EDUCACIÓN, SOCIEDAD **Y PENSAMIENTO CRÍTICO**

Proyecto de Innovación Docente:
Promoción de la competencia crítica y la capacidad de afrontar las situaciones estresantes mediante el estudio de casos socieducativos.

- Universidad de Huelva - (España)

Coordinadores:
Gustavo García
Javier Augusto Nicoletti
Francisco José García Moro
Diego Gómez Baya

PEQUÉN ACADÉMICO

Universidad de Huelva

Educación, sociedad y pensamiento crítico / Gustavo Garcia... [et al.] ; compilación
de Gustavo Garcia ... [et al.]. - 1a ed revisada. - General Rodríguez : Pequén Académico, 2023.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-47972-8-5

1. Educación. 2. Discapacidad. 3. Participación Ciudadana. I. Garcia, Gustavo, comp.
CDD 370.13

ISBN 978-987-47972-8-5

9 789874 797285

Los contenidos de los artículos son exclusiva responsabilidad de sus autores

ÍNDICE

Educación, sociedad y pensamiento crítico ……. 4

Gustavo García- Javier Augusto Nicoletti - Francisco José García Moro - Diego Gómez Baya

Educación Física. accesibilidad y modelo social de la discapacidad …….. 7

Gustavo García

El desafío de pensar en forma crítica desde la mirada de estudiantes universitarios … 18

Javier Augusto Nicoletti - Francisco José García Moro - Diego Gómez Baya

Programa de prevención de la violencia de género en adolescentes de 11 a 13 años, mediante el fomento de la igualdad de género en el entorno educativo …… 30

Cristina Rasero Giles

Programa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 12 a 16 años desde el ámbito educativo …… 65

Carmen Orellana Calurano

Proyecto NO A las Drogas – NOAD. Programa de prevención del abuso de alcohol y otras drogas en último ciclo de Educación Primaria mediante la promoción de competencias personales y habilidades sociales …… 96

Alba Gómez Ortega

Atención Temprana ante el albinismo: Revisión sobre técnicas de intervención en la primera infancia ……... 137

Alexandra María Jimeno Vizcaíno

Formación en Educación Física e inclusión …… 178

Gustavo García

Estudiantes universitarios respondiendo acerca del pensamiento crítico …… 188

Javier Augusto Nicoletti - Francisco José García Moro - Diego Gómez Baya

Educación, sociedad y pensamiento crítico

Gustavo García
Universidad Nacional de La Matanza -Argentina-
Javier Augusto Nicoletti
Universidad Nacional de La Matanza -Argentina-
Francisco José García Moro
Universidad de Huelva -España-
Diego Gómez Baya
Universidad de Huelva -España-
(Coordinadores)

El libro que se presenta se enmarca en el Proyecto de Innovación Docente: *PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA CRÍTICA Y LA CAPACIDAD DE AFRONTAR LAS SITUACIONES ESTRESANTES MEDIANTE EL ESTUDIO DE CASOS SOCIEDUCATIVOS* de la Universidad de Huelva -España- y busca ser un espacio de encuentro multidisciplinario constructivo de diferentes propuestas, reflexiones y estudios que alienten la discusión socioeducativa.

Hoy en día fomentar el intercambio de ideas es una necesidad constituida a los fines de promover un debate crítico de los conocimientos y el alcance de sus consecuencias, en favor de colaborar en una sociedad tolerante e inclusiva.

De esta forma, a través de los distintos aportes que se exponen por parte de los autores, se coordina una propuesta global e integradora de diferentes miradas que confluyen en un sentido de mejora permanente.

Los capítulos que se muestran responden a autores de universidades localizadas en España y en la República Argentina, lo que brinda, además de la riqueza conceptual multidisciplinaria y un estado de la cuestión de aspectos que son tema de interés para los distintos ámbitos educativos y contextos sociales mencionados.

El primer capítulo, es realizado por Gustavo García (Universidad Nacional de La Matanza), y lleva por título "Educación Física. accesibilidad y modelo social de la discapacidad".

Un segundo capítulo es la investigación elaborada conjuntamente por Javier Augusto Nicoletti (Universidad Nacional de La Matanza), Francisco José García Moro (Universidad de Huelva) y Diego Gómez Baya (Universidad de Huelva). El título del estudio es "El desafío de pensar en forma crítica desde la mirada de estudiantes universitarios".

Posteriormente, como capítulo tercero, Cristina Rasero Giles (Universidad de Huelva), presenta su trabajo titulado "Programa de prevención de la violencia de género en adolescentes de 11 a 13 años, mediante el fomento de la igualdad de género en el entorno educativo"

El cuarto capítulo lleva por título "Programa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 12 a 16 años desde el ámbito educativo" y es un trabajo realizo por Carmen Orellana Calurano (Universidad de Huelva)

Luego, Alba Gómez Ortega (Universidad de Huelva), presenta en el quinto capítulo su trabajo denominado "Proyecto NO A las Drogas – NOAD. Programa de prevención del abuso de alcohol y otras drogas en último ciclo de Educación Primaria mediante la promoción de competencias personales y habilidades sociales"

El capítulo sexto titulado "Atención Temprana ante el albinismo: Revisión sobre técnicas de intervención en la primera infancia" es una elaboración de Alexandra María Jimeno Vizcaíno (Universidad de Huelva).

El capítulo séptimo es un estudio reflexivo realizado por Gustavo García (Universidad Nacional de La Matanza) que se denomina "Formación en Educación Física e inclusión".

Finalmente, Javier Augusto Nicoletti (Universidad Nacional de La Matanza), Francisco José García Moro (Universidad de Huelva) y Diego Gómez Baya (Universidad de Huelva), presentan el octavo y último capítulo, con la investigación que lleva de título "Estudiantes universitarios respondiendo acerca del pensamiento crítico".

Como puede observarse la diversidad de temáticas pone a la luz que el Proyecto de Innovación Docente: *PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA CRÍTICA Y LA*

CAPACIDAD DE AFRONTAR LAS SITUACIONES ESTRESANTES MEDIANTE EL ESTUDIO DE CASOS SOCIEDUCATIVOS de la Universidad de Huelva -España, es una propuesta integradora que incluye entre sus metas promocionar la participación de estudiantes, docentes e investigadores con el sentido de afianzar el debate crítico, enriquecedor y formativo.

Educación Física. accesibilidad y modelo social de la discapacidad

Gustavo García
Universidad Nacional de La Matanza - Argentina

Introducción

Diversos estudios ponen el foco en que la accesibilidad en sus distintas variantes y escenarios garantiza la inclusión plena de las personas con discapacidad, siendo por tanto un aspecto imprescindible al momento de plasmar una perspectiva social y respetuosa de los derechos humanos que conlleve de una educación inclusiva.

Se necesita lograr que un conjunto de medidas y acciones globales y específicas faciliten la inclusión de las personas con discapacidad, respetando su condición, sus derechos, eliminando la desigualdad y, fundamentalmente, colaborando en su empoderamiento personal y social.

Para ello, es importante que las personas con discapacidad también sean participes en su elaboración, siendo consultadas respecto de sus deseos, necesidades y mayores inquietudes y con ello contribuir respecto del diseño, puesta en marcha y continuidad de los diferentes programas y estrategias que se implementen con el sentido de promover la participación. En definitiva, urge que las personas con discapacidad ocupen el rol de protagonistas plenos y necesarios en el tejido social.

Según la Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad (ONU, 2019), se entiende como *"un enfoque coherente y sistemático de la inclusión de la discapacidad en todas las esferas de actuación y programación"*.

Los modelos de la discapacidad

Resumiendo y simplificando los matices de las miradas históricas al respecto de la discapacidad, se suelen observan modelos que son claramente diferenciados:

- Un modelo donde se ven que esferas ajenas al ser humano determinaban la condición, que era consecuencia de castigos divinos por comportamientos inapropiados para la moral de la época.

  La resultante de esta visión era la eugenesia o más adelante la marginación social. Nada tenían para aportar las personas con discapacidad, que eran vistas como una carga a arrastrar por los padres y la sociedad.

- Un modelo médico rehabilitador, donde la discapacidad deja de tener un origen divino para pasar a ser una problemática científica, centrada en la dicotomía salud/ enfermedad.

-

  Se hace foco en la problemática individual de la persona, la cual debe ser normalizada para poder cumplir un rol social. Esta mirada se inicia en la modernidad y se consolida a causa de las guerras y los accidentes de trabajo en la primera mitad del siglo veinte.

- Un modelo de fines de la década del ´60 del siglo veinte, que impulsó el modelo actual, denominado modelo social y de derechos

> En el mismo, si bien no se desconocen las causas que pueden generar una condición de discapacidad, se sostiene que el problema radica en que los contextos sociales no están preparados para atender las características individuales de cada persona. La discapacidad se presenta en la escasa o nula articulación entre posibilidades, intereses y ambiente.

Se puede afirmar que el rechazo a los fundamentos de los históricos modelos fue la base sobre la cual se gestó el paradigma social, donde la inclusión es el pilar fundamental en la consideración de la persona con discapacidad.

Esta situación generó un verdadero quiebre en todas las políticas a implementar para hacer frente a esta nueva realidad.

Es dable destacar que a pesar de que tratados internacionales, legislación, bibliografía y multiplicación en los medios masivos de comunicación sostienen la aplicación del modelo social y de derechos, los paradigmas coexisten.

Por ello es importante remarcar que esa coexistencia genera variados modelos de intervención con respecto a las personas con discapacidad, dificultando la coherencia en políticas y estrategias de inclusión social que impactan en el aspecto educativo (que incluye a la Educación Física), sanitario y laboral fundamentalmente.

A continuación, se presentan los rasgos salientes de cada uno de los modelos mencionados, donde se evidencia que el modelo social y de derechos es un camino fundamental para una educación inclusiva.

MODELOS / RASGOS	Modelo de Prescindencia (eugenésico/ marginación)	Modelo Médico Rehabilitador	Modelo Social y de Derechos
Noción de persona con discapacidad	Nada tiene que aportar a la sociedad.	El énfasis se sitúa en la persona y su "deficiencia".	Se basa en las limitaciones para dar respuestas de la propia coyuntura social.
Tratamiento de niños y niñas con discapacidad	Infanticidio. Marginación.	Se debe tratar de llegar a la "normalización de estos niños".	Misma posibilidad de desarrollo que niños sin discapacidad.
Medios de subsistencia	Mendicidad. Bufonería. Exposición.	Asistencia social.	Seguridad social y trabajo ordinario.
Respuestas sociales	Tratamiento cruel y persecuciones.	Mirada paternalista que conlleva a la discriminación y subestimación.	Inclusión social.

Cuadro N°1. Paradigmas de la discapacidad. Fuente: Palacios (2008).

El Cuadro N°1, a partir de una síntesis de los desarrollado respecto de una mirada de la discapacidad con posibilidad de discriminar modelos que tienen principales rasgos

o características en su evolución epistemológica y desde una perspectiva histórica, se evidencia claramente que el derecho a la educación de las personas con discapacidad, sólo es posible en el modelo social, ya que se pregona la inclusión, se exige respuestas a la coyuntura y un trato equitativo.

Por ello, es dable destacar que la educación física cobra sentido en el contexto de un modelo social y de derechos; en cualquiera de los otros paradigmas pensar la inclusión educativa de estudiantes con discapacidad sería utópico.

La sociedad toda se debe la posibilidad de repensarse, para poder establecer ese punto intermedio necesario entre las demandas coyunturales y las posibilidades de los ciudadanos.

Es interesante volver a remarcar que los modelos coexisten, que son miradas sociales y como tales, resulta imposible dar un punto final taxativo para comenzar con otro.

Es por eso, que tomando de base lo planteado hasta aquí, y complementando con los resultados de diversidad de investigaciones como la que realizaron Ortiz Colón, Agreda Montoro y Colmenero Ruiz (2018), que plantean el propio profesorado señala que no se considera suficientemente preparado para dar las respuestas educativas que necesitan los alumnos con discapacidad; y la realizada recientemente por Cascone, de Cesare y D´Elia (2020), la cual estuvo focalizada en la formación del profesorado de educación física para personas con discapacidad, se observa que la principal dificultad a la que se enfrentan los profesores de educación física en relación con alumnos con discapacidad es la incapacidad de planificar clases inclusivas.

Esta realidad confirma necesidad que la formación del profesor de educación física cuente con una preparación más pedagógica, social e inclusiva para actuar de manera más eficaz ante la problemática de la discapacidad de sus alumnos.

En este marco, es necesario repensar acerca de una formación universitaria en las carreras de educación física que interprete la importancia de la participación de todas las personas (más allá de sus características), que se presente como garantizadora de derechos, de equidad de oportunidades, suprimiendo todo tipo de exclusión y marginación, promoviendo la visibilización de la capacidad de todos los participantes de la actividad desde una perspectiva social.

No obstante, a pesar del modo en que se considera la problemática de la discapacidad desde una perspectiva social y de derechos, se entiende que esta palabra está cargada de matices y de subjetividades que se manifiestan a diario y son la resultante de los modelos que históricamente signaron la cuestión, actuando en muchas ocasiones como contaminantes de modelos de intervención actualizados.

Entre los aportes internacionales al tema, se considera la clasificación de la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2001), donde se *"indican los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales (ambientales y personales)".*

Así el término discapacidad se relaciona a las posibilidades del individuo con su entorno, reconociendo a las personas sin imposición de criterios (Booth y Ainscow, 2015).

Los factores contextuales referidos son los apoyos facilitadores disponibles para la plena participación de la persona con discapacidad.

Autores como Verdugo (1997), enfatizan que "*la discapacidad no está fijada ni dicotomizada, siendo más bien fluida y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal".*

El valor del modelo social de la discapacidad

Tomando en cuenta lo expresado hasta aquí, se produce un cambio de dirección, en la cual la atención ya no queda exclusivamente en la identificación y conocimiento de limitaciones de la persona, sino que se focaliza en las características que presenta su entorno.

Este planteo no implica que, en términos de Verdugo Alonso, Schalock y Gómez Sánchez (2021), *"a que pesar del gran cambio que se ha producido hacia modelos contextuales y socia-les, todavía persisten y están presentes visiones simplistas (...)".*

Es dable destacar que, al referirse a factores contextuales, se hace hincapié en los productos y las tecnologías, el entorno natural y las modificaciones en ese entorno

realizadas por el hombre, los apoyos y relaciones (en un plano más personal), las actitudes sociales y los servicios, sistemas y políticas.

Es por eso que la educación física debe ampliar sus alcances y metodologías para el disfrute del conjunto de la sociedad, y para ello se debe replantear permanentemente sus saberes teóricos y prácticos conformando un saber aplicado a las necesidades de todas las personas.

A opinión de Ezcurra (2007:43), sin el compromiso docente *"aquellas estrategias de desarrollo profesional y formación carecen de cimientos y viabilidad"*.

En consecuencia, la educación física se debe ocupar de encontrar mecanismos de eficiencia científica y técnica que respondan a la complejidad de reflexionar y aplicar conocimientos que aborden los problemas reales de todas las personas, sin discriminación ni prejuicios de ningún tipo.

Es tarea del profesorado en educación física preparar a sus estudiantes para interpretar la diversidad y naturalizar la relación con respecto a personas con discapacidad.

En este sentido, deben pensarse estrategias de inclusión educativa que contemplen los ajustes racionales necesarios para generar participación de las personas con discapacidad deben contemplar las siguientes dimensiones:

- La dimensión docente: no solo como reproductor de contenidos, sino también como mediador entre las demandas del entorno y las posibilidades del estudiante.

- La dimensión de la infraestructura: cumpliendo con los requisitos y adaptaciones universales adecuadas para las personas con discapacidad.

- La dimensión de la comunidad educativa toda: creando conciencia y generando actitudes positivas en torno a la inclusión.

Una educación física inclusiva no se limita al espacio intra-áulico propio de la institución, sino que también compete a los espacios externos de capacitación, como el caso de pasantías en diferentes organismos, participación en eventos sociales sensibilizadores de la problemática y becas de formación, entre otros.

También se puede recuperar el estudio de Graf, Marini y Balnkenship (2009), que demostraba la mayor frecuencia de barreras que experimentaban personas con discapacidad eran las ambientales y de actitud, que llevaban en general a adoptar una postura de enojo y frustración por la discriminación que habían sufrido.

A su vez, la posibilidad de los alumnos con discapacidad de ser aceptado e interactuar con otros alumnos sin discapacidad se considera como una experiencia que se define como exitosa (Reina, Hutzler, Iñiguez Santiago, y Moreno Murcia, 2016).

Así, las actitudes se convierten en un problema en el marco de la educación inclusiva, por su influencia negativa a que los alumnos con discapacidad participen en el contexto de la escuela.

En esta realidad, O'Shea y Smedema (2014), asumen la importancia de fomentar intervenciones que sean las más adecuadas para bordar el estrés y la frustración, destacando, entre otras, promover la participación en actividades relacionadas al ocio al ejercicio de manera grupal.

Conclusiones

La educación física tiene mucho por ofrecer, en la medida que cuente con un profesorado calificado para este tipo de intervenciones y conocedor de las actitudes.

A partir de ello, *"el profesorado puede proponer y elaborar programas y metodologías que favorezcan el cambio hacia una actitud más positiva del alumnado, por ejemplo, experimentando diferentes tipos de discapacidad o practicando deportes adaptados"* (Rodríguez Servián, Alcázar Jiménez y Cabeza Ruiz, 2022:129).

También es importante un profesorado que pueda poner atención a la manera en que los estudiantes con discapacidad se presentan en el contexto escolar (Di Maggio, Ginevra, Santilli, y Nota, 2022), con capacidad para aportar información concreta sobre la discapacidad de los estudiantes al grupo de trabajo (Ginevra, Vezzali, Camussi, Capozza, y Nota, 2021).

En síntesis, la formación en el campo de la discapacidad requiere de la puesta en marcha de diferentes dimensiones asociadas entre sí, que permitan que los futuros profesionales de la educación física encuentren un espacio formativo que facilite el reconocimiento de la equidad en el abordaje de la educación con personas con discapacidad.

Además, como se ha señalado, la educación física es un campo de intervención educativa capaz de aportar herramientas integradoras y promotoras de la salud física y mental y social a todas las personas con independencia de sus características personales.

Por ello se concluye que estudiar sobre las modalidades de formación en el campo de la educación física y la discapacidad se presenta como un aspecto de relevante consideración.

Se tratará de pensar una educación física que entienda el valor de la accesibilidad, de los apoyos y ajustes que sean razonables que permita que las personas con discapacidad puedan disfrutar de los beneficios del conocimiento y de acceder a la información. En este sentido, la formación de los profesores física será de importancia para una sociedad inclusiva.

Referencias

Booth, T., & Ainscow, M. (2015). *Guía para la Educación Inclusiva: Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares.*

Cascone, C., de Cesare, G.R., y D'Elia, F. (2020). Physical education teacher training for disability. *Journal of Human Sport and Exercise*, 15(3proc), S634-S644

Di Maggio, I., Ginevra, M., Santilli, S. y Nota, L. (2022) Elementary school students' attitudes towards peers with disabilities: The role of personal and contextual factors, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47:1, 3-11

Ezcurra, A. (2007). *Los estudiantes de nuevo ingreso: democratización y responsabilidad de las instituciones universitarias*. San Pablo: Cuadernos de pedagogía universitaria.

Ginevra, M. C., Vezzali, L., Camussi, E., Capozza, D., & Nota, L. (2021). Promoting positive attitudes toward peers with disabilities: The role of information and imagined contact. *Journal of Educational Psychology*, 113(6), 1269–1279.

Gómez Sánchez, L. E., Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2021). A new paradigm in the field of intellectual and developmental disabilities: Characteristics and evaluation. *Psicothema*.

Graf, N. M., Marini, I., & Blankenship, C. (2009). 100 words about disability. *Journal of Rehabilitatio*n,75(2), 25–34.

O.M.S. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión abreviada*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ONU (2019). Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad. ONU.

Ortiz Colón, A.M.; Agreda Montoro, M.; Colmenero Ruiz, M.J. (2018). Toward Inclusive Higher Education in a Global Context. *Sustainability* 10, 2670. https://doi.org/10.3390/su10082670

O'Shea, A., & Smedema, S. M. (2014). Understanding depressive symptoms among individuals with spinal cord injuries: A biopsychosocial perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(1), 20–28

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ed. Cinca.

Reina, R.; Hutzler, Y.; Iñiguez-Santiago, M. C., & Moreno-Murcia, J. A. (2016). Attitudes towards Inclusion of Students with Disabilities in Physical Education Questionnaire (AISDPE): A two-component scale in Spanish. *European Journal of Human Movement,* 36, 75–87.

Rodríguez Servián, M., Alcázar Jiménez, R. y Cabeza Ruiz, R. (2022). Actitud del alumnado hacia la educación física inclusiva en función del tipo de discapacidad:

validación de dos cuestionarios. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte.* 68(18), 127-140.

Verdugo, M. A. (1997). A review of research published from 1991 to 1995 in 12 journals on research on mental retardation. Keynote address. 121st AAMB Annual Meeting, New York City, May 28

El desafío de pensar en forma crítica desde la mirada de estudiantes universitarios

Javier Augusto Nicoletti

Universidad Nacional de La Matanza - Argentina

Francisco José García Moro

Universidad de Huelva – España

Diego Gómez Baya

Universidad de Huelva – España

Introducción

Al momento de indagar sobre el pensamiento crítico queda al descubierto que es un tema de interés que cuenta con el respaldo de importantes estudios que lo consolidan como área de relevancia.

Pudiéndose visualizarse resultados que son positivos a situaciones propias de realidades de la cotidianeidad, el pensamiento crítico es un tema que, si bien lo trasciende, aplica al propio espacio educativo. (Dwyer, 2023). Será en este ámbito de la educación, donde el pensamiento crítico se vuelve un objetivo (Dekker, 2020; Bensley, 2023), una competencia que puede ser mejorada (Dwyer, 2023).

Lo planteado alcanza a los distintos actores inmersos en la educación, como lo son los estudiantes y quienes se dedican a la investigación y a la docencia, pero también los que desarrollan las políticas públicas, los cuales observan que desarrollar las habilidades de pensamiento crítico es una de las prioridades de la educación, así como una necesidad en materia de las mencionadas políticas públicas (Thornhill-Miller, et al, 2023).

El pensamiento crítico cuenta con muchas definiciones (Dekker, 2020; DeWaelsche, 2015), lo que se reflejará en la dificultad de una encontrar una única (Altun & Yildirim, 2023), y en consecuencia en la presencia de una variedad de significados, los cuales se encuentran, por tanto, condicionados por múltiples aspectos tanto subjetivos como del propio contexto (Kahlke & Eva, 2018).

Halpern & Dunn (2021), explican que es un concepto utilizado en la descripción del pensamiento que se orienta, en forma razonada y con habilidades que son reflexivas y efectivas, a un propósito, a una meta, por lo cual se verá relacionado con resolver problemas y tomar decisiones, entre otras muchas cuestiones más.

Sobre la base los planteos de Halpern (1998), es importante comprender el valor de las habilidades que podrían denominarse como cognitivas por el sustento que aportan a la vida social, pero también debe reconocerse que el pensamiento crítico promueve el cambio social, posibilitando crear soluciones a problemáticas en entornos y temporalidades que son reales. Sin dejar de lado que promociona personas con una independencia basada en la evidencia por sobre los prejuicios (Papathanasiou et al, 2014), e incluso por sobre aquellas explicaciones que en muchos casos carecen de una fundamentación.

Así pues, considerando su valor, es que debe estar integrado a los planes de estudios (Spector & Ma 2019), incluso sus capacidades deben desarrollarse desde el primer curso académico (Thomas, 2011), siendo necesario considerar que tipo de conceptualización realizan los estudiantes del pensamiento crítico para el diseño de propuestas formativas capaces de cumplir expectativas como aquellas que pertenecen, por ejemplo, al mercado laboral (Pnevmatikos et al, 2023), dado que es valorado por los representantes del mismo (Lithoxoidou & Georgiadou, 2023).

