continúa siendo la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de alumnos. El 31,1% lo ha probado alguna vez en su vida, el 26,3% en el último año y el 18,3% en el último mes. Una novedad en esta edición de ESTUDES es que, por primera vez, se ha preguntado a los estudiantes sobre su disposición al consumo de cannabis en el hipotético caso de que esta sustancia fuese de comercio legal. Entre los no consumidores, el 12,5% reconoce que, en ese caso, lo probaría.

## 2.- ¿De qué hablamos?

La adolescencia es una edad de riesgo, por ello, cuanto más temprana es la edad en que se experimenta con drogas, más probabilidad hay de que el consumo termine siendo problemático y su abandono sea más difícil. En esta etapa son muy frecuentes las conductas de imitación de mayores, pero el cuerpo y la mente no lo son.

El adolescente tiende a buscar la autonomía e independencia. El consumo le permite en muchas ocasiones sentirse diferente al adulto, a la par que canaliza su deseo de vivir experiencias, su curiosidad y su búsqueda de diversión.

El grupo de iguales le permite desarrollar actitudes, valores y estilos de vida propios y a la vez compartidos con personas de su elección. Logran que se diluya la percepción de riesgo y conciencia de responsabilidad y a la vez le confiere mayor seguridad y apoyo.

Consecuencias genéricas del consumo de drogas:

- Sobre su salud:

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Alteraciones del sistema nervioso y de distintos órganos, con el consiguiente desgaste y deterioro progresivo de la salud y el riesgo de contraer enfermedades asociadas.

- En su conducta:

Incidencia en el comportamiento del adolescente, al repercutir negativamente en sus facultades cognitivas, en su proyección social y en la voluntad y energías necesarias para desarrollar un proyecto personal. Con ello se corre el riesgo de interferir en una etapa crucial para el desarrollo y formación de la personalidad adulta.

- En las relaciones:

Repercusiones en las relaciones con el entorno familiar y social, que propician dificultades de comunicación, tensión familiar, conflicto social, accidentes de circulación y otras conductas de riesgo.

Alcohol: efecto en el desarrollo y la maduración cerebral.

El cerebro en desarrollo es especialmente susceptible a los efectos tóxicos del etanol y puede causar daños irreversibles que se manifiestan con problemas conductuales en el niño. El consumo de elevadas cantidades de alcohol de forma intermitente (p.ej. en fines de semana) puede afectar a la neuroplasticidad propia de la fase de la adolescencia, y causar problemas de atención, memoria y aprendizaje a corto y a largo plazo. Afecta al sistema nervioso, provocando una reacción más lenta a cualquier estímulo, sobrevalorando la capacidad de aguantar los efectos de una gran cantidad de alcohol y disminuyendo y/o anulando la capacidad para ser consciente de los riesgos.

La euforia y las alteraciones de percepción, juicio y pensamiento pueden generar comportamientos y actitudes agresivas que desembocan en peleas y agresiones, o en comportamientos transgresores y violentos que pueden afectar la convivencia social o provocar daños materiales. En esa euforia que produce el alcohol, ¿Es más probable que se practique sexo sin la debida protección, con graves consecuencias: embarazos no deseados, enfermedades infecciosas, clara asociación consumo de alcohol y la implicación episodios de violencia, responsable del 50% de los crímenes violentos hacia las personas, estaría presente en el 40%

## Prevención y Promoción SM en el Aula

de la violencia contra la mujer, relaciones sexuales no consentidas.

El alcohol pasará factura a la hora de estudiar o trabajar, y también lo hará en el cuerpo: acné, grasa, trastornos en el crecimiento y en la maduración sexual.

Una de las mayores causas de muerte entre la población joven son los accidentes de tráfico por abuso del consumo de alcohol (en estas edades como pasajeros o conductores de ciclomotor).

La edad en la que una persona bebe alcohol por primera vez es un poderoso factor para predecir su relación con el alcohol a lo largo de su vida. Más del 40 % de las personas que comienzan a beber antes de cumplir los 15 años, abusarán o dependerán del alcohol en algún momento de sus vidas.

Consecuencias del consumo de tabaco:

Es en esta franja de edad, donde las drogas tienen un efecto aún más agudo sobre el cerebro de los individuos, la acción de los cigarrillos y la nicotina es aún peor que en las personas adultas.