La relevancia de una formación que pueda promover adquirir aquellas competencias que sean facilitadoras de lograr que el pensamiento crítico, deberá desplegarse en el desarrollo de nuevas capacidades para dar las respuestas que requieren los tiempos actuales (García Moro, 2015; García Moro et al, 2022), dado que el pensamiento crítico puede colaborar para la resolución de problemas reales (Halpern & Dunn (2021), contribuir también al propio éxito profesional (Hsu, 2021), además de destacar su necesidad al momento de poder detectar, lo sesgos cognitivos que podrían ser

limitantes de razonamiento para su consecuente superación (Thornhill-Miller, et al, 2023).

Estos planteos se refuerzan, más aún, considerando que otros estudios muestran. que pensar de manera crítica le servirá al estudiante para ser un buen profesional (Nicoletti et al, 2023) y que el pensamiento crítico es un aspecto que los estudiantes suelen estar de acuerdo, cuando, por ejemplo, se busca analizar la información en forma crítica (García Moro et al. 2023).

Por ello, es necesario entender que debería formar parte de la formación también de los futuros docentes y profesores, dado que les permite, entre otras cuestiones, que puedan adquirir capacidades, como, por ejemplo, de cuestionar (Aycicek, 2021), facilitarles adaptarse a cambios y desarrollar experiencia en el mismo (Altun & Yildirim, 2023), siempre considerando el rol estratégico de implementar prácticas para formar en las habilidades y disposiciones propias del pensamiento crítico (Lithoxoidou & Georgiadou, 2023). De esta forma, a medida que puedan aplicarlo tendrán una mayor capacidad para que sus estudiantes también puedan desarrollarlo (Straková & Cimermanová, 2018).

Indagar en el pensamiento crítico llevará entonces a buscar el reconocimiento y presencia de un conjunto de estrategias y diferentes formas pedagógicas de intervención que pretenden superar la repetición memorística y la aceptación de verdad indiscriminada de la información que conforman los contenidos para pasar a fortalecer la escucha, la interpretación, la comprensión, la asimilación y la apropiación de los conocimientos para su efectiva aplicación. Esto conduce, tanto a reconocer la dificultad de su enseñanza (Hsu, 2021), como a la importancia de reconocer que poder pensar en forma crítica implica tanto esfuerzo como tiempo (Spector & Ma, 2019) y junto con ello, también práctica, puesto que su desarrollo no es automático (Persky et al, 2019).

En este punto, se destaca que la reflexión encuentra correspondencia con la posibilidad del desarrollo del pensamiento crítico, además que éste, juega un rol fundamental en transformar la educación en su camino hacia la denominada sustentabilidad (Straková et al, 2018).

La investigación y los resultados

El objetivo del estudio fue reconocer opiniones de los estudiantes universitarios respecto del costo de la implementación del pensamiento crítico. Para ello, se optó por la selección de variables del cuestionario *Escala Motivacional de Pensamiento Crítico – EMPC*- (Valenzuela, 2007).

El estudio, de carácter intencional, se aplicó, en forma anónima y voluntaria, en el año 2023 a una muestra que alcanzó a 100 estudiantes de una institución correspondiente a una universidad localizada geográficamente en el Conurbano de la Provincia de Buenos Aires (Argentina).

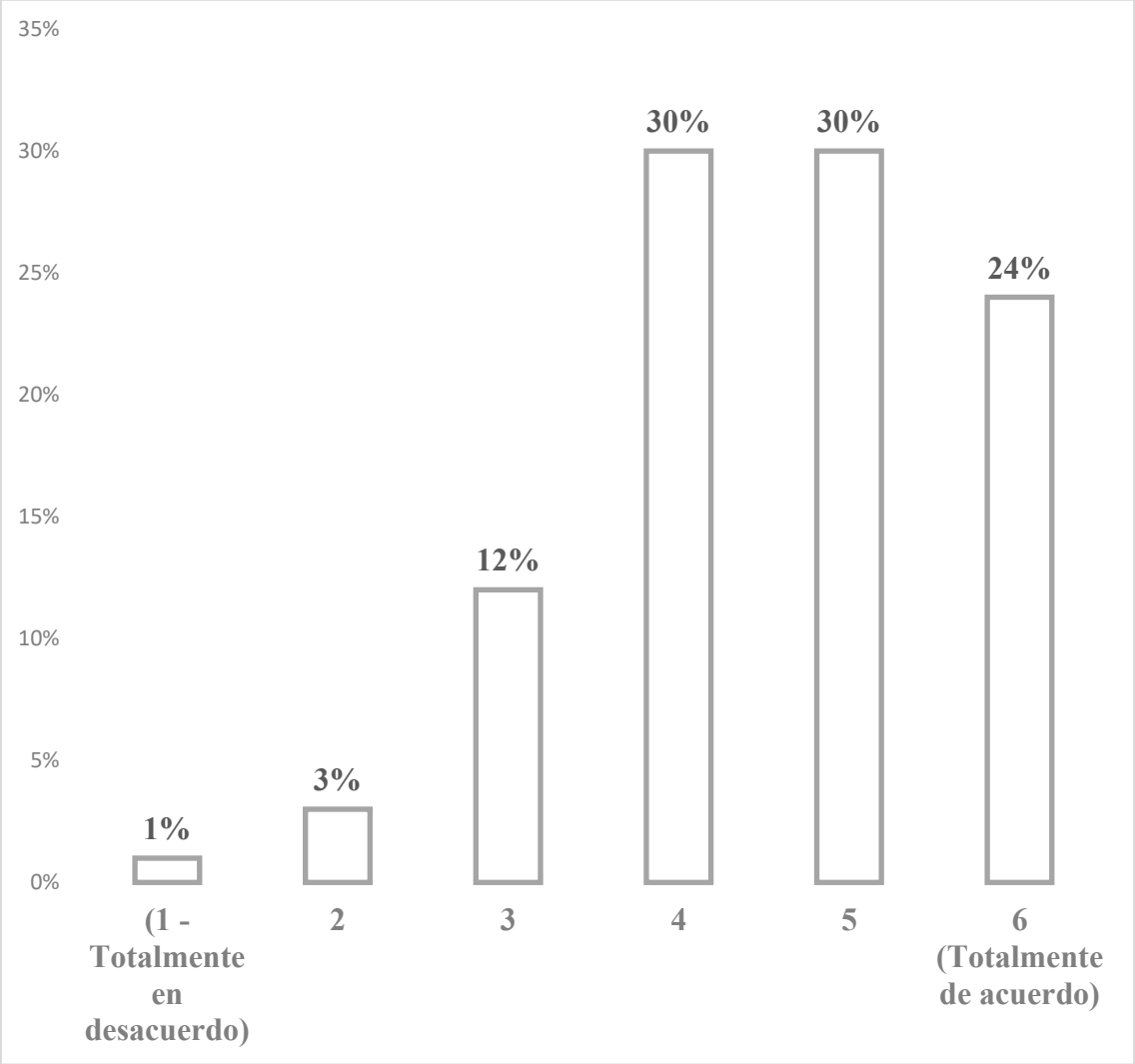
Las variables corresponden a la dimensión de *costo* del cuestionario mencionado. Las afirmaciones utilizadas para su aplicación plantean opciones de respuesta que van del 1 al 6, donde 1 es totalmente en desacuerdo y el 6 es totalmente de acuerdo. El análisis estadístico se realizó con el software InfoStat.

Las afirmaciones que respondieron los estudiantes que participaron de la investigación, son las siguientes:

- ***Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades***
- ***Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar***
- ***Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico***

A continuación, se muestran los resultados alcanzados.

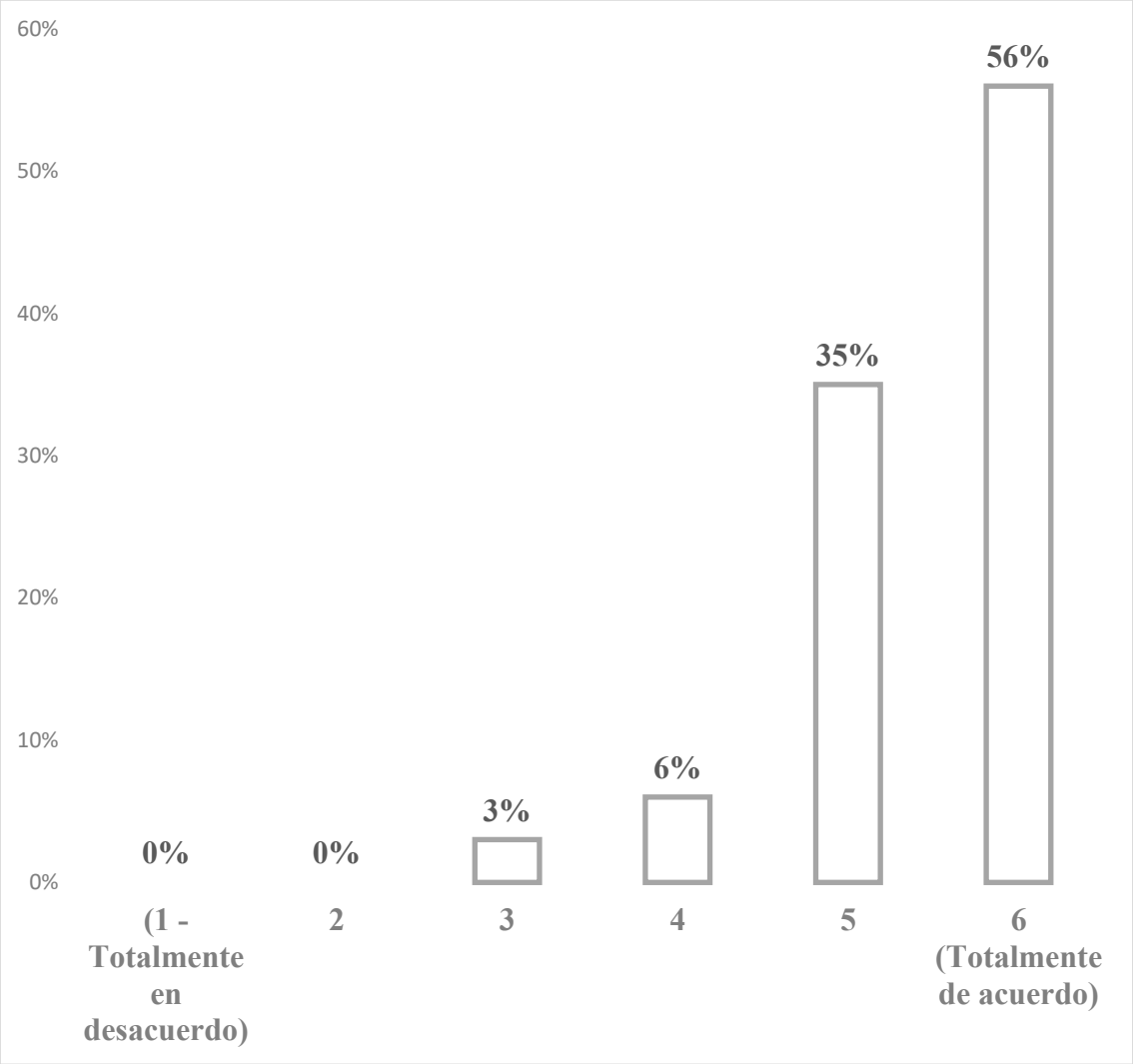
Gráfico 1. *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades*



El Grafico 1, pone de relieve que el 24% de los estudiantes responde estar totalmente de acuerdo (puntuación 6), en cuanto a la consigna: *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades*. Por su parte, la mayoría (60%) señala la puntuación 5 (30%) y la puntuación 4 (30%).

Además, un 12% plantea una puntuación 3, mientras que el 5% restante afirma una puntuación 2 (3%), y una puntuación 1 (1%), siendo que está ultima implica estar totalmente en desacuerdo.

Gráfico 2. *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar*

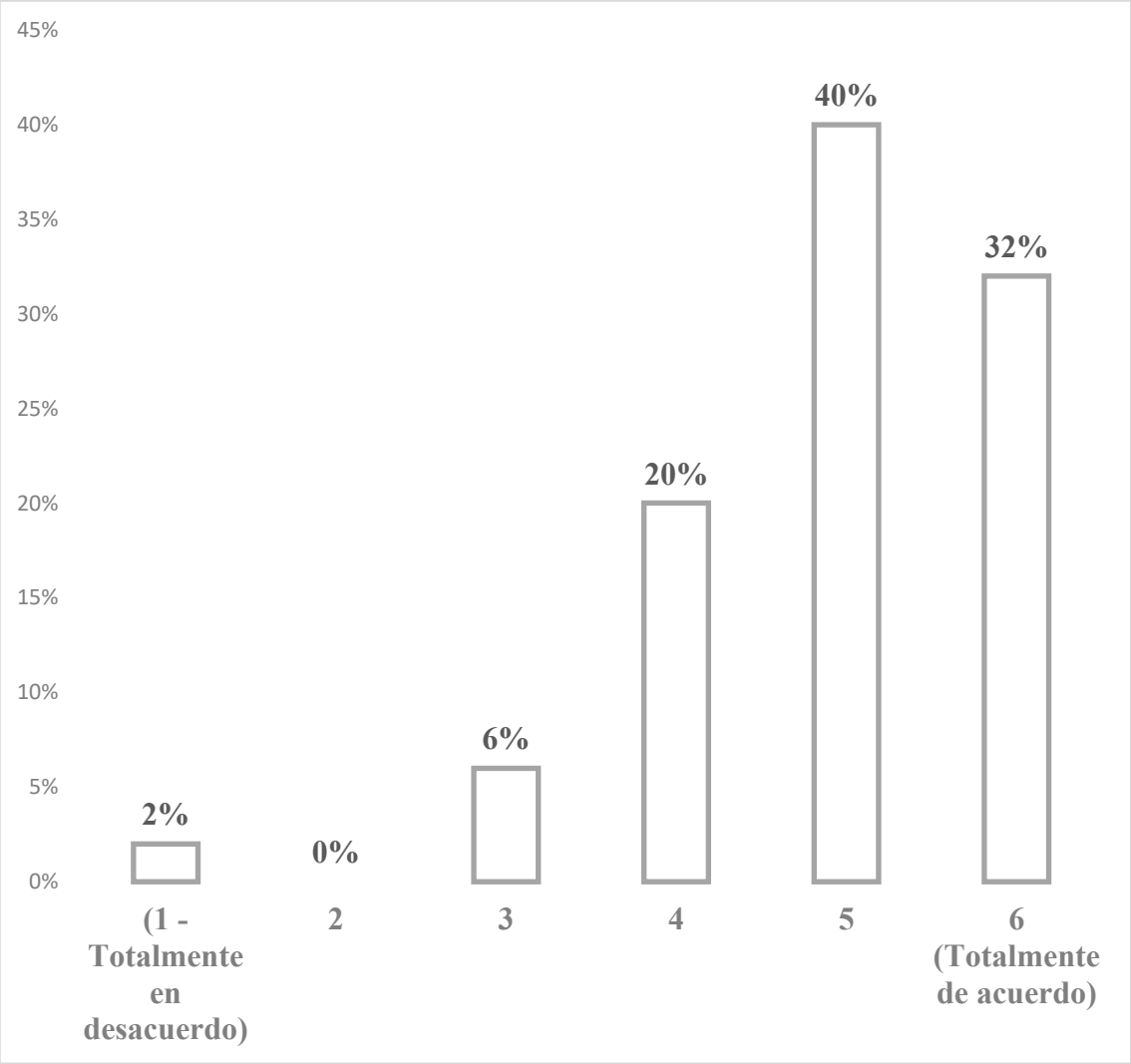


A diferencia del Gráfico 1, en el Gráfico 2 se muestra que más de la mitad de los estudiantes, lo que se traduce en un 56% de los mismos, señala estar totalmente de acuerdo (puntuación 6), al momento de responder la consigna: *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar*, tal como puede observarse a continuación.

En este Gráfico 2, también se aprecia que el resto de los estudiantes encuestados semana un grado de acuerdo medio o superior frente a la consigna: la Puntuación 3

alcanza un 3%, la Puntuación 4 un 6% y la Puntuación 5 es respondida por el 35% restante de los consultados.

Gráfico 3. *Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico*



Por último, la consigna: *Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico*, es reconocida como totalmente de acuerdo por un 32%, siendo que la puntuación más respondida es la Puntuación 5 con un 40%. Un 26% se reparte entre la Puntuación 4 (20%) y la puntuación 3 (6%); y el 2% restante de los estudiantes afirma estar totalmente en desacuerdo (Puntuación 1).

En relación al promedio general de las distintas variables analizadas la puntuación es una M=4.97, según lo refleja la siguiente Tabla 1.

Tabla N°1. *Medidas resumen*

Variable	**n**	**Media**	**D.E.**	**Mín**	**Máx**	**Mediana**
Tiempo de otras actividade..	100	4,57	1,13	1,00	6,00	5,00
Tiempo y esfuerzo	100	5,44	0,74	3,00	6,00	6,00
Invertir tiempo	100	4,92	1,04	1,00	6,00	5,00

Asimismo, la Tabla 1 deja evidenciado que la variable: *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar* es la que obtiene el promedio mayor con una M=5,44, superando a las variables: *Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico* (M=4,92), y *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades* (M=4,57).

Por su parte, al precisar las distintas respuestas vertidas por los participantes se encuentra resultados que merecen su consideración.

Es así que del total de estudiantes que señala estar totalmente de acuerdo – Puntuación 6 – frente a la consigna: *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar:*

- el 34% afirma lo mismo (Puntuación 6 – Totalmente de acuerdo) respecto de la consigna: *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades.*

- en cambio, el 25% de dichos alumnos responde una Puntuación 5; el 30% responde una Puntuación 4; el 9% responde la Puntuación 3; y el 2% restante directamente pasa a responder estar totalmente en desacuerdo – Puntuación 1-. respecto a la consigna señalada: *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades*

Continuando la exploración de las distintas respuestas expresadas por el total de estudiantes que señala estar totalmente de acuerdo – Puntuación 6 – frente a la consigna: *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar*, se observa:

- un 43% señala la misma Puntuación 5 – totalmente de acuerdo – cuando es consultado con la consigna: *Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico,*

- un 35% responde una Puntuación de 5; el 16% una Puntuación de 4; el 4% lo hace con una Puntuación de 3,

- el 2% restante de los alumnos, por contraparte, responde la Puntuación 1-estar totalmente en desacuerdo -.

En relación al total de estudiantes que señala estar totalmente de acuerdo – Puntuación 6 – frente a la consigna: *Vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico,* se aprecia lo siguiente:

- un 37% señala la misma Puntuación 6 – totalmente de acuerdo – cuando es consultado con la consigna: *Si tengo un problema que requiere razonar de manera crítica estoy dispuesto a sacrificar tiempo de otras actividades.*

- un 75% señala la misma Puntuación 6 – totalmente de acuerdo – cuando es consultado con la consigna: *Estoy dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar mi manera de razonar*.

Conclusiones

Esta investigación explora variables del cuestionario EMC (Valenzuela, 2007), relacionadas a la dimensión de *costo*, poniendo en escena que los estudiantes consideran que el razonamiento suele llevar consigo un costo traducido en términos de tiempo y esfuerzo.

Es así que muchos de los participantes del estudio comparten grados de acuerdo en relación a que si tienen un problema que requiere razonar de manera crítica están dispuestos a sacrificar tiempo de otras actividades. Del mismo modo ocurre con el hecho de estar dispuesto a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo por mejorar la manera de razonar y también con reconocer que vale la pena invertir tiempo y esfuerzo para tener un pensamiento crítico.

Sin embargo, no todos estos aspectos comparten los mayores grados de acuerdo, siendo que el mayor grado de acuerdo lo alcanza el hecho de que por mejorar la manera de razonar están dispuestos a sacrificar bastante tiempo y esfuerzo.

Esto conlleva comprender el valor de poder razonar en el marco de los procesos formativos y con ello tener más herramientas para hacer frente a los desafíos de la realidad cotidiana mediante la búsqueda de nuevas y mejores soluciones.

Referencias bibliográficas

Altun, E., & Yildirim, N. (2023). What does critical thinking mean? Examination of pre-service teachers' cognitive structures and definitions for critical thinking. *Thinking Skills and Creativity*, *49*. https://doi.org/10.1016/j.tsc.2023.101367

Aycicek, B. (2021). Integration of critical thinking into curriculum: Perspectives of prospective teachers. *Thinking Skills and Creativity*, *41*, 100895.

Bensley, D.A. (2023). Critical Thinking, Intelligence, and Unsubstantiated Beliefs: An Integrative Review. *J. Intell.* **2023**, *11*, 207. https://doi.org/10.3390/jintelligence11110207

Dekker, T. J. (2020). Teaching critical thinking through engagement with multiplicity. *Thinking Skills and Creativity*, *37*, https://doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100701.

DeWaelsche, S. A. (2015). Critical thinking, questioning and student engagement in Korean university English courses. *Linguistics and Education*, *32*, 131-147.

Dwyer, C.P. (2023). An Evaluative Review of Barriers to Critical Thinking in Educational and Real-World Settings. *J. Intell. 11*, 105. https://doi.org/10.3390/jintelligence11060105

García Moro, F. J. (2019). De la crítica del pensamiento al pensamiento crítico. *RES,* N°29, 110-114.

García Moro, F. J., Gómez Baya, D. & Nicoletti, J. A. (2022). El pensamiento crítico en la formación de los psicólogos. *Técnica Administrativa*. 21 (2).

García Moro, F. J., Nicoletti, J.A. & Gómez Baya, D. (2023). Pensamiento crítico en la opinión de estudiantes universitarios. *Técnica Administrativa*. 22 (2).

García Moro, F.J. (2015). *Manual de Competencias Psicológicas del Profesional de la Educación Social.* Huelva: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Huelva.

Halpern, D. (1998). Teaching critical thinking for transfer across domains. Dispositions, skills, structure training, and metacognitive monitoring. *American Psychologist*, 53(4). 449-455-

Halpern, D.F., Dunn, D.S. (2021). Critical Thinking: A Model of Intelligence for Solving Real-World Problems. *J. Intell*. 2021, 9, 22. https://doi.org/10.3390/jintelligence9020022

Hsu, Y.-C. (2021). An Action Research in Critical Thinking Concept Designed Curriculum Based on Collaborative Learning for Engineering Ethics Course. *Sustainability. 13*, 2621. https://doi.org/10.3390/su13052621

Kahlke, R., & Eva, K. (2018). Constructing critical thinking in health professional education. *Perspectives on medical education*, 7, 156-165.

Lithoxoidou, A. & Georgiadou, T. (2023). Critical Thinking in Teacher Education: Course Design and Teaching Practicum. *Educ. Sci.*, *13*, 837. https://doi.org/10.3390/educsci13080837

Nicoletti, J.A., García Moro, F.J., Gómez Baya, D. (2023). Dimensiones del pensamiento crítico en estudiantes universitarios. *Técnica Administrativa*. 22 (4).

Papathanasiou I.V., Kleisiaris C.F., Fradelos E.C., Kakou K., & Kourkouta L. (2014). Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. *Acta Inform Med*. 22(4):283-6. doi: 10.5455/aim.2014.22.283-286.

Persky, A. M., Medina, M. S., & Castleberry, A. N. (2019). Developing critical thinking skills in pharmacy students. *American journal of pharmaceutical education*, 83(2), 7033.

Pnevmatikos, D.; Christodoulou, P.; Georgiadou, T.; Lithoxoidou, A. (2023). Undergraduate Students' Conceptualization of Critical Thinking and Their Ideas for Critical Thinking Acquisition. *Educ. Sci. 13*, 416 https://doi.org/10.3390/educsci13040416

Spector, J.M.& Ma, S. (2019). Inquiry and critical thinking skills for the next generation: from artificial intelligence back to human intelligence. *Smart Learn. Environ.* **6**, 8 (2019). https://doi.org/10.1186/s40561-019-0088-z

Straková Z, & Cimermanová I. (2018). Critical Thinking Development—A Necessary Step in Higher Education Transformation towards Sustainability. *Sustainability*. 10(10):3366. https://doi.org/10.3390/su10103366

Thomas, T. (2011). Developing First Year Students' Critical Thinking Skills. *Asian Social Science*. 7(4), pp. 26 - 35. https://doi.org/10.5539/ass.v7n4p26

Thornhill-Miller, B., Camarda, A., Mercier, M., Burkhardt, J. M., Morisseau, T., Bourgeois- Bougrine, S., Vinchon, F., El Hayek, S., Augereau-Landais, M., Mourey, F., Feybesse, C., Sundquis, D. & Lubart, T. (2023). Creativity, Critical Thinking, Communication, and Collaboration: Assessment, Certification, and Promotion of 21st Century Skills for the Future of Work and Education. *Journal of Intelligence*, 11(3), 54

Valenzuela, J. (2007). *Escala Motivacional de Pensamiento Crítico*. Universidad de Salamanca. doi: 10.13140/RG.2.1.2063.3049. http://tinyurl.com/EMPC-sp

Programa de prevención de la violencia de género en adolescentes de 11 a 13 años, mediante el fomento de la igualdad de género en el entorno educativo

Cristina Rasero Giles
Universidad de Huelva – España –

1. Introducción

a. Definición/descripción del problema de la violencia de género

Las naciones unidas definen la violencia contra la mujer como "cualquier acto de violencia de género que tenga como resultado, o pueda tener como resultado, daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada" (P.2). Además, se reconoce que la violencia contra la mujer es una manifestación de la desigualdad en las relaciones de poder que han existido históricamente entre hombre y mujeres. Estas desigualdades han conducido a la dominación y discriminación de la mujer por parte del hombre (United Nations, 1993).

El término "género" hace referencia tanto a las diferencias biológicas entre sexos, como a las diferencias sociales y culturales. La normalización de la violencia de género en la sociedad se origina en la forma en que se define y se representa la masculinidad y feminidad, lo cual tiene como resultado la desigualdad en el trato y en las oportunidades de hombres y mujeres (Junta de Andalucía, 2022). Por lo tanto, se considera la violencia de género como un medio de dominación y control social de las mujeres, por lo que no es un fin en sí misma, sino un medio de conseguir la superioridad del género masculino. Es por ello que se afirma que la violencia de género es un tipo de violencia ejercida sobre la mujer por el mero hecho de serlo (AEPSIS, 2023). Antiguamente, era conocida como violencia doméstica, pero el principal componente para diferenciar la violencia de género y la violencia doméstica es la relación actual o pasada entre el agresor y la víctima. Si ambos han sido o son cónyuges, o si han mantenido una relación sentimental sin importar si existió convivencia o no, estaremos siempre ante un delito de violencia de género (Elías y Muñoz, 2022).

Entre los diferentes tipos de violencia que pueden ejercerse en situación de pareja se encuentra la **violencia física**, que es cuando existe una lesión física, daño o enfermedad. Esta implica el uso intencionado de la fuerza contra la otra persona (golpear, empujar, tirar del pelo, etc.), y es la que se percibe más fácilmente, porque suele dejar huellas, como hematomas; la **violencia o maltrato sexual**, que implica cualquier acto sexual forzado por parte de la pareja, ya sea a través de amenazas, coacción o intimidación; la **violencia psicológica,** que se ejerce a través de actitudes y conductas que denigran a la mujer como persona. Este tipo de violencia es difícil de detectar, ya que a veces, estas conductas denigrantes son imperceptibles incluso para la propia víctima. Este tipo aparece siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecios, desvalorización del trabajo, etc. Dentro de esta categoría podrían clasificarme otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico, como son la **violencia económica**, en la que el agresor puede prohibirle a la mujer trabajar y controla el acceso al dinero; y la **violencia social**, en la que limita los contactos sociales y familiares de la víctima (AEPSIS, 2023; Águila et al. 2016).

Además, existen otras formas de violencia de género que afectan a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y su bienestar general. Entre ellas se encuentra el matrimonio precoz y forzado, el tráfico sexual, la violación como instrumento de guerra, el lanzamiento de ácido, los asesinatos por honor, la mutilación genital femenina, el acoso sexual y el acoso homofóbico (Lundgren y Amin, 2015)

Los roles y conductas atribuidos a hombres y mujeres están influenciados y consolidados por las normas sociales de género, que establecen las expectativas y las pautas de comportamiento consideradas adecuadas para cada género. Por ejemplo, en algunas sociedades, ser hombre se asocia con correr riesgos, ser duro, agresivo y tener múltiples parejas sexuales. A la mujer, en cambio, se le considera una subordinada y suelen tener un estatus social más bajo, y esto permite un mayor control de los hombres (World Health Organization, 2008).

Escalada y ciclo de la violencia de género

La escalada de la violencia de género es un proceso que se desarrolla de forma gradual y ascendente, aumentando en intensidad mientras disminuye en frecuencia. Habitualmente, comienza con comportamientos de maltrato psicológico disfrazados bajo expresiones de cuidado y protección, que, en un principio, son difíciles de identificar, ya que muchas mujeres consideran que “lo están haciendo por su bien o porque les quieren”. Sin embargo, estas conductas se hacen con la

intencionalidad de restringir y controlar a la mujer. Las primeras manifestaciones sutiles de maltrato se dan en el noviazgo, y es con la convivencia cuando el maltratador impone ya sus normas (Cercas, et al. 2018).

Los episodios de violencia tienen un carácter cíclico en el que se encuentran tres fases:

1ª. Fase: Aumento de la tensión.

La duración de esta fase puede variar desde días, hasta semanas, meses o años. En ella se producen agresiones de tipo verbal, sobre todo. La mujer se encuentra en un estado de constante alerta, intentando complacer al agresor aceptando sus abusos e incluso culpándose a si misma. Esto lo hace porque tiene la esperanza de que el agresor cambie, pero es algo que no va a ocurrir, porque estos comportamientos de la mujer refuerzan aún más al agresor. En esta fase, la mujer aún no reconoce que es una víctima y no pide ayuda.

2ª. Fase: Incidente agudo de agresión.

En esta fase tiene un lugar un episodio de violencia física grave, en el que la mujer es golpeada con violencia. Si en el momento de la agresión se produce una intervención por parte de terceros, de la policía o de la guardia civil, la víctima sentirá terror y se negará a denunciar, ya que sabe que después él volverá a golpearla. Pero es en esta fase en la que siente más odio hacia el agresor y en la que, en la mayoría de las ocasiones, se animan a denunciar.

3ª Fase: Arrepentimiento y comportamiento cariñoso ("Luna de miel").

En esta fase, más comúnmente conocida como luna de miel, es cuando el agresor muestra arrepentimiento por los actos que ha llevado a cabo. Desaparecen las tensiones y hay un periodo de conquista en el que el agresor tiene detalles con ella como regalos o escapadas románticas.
En esta fase es frecuente que la mujer se arrepienta de las decisiones que haya tomado anteriormente, y, en el caso de que haya llegado a denunciar, suele dar un paso atrás y retirar la denuncia (Cercas, et al. 2018).

b. Consecuencias para el desarrollo

La violencia en las relaciones de pareja tiene consecuencias significativas en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo. Además, impacta negativamente en la salud y el bienestar de los hijos, y genera un alto costo social y económico para las mujeres, sus familias y la sociedad en general. (OMS, 2021).

En un estudio de la OMS realizado en 2013, se encontró que las mujeres que habían sido abusadas física o sexualmente, eran 1,5 veces más propensas a contraer el VIH o alguna infección de trasmisión sexual, en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia (OMS, 2013).

A su vez, la violencia de la pareja íntima durante el embarazo incrementa el riesgo de diversas complicaciones, como aborto espontáneo, embarazo no deseado, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer en los bebes (OMS, 2021).

Estas formas de violencia pueden llegar a provocar depresión, estrés postraumático, ansiedad, dificultades para dormir y trastornos alimentarios, llegando incluso a producirse intentos de suicidio. Durante la niñez, puede aumentar el consumo de tabaco y otras sustancias (OMS, 2021). El estrés postraumático es el trastorno psicopatológico que mejor describe la situación emocional de las mujeres que han sufrido violencia de género, pero el trastorno más diagnosticado es la depresión. Los síntomas más frecuentes de la depresión son el estado de ánimo triste, desesperanza, baja autoestima, culpa, falta de proyección hacia el futuro e ideación suicida.

En cuanto al estrés postraumático mencionado anteriormente, se destaca que está constituido por una triada sintomática, formada por la re experimentación (miedo, pesadillas y recuerdos intrusivos), evitación (distanciamiento emocional o aislamiento) y activación fisiológica (trastornos del sueño, problemas de atención y concentración, irritabilidad, hipervigilancia, alerta y sobresalto). Otras de las consecuencias psicológicas que sufren las víctimas pueden ser la baja autoestima, inadaptación social, dependencia emocional, culpa, victimización, etc. En ocasiones, las mujeres maltratadas ven el suicidio como la única solución para acabar con el sufrimiento que están viviendo (AEPSIS, 2023).

La mezcla del trastorno de estés postraumático y el de la depresión, da como resultado lo que se conoce como el **Síndrome de la mujer maltratada**. Este fue propuesto por Leonore Walker en 1979, y tiene su origen en la teoría de la indefensión aprendida, que explica por qué algunas mujeres que están dentro de una relación de violencia de género creen que no existen alternativas para protegerse del maltrato, y es por ello que no intentan salir de esa situación. Las víctimas consiguen adaptarse a la situación aversiva e incrementan sus habilidades de aguantar estímulos aversivos y minimizar el dolor. Pero el hecho de pensar que no pueden hacer nada para cambiar la situación,

genera un estado psicológico negativo, que a su vez conduce a la pasividad, abandono, apatía, pesimismo, tristeza, y, en definitiva, a la disminución de la respuesta conductual (AEPSIS, 2023). Este síndrome es una variación del síndrome de Estocolmo. Las víctimas muestran lealtad ante el maltratador y se vuelven sumisas, estando atrapadas en esa situación debido al miedo que presentan (Pérez, 2019)

La culpa es otro tipo de consecuencia psicológica derivada de la violencia de género, que se produce porque el maltratador trata de hacerle entender a la víctima que es la causante de cualquier suceso negativo. Esta culpa, a su vez, puede ser reforzada por terceras personas, al mostrar incomprensión por el hecho de que no sea capaz de poner fin a la situación y denunciar al agresor. La culpabilidad también puede producirse al finalizar la relación, por sentir que debería haberle puesto fin antes (AEPSIS, 2023).

Los niños que crecen en hogares donde hay violencia pueden experimentar una serie de trastornos emocionales y del comportamiento. Además, tienen más probabilidad de involucrarse en comportamientos violentos en el futuro, ya que existe un mayor riesgo de que adopten actitudes agresivas (Águila et al. 2016; OMS, 2021). Los hijos e hijas de las víctimas de violencia de género pueden sufrir, además, consecuencias en la salud psicosocial, entre las que destacan: dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento social, problemas de conducta social por la adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros/as, comportamientos de riesgo y adicciones, inhibición y aislamiento, trastorno de estrés postraumático, etc. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Cuando las niñas son testigos de la violencia que sucede entre su padre o padrastro y su madre, tienen a internalizar esa conducta violenta como algo normal en las relaciones de pareja. Esta percepción distorsionada puede influir en sus propias relaciones futuras y a la hora de formar una familia. (Águila et al. 2016).

Además, a raíz de la pandemia por COVID-19 y la situación de confinamiento, aumentó el riesgo de aparición de este tipo de violencia y las peticiones de ayuda a los servicios de asistencia, siendo un 65,5% superior respecto al mismo periodo de tiempo del año anterior (Fermoso, 2020).

Otras consecuencias sociales para las víctimas son el absentismo laboral o la pérdida de empleo como consecuencia de las ausencias reiteradas, la pérdida de amistades, ruptura de relaciones familiares y el cambio del lugar de residencia para protegerse (Cercas, et al. 2018).

2. Estado de la cuestión

a. Epidemiología

La Macro encuesta de Violencia contra la Mujer es un estudio estadístico llevado a cabo en España con el fin de conocer la prevalencia de la violencia contra la mujer. Su propósito es conocer el porcentaje de mujeres de 16 o más años residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres (Ministerio de Igualdad, 2019). A continuación, se pasan a describir algunos de los resultados de la encuesta, a través de porcentajes.

En primer lugar, hablando de violencia total, dentro de la que se incluyen la violencia de la pareja, violencia física o sexual de personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja, acoso sexual y stalking (es un tipo de acoso que consiste en perseguir o espiar a una persona de forma continuada), más de la mitad de las mujeres en España (el 57,3 %), de 16 o más años, han experimentado violencia a lo largo de sus vidas por el hecho de ser mujeres. Esta cifra es aún mayor en mujeres más jóvenes, siendo un 71,2% correspondiente a mujeres de entre 16 y 24 años, un 68,3% de las mujeres entre 25 y 34 años y un 42,1% de mujeres que tienen más de 65 años. Del total de mujeres de 16 años en adelante, el 13,7% ha sufrido violencia sexual a lo largo de su vida, y un 21,5% ha sufrido violencia física (por parte de su pareja actual, de parejas pasadas o de personas con las que no se a mantenido una relación de pareja). Por otro lado, el 13,7% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual, afirman haber sido violadas cuando estaban bajo los efectos del alcohol o de algunas drogas, y un 3,4 de las mujeres han sufrido violencia sexual durante la infancia, es decir, antes de cumplir los 15 años de edad.

En cuanto a los agresores, el 99,6% de las mujeres han experimentado este tipo de violencia por parte de un agresor hombre. De las agresiones sexuales (que van desde una violación a un tocamiento) que se producen fuera de la pareja, el 21,6% viene de mano de un familiar hombre, el 49,0% de un amigo o conocido y el 39,1% de un hombre totalmente desconocido. Con respecto a las agresiones colectivas, el 12,4% de las mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja señalan que algunas prácticas participaron más de una persona.

Solo el 8% de las mujeres han llegado ha denunciar alguna de estas agresiones en la Policía, Guardia Civil o el Juzgado. El principal motivo de esto es la vergüenza (40,3%), el haber sido menor cuando se produjo el suceso (40,2%), el temor a no ser creída (36,5%) y el miedo al agresor (23,5%). Existe un silencio cómplice en la comunidad por considerar que el problema es de índole privada. Estas mujeres se sienten inseguras, tienen miedo y se sienten responsables de lo que les pasa porque

han centrado su vida alrededor de esta persona, considerándose incapaces de afrontar la vida por ellas mismas (Meras, 2003).

La mayoría de las mujeres, no buscan ayuda profesional después de lo sucedido, siendo solo el 10,2% de ellas las que buscan ayuda psicológica y el 6,5% que buscan ayuda médica. El riesgo de tener pensamientos suicidas es casi 6 veces mayor en mujeres que han sufrido una violación que entre las que nunca han sufrido violencia sexual.

La violencia de género no solo afecta a la mujer, sino también afecta negativamente a sus hijos. El 51,7% de las mujeres que han sufrido violencia de alguna pareja, que tenían hijos en el momento en el que ocurrieron estos episodios y que, además, sus hijos lo presenciaron, afirman que los hijos/as sufrieron ellos mismos violencia a manos de la pareja violenta. (Ministerio de Igualdad, 2019).

En Extremadura, la tasa de víctimas de violencia de género se sitúa en un 13,1 por cada 10.000 mujeres en 2021, lo cual es 3,6 puntos por debajo de la media nacional, que se encuentra en 16,7 por cada 10.000 mujeres. En el intervalo del año 2009 al 2021, existe una evolución general ascendente de registros de denuncias por violencia de género en Extremadura. En el año 2020, debido a la pandemia por COVID-19, se registró una disminución del 10% en comparación con el año, pero en 2021 el número de denuncias volvió a aumentar, presentando un 14,6% (Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, 2023). En cuanto a las denuncias durante el año 2022, los órganos judiciales, juzgados con competencia en violencia sobre la mujer y los juzgados de guardia, recibieron un total de 3.156 denuncias. Esta cifra representa un aumento del 21,8% en comparación con el año anterior, en el que se registraron 2.592 denuncias. (Consejo General del Poder Judicial, 2023).

b. Factores asociados al problema

La principal variable que causa y mantiene la violencia de género parte de las distorsiones, valores, creencias y sesgos machistas del agresor, como los estereotipos de género, la desigualdad en el reparto de poder, los roles afectivos-sexuales, la perpetuación del modelo de amor romántico, entre otros. Otros factores de riesgo son el patriarcado y el machismo. El patriarcado es el dominio del hombre sobre la mujer. Son los hombres los que mayormente gobiernan las instituciones públicas y privadas de toda índole (políticas, económicas, sociales, culturales, laborales, etc.). Este sistema de subordinación de la mujer, hace que el machismo sea justificado y no es de extrañar que las actitudes

de dominio, de superioridad y de discriminación, acaben desembocando en actos de violencia contra las mujeres (Cercas, et al. 2018).

Se han identificado además otros factores desencadenantes que pueden ocasionar episodios de violencia, entre los que se encuentra el consumo de alcohol y drogas, los celos, diversos estresores, desequilibrios emocionales o trastornos mentales, el bajo control de impulsos, baja autoestima o dependencia emocional (AEPSIS, 2023).

A continuación, se pasan a describir los principales factores asociados con la violencia de género en adolescentes:

- **Factores individuales.** La violencia de género en parejas adolescentes se relaciona con la presencia de síntomas depresivos, baja autoestima, baja satisfacción con la vida y abuso de sustancias como el alcohol y las drogar, entre otras (Monreal-Gimeno et al., 2013). Cómo viven la experiencia de agresión los jóvenes, muestra diferencias en relación al sexo. Son las chicas las que describen más experiencias de maltrato (casi el triple que los chicos). Las chicas describen violencia física y psíquica producida en el entorno social y familiar, manifestando tristeza, miedo e impotencia. En cambio, los chicos, hablan más de violencia física con sentimientos de rabia (Mera, 2003).
- **Factores contextuales.** Aquí se incluyen las condiciones ambientales, sociales y culturales presentes en una determinada cultura y en un momento histórico dado. La mayoría de éstos derivan de los mitos y creencias del amor romántico, ya que configuran en buena parte las ideas sobre las relaciones de pareja que los jóvenes consideran como "normales". Todas estas ideas están basadas en un modelo cultural de desigualdad y desequilibrio entre hombres y mujeres (Monreal-Gimeno et al., 2013).
- **Los iguales.** La relación con el grupo de iguales juega un papel fundamental, además de existir una estrecha relación entre tener un grupo de iguales violentos, y ejercer violencia en las relaciones de pareja.
- **La familia.** La relación de pareja que tienen los padres, es la primera relación amorosa de la que son testigos los hijos, por lo que haber presenciado o haber sido víctima de violencia en el hogar, puede contribuir a que posteriormente se siga el mismo patrón de conducta. De la misma manera influyen otro tipo de factores como una inadecuada comunicación familiar y hogares fríos y distantes (Monreal-Gimeno et al., 2013).
- **El profesorado.** Al igual que los padres, los profesores también desempeñan un papel importante en la vida de los adolescentes, y son figuras significativas para ellos. Se convierten

en modelos de comportamiento en las relaciones interpersonales y en la forma de resolver conflictos. Por ello, es crucial que los centros educativos promuevan relaciones basadas en la igualdad de género y adopten pautas igualitarias. Además, es fundamental la incorporación en el currículo escolar del análisis crítico de los mitos y creencias sociales que sustentan la violencia de género. (Monreal-Gimeno et al., 2013).

3. Marco Teórico

En el ámbito de la psicología, el modelo ecológico constituye un marco de análisis e intervención importante. Este modelo fue formulado por Urie Bronfenbrenner en su libro "La Ecología del desarrollo humano" en 1987. Según este autor, la conducta es el resultado de la interacción de los rasgos de la persona (componentes ontogenéticos) y de sus habilidades con el ambiente (C=f(PA)). El modelo consta de tres niveles de análisis: la relación entre el organismo y el ambiente, la interacción de sistemas solapados en los que se desarrollan y la calidad del ambiente. De esta manera, la conducta es el resultado de la interacción entre sistemas que se superponen y se relacional de manera bidireccional y concéntrica. Es decir, cada uno de los niveles está contenido en el siguiente. Es por ello que el sujeto deja de ser un receptor pasivo y pasa a participar activamente en su entorno.

Dentro del propio ámbito ambiental, se hace una mayor diferenciación entre el entorno inmediato en el que pueden tener lugar las actividades (como la familia, el grupo de compañeros de clase o el lugar de trabajo), y el entorno más amplio en el que se inserta el entorno inmediato (la cultura, subcultura, el periodo histórico, etc.) (Bronfenbrenner y Ceci, 1994).

Se trata de un modelo que reconoce la complejidad y la diversidad de factores que acompañan al fenómeno de la violencia de género, además de reconocer las raíces culturales e institucionales que subyacen en la violencia. Este conocimiento permite llevar a cabo intervenciones destinadas a prevenir, atender y sancionar las diferentes formas de violencia.

Entre los contextos de desarrollo para el adolescente desde el modelo ecológico se encuentra el **oncosistema**, que está relacionado con las características individuales del adolescente teniendo en cuenta las diferencias de género; los **microsistemas o contextos inmediatos**, como pueden ser la familia o el grupo de amigos, son aquellos en los que la persona actúa de forma activa y, a su vez, influyen de manera directa en el individuo; el **mesosistema**, que es un sistema de microsistemas que comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Por

ejemplo, cuando se ponen en contacto los profesores con los progenitores para la educación de los jóvenes; Un **exosistema**, como la escuela, el barrio o la iglesia, es un entorno que no incluye a la persona como participante, pero en ellos se producen hechos que afectan al entorno de la persona; el **macrosistema** es el nivel más amplio y en él se incluyen las creencias sobre las desigualdades de género basadas en los estereotipos del amor romántico; por último, el **cronosistema**, que produce nuevas condiciones en el desarrollo debido a los cambios temporales en el ambiente (Monreal-Gimeno et al., 2013).

Por otro lado, se encuentran los **modelos socio-cognitivos**, que prestan atención a los *factores cognitivos* que pueden explicar la adquisición, mantenimiento, cambios en el desarrollo, y el control o prevención de la violencia (Toldos, 2002). La relación entre las distintas situaciones sociales a las que el individuo se ve enfrentado y las respuestas de este no son automáticas, sino que hay una interacción de los procesos cognitivos (expectativas, atribuciones, intenciones entre los otros, etc.), que mediatizan las respuestas de las personas. Las destrezas socio-cognitivas se van desarrollando cuando el niño va creciendo e interactuando con su ambiente, y el grado en que posean estas destrezas va a depender de variables tanto individuales, como ambientales y de interacción entre ambas (Farkas, Grothusen, Muñoz y Freeden, 2006). Los chicos siguen un patrón gradual de comportamientos que pueden llevar a la escalada de la violencia, que van desde agredir a alguien (a la edad de 8-13 años), usar la violencia (meterse en peleas con individuos o bandas al inicio de la adolescencia), hasta llegar a usar un tipo de violencia más severa (atacar o forzar sexualmente a alguien). Este análisis respalda la idea de que intervenir y prevenir las formas iniciales de agresión puede ser beneficioso para evitar la escalada de la violencia en los adolescentes (Toldos, 2002).