Además de la nicotina, el tabaco contiene alquitrán, que provoca cáncer de pulmón y de otros órganos. En el humo del cigarrillo se han identificado más de 4.000 sustancias tóxicas entre las que se encuentran monóxido de carbono, amonio, polonio. etc. Aproximadamente 40 de estas sustancias, como el benceno, el níquel y el polonio, tienen potencial cancerígeno.

La exposición continua al tabaco está asociada con el empeoramiento o desarrollo de muchas enfermedades, entre ellas: bronquitis crónica, asma, problemas de corazón e hipertensión arterial, padecimientos cerebro-vasculares, derrames cerebrales, aneurisma, embolias (sobre todo en mujeres que fuman y toman anticonceptivos), sequedad de la piel, arrugas prematuras, pérdida de piezas dentales, molestias vinculadas con la menstruación, algunos casos de esterilidad o concepción retardada, disfunción eréctil (impotencia sexual); etc.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Consecuencias del consumo de cannabis (THC).

El TCH es particularmente soluble en aceite, por lo que tiende a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, como es el caso del cerebro. Tiene una vida media de una semana, por lo que a los siete días de su consumo aún se mantiene sin eliminar el 50% del principio activo, favoreciendo su acumulación cuando el consumo es regular. Como consecuencia de este proceso existen algunos riesgos a considerar:

1. El consumo diario de hachís puede ralentizar el funcionamiento psicológico del usuario, entorpeciendo sus funciones superiores relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria.
2. Interfiere en la ejecución de tareas complejas que requieran lucidez mental y coordinación psicomotora, como pueden ser conducir un vehículo a motor o, tomar decisiones.
3. Pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad.
4. En personas predispuestas, puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psicóticos.

A nivel orgánico, teniendo en cuenta la vía de consumo (una pauta de inhalación profunda, sin filtro, con retención pulmonar del humo y apurando el cigarrillo al máximo) su uso incrementa los riesgos asociados al consumo de tabaco, favoreciendo y aumentando los riesgos mencionados por fumar: tos crónica y bronquitis en consumidores habituales de dosis elevadas, altera las hormonas responsables del sistema reproductor y de la maduración sexual, el uso crónico del cánnabis reduce la actividad del sistema inmunitario, etc. Además, en muchos de los fumadores de hachís, la pauta más frecuente es su consumo combinado con alcohol, con lo que los efectos se multiplican, pudiendo favorecer la aparición de lipotimias.

### 3.- ¿Qué es y qué no es?

Definición de droga (Organización Mundial de la Salud-OMS):

Toda sustancia que, introducida por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular) en el organismo, es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en la conducta de la persona, debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia (física, psicológica o ambas).

Hay que recordar que cualquier consumo de alcohol en menores se considera un consumo de riesgo.

Uso y abuso de drogas:

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

1-Consumo de riesgo: concepto difícil de consensuar al depender del tipo de consecuencia que se esté evaluando para establecer el riesgo. Se define como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales.

El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, edad, sexo, etc.

Se considera una "unidad de bebida estándar" (UBE) a la cantidad contenida en un vaso de vino, una cerveza, una copa de cava, un vino dulce... (10 gr. de alcohol puro). Las copas de whisky, coñac, ginebra, etc., o los combinados de estas bebidas, equivalen a 2 UBE. La Organización Mundial de la Salud establece límites restrictivos y clasifica

## Prevención y Promoción SM en el Aula

como bebedor de riesgo a aquel que consume 4 UBE/día o 28 UBE/semana, en el caso de varones y 2-3 UBE/día ó 17 UBE/semana en las mujeres

También se considerará bebedor de riesgo aquella persona que consume gran cantidad de alcohol en poco tiempo, es decir, 5 o más bebidas alcohólicas que puedan suponer más de 8 UBE (4 combinados, o cuatro cañas de cerveza más dos combinados, por ejemplo) en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes. Esta conducta, que en la literatura médica se conoce como «atración» (binge drinking), o Consumo Intensivo de Alcohol, es de alto riesgo y es la que siguen actualmente una parte de los jóvenes en España y en otros países de nuestro entorno.

2-Se denomina consumo problemático cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales.

3-Se considera consumo perjudicial el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo.