El foco de la atención se encuentra en los procesos cognitivos y los mecanismos de procesamiento de información social que se activan cuando se produce la interacción del individuo con el ambiente y en los modelos de pensamiento de este. Estos modelos de pensamiento incluyen: a) los procesos de pensamiento y las habilidades cognitivas del individuo en la solución de problemas sociales, b) los contenidos del pensamiento, es decir, las creencias que apoyan el uso de la violencia (en cualquiera de sus modalidades), c) los estilos de pensamiento, donde destaca un estilo de decisión rápido e impulsivo, o una respuesta errónea. Se ha encontrado que los individuos que tienen comportamientos violentos (de cualquier tipo), presentan modelos de pensamiento en los que se reflejan déficits de habilidades de procesamiento de la información social y dificultades para resolver problemas sociales. Los niños/as y adolescentes que presentan comportamientos violentos mantienen

creencias que apoyan la violencia, creencias de que la agresión legítima, que la víctima no sufre y que les permite tener éxito aumentando su propia autoestima (Toldos, 2002).

Los testigos y cómplices pueden contribuir de manera directa en el acto, ya sea contribuyendo a que esta se produzca, o ayudando a detenerla. Se ha comprobado que los observadores o testigos que apoyan un acto de violencia, presentan los mismos modelos de pensamiento que los agresores (Toldos, 2002). No hacer, es permitir que la violencia continúe. Actuar contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género (Cercas et al., 2018).

Por último, cabe destacar el **Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia de Género** desarrollado por Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998). Este modelo plantea que en las conductas violentas se encuentran los siguientes componentes:

a. Una **actitud hostil** generada a partir de actitudes negativas en la pareja que impulsan a hacer daño. Pueden ser causa de los estereotipos sexuales machistas, de celos patológicos, de la percepción de indefensión de la víctima y la creencia de que la violencia puede ser la solución de los conflictos.
b. **Estado emocional de ira**, producido por la actitud de hostilidad y los pensamientos relacionados con recuerdos negativos de situaciones de pareja, pero también lo producen estímulos ajenos a la pareja.
c. **Repertorio pobre de conductas** y trastornos de personalidad, destacando el déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas, lo que conlleva a que los conflictos no se canalicen de la manera adecuada (Pérez, 2018).

Estos factores descritos, son los más importantes a la hora de prevenir la violencia de género, y son los que se trabajarán más adelante cuando se describa el proyecto de intervención. Pero, además de estos, se encuentran otros que también pueden favorecer las conductas violentas, entre los que destaca el consumo de alcohol o drogas, la percepción de vulnerabilidad de la víctima y el reforzamiento de las conductas violentas previas (Pérez, 2018).

4. Marco contextual

La intervención se llevará a cabo en un I.E.S de la localidad de Fregenal de la Sierra, Extremadura, Badajoz. Se trata de un centro de carácter público, en el que se imparten clases de ESO, bachillerato y algunos ciclos formativos. En él, se pueden encontrar alumnos y alumnas de diferentes

niveles adquisitivos, pero la mayoría de ellos presentan un nivel económico medio/bajo, ya que se trata de una localidad pequeña y especialmente dedicada a la agricultura, la ganadería y el comercio. En cuando a la cultura del centro, el alumnado es, en su mayoría, español, pero también cuenta con alumnos de diferentes países que actualmente residen en España. Además, el pueblo cuenta con un Punto de Atención Psicológica (PAP) a víctimas de violencia de género que recibe personas de muchas localidades extremeñas. También hay un dispositivo específico para los hijos menores de las víctimas.

Para tener más información acerca del abordaje del tema de la violencia de género en el centro, se ha contactado con la actual directora y se le han hecho una serie de preguntas. De dicha reunión se ha sacado en clave que el centro realiza pocas actividades de sensibilización con los alumnos sobre este tema. Mayoritariamente lo que se viene realizando, desde hace varios años, son charlas en los días 25 de noviembre por la celebración del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, y el 8 de marzo, en el que se conmemora el Día Internacional de la Mujer. Dichas charlas son realizadas por las psicólogas encargadas del Punto de Atención Psicológica que se ha mencionado anteriormente. En estas reuniones o charlas lo que se pretende es que los jóvenes conozcan lo que es la violencia de género y las diferentes manifestaciones que puede tener. Intentar desmontar los mitos sobre el amor que se han establecido en la sociedad a lo largo de los años. En alguna ocasión, también han asistido otro tipo de profesionales como la Guardia Civil, a explicar el procedimiento que se sigue cuando una mujer denuncia y los recursos públicos de los que se dispone, entre los que se encentra el 016, que es el teléfono de atención a víctimas de violencia de género, entre otros.

Por otro lado, en el año 2019, los alumnos y alumnas de 4º ESO participaron en una actividad formativa que se llevó a cabo en el espacio natural "Tierra Re-Verde" de la localidad de Alburquerque, en el que también participaron otros institutos de Extremadura. Esta actividad formaba parte del proyecto CALA (Centro Alternativo de Aprendizaje) y en se realizaron actividades como talleres sobre igualdad de género, intercambio inter-centros, actividades de concienciación sobre el tema de la violencia de género y actividades con las asociaciones del pueblo. Gracias a esta formación, los alumnos empiezan a tomar más conciencia sobre las desigualdades de género que existen en la sociedad y la importancia que tiene tratar este tema desde que son pequeños. Además, esta actividad permite mejorar el clima de grupo y las relaciones personales (Martín, 2019). Pero, a pesar de que esta actividad tuvo mucho éxito en los alumnos, la directora señala que no se volvió a realizar más ninguna actividad de ese tipo.

Por último, destacar que los servicios de orientación del centro, que se componen por un psicólogo y una trabajadora social, se encuentran a disposición de los alumnos, y están en contacto con la psicóloga del Punto de Atención a menores de la localidad. Así, los hijos de madre víctimas de violencia de género, que están viviendo una situación anormal en casa, llegando incluso a ser ellos mismos víctimas, tienen la posibilidad de ser atendidos. También, si los docentes ven algún comportamiento anómalo por parte de estos, contactan con el punto de atención psicológica.

Como resumen general, cabe destacar que el centro está poco implicado en la prevención y sensibilización de la violencia de género, a pesar de la importancia que tiene en estas edades la adopción de adecuadas habilidades sociales, de comunicación y relación con los demás. Esta tarea debe llevarse a cabo en el hogar desde que los niños son pequeños, pero también en la escuela y en el instituto.

5. Objetivos

Objetivo general

El objetivo general del presente proyecto es prevenir la violencia de género en adolescentes mediante el fomento de la igualdad entre ambos géneros.

Objetivos específicos

Para desglosar el objetivo mencionado, el presente proyecto de intervención se centrará en los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el problema de la violencia de género. Para ello, se trabajarán las actitudes de hostilidad, el estado emocional de ira y el repertorio de conductas, que han sido desarrollados por el Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia de Género.

Así, como objetivos específicos se encuentra:

- Desmontar las creencias que apoyan el uso de violencia relacionadas con los estereotipos sexuales machistas, los celos patológicos y la sumisión de la mujer.
- Fomentar la resolución de conflictos a través del manejo adecuado de emociones como la hostilidad y la ira en relaciones de pareja.
- Enseñar a canalizar los conflictos de manera adecuada a través de habilidades de comunicación y solución de problemas.

6. Metodología

7.1. Participantes

El presente proyecto va dirigido al alumnado de primero de la ESO, en un rango de edades entre los 11 y 13 años, del IES Eugenio Hermoso de Fregenal de la Sierra, Badajoz. Es conveniente intervenir con esta población por varios motivos:

- En esta etapa, los jóvenes están en un momento de desarrollo crucial en los que adquieren mayor conciencia sobre las normas y valores sociales.
- Se forman y moldean las actitudes y valores fundamentales, y al intervenir en esta etapa, se puede promover la empatía, el respeto y la tolerancia, que formarán las bases de las relaciones saludables y equitativas del futuro.
- Se les podrá ayudar en el desarrollo de las habilidades sociales y emocionales y en el adecuado manejo de los conflictos, a través de la comunicación asertiva.
- Debido a la influencia de los medios de comunicación y de la cultura popular, los adolescentes se ven expuestos a la promoción de unos estereotipos y roles de género nocivos, por lo que hay que desmontar estas creencias lo antes posible.
- Es durante la adolescencia temprana cuando los adolescentes experimentan una mayor intensidad emocional, y también pueden comenzar a experimentar emociones más complejas como el amor romántico y la identidad sexual. En esta etapa, los adolescentes comienzan a formar su identidad social y a explorar distintos grupos de pertenencia y roles. Por ello, es importante el análisis de la construcción del amor en esta etapa, debido a su influencia en el desarrollo de la identidad personal.
- A través de la educación de los jóvenes en violencia de género, se puede contribuir a la creación de una sociedad más justa y libre de violencia en un futuro.

Se trata de construir la igualdad desde la práctica y no solo a través de la información, si no tratar de crear contextos cooperativos entre chicos y chicas basados en el respeto mutuo.

Se contará con la participación de las tres clases de primero de ESO (1ºA, 1ºB y 1ºC), durante el curso 2023/2024, siendo un total de 60 alumnos. Se accede a ellos a través de una reunión previa con la directora del centro, en la que se plantean los objetivos y el modo en el que se va a intervenir. Posteriormente, se concierta una cita con los padres de los alumnos que van a participar, ya que se trata de menores y se necesita el consentimiento informado por parte de sus tutores legales.

Serán los docentes los encargados de llevar a cabo el protocolo de actuación en el instituto a través de la innovación educativa y no solo de actividades puntuales y esporádicas, sino garantizando la permanencia de dichas medidas en el tiempo.

7.2. Diseño general de la intervención

El presente proyecto se trata de una prevención, ya que es la manera más eficaz de tratar el problema de la violencia de género desde la raíz, siendo el papel de la educación en la infancia y la adolescencia esencial en la obtención de valores y actitudes que favorezcan el respeto hacia los demás, sin que tengan cabida los comportamientos agresivos ni la violencia. Se pretende por tanto de sensibilizar a la comunidad educativa para logar erradicar el sexismo que da lugar a la violencia de género en la sociedad, a través de un cambio de actitudes y comportamientos

Se va a seguir un diseño experimental aleatorizado en el que se escogerá inicialmente de manera aleatoria una de las líneas de intervención (uno de los grupos de clase), que actuará como grupo experimental, mientras que las otras dos actúan como grupo control. En este caso, la clase de 1º A actuará como grupo experimental durante el primer trimestre del curso académico 2023/2024, mientras que las clases 1ºB y 1ºC harán de grupo control por lista de espera. Las intervenciones de estos grupos se realizarán en el segundo y tercer trimestre respectivamente.

El proyecto se iniciará con la previa formación de los docentes, que son quienes llevarán a cabo la implementación de las actividades. Se trata de que cada uno de ellos, introduzcan contenidos relacionados con la violencia de género, los cuales se traten como un tema más, igual de importante que el resto. Además, se pretende que estos contenidos se mantengan en el tiempo como parte del temario. El lugar donde se lleva a cabo serán las aulas correspondientes a cada una de las clases, lo que facilita el trabajo y a su vez la participación de los alumnos.

La formación de los docentes la llevará a cabo la psicóloga del proyecto. Para ello, se reunirá de manera independiente con cada uno de los tres profesores que, a lo largo del curso, serán los encargados de llevar a cabo las actividades con los alumnos. Estas reuniones se realizarán la semana anterior a la iniciación del proyecto. En estas reuniones se les explicará el papel que van a desempeñar y cómo van a trabajar. Posteriormente, en el segundo trimestre, se volverá a realizar otra reunión antes de comenzar con la implementación del proyecto en el grupo B, con el objetivo de obtener un feedback sobre como ha ido el primer trimestre y qué se puede hacer para seguir mejorando. De igual

modo se realizará en el segundo trimestre. Estas reuniones tendrán una duración de una hora cada una.

7.3. Descripción de las actividades

- **<u>Objetivo específico 1</u>**

Para lograr el primer objetivo específico, que consiste en desmontar las creencias que apoyan el uso de la violencia relacionadas con los estereotipos sexuales y machistas, los celos patológicos y la sumisión de la mujer se llevaran a cabo un total de tres actividades que se describen a continuación

Actividad número 1: El sexismo y la publicidad

La violencia contra las mujeres tiene su origen en el sexismo y la ideología basada en la inferioridad del sexo femenino, que viene determinada por las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Para el desempeño de esta actividad, pasaremos a analizar el sexismo de los medios de comunicación y de la música reggaetón. Para ello, los alumnos se dividirán en grupos, de forma aleatoria, y se les repartirá una ficha a cada grupo en la que aparecen varias imágenes, algunas relacionadas con anuncios publicitarios para la venta de bebidas alcohólicas, y otras de algunas portadas de discos de reggaeton. La actividad consiste en dar respuesta a las preguntas que se plantean acerca de esas imágenes, y, posteriormente, hacer una puesta en común con el resto de la clase para ver como el sexismo discrimina a la mujer despreciándola y faltándole al respeto, siendo causa de manifestaciones de violencia contra ella. El alumnado debe hacer especial hincapié en la figura de la mujer y del hombre presente las imágenes. La ficha se encuentra en el anexo 2.

<u>Duración:</u> La actividad tendrá una duración de 2 horas, y se realizará el lunes de la primera semana de actividades durante la clase de lengua castellana y literatura.

Actividad número 2: Desmontando mitos

Estas creencias tradicionales que han sido transmitidas de generación en generación a través de los cuentos y las películas, pueden confundir lo que es o no el amor y lo que se debe aguantar o no por amor.

Para el desempeño de esta actividad, se dividirán en grupos de 4 personas, realizados de manera aleatoria, y se les estregará a los alumnos unas tarjetas con frases que reflejan algunos de los

mitos o creencias erróneas de nuestra sociedad, que en muchas ocasiones se establecen como verdaderas. Posteriormente, se debatirán con el resto de la clase. El listado de mitos es el siguiente:

- El amor es ciego
- Hay que aguantar
- Si no se siente celos, no se ama
- Mi chico o mi chica es mío/a
- Por amor es lícito renunciar a todo
- En el amor, es ideal encontrar a tu media naranja
- El amor es para siempre
- Si no accede a mis deseos sexuales es porque no me quiere o ya no le gusto
- Mi pareja debe saber lo que me ocurre en todo momento, aunque yo no se lo diga, porque me conoce bien

Después, se tratará el tema de los celos. Para ello, se repartirá una frase a cada grupo para que debatan entre ellos posicionándose a favor o en contra. Luego, se sacan conclusiones, se leen todas las frases y se hace un debate general. Las frases que se presentan son:

- A todos y todas nos gusta más dar celos que sufrirlos.
- Si yo le doy celos a mi pareja, siento su interés y me siento a salvo de que me abandone porque soy yo quien pone al otro/a en duda.
- Si yo le doy celos, tengo la sensación de que controlo sobre él.
- Si yo siento celos, me siento inseguro/a, siento que estoy en riesgo de que me abandone.
- Si siento celos, tengo la sensación de que, haga lo que haga, no controlo
- Si sientes celos, es bueno que lo hables con tu pareja y le aclares lo que te molesta, que le pidas que lo piense y deje de hacerlo. Si no cambia y sigue en las mismas, tu decides qué te conviene.

Duración: Tendrá una duración de 2 horas, y se hará durante la clase de religión, el martes de la segunda semana de actividades.

Actividad número 3: Buscando al hombre/mujer perfecto/a

Para el desarrollo de esta tarea, primero se dividirán los alumnos en grupos de 4 aleatoriamente, a los que se les habrá pedido previamente que traigan unas revistas que encuentren en casa, o revistas que les guste leer. Además, deberán traer también tijeras, pegamento y rotuladores, ya que la actividad va a consistir en la elaboración de un collage de imágenes, frases o titulares recortados de dichas revistas, con el objetivo de tener una idea general de los temas que tratan esas

revistas. Los temas estarán relacionados, mayoritariamente, con la venta de determinados productos o prendas de ropa, en los que habitualmente se usa la imagen de la mujer para promocionar algo. Por ejemplo, en anuncios de electrodomésticos, como lavadoras, de productos de limpieza, detergentes, etc. aparece la imagen de la mujer porque se ha asociado este trabajo como "trabajo de mujeres". También se verán las diferencias en la venta de perfumes de hombres con la venta de perfumes de mujeres. Estas diferencias se podrán observar en múltiples productos. Posteriormente, se abrirá un debate en el que cada grupo expone su mural y lo explica.

Una vez analizadas las secciones de las revistas, se iniciará la segunda parte de la actividad, en la que se vuelve a trabajar con las revistas, pero en esta ocasión el objetivo es elaborar un cuerpo de hombre y un cuerpo de mujer que respondan a los ideales de perfección (según ellos). Para ello, se recortarán parte por parte, buscando en las revistas, la que les parezca más "bella" y "perfecta": las piernas, los brazos, el pecho, los ojos, el pelo, etc., para luego pegarlas juntas formando una figura.

Al final de la actividad se puede obtener un doble aprendizaje. En primer lugar, comprender que todas esas características, que supuestamente son perfectas, no las reúne ninguna persona, por lo que el ideal de perfección es completamente falso. En segundo lugar, las figuras que se obtengan como resultado no se verán bellas, si no más bien absurdas, ya que la belleza no es la simple suma de partes, si no que se encuentra en la esencia de cada persona.

Duración: se llevará a cabo durante la clase de religión, el martes de la cuarta semana de actividades y tendrá una duración de 2 horas.

- **Objetivo específico 2:**

Para el desempeño del segundo objetivo específico que trata de fomentar la resolución de conflictos a través del manejo adecuado de emociones como la hostilidad y la ira en relaciones de pareja, se describen tres actividades:

Actividad 4: control de la impulsividad

En esta actividad, los alumnos se dividirán en parejas o en grupos de 3 o 4 personas al azar. Se repartirá una tarjeta a cada uno de ellos, con un rol asignado para la situación. En dichas tarjetas aparecerán frases como: "novio/a celoso/a", "novio/a que ha sido agredido/a", "amigo/a consejero/a", entre otros. La actividad consistirá en la representación de un role playing. Una vez que los participantes tienen sus roles asignados, se les da unos minutos para leer su papel y prepararse la

representación. Después, contarán con unos 10 minutos para llevar a cabo la simulación, en la que tendrán que poner en práctica habilidades de comunicación y resolución de conflictos. A su vez, el docente encargado de llevar a cabo esta actividad, puede ir tomando nota de las habilidades que van demostrando los participantes durante la simulación.

Cuando hayan finalizado la representación, se les invitará a reflexionar sobre cómo se han sentido a interpretar los distintos roles. Para ello, se formularán una serie de preguntas:

- ¿Qué emociones experimentaste durante el role playing? ¿Cómo te sentiste al escuchar esas emociones en tu forma de comunicarte y actuar?
- ¿Cómo te sentiste al escuchar las emociones y necesidades del otro personaje? ¿te resultó difícil empatizar con él/ella? ¿Por qué?
- ¿Qué obstáculos surgieron durante la conversación? ¿Cómo podrías superarlos en una situación real?
- ¿Qué has aprendido sobre la importancia de una correcta comunicación y sobre el manejo emocional en situaciones de conflicto? ¿Cómo podrías aplicar estas habilidades a tu vida cotidiana?

Finalmente, se hará una discusión grupal sobre la importancia de la resolución pacífica de conflictos en una relación de pareja.

Duración: Se llevará a cabo el miércoles de la primera semana de actividades durante la clase de lengua castellana y literatura, con una duración de 2 horas.

Actividad 5: Taller de resolución de problemas

Con esta actividad se pretende enseñar a los adolescentes a encontrar soluciones a los conflictos de manera efectiva y constructiva, fomentando la comunicación asertiva. Para llevarla a cabo, primero se hará una breve introducción en la que se describen los pasos básicos para resolver un conflicto, cómo identificar el problema, definir el objetivo que se persigue, generar posibles soluciones y evaluarlas optando por elegir la mejor o más adecuada.

En esta actividad, se les repartirá a los alumnos, colocados por parejas, una situación de conflicto escrita en una tarjeta. Algunos ejemplos de situaciones de conflicto son:

1. Una pareja discute constantemente sobre la cantidad de tiempo que pasan juntos. Uno de ellos siente que la otra persona siempre está ocupada.

2. Dos compañeros de clase han sido elegidos para trabajar juntos en un proyecto. Uno de ellos tiene ideas muy diferentes y no está de acuerdo sobre cómo abordar el proyecto.
3. Dos hermanos están constantemente en desacuerdo sobre quién tiene el control del televisor en la casa.
4. Un grupo de amigos está planeando una fiesta, pero no están de acuerdo sobre la música que se debería reproducir. Algunos quieren música enérgica y otros quieren música más relajante.
5. Una pareja ha planeado pasar el día juntos, pero uno de ellos tiene que cancelar debido a un compromiso de última hora. El otro miembro de la pareja se siente frustrado y decepcionado.

La intención es que se planteen situaciones hipotéticas que pueden presentarse en el día a día, aunque no estén todas relacionadas con la violencia de género. Los participantes pueden contribuir aportando algún ejemplo más que consideren interesante de debatir.

Una vez que cada pareja tiene una situación, se les pedirá que generen tantas soluciones como puedan para el problema identificado y el objetivo definido. Cuando se habla del objetivo definido es para referirse a cómo quieren ellos que se resuelva la situación. Luego, con las soluciones que han sacado, se les pide que evalúen cada una de ellas en función de su efectividad y sus posibles consecuencias. Por último, elegirán la mejor solución para su problema, la cual deberá ser efectiva, factible y tener consecuencias positivas.

Duración: Se llevará a cabo el jueves de la tercera semana durante la clase de religión, con una duración de 2 horas.

Actividad 6: "Mente en calma"

El mindfulness es una técnica que consiste en prestar atención de manera consciente al momento presente, sin juzgarlo ni valorarlo. El mindfulness puede ser una herramienta muy útil ya que fomenta la autoconciencia, la regulación emocional, la empatía y el respeto hacia los demás. Además, nos ayuda a tomar conciencia de nuestros propios pensamientos y emociones. Esto puede ayudar a identificar los momentos en que estamos experimentando ira o frustración, y así poder evitar las emociones que nos lleven a la violencia o el abuso.

El objetivo de esta actividad es aprender a controlar la impulsividad y la ira a través del mindfulness. Se llevará a cabo en el gimnasio del instituto. Se requiere de la utilización de colchonetas para estar cómodos, y de un dispositivo para reproducir música relajante. Se les pedirá a los alumnos que cierren los ojos y se concentren en su respiración, tomando varias respiraciones profundas y

lentas. Deben observar los pensamientos que pasan por su mente, sin juzgarlos, simplemente observándolos y dejándolos ir. Si se distraen, se les pedirá que vuelvan a centrarse en la respiración.

Posteriormente, se presentarán una serie de ejercicios de atención plena, como por ejemplo el ejercicio de visualización, en el que se les pide que se imaginen un lugar tranquilo en el que se sientan felices y relajados, como una playa o un bosque. En él, deben observar los detalles que se presentan, como los colores, los sonidos o los olores. A continuación, se les pide que se imaginen a sí mismos allí, y continúen respirando profundamente y dejando que su mente se relaje.

Este tipo de ejercicios pueden ayudar a los adolescentes a reducir el estrés, la impulsividad y la ira, y a mejorar su capacidad para concentrase y tomar decisiones conscientes. Para finalizar la actividad, se les preguntará a los alumnos sobre cómo se sintieron durante el ejercicio, qué pensamientos pasaron por su mente y cómo pueden aplicar lo aprendido en su vida cotidiana para controlar la impulsividad o la ira.

Duración: Se realizará el viernes de la cuarta semana durante la clase de educación física, y tendrá una duración de 2 horas.

- **Objetivo específico 3:**

Por último, para el desarrollo del tercer objetivo específico, que pretende enseñar a canalizar los conflictos de manera adecuada a través de habilidades de comunicación y solución de problemas, se desarrollan las siguientes actividades:

Actividad 7: "Generación igualdad"

"Generación igualdad" es un documental que explora la problemática de la violencia de género y la desigualdad de género en la sociedad actual, y presenta soluciones para prevenirlas. El documental aborda temas como la brecha salarial, el acoso sexual, la violencia de género y la falta de representación femenina en posiciones de poder. A través de entrevistas con expertos y personas afectadas, el documental destaca la importancia de la igualdad de género y cómo la comunicación efectiva y la solución de problemas pueden prevenir esta violencia.

Con la proyección de este documental en clase, los estudiantes tendrán la posibilidad de ver ejemplos concretos de cómo la falta de igualdad de género y habilidades de comunicación deficientes pueden contribuir a la violencia de género. Los estudiantes también pueden ver cómo las personas y

comunidades han ido abordando estos problemas, y cómo han logrado prevenir la violencia de género a través de una comunicación efectiva y las habilidades correctas de solución de problemas.

Durante la proyección del documental, cuya duración es de una hora, los alumnos deben ir tomando notas para que, posteriormente, se lleve a cabo una discusión en grupos reducido, en el que se respondan a las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipos de situaciones pueden desencadenar conflictos?
- ¿Por qué es importante la comunicación efectiva en la prevención de la violencia de género?
- ¿Cómo pueden las habilidades de solución de problemas ayudar en la prevención de la violencia de género?

Finalmente, los alumnos deben entregar las respuestas a dichas preguntas. Link del vídeo que se reproducirá con el proyector de la clase: https://www.youtube.com/watch?v=mkkhkN3Mqms

Duración: Se impartirá el viernes de la segunda semana de actividades, durante la clase de educación física, con una duración de 2 horas.

Actividad 8: Aprendiendo los estilos de comunicación

Los tres estilos de comunicación son el pasivo, el asertivo y el agresivo. La comunicación pasiva se caracteriza por una falta de asertividad y la tendencia a ceder ante los demás. Las personas que utilizan este estilo intentan evitar el conflicto y tienen dificultades para expresar sus necesidades o deseos; La comunicación asertiva se caracteriza por la capacidad de expresar los propios sentimientos y pensamientos. Las personas que usan este estilo de comunicación, a menudo suelen tener buena autoestima y establecen límites saludables en sus relaciones sociales; Por último, la comunicación agresiva se caracteriza por la tendencia a imponer las propias necesidades y deseos a los de los demás, sin tener en cuenta sus sentimientos y de manera violenta. Las personas que usan este estilo de comunicación suelen recurrir a la intimidación, la crítica y la manipulación para conseguir lo que ellos quieren.

Para esta actividad, los alumnos se dividen en parejas. A cada una de las parejas se les reparte una tarjeta en la que aparece escrita una situación concreta y el estilo de comunicación que deben utilizar para resolverla. La misma situación será representada en tres ocasiones, por una pareja distinta en cada caso, y en cada una de ellas se utilizará un estilo distinto, para ver cómo se puede resolver la misma situación de distintas formas.

Con esta actividad, se ayuda a mejorar las habilidades sociales y de comunicación de los estudiantes, y les ayuda a aplicar los distintos estilos de comunicación con situaciones de la vida real. También se fomenta la empatía y la comprensión hacia los demás, promoviendo un ambiente de respeto y tolerancia. Véase el anexo 3.

Duración: Esta actividad está diseñada para ser impartida en la clase de lengua castellana y literatura. Se llevará a cabo el miércoles de la tercera semana y tendrá una duración de 2 horas.

Actividad 9: Concurso de cortos

Esta actividad consiste en que los alumnos creen vídeos cortos (de no más de 5 minutos) que aborden la prevención de la violencia de género a través del uso de habilidades sociales. Los videos pueden ser de ficción, documentales, de animación, etc., y deben mostrar situaciones comunes en las que se puede presentar este tipo de violencia en los adolescentes. Con esto se fomenta la creatividad y el trabajo en equipo, y se les brinda la oportunidad de desarrollar sus habilidades de comunicación y tecnológicas.

El vídeo se llevará a cabo en grupos de cuatro o cinco personas, formados al azar, y su evaluación posterior será realizada por el profesor correspondiente a la asignatura desde la que se imparte, basándose en criterios como la originalidad, la creatividad, el mensaje y la calidad técnica. Además, se hará un concurso entre los videos presentados, y el mejor valorado se expondrá al resto del centro en días como el 25N o el 8M. Con esto se pretende motivar aún más a los alumnos.

El desarrollo de esta actividad requerirá de dos clases, llevadas a cabo el lunes y el viernes de la última semana de actividades. En la primera sesión, se elaborará el guion del vídeo, y será en la segunda cuando los alumnos expongan el resultado del corto al resto de los compañeros. La grabación del corto la realizarán en horario no lectivo, en casa, en un parque o en cualquier escenario que les parezca apropiado. Es cuestión de que dejen brillar su imaginación.

Duración: Esta actividad requerirá de dos clases situadas el lunes y el viernes de la semana 5, en la asignatura de educación física. Su duración será de 2 horas cada clase, con una duración total de 4 horas la actividad, sumado el trabajo que deben hacer los alumnos en casa.

Tabla 1. Resumen de las actividades

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
El sexismo y la publicidad	Objetivo específico 1	2 horas
Desmontando mitos		2 horas
Buscando al hombre/mujer perfecto/a		2 horas
Control de la impulsividad	Objetivo específico 2	2 horas
Taller de resolución de problemas		2 horas
"Mente en calma"		2 horas
"Generación igualdad"	Objetivo específico 3	2 horas
Aprendiendo los estilos de comunicación		2 horas
Concurso de cortos		4 horas

- **<u>Sesiones con los padres de los alumnos:</u>**

Paralelamente a la realización de las actividades con el alumnado, se llevarán a cabo sesiones formativas e informativas con los padres de estos alumnos. Estas sesiones las llevará a cabo la psicóloga encargada de la creación del proyecto, contando con la colaboración de la psicóloga que lleva el Punto de Atención Psicológica para víctimas de violencia de género (PAP) de Fregenal de la Sierra. De esta forma, se obtendrá información de mano de un profesional en la materia. Además, para la última reunión con los padres, contaremos también con la colaboración de el jefe de la Guardia Civil y la Policía Local del pueblo, que se encargarán de explicar los distintos dispositivos y programas activos en Extremadura, para que tengan conocimiento de ello si alguna de las familias sufre una situación de violencia de género en casa.

Para que el proyecto de prevención de la violencia de género sea efectivo y tenga un impacto duradero, es necesario que los padres se involucren activamente y trabajen junto con el instituto para fomentar una cultura de igualdad de género y respeto hacia los demás. Los padres tienen un papel fundamental en la educación de sus hijos, debido a que el comportamiento de los hijos es resultado de lo que aprenden en casa. Al involucrarse en el proyecto, los padres pueden ayudar a reforzar los

valores y conocimientos que sus hijos están aprendiendo y asegurarse de que estos se aplican también en el hogar. Además, como se ha mencionado anteriormente, al tratarse de alumnos menores de edad, se necesita el consentimiento de los padres para participar en el proyecto.

Las sesiones con los padres se llevarán a cabo por las tardes, ya que, generalmente, suelen presentar más problemas para acudir por la mañana por causas laborales. El lugar donde se realicen será el aula donde se les imparten las clases a sus hijos. Se harán tres sesiones, cuyo día asignado será el lunes de la primera, tercera y quinta semana del proyecto, respectivamente.

Sesión 1: "Prevención de la violencia de género desde el ámbito familiar"

La sesión comenzará con la presentación del proyecto, los objetivos que se pretenden conseguir, la descripción de las actividades que se llevarán a cabo y la firma del consentimiento informado. En esta charla se proporcionarán las herramientas y estrategias necesarias para que los padres puedan seguir trabajando con sus hijos en la prevención de la violencia de género y la promoción de la igualdad de género.

Los temas que se abordarán son los siguientes:

- ¿Qué es la violencia de género y cómo se manifiesta en el hogar?
- ¿Qué son los estereotipos de género y cómo pueden afectar a nuestros hijos?
- ¿Cómo podemos fomentar la igualdad de género en casa?

La respuesta a esta última pregunta es la lección más importante que deben aprender los padres de esta charla. La igualdad de género en casa se puede fomentar de muchas formas, por ejemplo:

- Evitando los estereotipos de género y promoviendo la libre elección de actividades, juguetes y roles.
- Enseñando a nuestros hijos a respetar y valorar a todas las personas, independientemente de su género.
- Fomentando la comunicación y el diálogo en casa y escuchando las opiniones y necesidades de todos los miembros de la familia.
- Estableciendo normas claras de convivencia y respeto que se aplique por igual a todos los miembros de la familia.
- Repartiendo equitativamente las tareas del hogar entre todos los miembros de la familia. Las tareas de hogar no son tareas de mujeres, debe desmontarse ese mito.

Duración: 1 hora

Sesión 2: "Acompañando a nuestros hijos en la prevención de la violencia de género"

En esta charla se abordará el tema de cómo detectar y prevenir la violencia de género en casa. Algunas de las pautas que se establecen son las siguientes:

- Establecer un ambiente seguro y de confianza en casa, donde nuestros hijos se sientan cómodos hablando de cualquier tema.
- Imponer normas claras de convivencia y respeto.
- Escuchar activamente a nuestros hijos y prestar atención a posibles señales de violencia, como cambios en su comportamiento, actitudes sexistas o actitudes de control.
- Hablar con nuestros hijos sobre la violencia de género y enseñarles que no es algo normal ni aceptable.
- Apoyar y guiar a nuestros hijos en la resolución pacífica de los conflictos y en el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales que fomenten la convivencia pacífica.
- Buscar ayuda y asesoramiento profesional si detectamos cualquier tipo de violencia de género en casa.

Duración: 1 hora.

Sesión 3: Dispositivos de denuncia

En la tercera y última sesión, se contará con la colaboración de la Policía Local de Fregenal de la Sierra junto con un agente de la Guardia Civil, quienes explicarán el procedimiento de denuncia y los dispositivos que existen actualmente. Esta información es muy útil porque puede haber familias que están sufriendo algún tipo de violencia (tanto las madres como los hijos) y no se atreven a ponerle fin a esa situación denunciando, bien por falta de conocimiento o por miedo. Muchas veces, las víctimas no denuncian por sentir que no tienen el apoyo adecuado. Por ello es importante que como padres y madres estemos al tanto de las señales de violencia en nuestras relaciones y en la de nuestros hijos e hijas.

Los contenidos tratados durante la sesión serán los siguientes:

En primer lugar, se hablará acerca del teléfono 016. Se trata de un servicio telefónico gratuito y confidencial de atención a víctimas de violencia de género en España. Está disponible las 24 horas del día y todos los días del año. Además, es atendido por profesionales especializados en la materia. También, se encarga de recoger denuncias de casos de violencia de género y derivarlas a las autoridades competentes para su investigación. La llamada al 016 no aparece en la factura telefónica ni deja rastro en el registro de llamadas, con la finalidad de garantizar la confidencialidad de la

persona que llama y su protección ante posibles represalias del agresor. El 112 también puede ser utilizado en casos de violencia de género, especialmente si la situación requiere de una intervención inmediata de las fuerzas de seguridad.

Una vez que se presenta la denuncia, se lleva a cabo una valoración de riesgo para determinar la gravedad de la situación. Si se considera que la vida o la integridad física de la víctima están en peligro, se pueden tomar medidas de protección urgentes, como la orden de alejamiento o la detección del agresor. Si se detiene al agresor, este pasará la noche en el calabozo hasta que se realice el juicio rápido, que se llevará a cabo en el plazo máximo de 72 horas desde su detección. La sentencia puede incluir medidas de protección para la víctima, como la orden de alejamiento. En el caso de presentar in riesgo alto, se ofrece el dispositivo COMETA, que es un sistema de seguimiento telemático que se usa para la protección de las mujeres. Se trata de un dispositivo que se coloca en el tobillo del agresor y, a su vez, se le proporciona a la mujer un dispositivo similar a un teléfono móvil, que le permite saber cuando el agresor se encuentra dentro del perímetro estipulado en la orden de protección. El dispositivo emite un sonido cuando el agresor entra dentro de este perímetro. En ese momento, la Guardia Civil se pone en contacto con la víctima para saber si está bien, y posteriormente, localizan al agresor. Si este quebrantamiento de la condena ha sido intencionado, el agresor puede ser detenido. También se encuentra disponible el Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO), que es un dispositivo de telefonía móvil que permite que las usuarias puedan entran en contacto en cualquier momento con un centro atendido por personal preparado para dar respuesta a su situación. Ofrece una atención inmediata y a distancia, asegurando una respuesta rápida las 24 horas del día, los 365 días del año, y sea cual sea el lugar en que se encuentren.

Para finalizar, a modo de resumen, se reproducirá el siguiente vídeo: https://youtu.be/9rpLYZ0ovWM , y los miembros invitados (Policía Local y Guardia Civil), responderán a las preguntas que tengan los participantes.

7.4. Temporalización

Como se ha mencionado anteriormente, las actividades se impartirán a cada grupo de clase (A, B y C) durante las 5 primeras semanas de cada trimestre académico del curso 2023/2024. Se llevarán a cabo en las clases de lengua castellana y literatura, religión y educación física. En el calendario académico, estas clases ocupan los siguientes días: lengua castellana y literatura se imparte

los lunes y los miércoles; religión los martes y jueves; y educación física los lunes y viernes. Cada clase tiene una duración de 2 horas.

Antes de iniciar el proyecto, se les pasará a los alumnos 3 cuestionarios. Esto se llevará a cabo la primera semana de cada uno de los trimestres (para pasárselo a cada grupo en el momento que le corresponde), y posteriormente, se les volverá a pasar una vez que ha finalizado la intervención. Con esto, se pretende conocer el impacto que el proyecto ha tenido en ellos.

Los cuestionarios son los siguientes:

- El inventario de Sexismo Ambivalente (ASI), que mide las actitudes sexistas.
- La Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S), que mide el carácter asertivo de la persona.
- El Cuestionario de agresión, que mide el comportamiento agresivo.

Se realizarán dos actividades por semana, intercalando los distintos objetivos, con la excepción de la última semana en la que se llevarán dos sesiones de la misma actividad. Además, los lunes por la tarde, será cuando se lleven a cabo las sesiones con los padres que tendrán una duración de 1 hora y se harán los lunes de la primera, tercera y quinta semana del proyecto.

Tabla 2: Cronograma de las actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semana 1	"El sexismo"		"Control de la impulsividad"		
	Sesión 1 "Prevención de la violencia de género desde el ámbito familiar"				
Semana 2		"Desmontando mitos"			"Generando igualdad"
Semana 3	Sesión 2: "Acompañando a nuestros hijos en la		"Aprendiendo los estilos de comunicación"	"Taller de resolución de problemas"	

	prevención de la violencia de género”				
Semana 4		“Buscando al hombre/mujer perfecto/a”			“Mente en calma”
Semana 5	“Concurso de cortos”				“Concurso de cortos”
	Sesión 3 Dispositivos de denuncia				

Leyenda

Objetivo específico 1: “Desmontar las creencias que apoyan el uso de violencia relacionadas con los estereotipos sexuales machistas, los celos patológicos y la sumisión de la mujer.”

Objetivo específico 2: “Fomentar la resolución de conflictos a través del manejo adecuado de emociones como la hostilidad y la ira en relaciones de pareja.”

Objetivo específico 3: “Enseñar a canalizar los conflictos de manera adecuada a través de habilidades de comunicación y solución de problemas.”

Sesiones con los padres

7.5. Recursos

En cuanto a los recursos humanos, cómo se ha mencionado con anterioridad, los encargados de la implementación de las actividades serán los propios docentes en horario lectivo. Para las charlas con los padres, será la psicóloga que crea el proyecto la que las imparta, junto con varios invitados. Estos invitados son tanto la psicóloga del Punto de Atención Psicológica (PAP), como la Policía Local y la Guardia civil de la localidad.

La psicóloga del proyecto se encargará de las sesiones de formación previa de los docentes, las sesiones de seguimiento del trabajo de estos docentes a lo largo del curso, la creación del proyecto, las sesiones con los padres y la evaluación a los alumnos, que se debe realizar antes y después de la implementación del proyecto. En total, trabajará unas 4 horas por semana, durante los 9 meses del

curso. La financiación del proyecto la llevará a cabo la concejalía de igualdad del ayuntamiento de Fregenal de la Sierra.

Tabla 3: Resumen de los recursos

Recursos materiales	- Dos paquetes de 500 folios. - Diez cartulinas. - Rotuladores, tijeras, pegamento y revistas. - El proyector de la clase, la tinta de la impresora y las colchonetas del gimnasio.
Recursos humanos	- Los docentes, la psicóloga del PAP, la Policía Local y la Guardia Civil. - La psicóloga del proyecto.

8. Evaluación

Con la evaluación del presente proyecto, se pretende medir el impacto que éste tiene en la población objetivo. Para ello, se utilizarán diversos cuestionarios que permiten evaluar las capacidades que se pretenden trabajar a lo largo del proyecto. Estos cuestionarios se aplicarán en dos momentos: al inicio y al final del proyecto. Con ello, se podrá realizar una comparación de los resultados obtenidos antes y después de la implementación del proyecto, y así evaluar la efectividad del mismo.

En primer lugar, se les pasará el Inventario de Sexismo Ambivalente (ISA), desarrollado por Glick y Fiscke (1996). La primera versión del cuestionario estaba escrita en inglés, con el nombre de "Ambivalent Sexism Inventory (ASI), y medía dos factores: el sexismo hostil y el sexismo benévolo, por lo que se de un constructo bidireccional. Posteriormente fue adaptado y validado en diferentes países. Una prueba de validez de las mediciones aportadas por el ISA, son las diferencias presentes en las respuestas de hombres y mujeres. Es de esperar que los hombres obtengan puntuaciones más elevadas, especialmente en el sexismo hostil. Esto es porque el sexismo está basado en el poder y la identidad distintiva por parte de los hombres con respecto a las mujeres, unido al deseo de intimidad y dominancia sexual. En cambio, en el sexismo benévolo no se mostraron diferencias. (De Lemus, et al., 2007; Glick y Fiske, 1996). La versión española consta de 20 ítems, medido según el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las afirmaciones que se presentan, yendo desde muy en desacuerdo, hasta muy de acuerdo (Véase el anexo 4). El índice de fiabilidad para cada una de las sub

escalas, de sexismo benévolo y sexismo hostil, fue de 0,74 y 0,85 respectivamente, y la correlación ítem-total para todos os ítems de ambas escalas fue superior a 0,2 (Cárdenas et al. 2010).

En segundo lugar, se pasará la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S), inicialmente desarrollada por Spencer A. Rathus en 1973, y posteriormente adaptada al español por León y Vargas (2009). Ambas versiones contienen 30 afirmaciones, de las cuales 16 están elaboradas en sentido desfavorable y 12 en sentido favorable, en relación al nivel de destreza asertiva de la persona. El instrumento sirve para que los sujetos evalúen cada afirmación en un intervalo de 0 (muy poco característico de mí) a 5 (muy característico de mi) (León y Vargas, 2009).

Los ítems pueden clasificarse en 6 dimensiones:

- Aquellos que miden la capacidad de mostrar disconformidad, molestia o desagrado en situaciones publicas, para satisfacer una necesidad de la persona que se espera que sea atendida correctamente. Estos ítems son el 3, 17, 19 y 20.
- Aquellos que expresan de forma clara y concisa sentimientos, pensamientos o creencias que experimentan bajo ciertas circunstancias. Estos son el 5, 13, 14 y 21.
- Los que evalúan la autoeficacia para el manejo de determinados eventos, es decir, se trata de un juicio individual. En este grupo se encuentran el ítem 1, 2, 6, 7 y 16.
- Los que miden la capacidad de interactuar con determinadas organizaciones o en situaciones en las que se hace una solicitud o se responde a una demanda. Estos son el 8, 9 y 10.
- Los que miden el temor de expresar en público las opiniones personales, por miedo a la burla o el juicio social. Son el 12, 18 y 22.
- Por último, los que representan la capacidad de expresar negación o comentarios opuestos a los de los otros. Aquí se recogen los ítems 4, 11 y 15 (León y Vargas, 2009; León, 2014).

Los resultados sobre la R.A.S adaptada muestran que se trata de instrumento que no ha sido diseñado sobre un modelo teórico explícito de la asertividad. A pesar de ello, aporta información útil para el análisis cualitativo. El coeficiente de validez se ajustaría a 0,67, en el caso de la correlación de Pearson (León y Vargas, 2009).

Por último, se utilizará el Cuestionario de Agresión (Aggression Questionaire), desarrollado por Buss y Perry (1992). La versión original y la posterior adaptación realizada por Andreu y cols. (2002), contiene 29 ítems referidos a conductas y sentimientos agresivos, codificados a través de una escala Likert que va de 1 al 5 (1: completamente falso para mí"; 2: bastante falso para mi; 3: ni verdadero ni falso para mi; 4: bastante verdadero para mi; 5: completamente falso para mi), estructurados en cuatro sub-escalas: agresión física, compuesta por 9 ítems, agresión verbal,

compuesta por 5 ítems, ira compuesta por 7 ítems, y hostilidad, compuesta por 8 ítems, que mostraron una fiabilidad y consistencia interna aceptable. Este cuestionario es de fácil manejo y bajo coste de aplicación, eficaz para la detección de sujetos agresivos en la población. Con respecto a los coeficientes de fiabilidad que se encontraron, estos fueron satisfactorios: 0,72 para la escala de agresión verbal y 0,85 para la escala de agresión física. (Andreu, et al., 2002; Buss y Perry, 1996).

La administración de los instrumentos descritos se realizará de manera colectiva tras solicitarle permiso a los docentes, dentro del horario de clase. La participación será voluntaria y se llevará a cabo al inicio del proyecto, y al final. Se debe garantizar siempre la confidencialidad de las respuestas. El orden de administración será el mismo en el que se han presentado los instrumentos y el tiempo oscilará entre 20/30 minutos en total.

Para conocer el grado de satisfacción de los participantes del proyecto, así como el de sus padres y madres, se les enviará a través de Rayuela (Plataforma Integral educativa de la Consejería de Educación de la Junta de Extremadura) dos encuestas de satisfacción, una la debe cumplimentar el alumno, y la otra los padres. Esto puede servir para incorporar futuras mejoras. Además, el testimonio de los participantes y de las familias, junto con los resultados positivos, sirven de evidencia de la efectividad y el impacto al solicitar su financiación o justificar la continuación del mismo. Dichas encuestas se encuentran en el punto 6 y 7 del anexo.

9. Anexos

Los anexos del proyecto pueden consultarse en el siguiente enlace: https://docs.google.com/document/d/1khGmiXh8xsIqGeF_E3pes-b0U-vIx8YmcsWCRSS3s5M/edit

10.Referencias

Águila, Y., Hernández, V.E. y Hernández, V.H. (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica, 38* (5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005

Andreu, J.M., Peña, M.E., y Graña, J.L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14* (2), 476-482. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/727/72714245.pdf

Asociación Española de Psicología Sanitaria (2023). *Consecuencias psicológicas de la violencia de género*. Recuperado el 16 de marzo de 2023 de https://aula.aepsis.com/course/view.php?id=61

Asociación Española de Psicología Sanitaria (2023). *Introducción a la violencia de género*. Recuperado el 16 de marzo de 2023 de https://aula.aepsis.com/course/view.php?id=61

Bronfenbrenner, U., y Ceci, S.J. (1994). Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological review, 101*(4), 568-586.

Buss, A. y Perry. M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63* (3), 452-459. Recuperado de http://www-personal.umich.edu/~agong/temp/Buss%20and%20Perry%201992%20-%20The%20aggression%20questionnaire.pdf

Cárdenas, M., Lay, S., González, C., Calderón, C. y García, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Revista Salud y Sociedad, 1*(2), 125-135.