Dependencia de drogas:

Se prefiere el consumo de la sustancia frente a otras actividades y comportamiento anteriormente considerados más importantes, y aparece un deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio

La mayor parte del tiempo el sujeto lo dedica a:

- Pensar en el próximo consumo.
- Buscar dinero para comprar droga.
- Consumir la sustancia.
- Recuperarse de los efectos y ocultarlos.

Puede haber dependencia física, psicológica o ambas y tolerancia a la droga.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

### Tolerancia:

Se dice que una droga produce tolerancia cuando es necesario ir aumentando la cantidad consumida para experimentar los mismos efectos. O lo que es lo mismo, cuando los efectos de la misma cantidad son cada vez menores. La tolerancia es un indicio de alteración metabólica, consecuencia de un consumo crónico del que el organismo intenta defenderse.

### Síndrome de abstinencia

Es el conjunto de síntomas que aparecen cuando el individuo deja de consumir la sustancia de la que es adicto. Hablar de síndrome de abstinencia implica hablar de dependencia previa y son frecuentes las manifestaciones tanto físicas como psíquicas.

### Policonsumos:

Es la combinación de varias sustancias en el mismo periodo de tiempo (abuso de alcohol, dependencia de nicotina, uso de hachís y abuso de cocaína, etc.) Al consumir varias drogas, se multiplican los efectos de cada sustancia y aumentan los riesgos.

## 4.- Factores implicados en la enseñanza: factores de riesgo y factores de protección

El riesgo de convertirse en un abusador de alcohol y otras drogas es el resultado de la relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo y los factores de protección. El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Una intervención temprana en los factores de riesgo a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño, alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas. La relación entre el consumo de drogas y los factores de riesgo no es de causa-efecto, sino de probabilidad. A mayor acumulación de factores de riesgo, mayor probabilidad hacia el consumo.

Factores de riesgo:

Aluden a un atributo (individual, familiar, social, etc.) cuya presencia aumenta, al conjugarse con otros factores, la probabilidad de que se produzca un efecto perjudicial o dañino. Los factores de riesgo ejercen un efecto relativo, dependiendo de condiciones como la edad, la etapa de desarrollo vital del individuo o la familia, el medio social y cultural, y así sucesivamente.

Sustancia:

Efectos que provoca en el organismo.

Características químicas o naturales.

Capacidad adictiva.

Oferta y disponibilidad.

Individuales – conductuales:

Insatisfacción con el empleo del tiempo libre.

Bajo aprovechamiento escolar.

Falta de habilidades sociales.

Individuales- cognitivos, actitudes y valores:

Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas.

Actitudes favorables hacia las drogas.

Confusión en el sistema de valores.

Baja percepción de riesgo.



## Prevención y Promoción SM en el Aula

Búsqueda de sensaciones...

Percepción de una fácil accesibilidad de las drogas.

Desconocimiento de los riesgos y consecuencias del consumo y expectativas positivas respecto a los efectos.

### Factores individuales:

La edad: a edad más temprana de comienzo del consumo, mayor riesgo de tener problemas con las drogas.

Fracaso escolar.

Falta de auto-control.

Dificultad para plantearse metas a medio o largo plazo.

Exposición a situaciones o eventos traumáticos en la primera infancia o más recientes, o con la experimentación de pérdidas cercanas.

Prevalencia de estados de ánimo negativos.

Bajo nivel de competencia.

Imitación, curiosidad.

Inadecuada expresión de afectos.

Síntomas de ansiedad y estrés.

Alta necesidad de aprobación social.

Inefectivas estrategias de afrontamiento.

Baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y poca asertividad.

Ausencia de proyecto de vida definido.

Baja conformidad con las normas sociales.

### Factores familiares:

Prevalencia de relaciones tensas y conflictivas.

Violencia intrafamiliar.

Prácticas de parentalidad y de manejo familiar pobres o inconsistentes.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Insuficiente supervisión parental.

Débil apoyo familiar y falta de reconocimiento de los hijos, con bajo o inconsistente reforzamiento.

Control familiar muy autoritario o muy relajado o variable.

Factores relacionados con el ambiente escolar:

Oferta y/o consumo de drogas en la escuela.

Tolerancia al consumo de drogas en la escuela.

Falta de integración e identificación con el grupo escolar.

Bajo rendimiento académico.

Absentismo.

Baja implicación en las actividades académicas o extra académicas.

Hábitos de estudio caóticos.

Presión del grupo de iguales (compañeros).

Características culturales o sociales (macrosociales)

Disponibilidad (bajo precio y acceso a las sustancias en la comunidad).