Cercas, B., Fondón, F. y Pérez, N., (2018). *Proyecto "Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes"*. Asociación de Derechos Humanos de Extremadura. Cuarto cuaderno.

Consejo General del Poder Judicial (2023). *Las denuncias y las víctimas de la violencia de género aumentaron en Extremadura por encima del 21 por ciento durante el pasado año*. Recuperado el 22 de mayo de 2023 de https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Extremadura/Oficina-de-Comunicacion/Archivo-de-notas-de-prensa/-Las-denuncias-y-las-victimas-de-la-violencia-de-genero-aumentaron-en-Extremadura-por-encima-del-21-por-ciento-durante-el-pasado-ano--#:~:text=En%20Extremadura%20se%20situ%C3%B3%20en,que%20en%20el%20ejercicio%20anterior.

De Lemus, S., Castillo, M., Moya, M., Padilla, J.L., y Ryan, E., (2007). Elaboración y validación del Inventario de Sexismo Ambivalente para Adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,* 2, 537-562. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-292.pdf

Fermoso, M.J. (2020). *Percepción de la igualdad y de la violencia de género. Una aproximación a partir de la opinión de jóvenes universitarios*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/145546/Fermoso%20Palmero%2C%20M%C2%AA%20Josefa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Glick, P. y Fiske, S. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (3), 491-512.

León, M., y Vargas, T. (2008). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología, 28* (41-42), 187-207. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748706001.pdf

León, M. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Reflexiones, 93* (1), 157-171. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v93n1/a12v93n1.pdf

Lundgren, R., y Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health, 56*(1), S42-S50.

Martín, P.J. (2019). *Alumnado ayudante de 4º ESO: viaje a Alburquerque*. Recuperado el 16 de marzo de 2023 de https://ieseugenhermoso.educarex.es/index.php/nuestro-centro?start=5

Meras, A. (2003). Prevención de la violencia de género en adolescentes. En I. Silva (Coor.), *Aspectos psicosociales de la violencia juvenil*, nº 62 (pp. 143-150). Madrid: Instituto de la Juventud. Recuperado de https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/42943/Vol5%283%29_008_jett_monreal_%20povedano_martinez.pdf?sequence=1

Ministerio de Igualdad (2019). *Resumen ejecutivo de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Resumen_ejecutivo_Macroencuesta_2019_DEF.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género*. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

Monreal-Gimeno, M.C, Povedano-Díaz, A. y Martínez-Ferrer, B. (2014). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal for Educators, Teachers and Trainers, 5*(3), 105 – 114. Recuperado de https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/42943/Vol5%283%29_008_jett_monreal_%20povedano_martinez.pdf?sequence=1

OMS, LSHTM, SAMRC (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia e impactos en la salud de la violencia de pareja y la violencia sexual fuera de la pareja. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1

OMS (2021). Violencia contra la mujer. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Pérez, C. (2018). *Análisis de contenido y del destinatario de las campañas institucionales de prevención de la violencia de género en España*. Universidad de Valladolid. Recuperado de https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31035/TFG-N.957.pdf;jsessionid=9F8CA762FC690C8DA600BF803A6C05B4?sequence=1

Pérez, S. (2019). La violencia de género en los jóvenes. Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España. *Injuve*. Recuperado de https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf

Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura (2023). Informe de impacto de género. Recuperado de https://www.juntaex.es/documents/77055/621120/23_10_informe_impacto_genero.pdf/2fc9a437-6e50-756e-056c-732bc4cd0aca?t=1666072740140

Secretaría General de Familias, Igualdad, Violencia de Género y Diversidad (2022). *Informe Anual en Materia de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Andalucía (2021)*. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/391633.html

Toldos, M.P. (2002). *Adolescencia, Violencia y Género*. Tesis doctoral, Universidad Computense de Madrid. Recuperado de https://eprints.ucm.es/id/eprint/4477/1/T26325.pdf

United Nations (1993). *Declaration on the elimination of violence against women.* Recuperado de https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf

World Health Organization (2008). *Violence against women*. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Programa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 12 a 16 años desde el ámbito educativo

Carmen Orellana Calurano

Universidad de Huelva – España –

Introducción

En la sociedad actual es un hecho que los medios publicitarios, las revistas de moda, las redes sociales e incluso el propio entorno, se encargan de promover y bombardear de manera reiterada conceptos como el de tener una alimentación saludable y realizar deporte de manera continuada para lograr alcanzar el ideal de figura socialmente aceptado o lo que se percibe como "cuerpo perfecto". En ocasiones, esta percepción viene ligada al pensamiento infundado de relacionar el bienestar personal con el éxito y canalizarlo principalmente a través de lo estético, conduciendo a conductas dañinas y destructivas (Fanjul, 2008). Todo esto deriva en que, consecuentemente, debido a la influencia y presión social de querer encajar con el ideal estético, de lugar a la aparición de diferentes patologías.

Por lo general, este tipo de patologías suelen aludir a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Según viene detallado en el DSM-5:

> Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (American Psychological Association [APA], 2014, p.329)

Existen diferentes tipos de trastornos de la alimentación, entre ellos se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, el trastorno de rumiación, la pica y el trastorno por restricción (APA, 2014).

Los TCA son trastornos complejos y graves que presentan una etiología multifactorial, incluyendo la interacción de factores psicológicos, fisiológicos, sociales

y culturales (Moreno, 2020). Han cobrado gran relevancia debido a la seriedad y a la duración que presentan, el aumento de personas que cada día se ven más afectadas por este problema y el impacto que ocasionan a nivel psicológico, laboral, familiar, físico y académico de quienes lo sufren. Normalmente, este tipo de patologías suelen aparecer durante la adolescencia o al comienzo de la adultez, pero pueden desarrollarse a cualquier edad (Baldares, 2018).

Debido a la gravedad que presentan, estos trastornos generan como resultado una serie de consecuencias negativas para la persona, entre las que suelen destacar complicaciones a nivel físico, psicológico y social (Foran et al., 2020).

Dentro de las repercusiones físicas, este tipo de trastornos pueden producir problemas cardiovasculares (dolor en el pecho, mareos, desmayos, arritmia, palpitaciones, bradicardia e hipotensión), pulmonares (insuficiencia respiratoria), metabólicos (deshidratación, hipoglucemia, etc), neurológicos (atrofia cerebral), complicaciones gastrointestinales (dolor abdominal, hinchazón, úlcera gástrica, etc), problemas endocrinos (amenorrea, apetito sexual disminuido, problemas en la tiroides, etc) y hematológicos (anemia, recuento bajo de glóbulos blancos, etc). También destacan complicaciones relacionadas con la pérdida de cabello, alopecia, piel seca, callos en los dedos de las manos y desgaste del esmalte dental por inducir el vómito (Morris y Anderson, 2021; Sato y Fukudo, 2015; Yaqoob et al., 2022).

Respecto a las consecuencias psicológicas, algunos de los problemas que se han encontrado se relacionan con la aparición de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad social, problemas de concentración e hiperactividad, síntomas obsesivos-compulsivos, pensamientos suicidas (más relacionados con la depresión), autolesiones, uso de sustancias (como alcohol y medicamentos) y cambios de humor, en los que las personas son más propensas a irritarse y enfadarse con facilidad (Himmerich et al., 2021; Klein et al., 2021).

Por último, entre las consecuencias sociales destacan: problemas con el círculo cercano (la familia, amigos o pareja) debido a problemas de hostilidad e irritabilidad, un mayor aislamiento social como consecuencia del miedo a ser juzgado por la apariencia física o salidas que impliquen comer, así como una deficiencia en el control de impulsos (Iles et al., 2017; Levinson et al., 2019; Levinson y Williams, 2020).

Estado de la cuestión

Como fue anteriormente mencionado al comienzo de la introducción, pese a que el desarrollo de un TCA puede presentarse durante cualquier etapa de la vida o rango de edad, es más común que su aparición tenga lugar durante la adolescencia (Gander et al., 2015). Principalmente, esto se debe a que la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios psicológicos, físicos y sociales, en la cual los adolescentes presentan descontento hacia su imagen corporal y una mayor vulnerabilidad respecto a los comentarios que escuchan (Véliz Sánchez et al., 2019). Dentro de esta población, pese a que son trastornos que pueden comúnmente mostrarse tanto en hombres como mujeres, se evidencia que el sector más afectado son las mujeres jóvenes (Kumar, 2022). Según varios estudios realizados, en España se estima una prevalencia en torno al 4,45 % de mujeres adolescentes que padecen un TCA (Viñals et al., 2002).

A continuación, se aportan algunos datos que evidencian la creciente gravedad de estos trastornos a lo largo de los años en estudios e investigaciones realizadas en España.

En el año 2001, se realizó un estudio con adolescentes de la provincia de Málaga con una muestra de 1.555 personas. Los resultados obtenidos reflejan que un 27,5% padecía un TCA, con unos porcentajes para la anorexia nerviosa de un 3,9% en chicas y un 0,5% en chicos; respecto a la bulimia nerviosa los datos fueron del 0,6% y 0,2% (Teresa et al., 2001).

En 2014, se realizó un estudio para datar la epidemiología de estos trastornos en relación con los estilos de vida y salud en universitarios en el que llegaron a colaborar universidades de diferentes comunidades autónomas: entre ellas se encuentran la Universidad de Salamanca, de León, de Vigo, de Granada, de Jaén y de Huelva. Mediante la administración del cuestionario SCOFF, se observó una prevalencia de riesgo del 19,5%, destacando una mayor incidencia en población femenina con un 21,2 % frente a un 15,05% en hombres (Martínez-González et al., 2014).

En una investigación realizada por Álvarez-Malé y Castaño (2015) con adolescentes de diferentes centros educativos en Gran Canaria, se obtuvo que un 27,42% de la muestra padecía riesgo de sufrir un TCA, siendo un 33% perteneciente a la población femenina y un 20,6% a la masculina.

En el año 2016 fue llevada a cabo una investigación en España con adolescentes escolarizados. En dicho estudio se obtuvieron resultados que databan una mayor incidencia de casos de TCA en el sector femenino frente al masculino, con una tasa de

prevalencia del 1,3% en mujeres y una cifra menos pronunciada en varones, con un 0,1% (Lázaro et al., 2016).

A su vez, estudios realizados antes de la pandemia del COVID-19 avalan que la prevalencia mundial para los TCA es elevada, con una cifra del 3,5% del periodo comprendido entre 2000-2006 y un creciente aumento del 7,8% de la población entre 2013-2018 (Galmiche et al., 2019).

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) en el año 2019 alrededor de 14 millones de personas llegaron a padecer un trastorno alimenticio, de cuya alarmante cifra se estima que 3 millones afectaron a adolescentes y niños. Teniendo en cuenta lo anterior, haciendo referencia a la tasa de incidencia de estos trastornos en España, estudios actuales destacan una prevalencia del 4,1-4,5% entre la población joven de 12 y 21 años. Por otra parte, la anorexia se estima alrededor del 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de las mujeres de esa edad. Concretamente, la edad comprendida entre los 12 y 18 años es donde se presenta una mayor incidencia; sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar casos donde la edad de comienzo es más temprana, situándose entre los 8 y 9 años (Asociación contra la Anorexia y Bulimia [ACAB], s.f.).

Respecto a la etiología de estos trastornos, se desconocen las causas específicas o concretas que provocan su aparición. Sin embargo, existen una serie de factores psicológicos, genéticos y socioculturales que según su aparición intervienen en mayor o menor grado (Gaete y López, 2020).

Incidiendo en los factores de riesgo que conducen a este tipo de patologías, Río Sánchez et al. (2002) se centran en 3 tipos de causas principales. Primeramente, se encuentran los factores predisponentes. Es decir, tal y como su nombre indica, aquellos factores que son precondición para la aparición de un TCA y sin los cuales es complicado que se llegue a desarrollar uno. Entre ellos destacan la genética, los factores biológicos, la personalidad y las demandas socioculturales. Seguidamente mencionan los factores precipitantes, aludiendo a aquellos que tienen relación directa con su aparición, tales como la baja autoestima, el desarrollo de la pubertad, la presión, problemas escolares y la autoevaluación fundada exclusivamente en la apariencia o peso. En último lugar, están los factores perpetuantes, los cuales actúan manteniendo el trastorno cuando ya se ha manifestado (percepción de logros como resultado del control de bajar de peso o aislamiento social).

Principalmente, los factores relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y la exagerada preocupación con el peso constituyen los componentes primordiales en el diagnóstico y psicopatología de los TCA (Cano y Fernández, 2002).

Marco teórico

Para el abordaje de este punto me centraré en explicar el Modelo Biopsicosocial de los TCA de Garner. En primer lugar, desarrollando la teoría del mismo y posteriormente describiendo de manera más detallada las variables de riesgo más relevantes implicadas en el modelo, aportando evidencias de autores que se han basado en el mismo para la realización de distintos estudios e intervenciones.

Según Garner (1993) en el desarrollo y aparición de los TCA intervienen diferentes factores que interactúan de manera conjunta para el favorecimiento de su origen. Entre estos factores alude a los predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

Respecto a los factores predisponentes, Garner (1993) los describe como aquellos que son condición necesaria para el desarrollo de estos trastornos, favoreciendo de esta manera en la persona una mayor vulnerabilidad. Principalmente, destaca los factores individuales (entre los que se encuentran los factores biológicos, psicológicos y la genética) y las demandas socioculturales.

Por otro lado, se encuentran los factores precipitantes, los cuales aluden a situaciones estresantes y de ansiedad que pueden desencadenar en el desarrollo de un TCA en ciertos momentos (Calvo, 2002). Son destacables los cambios físicos, problemas debido al incremento de peso por el transcurso de la pubertad, sufrir acoso escolar y divorcio de los padres, entre otros (Sánchez et al., 2010).

Por último, los factores mantenedores son aquellos que actúan manteniendo el problema cuando ya se ha desarrollado el TCA. Destacan el aislamiento social, realizar ejercicio físico de manera compulsiva y agotamiento debido a las conductas realizadas a causa del trastorno (Sánchez et al., 2010).

Particularmente, este autor incide en que el conjunto de factores psicológicos, biológicos y genéticos, así como la influencia de las demandas socioculturales, darán lugar a que la persona comience a desarrollar conductas peligrosas con respecto a la alimentación, con el propósito de provocar un cambio en su imagen corporal que le conducirá a padecer estos trastornos (Garner, 1993). Debido a ello, se describe de manera más detallada cada una de estas variables de riesgo, a partir de las cuales numerosos autores se han apoyado para la realización de estudios e intervenciones; pues

todos parten describiendo cada uno de los factores predisponentes mencionados en este modelo teórico.

Factores genéticos y biológicos. Primeramente, estudios sobre genética estiman que la herencia determina un papel clave en el desarrollo de estos trastornos en la transmisión familiar (Maganto, 2011). De esta forma, existe una mayor incidencia en las familias que ya presenten personas con un TCA (Raich, 2011). Se reportan estudios donde las personas con familiares que padecen un TCA presentan una mayor prevalencia de padecerlo (entre el 3% y el 12%) que respecto a las familias que no lo tienen (entre el 0% y 4%). En el caso de la Anorexia Nerviosa, las personas con familiares que presentan este trastorno tienen una probabilidad de 11,3 veces más de riesgo de sufrirla frente a las familias que no lo tienen. Por otro lado, respecto a la Bulimia Nerviosa, pacientes con familiares que la padecen tienen entre 4,4 y 9,6 veces más probabilidad de padecerla que personas con familias sin TCA (Strober et al., 1985; Strober et al., 1990; Strober et al., 2001). En otros estudios que parten del Modelo Biopsicosocial de Garner se han realizado investigaciones para comprobar cómo afecta el componente genético en la herencia de los TCA, hallándose una mayor vulnerabilidad de padecer dichos trastornos entre gemelas monocigóticas que dicigóticas. No obstante, cabe citar que pese a que poseen una mayor predisposición genética para la aparición de estos trastornos, no se traduce en que forzosamente tengan que presentarse (Calvo, 2002).

Por otro lado, con respecto a los factores biológicos se observan anomalías a nivel hipotalámico, así como alteraciones en la neurotransmisión cerebral (una bajada de los neurotransmisores dopamina y serotonina) y un descenso de los niveles del metabolismo basal (Spangler y Allen, 2012). A su vez, el periodo de la pubertad es una etapa destacable, puesto que puede presentarse un incremento de la grasa y el peso corporal como consecuencia de la liberación de hormonas (Klump et al., 2010).

Factores psicológicos. Una de las causas principales a destacar en este punto alude a la insatisfacción de la imagen corporal (Peláez Fernández et al., 2010). El descontento y la distorsión que se produce con respecto a esta se relaciona con la etapa de la pubertad, durante la cual se producen una serie de cambios físicos. Estos cambios que se producen generan un impacto en el entorno social de la persona en el que busca encajar y ser aceptada, lo que consecuentemente le puede conllevar a compararse con iguales de su círculo cercano y dar lugar a consecuencias negativas como baja autoestima, realizar dietas peligrosas, trastornos de ansiedad, depresión e insatisfacción

hacia la figura corporal. Por ello, la disconformidad respecto a esta última mencionada muestra un papel clave tanto en la aparición como en el mantenimiento de este tipo de trastornos (Baños et al., 2000). Por otra parte, destaca la preocupación por el peso corporal provocada por el deseo de tener una figura delgada, ocasionando el descontento hacia el propio cuerpo y conduciendo a realizar conductas dañinas (Guinot, 2020).

En una investigación que toma como referencia el Modelo Biopsicosocial de Garner, se pretende observar cómo el factor psicológico (específicamente la percepción de la insatisfacción corporal) influye para el desarrollo y la aparición de un TCA en adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años. En esta muestra se evidencia una gran disconformidad respecto a la imagen corporal, donde la gran mayoría de adolescentes obtienen elevadas puntuaciones en la variable preocupación por el peso y el deseo por estar más delgada/o. Por otro lado, se manifiesta que la disconformidad respecto a la imagen corporal es más destacada en chicas que en chicos. Esta relación entre la insatisfacción corporal y el deseo de perder peso deriva en que a su vez se obtengan puntajes elevados en querer realizar una dieta, lo cual puede conllevar al riesgo de terminar desarrollando un TCA (López Pérez et al., 2008).

En un estudio realizado por Moreno González y Ortiz (2009) a una muestra de adolescentes, se halló una relación significativa negativa entre la imagen corporal y la autoestima, traduciéndose esto en que a una mayor preocupación por la figura y la imagen corporal se darán niveles más bajos de autoestima. A su vez, comparando la relación entre las variables “edad” y “preocupación por el peso y la imagen”, los resultados obtenidos señalan que a medida que se incrementa la edad, la preocupación por el peso y la imagen corporal también aumentan. Por otro lado, se estima una relación significativa entre personas con altas puntuaciones en cuestionarios de detección de TCA y el descenso de puntajes en cuestionarios de autoestima.

En estudios similares que se apoyan en el modelo teórico de Garner, se observa que pacientes con TCA y una baja autoestima presentan puntuaciones más elevadas respecto a las categorías de insatisfacción corporal y alteraciones emocionales, en comparación con participantes con un TCA y una autoestima media o alta (Asuero Fernández et al., 2012).

Otra de las variables que intervienen en la aparición de un TCA es la personalidad, en la que destaca el perfeccionismo, la impulsividad, pensamientos irracionales en torno al peso y la imagen corporal, problemas para establecer

interacciones sociales y dificultad en la expresión de las emociones (Rikani et al., 2013).

Factores socioculturales. La influencia de la sociedad y la cultura ejercen un papel clave en el descontento respecto a la imagen corporal, debido a la promoción e idealización de determinados modelos de cuerpo difíciles de alcanzar y que dan lugar a una distorsión corporal e inseguridad respecto al peso. También se ha observado la presión que ejerce el círculo cercano, como los amigos o la familia; más concretamente, las personas con madres o amigas que se encuentran siguiendo una dieta se presentan como más vulnerables para desarrollar un TCA. Toda esta preocupación por el cuerpo y en cómo ha de lucir deriva en conductas de control del peso por la aspiración de querer adelgazar (Ramos et al., 2003).

En una investigación realizada por Zaragoza Cortes et al. (2011), se establece por objetivo ver cómo la influencia de los medios socioculturales ejercen un impacto negativo en la imagen corporal de estudiantes universitarios de entre 16 y 30 años. Para ello, estos autores se apoyan en el Modelo Biopsicosocial de Garner aludiendo al factor de las demandas socioculturales, encontrado dentro de los factores predisponentes que el modelo describe. En el estudio, se plantea como la insatisfacción respecto a la imagen corporal obtenida casi en la totalidad de la muestra, puede estar altamente relacionada con la influencia de los cánones de belleza impuestos y promovidos por la sociedad junto a los medios de comunicación, generando un impacto desfavorable en la percepción respecto al propio cuerpo y peso.

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo por Cortez et al. (2016) en el que se investiga la influencia de los factores socioculturales sobre la imagen corporal, se obtuvo que los medios más influyentes sobre esta son los medios de comunicación, los cuales muestran y promueven ideales de belleza inalcanzables y en ocasiones, irreales; las amistades, con las que personas con riesgo de padecer un TCA suelen hacer dañinas comparaciones, y la familia, respectivamente. Como consecuencia de esto, una mayor influencia y exposición de estas variables tendrá como riesgo desarrollar conductas alimentarias peligrosas y perjudiciales para la persona, dando lugar a la aparición de un TCA.

Marco contextual

Como se ha expuesto anteriormente, dado que la mayor población de riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria está enfocada principalmente en los adolescentes, este proyecto consistirá en un programa de prevención dirigida a ellos en

un contexto educativo.

El proyecto está dirigido a los alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de la E.S.O, de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, rango de edad vulnerable para la aparición y desarrollo de un TCA. Este programa de prevención se llevará a cabo en el I.E.S Santa Eulalia, instituto de carácter público, situado en Mérida. Respecto a la procedencia geográfica de los alumnos del Centro es preferentemente Mérida, sin embargo, también se data alumnado de algunos pueblos de la comarca; es por ello, que la incidencia del transporte escolar es escasa. Las actividades laborales de las familias están dedicadas principalmente a sectores como el industrial, de servicios, etc, por lo que el nivel socioeconómico de las familias se podría englobar dentro de la clase media. Por otro lado, el nivel sociocultural se clasifica en un nivel medio-bajo, contando con una óptima aptitud y predisposición de las familias para el desarrollo educativo de sus hijos en diferentes ámbitos.

Se trata de un espacio que cuenta con las instalaciones adecuadas y favorables para la realización del proyecto. Entre ellas, el centro dispone de 39 aulas (8 pequeñas y 31 normales), gimnasio, salón de actos, biblioteca, laboratorios de física y química, aula de usos múltiples, entre otras.

Respecto a posibles apoyos encontrados en dicho centro educativo, haciendo hincapié en los recursos espaciales y materiales, gran parte de ellos pueden ser proporcionados por el centro; tales como el salón de actos donde se impartirán las actividades, junto a los proyectores y pizarras digitales para la visualización de las presentaciones. Sin embargo, tal vez como posible barrera a destacar se encuentra la limitación de horarios para llevar a cabo el proyecto. Por ello, para evitar la interrupción de las clases del alumnado, las sesiones serán realizadas fuera del horario lectivo escolar.

En la Comunidad de Extremadura existen diversos programas destinados a la promoción de la salud y estilos de alimentación equilibrada con el objetivo de ser impartidos en los centros educativos. A continuación se muestran algunos de ellos llevados a cabo por la Junta de Extremadura (s.f):

Programa de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil: este programa tiene como objetivo principal promover estilos de alimentación y la práctica de ejercicio físico saludables para reducir los índices de obesidad y sobrepeso de los niños y adolescentes de Extremadura.

Programa "Promoción de Hábitos Saludables a través de Rutas por Espacios

Naturales": la finalidad de la puesta en marcha de este proyecto consiste en fomentar el deporte y la actividad física en espacios naturales, tratando de disminuir el porcentaje de sobrepeso y obesidad en la comunidad infantojuvenil. A su vez, pretende combatir contra estilos de vida sedentaristas, promoviendo un adecuado desarrollo vital.

Programa "Come bien, vive mejor": entre sus objetivos se encuentran dotar tanto al alumnado, padres y profesorado, de conocimientos relacionados con hábitos de vida saludables, promoviendo una correcta nutrición de los alimentos y una adecuada actividad física mediante la impartición de charlas y talleres.

Programa Recreo Saludable: entre los planes de este programa se encuentra aumentar el consumo de frutas y hortalizas, sensibilizando respecto a los beneficios que la consumición de dichos alimentos pueden aportar.

Sin embargo, pese a que dichos proyectos están diseñados con la finalidad de promover hábitos de alimentación y deporte saludables, actualmente se desconoce de la existencia de un programa enfocado especialmente en la prevención, información y sensibilización de los TCA. Por esta razón, la implementación del programa que se propone podría resultar beneficiosa para el alumnado de los centros educativos, pues además de incidir en la realización de charlas y talleres de nutrición y deporte saludables, se centra en la disminución de los principales factores de riesgo que se ven afectados por estos trastornos. Teniendo como objetivo principal la prevención y reducción de incidencia de TCA, este programa trabajará en una serie de propósitos que no se han encontrado en otros: estando entre ellos fomentar una autoestima positiva junto con la aceptación de la imagen corporal del alumnado; aprender a identificar creencias erróneas en torno a los alimentos y TCA, así como adquirir un pensamiento crítico ante los estereotipos y prejuicios del ideal del cuerpo estético promovido por la sociedad y los medios de comunicación.

A su vez, cabe citar que un programa de esta índole puede ser ejecutado en cualquier entidad educativa, dado que se trata de un proyecto para la prevención de estos trastornos.

Objetivos

Objetivo principal

El objetivo general de este proyecto consiste en prevenir de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el ámbito educativo, dirigido a la población adolescente de entre 12 y 16 años.

Objetivos específicos

Objetivo Específico 1 (OE1): Desmentir mitos respecto a los TCA y los alimentos, aprendiendo a descategorizar estos últimos como "buenos" o "malos".

Objetivo Específico 2 (OE2): Promover hábitos de alimentación y deporte saludables alejados de las dietas restrictivas.

Objetivo Específico 3 (OE3): Reforzar el autoconcepto y fomentar una autoestima positiva, junto a la aceptación de la imagen corporal entre el alumnado.

Objetivo Específico 4 (OE4): Desarrollar en los adolescentes una visión crítica sobre los estereotipos y el ideal de cuerpo estético promovido por la sociedad, así como entre otros cánones de belleza.

Método

Participantes

El programa estará dirigido al alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O), un total de 312 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 16 años. Se impartirá tanto a chicas como a chicos adolescentes, teniendo en consideración que la adolescencia temprana y media se constituye como una etapa de principal foco de riesgo de TCA. Dicha etapa se caracteriza por ser un periodo de mayor vulnerabilidad a los retos y cambios que se presentan durante este ciclo, como son los cambios puberales y en la apariencia física, la definición del propio autoconcepto, la necesidad de aceptación del entorno, entre otros. A todo esto, se le debe añadir la interiorización del culto a la delgadez y la promoción del "cuerpo estético ideal o perfecto" promulgado por la sociedad y los medios de comunicación (López-Guimerà et al., 2010).

Los criterios de inclusión seleccionados han sido tener entre 12 y 16 años, encontrarse matriculado en cualquier curso de la ESO y que los padres/tutores de los

alumnos/as firmaran la hoja del consentimiento informado. Por lo tanto, como criterios de exclusión, las personas que no cumplieran con los requisitos establecidos no podrían participar en el proyecto. La intervención será llevada a cabo en el I.E.S Santa Eulalia, instituto de carácter público y situado en la ciudad de Mérida (Extremadura).

Para la realización e integración de este proyecto, en primer lugar se presentará a la dirección del instituto el programa que se quiere implementar, explicándoles la finalidad del mismo junto a sus correspondientes objetivos, contenido y duración. Una vez los responsables correspondientes autoricen su desarrollo, para dar a conocer el programa y contactar con los alumnos, se hablará previamente con los docentes responsables de cada curso para que durante una hora disponible o la clase de tutoría se explique el proyecto que se pretende llevar a cabo evitando la interrupción de las clases. Durante la charla, se contará de manera breve la dinámica y finalidad del programa (pues durante la primera sesión se explicará de manera más detallada), agregando que se agradecería contar con la máxima participación posible, puesto que se podrán beneficiar considerablemente del proyecto a implantar.

Se les hará entrega a cada alumno/a de la ficha del consentimiento informado junto con la hoja informativa del programa para hacer saber a los padres o tutores la realización de dicha intervención preventiva en el aula. Una vez firmado el documento por los padres que estén de acuerdo con la participación de sus hijos/as en el proyecto, este se recogerá y entregará en la primera sesión para proporcionarles la misma hoja al alumnado que esté interesado en participar.

Diseño general de la intervención

En la presente y actual sociedad, los TCA se han proclamado como la tercera enfermedad crónica más frecuente entre la población adolescente, sufriendo un progresivo incremento de casos en los últimos años (Antona y Aláez, 2003). Según la ITA Salud Mental (2021) en España estos trastornos afectan a 400.000 personas, siendo 300.000 de ellas adolescentes pertenecientes al sector femenino. En concreto, se estima una prevalencia de entre el 4% y 5% en chicas jóvenes, con edades comprendidas entre los 12 y 21 años. Otras fuentes de información sitúan nuevamente a la población juvenil de edades entre los 12 y 21 años como foco principal de la aparición y desarrollo de estos trastornos; con una tasa de prevalencia del 4,1% al 6,4 % en mujeres, y del 0,3% en los hombres (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2018).

Por este motivo, dado que la mayor incidencia de TCA está dirigida a la población adolescente, este proyecto plantea la necesidad de la creación de un programa

de prevención enfocado en dicho sector con la finalidad de disminuir la prevalencia de estos trastornos.

Será empleada una metodología que propicie un aprendizaje participativo y activo, de corte constructivista, en la cual se considera a los alumnos como sujetos activos y dinámicos en la construcción de su propio entendimiento y conocimiento; y no como simples agentes pasivos. El constructivismo, se trata de un modelo didáctico que propone que el proceso de elaboración de nuestro conocimiento surge mediante la interacción de dos componentes: por una parte, se encuentra nuestro entorno, que es la realidad, y por otro, el entendimiento que el individuo haga de ella una vez interprete dicha información. De esta manera, cuando la persona integra y asimila esa realidad (que son los nuevos conocimientos aprendidos), los incorpora en los esquemas mentales que previamente ya tenía (Granja, 2015).

Dicho esto, se parte de una metodología que no solo busca transmitir información, sino que principalmente tiene como finalidad fomentar la reflexión y la participación activa entre los alumnos. Las actividades que se proponen tienen como objetivo producir un aprendizaje y cambio en las actitudes respecto a conductas que tienen asociadas con la alimentación y el deporte, favoreciendo a su vez una diferente perspectiva hacia su propio autoconcepto y autoestima; así como el desarrollo de un pensamiento crítico hacia los estereotipos y prejuicios de la sociedad. La realización de los diferentes talleres son planteados teniendo en cuenta los conocimientos que el alumnado ya posee con anterioridad respecto al tema a tratar, obteniendo un aumento de la motivación e implicación de los mismos en la realización de las sesiones.

Por otro lado, se integra una metodología colaborativa, la cual mediante la interacción de un grupo de iguales entre los compañeros favorece la obtención de nuevos conocimientos y aprendizajes (Castillo et al., 2006). De esta forma, durante el desarrollo de las actividades los alumnos serán divididos en pequeños grupos para fomentar y promover el intercambio de ideas y opiniones entre unos y otros, propiciando el aprendizaje.

El proyecto será dividido en ocho sesiones, siete destinadas a los alumnos/as y una dirigida a los padres; siendo la primera meramente informativa respecto a los propósitos y objetivos del programa junto a la administración de los respectivos cuestionarios, y una última para evaluar la efectividad del programa con la repetición de los tests realizados al comienzo de curso. Cabe citar, que esta primera y última sesión se realizará de manera conjunta para todos los grupos. Durante los meses de octubre y

noviembre se aplicará la intervención a un primer grupo de alumnos (Grupo A), mientras que para el próximo (Grupo B) será llevada a cabo en febrero y marzo; sin tomar en cuenta los meses de diciembre y enero, pues debido al periodo vacacional de las festividades y el inicio de curso la evaluación del programa podría perder efectividad. La duración de las sesiones estará comprendida entre 1 y 2 horas, según el tipo de actividades y dinámicas a realizar en cuestión, siendo impartidas durante las tardes para evitar la interrupción del horario escolar.

Se llevará a cabo una sesión por semana, de manera que cada curso tendrá asignado un día específico para evitar la aglomeración de personas en la sala y facilitar el dinamismo y la realización de las actividades en subs-grupos. Se impartirá en el instituto donde tendrá lugar el programa, específicamente en el salón de actos del centro. Las personas encargadas de dinamizar las sesiones serán realizadas por profesionales como psicólogas con experiencia o especialización en el tema a tratar (preferentemente de TCA), dietistas-nutricionistas y en última instancia por mí, como psicóloga y coordinadora del proyecto.

Para la selección del grupo experimental (Grupo A) y grupo control (Grupo B) de la muestra, en cada una de las diferentes clases que componen los cuatro cursos se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple donde la mitad de la clase será seleccionada como grupo experimental y la otra como grupo control. Para ello, a cada alumno se le asignará un número y mediante un procedimiento informático de generación de números aleatorios según el número que salga al azar serán derivados al grupo experimental o de control en cuestión.

De esta manera y una vez repartidos, en una primera sesión que irá destinada a la explicación de los objetivos y contenidos del programa, se les realizará de manera conjunta la administración de los cuestionarios iniciales a ambos grupos. De esta forma, durante los meses de octubre y noviembre se aplicará el programa preventivo al grupo A, mientras que los del grupo B deberán esperar hasta que los primeros finalicen. Después, una vez que el Grupo A termine con la intervención, se le aplicará la misma al grupo B que estaba en lista de espera, la cual se realizará entre los meses de febrero y marzo. Para finalizar, durante la última sesión que se realizará una vez el grupo B termine, tendrá lugar la aplicación de los cuestionarios del principio tanto al grupo A como B, para evaluar la eficacia del proyecto y comprobar si los conocimientos del

primer grupo se han mantenido a lo largo del tiempo, junto al cambio de posibles actitudes y conductas dañinas por otras más adecuadas.

Cronograma

A continuación se muestra una tabla con la estructura general del programa, diferenciando entre sesiones, objetivos, actividades y sus correspondientes anexos. OE1, OE2, OE3 Y OE4 hacen referencia a los objetivos específicos mencionados con anterioridad tras el desarrollo de la Introducción.

Tabla 1

Estructura del programa de prevención de TCA

SESIONES	OBJETIVOS		ACTIVIDADES	ANEXOS
SESIÓN 1	- Explicación sobre la finalidad del programa. - Aclarar los objetivos que se pretenden conseguir.		1. Charla sobre el contenido y los objetivos del programa.	**ANEXO 1**
	- Evaluación de medidas de autoinforme mediante la administración de cuestionarios. - Cumplimiento del consentimiento informado, datos personales y cuestionarios.		2. Cumplimentación del consentimiento informado, datos personales y cuestionarios.	
SESIÓN 2	**OE1**	- Dar a conocer qué son los trastornos de la conducta alimentaria, cuáles son los diferentes tipos que existen, los factores de riesgo y las consecuencias que producen.	1. ¿Qué son los TCA?	**ANEXO 2**
		- Concienciar y reflexionar sobre testimonios reales de personas con TCA a través del visionado de un vídeo.	2. Testimonio real TCA.	
		- Identificar mitos y creencias erróneas que se tienen respecto a los TCA.	3. Falsos mitos TCA.	
SESIÓN 3	**OE1 y OE2**	- Determinar el grado de conocimiento de hábitos de alimentación saludable de los alumnos.	1. Elaboración de la pirámide alimentaria.	**ANEXO 3**
		- Proporcionar conocimientos de alimentación, ejercicio y hábitos de vida saludables.	2. Alimentación saludable y equlibrada. 3. Deporte saludable.	
		- Aprender a descategorizar los alimentos en “buenos” o “malos”.	4. Aprendiendo a descategorizar alimentos.	
		- Identificar mitos y desmentir creencias erróneas sobre los hábitos de alimentación y los alimentos.	1. Falsos mitos en torno a los alimentos.	

SESIÓN 4	**OE1, OE2 Y OE4**			**ANEXO 4**
		- Identificar prejuicios y estereotipos asociados a determinados tipos de cuerpos y hábitos de alimentación.	2. ¿Somos lo que comemos?	
SESIÓN 5	**OE3 Y OE4**	- Aumentar la autoestima y reforzar el autoconcepto. - Aceptación de la figura corporal.	1. Dibuja tu figura ideal. 2. Mi figura corporal y yo. 3. Una carta para mí.	**ANEXO 5**
		- Ser críticos con el ideal de belleza promovido por la sociedad y los medios de comunicación.	4. La influencia de los medios de publicidad. 5. La realidad tras la fotografía.	
SESIÓN 6	**OE3**	- Aumentar la autoestima y reforzar el autoconcepto. - Descubrir y reconocer cualidades positivas a través de otros compañeros. - Reconocer las virtudes y logros del alumnado.	1. Cualidades positivas. 2. Logros y virtudes.	**ANEXO 6**
SESIÓN 7	- Charla educativa a padres y madres para informarles y educarles sobre los TCA. - Aprender a prevenir este tipo de trastornos en sus hijos/as mediante la detección de posibles conductas o señales de riesgo.		1. Charla informativa TCA.	**ANEXO 7**
	- Fomentar un entorno familiar saludable en casa.		2. Pautas/Sugerencias para padres.	
SESIÓN 8	- Administración de cuestionarios de la primera sesión. - Encuesta de evaluación final del programa.		1. Administración de cuestionarios y encuesta de valoración final del programa.	**ANEXO 8**
	- Debate final sobre la implantación del programa.		2. Debate.	

Recursos

Los recursos que van a ser necesarios para la realización del programa han sido agrupados en recursos humanos, materiales y especiales. A continuación se describen de manera detallada:

Recursos humanos

En primer lugar, el programa contará con mi figura como coordinadora y psicóloga del proyecto para la presentación de las sesiones. Será necesario la contratación de otras dos profesionales especializadas en la materia a tratar y con los conocimientos necesarios para impartir el contenido que se propone, encargándose de la dinamización y realización de los talleres junto a las charlas correspondientes. Sería aconsejable, por lo tanto, que el personal encargado tuviera especialización en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Por otra parte, se contará con dos especialistas en dietética y nutrición para realizar las dinámicas de nutrición y deporte saludable (concretamente para las sesiones 3 y 4).

Recursos materiales

Será necesario una pizarra, una pantalla digital, proyector y ordenador con acceso a Internet que serán proporcionados por el centro educativo. Por otra parte, respecto al material impreso se encuentran los diferentes cuestionarios, la encuesta de satisfacción final del programa, lámina de gran tamaño de la pirámide alimentaria, recortables de alimentos y un paquete de folios. El material para escribir como los bolígrafos pueden proceder de parte del alumnado.

Recursos espaciales

Se dispondrá de las instalaciones proporcionadas por el centro, siendo utilizado en este caso el salón de actos, lugar lo suficientemente amplio para realizar cada una de las sesiones.

Temporalización

A continuación se muestra una tabla en la que se refleja la temporalización de las sesiones llevadas a cabo entre los meses de octubre, noviembre, febrero y marzo. La primera y última sesión en las que tendrá lugar la aplicación de las escalas y cuestionarios, se realizarán de manera conjunta para ambos grupos.

Tabla 3

Temporalización detallada de las sesiones

	Grupo A (Experimental)		Grupo B (Control)	
MESES	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**FEBRERO**	**MARZO**

SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																
SESIÓN 1																
SESIÓN 2																
SESIÓN 3																
SESIÓN 4																
SESIÓN 5																
SESIÓN 6																
SESIÓN 7																
SESIÓN 8																

Evaluación

Para evaluar la utilidad y los resultados del programa tras su aplicación, se realizará una evaluación de manera cualitativa que tendrá lugar durante el transcurso del proyecto con el propósito de estimar su efectividad y observar si los objetivos propuestos han sido alcanzados. Para ello, se hará entrega de los siguientes cuestionarios que se realizarán durante la primera y última sesión, con el fin de valorar si tras la implantación del programa se han modificado conductas y/o pensamientos inadecuados por otros más apropiados.

Los cuestionarios empleados han sido los siguientes:

Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979). Se trata de un cuestionario destinado a detectar a personas con riesgo de presentar un TCA y principalmente dirigido a población adolescente. Entre las características que evalúa se encuentran la preocupación por engordar, el impulso de querer adelgazar y patrones de alimentación restrictivos. Contiene 40 ítems que son valorados mediante una escala tipo Likert de 6 opciones de respuestas, las cuales son evaluadas de los 0 a 3 puntos. Las puntuaciones iguales o superiores a 30 indican la presencia de un trastorno alimenticio, pudiendo ser clínicamente encubierto o presente. Este test presenta para un punto de corte de 20 una especificidad del 69% y una sensibilidad del 91%; con una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach= .93) y una validez de r= . 63 con el Beck Depression Inventory (BDI). En este caso, se utilizará la versión adaptada al español de Castro et al. (1991) (Anexo 11).

Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper et al., 1987). Es un cuestionario que evalúa la insatisfacción y preocupación producida por el peso y la imagen corporal, el

miedo a engordar, el deseo de adelgazar y perder peso, las conductas de evitación en situaciones donde se puede llamar la atención por la apariencia física y la autodesvalorización por esta última. Se trata de un instrumento óptimo para evaluar la insatisfacción por la figura corporal, además de distinguir entre población clínica y normal. Consta de 34 ítems con una escala tipo Likert de 6 puntos. La puntuación total oscila entre los 34 y 204 puntos, donde un resultado de 105 es indicador de insatisfacción y preocupación por la imagen corporal. Respecto a términos de fiabilidad presenta una consistencia interna de 0,93 a 0,97 para población no clínica, con una validez de entre 0,61 y 0,81. Se utilizará la adaptación al español por Raich et al. (1996) (Anexo 12).

La Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Esta escala es una de las más empleadas para la evaluación global de la autoestima en adolescentes. Contiene un total de 10 ítems cuyo contenido trata de la aceptación y sentimientos de valía y respeto de uno mismo/a. Están redactados de forma que cinco de ellos son enunciados de forma positiva y los cinco restantes negativamente. Se trata de una escala tipo Likert de cuatro puntos, siento 1: Muy de acuerdo, 2: De acuerdo, 3: En desacuerdo y 4: Totalmente en desacuerdo. La puntuación total oscila en un rango de los 10 a 40 puntos, donde un valor de 10 se estima como baja autoestima y la obtención de 40 puntos como alta. La fiabilidad de esta escala es situada entre 0,76 y 0,87, con una validez de 0,55. Se utilizará la versión adaptada al español de González et al. (2000) (Anexo 13).

Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-40) (Toro et al., 1994). Es un cuestionario utilizado en población femenina que evalúa las influencias sociales y culturales que incitan al deseo de querer adelgazar por causas principalmente estéticas junto a la presión social. Consta de 40 ítems con tres tipos de respuestas ("No, nunca", "Sí, a veces" y "Sí, siempre") que se encarga de evaluar 5 factores: influencia de la publicidad, influencia de los modelos sociales, influencia de las situaciones sociales, influencia de mensajes verbales y malestar por la imagen corporal. Respecto a las puntuaciones, la puntuación mínima es de 0 mientras que la máxima es de 80, traduciéndose en que altas puntuaciones indican una mayor influencia de la publicidad y los medios sociales. Presenta una fiabilidad de 0,92 en población no clínica para un punto de corte comprendido entre los 23 y 24 puntos (Anexo 14).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-V-17) (Toro et al., 2005). Este cuestionario, de forma similar al anterior, se encarga de evaluar la influencia e interiorización producida por los modelos estéticos y sociales en población

masculina. Está formado por 17 ítems con una escala tipo Likert de tres tipos de respuesta ("No, nunca", "Sí, a veces" y "Sí, siempre") donde una obtención de altas puntuaciones se relacionan con una mayor influencia de los modelos sociales y estéticos. Se compone de cuatro factores: Influencia de los modelos musculosos, influencia de los anuncios y la información, alimentación social y ejercicio, y preocupación por ser gordo. Respecto a la consistencia interna de esta escala, es situada entre los 0,80 y 0,88 con un punto de corte de 5 puntos (Anexo 15).

Para el control de evaluación de las sesiones, las profesionales correspondientes utilizarán una hoja al final de cada taller, donde se recogerán los aspectos más importantes para valorar el comportamiento y los cambios del alumnado durante la realización de las actividades y observar si los objetivos elaborados para las mismas han sido alcanzados. Contiene 10 ítems de elaboración propia con 3 opciones de respuesta ("No", "En parte" y "Sí") que evalúa el nivel de participación, interacción e interés de los alumnos durante las sesiones, así como otros relacionados con la organización y nivel de adecuación del taller en cuestión (Anexo 16).

Finalmente, durante la última sesión, tendrá lugar la entrega de una encuesta de satisfacción para valorar la calidad del programa percibida por los participantes. Se trata de un cuestionario de elaboración propia que contiene 11 ítems con 5 opciones de respuesta que van desde "Nada satisfecho" hasta "Muy satisfecho" donde se valoran aspectos relacionados con la efectividad del proyecto, la labor de las profesionales encargadas de impartir el programa, la adecuación del lugar y duración de las sesiones (Anexo 17). A su vez, tendrá lugar una serie de preguntas abiertas a modo de debate para que el alumnado comente y exponga su opinión respecto a la implantación del programa.

Conclusiones

Con la realización de este proyecto se pone de manifiesto la gran relevancia y peso epidemiológico que presentan los TCA en nuestra sociedad actual, a pesar de no ser tratados con la importancia que realmente ameritan. La investigación en la que se sustenta este trabajo hace hincapié en el alarmante aumento de casos de TCA que han sido datados durante los últimos años, donde se observa que la aparición de la sintomatología, así como de las inquietudes y preocupaciones relacionadas con este tipo de trastornos suelen estimarse durante el periodo de la adolescencia. Además, según

estudios realizados, en algunos casos llegan a presentarse incluso en edades más tempranas antes de esta última etapa mencionada.

Debido a esto, sería necesario crear programas de prevención dirigidos a los adolescentes en el ámbito educativo que realmente ayuden a prevenir y evitar la aparición de TCA. Pese a que hoy en día en diversos centros educativos se imparten charlas de alimentación y actividad física saludable, e incluso conocimientos de información general respecto a los TCA, todavía no se datan de suficientes programas que sean desarrollados con el principal objetivo de producir cambios en la conducta, pensamientos y actitud de los adolescentes; sin centrarse únicamente en transmitir información de nutrición y TCA de una manera muy generalizada. Por lo general, este tipo de charlas que suelen ser realizadas, así como los programas que exclusivamente se dedican a proporcionar información, obtienen peores y deficientes resultados; ya que la forma más eficiente de aprender y producir verdaderos cambios se consigue mediante la práctica, no solo con la teoría.

La implementación de este programa de prevención tiene como objetivo contribuir a la disminución de incidencia de estos trastornos, proporcionando un conocimiento más profundo respecto a ellos, sus causas y factores de riesgo; trabajando en aspectos relacionados como el valor de la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, desarrollando un pensamiento crítico ante los estereotipos y cánones de belleza promovidos por la sociedad y los diferentes medios, junto a la promoción de la importancia de una alimentación y realización de deporte de forma saludable.