Baja percepción de riesgo.

Estructuras de contención insuficientes o frágiles.

Alternativas para el tiempo libre escasas o inadecuadas.

Actitud social tolerante hacia el consumo de drogas.

Normalización del consumo y baja percepción de riesgo.

Publicidad de alcohol y tabaco y acceso a lugares públicos donde se ofrecen y/o consumen tabaco, alcohol y otras drogas.

Sistema de valores débil o distorsionado.

Presión social.

## Prevención y Promoción SM en el Aula

Factores de protección:

Son aquellos factores cognitivos, afectivos y comportamentales que reducen la posibilidad de tener una relación problemática con las drogas. Hablamos de actitudes saludables adquiridas, del desarrollo de la capacidad para tomar decisiones de forma razonada y adaptada a las necesidades reales, de generar una actitud crítica y autosuficiente frente a las presiones de grupo de iguales y de la publicidad, facilitar alternativas de ocio, tener la capacidad para estar solo a veces, tener la habilidad de expresar las opiniones propias sin perder a los amigos, etc.

### 5.- Detección precoz en el aula

A menudo resulta difícil descubrir si un sujeto está tomando algún tipo de drogas. Pero hay síntomas que podemos observar y que podrían delatar el consumo.

1-Síntomas físicos: hay que empezar a sospechar si se comienza a padecer fatiga constantemente, se queja de su salud, tiene alteraciones en el apetito, el peso o el sueño, presenta enrojecimiento o falta de brillo en los ojos, pupilas dilatadas, congestión nasal y una tos persistente.

2-Síntomas psicológicos: en el aspecto emocional, se sufren continuos cambios de humor, comportamiento irresponsable, depresión o falta de interés generalizado.

3-Síntomas sociales: se comienza a desobedecer las reglas, se pierde la comunicación con la familia, se dejan de lado las obligaciones personales y profesionales, están fuera de casa durante mucho tiempo, cambian de grupo de amigos, descuidan su aspecto, cogen dinero, etc.

Aunque hay que aclarar que algunas de estas situaciones pueden indicar otros problemas no relacionados con el consumo de drogas y siempre hay que hablar con el alumno antes de dar por hecho nada.

## 6.- ¿Qué hacer desde el ámbito escolar? Recomendaciones generales

La escuela tiene una labor muy importante en el desarrollo de actuaciones y proyectos para la prevención del consumo. La manera eficaz de intervenir se centra en revertir y/o reducir los factores de riesgo, y crear nuevos factores de protección además de fortalecer los existentes.

El NIDA -Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, referente mundial en investigación, prevención y tratamiento de las adicciones- señala que para prevenir el uso de drogas en estudiantes, las intervenciones deben ir dirigidas al incremento de la competencia académica y social, para ello hay que fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales que refuercen al alumno y le hagan menos vulnerable frente a las presiones que ejerce el entorno para estimular el consumo de sustancias (sus amigos, otras personas de referencia, los medios de comunicación, la sociedad...).

Las habilidades para alcanzar estos objetivos son:

- Hábitos de estudio y apoyo académico.
- Habilidades de Comunicación.
- Mejora de las relaciones con los compañeros.
- Auto-eficacia y reafirmación personal.
- Habilidades para resistir las drogas.
- Refuerzo de las actitudes anti-drogas.
- Fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

Recomendaciones/evidencias del NIDA:

Los comportamientos negativos como el fracaso académico y las

## Prevención y Promoción SM en el Aula

dificultades sociales son factores que están fuertemente asociados con el abuso de drogas, por ello son objetivos prioritarios a tratar en todos los programas de intervención.

La relación con compañeros que abusan de las drogas a menudo es el riesgo más inmediato para que los adolescentes sean expuestos al abuso de drogas y al comportamiento delincuente.

Las investigaciones recientes sugieren que se debe tener precaución cuando se agrupan a adolescentes de alto riesgo en intervenciones preventivas con grupos de pares. Tales grupos han mostrado producir resultados negativos, ya que los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas.

Sobre qué drogas dar información a los chicos/chicas:

En principio, y atendiendo a la incidencia que el consumo de cada una de las distintas drogas tiene en los diferentes grupos de edad podemos asumir que entre los 10, 11, 12 años tan solo será necesario hablar de alcohol y tabaco, junto a bebidas energéticas. Con 13, 14 y 15 años, además de las anteriores drogas/sustancias, podría ser conveniente iniciar un discurso en torno a la marihuana y, si detectamos la necesidad, también de las pastillas y la cocaína. En todo caso, la decisión de sobre qué drogas debemos dar información dependerá de los sondeos previos que hayamos realizado a nuestros jóvenes y por los que conoceremos la incidencia del consumo de cada una de ellas en nuestro grupo, sus conocimientos sobre las mismas, etc.

Recomendaciones al hablar del alcohol y otras drogas:

Cuando se trabaja con un grupo de alumnos y se quiere incidir en la prevención de drogodependencias, se suele recurrir a dar información sin más, lo cual no es muy eficaz, por lo que antes de dar este paso queremos facilitarle algunas pautas para lograr una intervención más productiva.

Qué no hacer:

- Dar sesiones informativas dirigidas solamente a aprender sobre

## Prevención y Promoción SM en el Aula

los riesgos de las drogas (recomendamos proporcionarles habilidades sociales para afrontarlas).

- Informar atemorizando sobre las drogas, transmitiendo miedo o exagerando los efectos, (recordemos que a los adolescentes les gusta explorar lo prohibido y su concepto de riesgo es diferente al del adulto). No debe consistir en un inventario exhaustivo de las diferentes drogas, sus características, sus efectos, etc. porque esto puede incentivar la curiosidad de chicos y chicas.
- Intervenciones puntuales o aisladas, sin continuidad en otras áreas y/o en otros cursos. Por ser más breves no perdura su influencia.
- Programas centrados en trabajar solamente algún elemento parcial del funcionamiento psicosocial de los alumnos (los que tratan al joven globalmente son más efectivos).

Qué hacer:

- Dar información siempre que:
  - Esté adaptada a la edad y a las necesidades de los alumnos.
  - Sea objetiva y realista, orientada a desactivar los mitos y creencias erróneos.
  - Centrándose en aquellas consecuencias inmediatas cercanas a los alumnos: aspectos sociales y psicológicos de las sustancias y no centrarse sólo en lo farmacológico.
  - Fomentar y entrenar en habilidades sociales, para mejorar sus relaciones entre iguales, facilitando respuestas asertivas a la presión de grupo.
  - Debe resaltar los aspectos positivos del no consumir sobre los negativos de hacerlo.

En resumen, desde el ámbito educativo se pueden fomentar algunos factores de protección sin utilizar técnicas específicas diferentes de las

## Prevención y Promoción SM en el Aula

educativas habituales, como son las dirigidas al incremento de la autoestima, el fomento de la participación, la promoción de alternativas de ocupación del tiempo libre que ayuden a elegir estilos de vida saludables incompatibles con el uso de droga y el fomento del desarrollo de habilidades y recursos personales que refuercen al adolescente y le hagan menos vulnerable frente a las presiones que ejerce el entorno para estimular el consumo de sustancias.

### 7.- Bibliografía recomendada

- Encuesta ESTUDES 2016/2017:  
[http://www.pnsd.mschs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_ESTUDES.htm](http://www.pnsd.mschs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm)
- "Guía de programas y materiales para la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana"  
<http://www.san.gva.es/documents/156344/1655716/Gu%C3%ADaBajaRes.pdf>
- Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. (2002). Begoña Iglesias, E.
- Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes. (2004) NIDA (National Institute on Drug Abuse).
- Habilidades para la vida. Manual para aprenderlas y enseñarlas. (2007) Leonardo Mantilla Castellano. EDEX.  
<http://www.habilidadesparalavida.net/habilidades.php>

## 8.- ¿Dónde buscar más información?

- <http://www.lascarasdelalcohol.com>
- <http://www.fad.es/>
- <http://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>
- <http://www.drinkaware.co.uk/>
- <http://www.hablemosdedrogas.org/exposicion#START>
- <http://www.lasdrogas.info/>
- <http://drugfreeazkids.org/>
- <https://energycontrol.org/>
- <http://www.controlaclub.org/>
- <http://www.ordago.net/>
- <https://www.psicoadictiva.com/blog/las-drogas-principales-caracteristicas/>
- <http://www.pnsd.mschs.gob.es/>
- <http://www.drogasycerebro.com>











GENERALITAT  
VALENCIANA

DEPARTAMENT DE SALUT DE  
LA RIBERA