Se trata de un proyecto dinámico con la realización de diferentes actividades donde todo el alumnado podrá participar, integrando la práctica con conocimientos teóricos, para que de esta forma el aprendizaje y la asimilación de conocimientos y pensamientos resulte más eficaz. En cada uno de los talleres se llevarán a cabo reflexiones y debates tanto en grupos pequeños como grandes, propiciando la escucha activa de los distintos puntos de vista y opiniones entre unos y otros. De esta forma se podrían conseguir óptimos resultados al realizar actividades entretenidas que no se basen únicamente en proveerlos de información.

Por otra parte, sería favorable realizar una prevención que tenga cabida tanto en población femenina como masculina. Mientras realizaba la investigación, he leído bastantes artículos y estudios en los que únicamente se hablaba de programas e intervenciones realizados a mujeres, mientras que para los hombres no había o apenas eran mencionados. Si bien es cierto como se ha mencionado en diferentes estudios

citados en este trabajo, pese a que la mayor incidencia de TCA suele presentarse en el sector femenino, es un hecho que en los hombres también se da, aunque sea en cifras menores. Es por ello, que a la hora de crear este tipo de programas también sería conveniente incluir a la población masculina, para que ellos también se puedan beneficiar de los resultados obtenidos. Además, al juntar diferentes sexos, se pueden aportar puntos de vista y opiniones diferentes que tal vez no conocían unos respecto a los otros y reflexionar acerca de ello.

Para garantizar una adecuada sostenibilidad en el tiempo dirigida a este tipo de programas, es conveniente que las diferentes instituciones públicas (comunidad, sistema educativo, gobierno, etc) asuman la responsabilidad y se involucren de manera activa para lograr su mantenimiento. Sin embargo, esto puede dar lugar a posibles limitaciones, pues en primer lugar no siempre es fácil llegar a una cooperación entre instituciones para la realización de esta clase de programas de prevención. Por otra parte, requeriría de la contratación de personal especializado en el tema a tratar, no siendo válida cualquier persona para este trabajo. Esto supone de una gestión para financiar los costes necesarios para el sostenimiento del proyecto a largo plazo, como el salario de los profesionales responsables de impartir el programa y los materiales para su aplicación.

Con todo esto y en caso de ser implantado se espera obtener unos resultados favorables, así como una mejora en la calidad de vida de los adolescentes, con la reducción o eliminación de conductas, actitudes y pensamientos inapropiados que puedan dar lugar a la aparición de estos trastornos.

Anexos

Los anexos pueden consultarse en la siguiente carpeta:
https://drive.google.com/file/d/1-Qkq20z0ntkUQFDVbnJkd5rpUSeIesni/view

Referencias

Abad, C., & Castellà, L. (2016). *Proyecto de prevención en trastornos de la conducta alimentaria para jóvenes adolescentes.* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. https://zaguan.unizar.es/record/57313/files/TAZ-TFG-2016-1421.pdf

Álvarez-Malé, M. L., & Castaño, B. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, *31*(5), 2283-2288. https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583

American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana. https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf

Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, *23*(84), 45-53.

Associació contra l'Anorexia i la Bulimia ACAB. (s.f). *Los trastornos de conducta alimentaria: ¿Qué son los TCA?*. https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/

Associació contra l'Anorexia i la Bulimia ACAB. (s.f). *Los trastornos de conducta alimentaria: Verdades y mentiras sobre los TCA*. https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/verdades-y-mentiras-sobre-los-tca/

Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Martín Monzón, B., & Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)*, *5*(2), 39-45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092012000200005&script=sci_arttext&tlng=en

Balao Serna, N. (2016). *Programa de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes.* [Trabajo Final de Máster, Universidad Miguel Hernández]. http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3012/1/TFG%20Balao%20Serna%2C%20Nerea.pdf

Baños, R. M., Arbona, C. B., & Tordera, C. P. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios: evaluación y tratamiento por medio de la realidad virtual*. Promolibro.

Buonanno, E. (18 de Agosto de 2021). *3 mitos sobre los carbohidratos*. Gruppo San Donato. https://www.gsdinternational.com/es/noticias/3-myths-about-carbohydrates

Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas.* Editorial Planeta.

Cano, T. R., & Fernández, L. B. (2002). Factores relacionados con la imagen corporal. Un estudio longitudinal. *Anales de psiquiatría*, *18*(5), 21. https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/factores-relacionados-con-la-imagen-corporal-un-estudio-longitudinal/

Castillo, I. D., Arrebola, J. G., & Aguado, S. P. M. (2006). Nuevas metodologías en el aula: aprendizaje cooperativo. *Revista digital: Práctica docente*, 3, 1-10. https://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1GLSWDJ11-MTW5MJ-H5F/Nuevas%20Metodolog%C3%ADa%20en%20el%20Aula%20-%20Aprendizaje%20Cooperativo.pdf

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish versión. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, *6*(4), 485-494. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O

Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C. & Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *7*(2), 116-124. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001

Fanjul, P. C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Editorial Fragua.

Fernández, C. F. (6 de Septiembre de 2019). *La delgadez no es sinónimo de salud.* La Nación. https://www.nacion.com/revista-perfil/bienestar/la-delgadez-no-es-sinonimo-de-salud/KVRHOWZS6ZBEJKFOWJKWLISKLI/story/

Foran, A. M., O'Donnell, A. T., & Muldoon, O. T. (2020). Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *28*(4), 385-397. https://doi.org/10.1002/erv.2735

Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, *91*(5), 784-793.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&script=sci_arttext

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, *6*, 1136. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136

García Mateo, C. (2022). *La sociedad que condenó el sobrepeso. Una investigación sobre la gordofobia en relación a los medios de comunicación.* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Sevilla]. https://idus.us.es/handle/11441/138509

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet, 41* (26), 1631-1634. https://www.researchgate.net/profile/David-Garner/publication/15099252_Pathogenesis_of_anorexia_nervosa/links/5e595833a6fdccbeba0b2b59/Pathogenesis-of-anorexia-nervosa.pdf

Garner, D.M. y Garfinkel, RE. (1979). The Eating Attitude Test: And index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 273-279; http://river-centre.org/wp-content/uploads/2015/08/Garner-EAT-40-1979.pdf

Gómez, J.A., Gaite, L., Gómez, E., Carral L., Herrero, S. y Vázquez-Barrero J.L. (2012). *Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta alimentaria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.* Dirección general de ordenación y atención sanitaria. https://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf

González, F. A., Sigüenza, Y. M., & Solá, I. B. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, *22*(1), 29-42. https://www.researchgate.net/profile/Yolanda-Moreno-3/publication/308341043_Analisis_de_la_dimensionalidad_de_la_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_en_una_muestra_de_adolescentes_valencianos/links/5a8d66f70f7e9b27c5b4ae9f/Analisis-de-la-dimensionalidad-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg-en-una-muestra-de-adolescentes-valencianos.pdf

Granja, D. O. (2015). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Sophia*, (19), 93-110. 10.17163/soph.n19.2015.04

Guinot, P. (2020). *Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa: Prevención en adolescentes. Revisión sistemática.* [Tesis de licenciatura, Universidad Rovira i Virgili]. http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A2885

Himmerich, H., Kan, C., Au, K., & Treasure, J. (2021). Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacology & therapeutics*, *217*, 107667. https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107667

Iles, I. A., Atwell Seate, A., & Waks, L. (2017). Stigmatizing the other: An exploratory study of unintended consequences of eating disorder public service announcements. *Journal of Health Psychology*, *22*(1), 120-131. https://doi.org/10.1177/1359105315595453

Ita Salud Mental. (2 de junio del 2021). *Día Mundial Acción de los TCA: Pide Ayuda, no estás sol@.* https://itasaludmental.com/noticias/noticias/link/398

Junta de Extremadura. (s.f). *Planes y proyectos.* https://www.juntaex.es/lajunta/planes-y-proyectos

Klein, D. A., Sylvester, J., & Schvey, N. A. (2021). Eating disorders in primary care: diagnosis and management. *American family physician*, *103*(1), 22-32. https://fmhub.org/wp-content/uploads/2021/08/eating-disorders.pdf

Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., & Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological medicine*, *40*(10), 1745-1753. https://doi.org/10.1017/S0033291709992236

Kumar, P (2022). Eating disorders in children and adolescents or youth. *International Journal of Health Sciences*, *6*(1), 8101-8109. 10.53730/ijhs.v6nS1.6799

Lázaro, P. R., Fernández, M. Á. P., Medel, D. C., Hornero, J. P., del Barrio, J. A. G., & Otero, M. C. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (39), 29-36. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5798979

Levinson, C. A., & Williams, B. M. (2020). Eating disorder fear networks: Identification of central eating disorder fears. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(12), 1960-1973. https://doi.org/10.1002/eat.23382

Levinson, C. A., Vanzhula, I. A., & Christian, C. (2019). Development and validation of the eating disorder fear questionnaire and interview: Preliminary investigation of eating disorder fears. *Eating behaviors*, *35*, 101320. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101320

López Pérez, A. M., Solé Burgos, À., & Cortés Moskowich, I. (2008). Percepción de satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, *30*, 125-146. https://core.ac.uk/download/pdf/11502895.pdf

López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Saldaña, C. (2010). Prevención de las alteraciones alimentarias: Fundamentos teóricos y recursos prácticos. *Actividad Dietética*, *14*(3), 161-162. https://www.academia.edu/6961109/Prevenci%C3%B3n_de_las_alteraciones_alimentarias_fundamentos_te%C3%B3ricos_y_recursos_pr%C3%A1cticos

Lugo, G. (8 de Noviembre de 2021). *No hay alimentos buenos o malos, sino porciones y hábitos.* UNAM Global Revista. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/no-hay-alimentos-buenos-o-malos-sino-porciones-y-habitos/

Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *INFOCOP. Revista de Psicología*, *52*, 8-12. http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf

Mancuso, L., Longhi, B., Perez, M., Majul, A., Almeida, E., & Carignani, L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*, *4*(2), 12-6. https://www.academia.edu/86185498/Diversidad_corporal_pesocentrismo_y_discriminaci%C3%B3n_la_gordofobia_como_fen%C3%B3meno_discriminatorio

Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R. & Martín Sánchez, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutrición hospitalaria*, *30*(4), 927-934. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112014001100030&script=sci_arttext&tlng=en

Mitjà Costa, J y Serrano Troncoso, E. (23 de Junio de 2022). *Falsedades que rodean los trastornos de la conducta alimentaria.* SOM Salud Mental 360. https://tca.som360.org/es/blog/falsedades-rodean-trastornos-conducta-alimentaria

Mollejo, V. (2 de Diciembre de 2019). *¿Seguir la pirámide alimentaria tradicional es bueno o un truco?*. Alimente. https://www.alimente.elconfidencial.com/nutricion/2019-11-02/piramide-alimentaria-tradicional_1624023/

Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, *27*(2), 181-190. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

Moreno, A. (2020). *Biopsychosocial and familial impact of eating disorders: Case-control study.* [Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid]. https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=284538

Morris, J., & Anderson, S. (2021). An update on eating disorders. *BJPsych Advances*, *27*(1), 9-19. https://doi.org/10.1192/bja.2020.24

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales: Datos y cifras*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M., & Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *1*(1), 62-75. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100007

Pereiro, R. (11 de Marzo de 2022). *¿Existen alimentos que hagan adelgazar o engordar?*. Infobae. https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2022/03/11/existen-alimentos-que-hagan-adelgazar-o-engordar/#:~:text=No%20hay%20ning%C3%BAn%20alimento%20que,alimentos%20es%20diferentes%20calidades%20nutricionales

Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios.* Ediciones Pirámide.

Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*,

7(1), 51. https://www.proquest.com/openview/a4bbf92aaed9ee805c63343dc513ef16/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4852149

Ramos, P., de Eulate, L. P., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de psicodidáctica, 15, 65-74.* https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/45934

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, *20*(4), 157-161. 10.5214/ans.0972.7531.200409

Río Sánchez, C. D., Borda Mas, M. D. L. M., Torres Pérez, M. I., & Lozano Oyola, J. F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 1*(2), 1-10. https://idus.us.es/handle/11441/92488

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton University Press.

Salamanca, J. S, (2008). *Una guía para la prevención: insatisfacción corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria.* Consejo de la Juventud de Extremadura. https://www.cjex.org/wp-content/uploads/2016/11/Guia-Anorexia-y-Bulimia.pdf

Sánchez, J., Villarreal, M., & Musitu, G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial.* Editorial Tendencias. https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf

Sato, Y., & Fukudo, S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical journal of gastroenterology*, *8*(5), 255-263. https://doi.org/10.1007/s12328-015-0611-x

Schmitz Roige, B. P. (17 de Octubre de 2022). *Alimentación saludable: mitos y verdades.* Clínica Alemana. https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2022/alimentacion-saludable-mitos-y-verdades

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. (30 de noviembre de 2018). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más*

frecuente entre adolescentes. https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130

Spangler, D. L. y Allen, M. D. (2012). An fMRI investigation of emotional processing of body shape in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 17-25. https://doi.org/10.1002/eat.20899

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2001). Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(3), 263-269. https://doi.org/10.1002/eat.1017

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *9*(3), 239-253. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199005)9:3<239::AID-EAT2260090302>3.0.CO;2-7

Strober, M., Morrell, W, Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 239-246. https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90024-X

Teresa, R., Rosa, B., & Serafina, C. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, *24*(2), 25-31. https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam012e.pdf

Tomás, H. (3 de Marzo de 2023). *Mitos y verdades sobre el IMC, ¿una cifra que indica salud?.* 20Minutos. https://www.20minutos.es/salud/nutricion/imc-cifra-obesidad-mitos-verdades-salud-5106398/

Toro, J., Castro, J., Gila, A. & Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 13*(5), 351-359. https://doi.org/10.1002/erv.650

Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica Scandinavica, 89*, 147- 151. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x

Tovar, J. (11 de Febrero de 2019). *La pirámide nutricional: educación en nutrición.* EFE: Salud. https://efesalud.com/la-piramide-nutricional-educacion-en-nutricion/

Baldares, M. J. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: factores relacionados con su detección y manejo integral: revisión*

bibliográfica [Tesis, Universidad de Costa Rica]. http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/15729

Véliz Sánchez, M., Aguiar Mota, C., & Infante Aguirre, M. G. (2019). Anorexia nerviosa: trastorno poco frecuente en adolescentes varones. *Medicentro Electrónica*, *23*(1), 64-68. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432019000100011&script=sci_arttext&tlng=en

Viñals, R. J., Fernández, M. P., Arrizabalaga, R. R., & de la Puente Muñoz, M. L. (2002). Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Atención Primaria*, *29*(8), 522-524. https://core.ac.uk/reader/82595950

Yaqoob, A., Majeed, I., Khalid, H., Hussain, S., Shahid, M. H., Majeed, F., & Qing, F. (2022). Risk factors for eating disorders among Chinese and international university students: a comparative cross-sectional study. *Central European Journal of Public Health*, *30*(4), 241-247. https://doi.org/10.21101/cejph.a6998

Zaragoza Cortes, J., Saucedo-Molina, T. D. J., & Fernández Cortés, T. L. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos latinoamericanos de Nutrición*, *61*(1), 20-27. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222011000100003&script=sci_arttext

Proyecto NO A las Drogas – NOAD
Programa de prevención del abuso de alcohol y otras drogas en último ciclo de Educación Primaria mediante la promoción de competencias personales y habilidades sociales

Alba Gómez Ortega
Universidad de Huelva – España –

Introducción

Este proyecto se enfoca hacia la prevención del uso y abuso de alcohol y otras sustancias adictivas desde el ámbito educativo. Centrado en desarrollar habilidades sociales e individuales y otros factores de prevención en el alumnado del último ciclo de Educación Primaria. Se aborda desde una temprana edad debido a que, en España, la edad media de inicio de consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas se establece alrededor de los 14 años (Begoña et al., 2022).

Según la OMS, una droga es toda sustancia psicoactiva que, al introducirse en el organismo de la persona, independientemente de la vía de administración, puede alterar el sistema nervioso central. Se entiende como abuso de sustancias aquellos comportamientos que siguen una línea encaminada a conflictos como podrían ser absentismo escolar, conducción temeraria, discusiones acaloradas, etc. Se hablaría de dependencia cuando se recurre a las drogas de forma persistente, de modo que, aumentaría la tolerancia a las mismas. Aparece el síndrome de abstinencia, la vida cotidiana se torna enfocada a la adquisición y consumo de las drogas entre otros indicadores (Stanford Medicine Children's Health, 2022).

Un programa preventivo consiste en una serie de actividades orientadas a un objetivo determinado de impedir, o retrasar el inicio del problema al que va dirigido. (Becoña, 2002). En este caso es trabajando aquellas conductas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas. Los objetivos principales de realizar un proyecto de prevención son: aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo, y

proporcionar contenidos informativos y de desarrollo de habilidades útiles para adaptarse al entorno de forma segura y saludable (Czeresnia et al., 2006).

Desde un punto de vista social, la manera en que se relacionan los niños y las niñas desde la unidad familiar y también con otras personas externas y sus iguales se enlaza directamente con el consumo o no de las drogas. Esto lleva implícito que la merma en el desarrollo de habilidades sociales hace que, posteriormente, en la adolescencia sean una población vulnerable a la hora de rechazar la tentación hacia el consumo de sustancias, permitidas o ilegales (Becoña, 2000). También el abuso de sustancias se vincula negativamente con autosuficiencia, rencor hacia los padres, inseguridad, etc. Todo ello relacionado con una mala relación de apego seguro formada desde la infancia (Barbarias et al., 2019).

Lo más recomendable es inculcar en los niños y niñas una buena variedad de estrategias contra la drogadicción de forma preventiva. Y evitar que se dejen guiar por malas influencias y se mantengan exentos a todo estímulo que pueda estar relacionado con sustancias adictivas, ya que existe un amplio abanico de drogas y un acceso a las mismas similarmente amplio (Becoña, 2000).

El papel de los y las docentes en Educación Primaria es fundamental, puesto que la escuela es uno de los principales entornos de socialización de los y las menores. En ella se continua el proceso de socializar después de iniciarse en la familia. Gracias a la cercanía con los maestros y maestras además de con sus iguales, en el alumnado se puede reforzar actitudes y comportamientos que ayuden a la prevención del alcohol y otras drogas (Reyes et al., 2015).

En el contexto de enseñanza-aprendizaje, la escuela es el establecimiento más idóneo para inculcar en las y los pequeños nueva información a la vez que habilidades sociales. El profesorado trata de dar respuestas a lo desconocido y, con el apoyo de profesionales de la salud se pueden ofrecer grandes beneficios tanto al alumnado como para las familias en base a la prevención y educación del consumo de drogas (De Vincenzi & Bareilles, 2011).

El abuso de alcohol y otras sustancias hace que tenga diferentes consecuencias tanto en la adolescencia como en la adultez. En la adolescencia es frecuente experimentar conductas sexuales de riesgo, accidentes automovilísticos y mayor probabilidad de probar otras sustancias. Los efectos adversos del consumo a largo plazo son evidenciados, por

ejemplo, en sobrepeso y obesidad y otros problemas de salud en la edad adulta. Cuanto mayor es la dosis de alcohol que se bebe, aumenta la gravedad de las consecuencias. Asimismo, cuanto más precoz es la edad de inicio de consumo, se incrementan los problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas en la adultez (Boden & Fergusson, 2014). Una de las consecuencias más graves del abuso de sustancias es la conducta de dependencia hacia las mismas en la adultez (Marshall, 2014).

Para intentar que los niños y niñas retrasen o eviten el acercamiento o consumo de alcohol y otras sustancias en la futura adolescencia, en el Proyecto de Prevención (Proyecto NO A las Drogas - NOAD) se pondrán en marcha actividades dirigidas a la formación y concienciación sobre el uso y abuso de drogas. Desarrollar habilidades sociales e individuales para mantener conductas asertivas y también fomentar una actitud positiva ante el consumo. Las actividades que se plantean tienen base teórica en el Programa Saluda y en la Resiliencia en el ámbito de la educación.

Estado de la Cuestión

Epidemiología

Recurrir a sustancias adictivas, ya sea con o sin abuso, en la juventud española conforma uno de los problemas sociosanitarios más notorios del país (Golpe et al., 2017). La última investigación de la Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2022) apunta que las drogas más requeridas por el alumnado en el último año son el alcohol y el tabaco con un 70,5% y 30,7% respectivamente. A la cola le acompaña el cannabis en un 22,2%. De forma general, los chicos hacen mayor consumo de las sustancias, enlazado a conductas problemáticas a pesar del riesgo percibido de las mismas. Según estos datos, quizá sería recomendable hacer mayor hincapié en la prevención en varones.

La encuesta anual ESTUDES (2022), informa sobre los datos recabados de los y las adolescentes españoles de entre 14 y 18 años. Recoge que al menos una vez en la vida, el 73,9% ha probado el alcohol, el 38,2% ha fumado tabaco y el 28,6% ha consumido cannabis. En el pasado año el 70,5% ha tomado alcohol, el 30,7% tabaco y el 22,2% cannabis. En la encuesta referida a los últimos 30 días, el 53,6% había bebido alcohol, el 23,9% fumado tabaco y el 14,9% cannabis. De forma diaria en los últimos 30 días, el porcentaje más alto es el de tabaco con un 9%, seguido de un 1,6% de adolescentes que

ha fumado cannabis y un 1,1% que bebe alcohol. En un rango de inicio al consumo entre 14,1 y 15,4 años los y las jóvenes han probado un gran abanico de sustancias psicoactivas, desde el alcohol y tabaco, hasta heroína, alucinógenos, cocaína, éxtasis, etc.

Se conoce que, el 60,4% de los y las adolescentes que necesitaron intervención judicial confesaron haber cometido el delito del que fueron acusados estando bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Casi el total de ese porcentaje era referido al cannabis como sustancia líder. Los chicos y chicas que expresan conductas desadaptativas, violentas, tienen una relación con el consumo de drogas cada vez más precoz (Moya, 2022). Tanto el alcohol como el tabaco, las drogas legales en España, están tan normalizadas que es común entre los y las jóvenes que consuman ambas sustancias, y, además, experimenten con otras no legales una vez probadas éstas (Blackman, 1996).

En Huelva, según el informe EVESO (2021), en los últimos doce meses, alrededor del 10% de los y las estudiantes de primer ciclo de secundaria e incluso más del 16% del segundo ciclo habían consumido cachimba, siendo las chicas las que más relación tuvieron con este tipo de consumo. EVESCO (2021) también esclarece que, la dificultad para conseguir algún tipo de bebida alcohólica o cigarrillos comienza a ser muy fácil en el segundo ciclo de educación secundaria a pesar de que los y las consumidoras siguen siendo menores de edad. En esta etapa educativa, los chicos y chicas han perdido o dañado algún objeto personal en más del 30% de las ocasiones en las que se encontraban bajo efectos del alcohol.

Factores de Riesgo Asociados al Problema

Incluso desde el periodo prenatal pueden existir factores de riesgo como, por ejemplo, que alguno de los progenitores sea consumidor de alcohol u otras sustancias o que la madre siga manteniendo conductas relacionadas con el consumo durante el embarazo (Guardado, 2019).

Como indica la OMS (2018), hay distintos niveles o ámbitos en los que inciden los elementos relacionados con el consumo de sustancias; propio individuo, la familia, comunidad, escuela y el entorno más macro, el contexto social. Respecto a la propia persona se pueden atribuir problemas de salud mental o conductual, actitud y percepción del peligro como destacados. La familia influye incrementando los factores de riesgo si existen conflictos y/o situación inestable del núcleo, relación con el consumo

normalizado, problemas de salud de familiares cercanos, etc. La comunidad se ve implicada directamente con la aceptabilidad del consumo y la permisividad, además del acceso a las sustancias. Cuando en la escuela no se ofrece una óptima educación o existe absentismo, también son elementos perjudiciales que van añadiéndose. Finalmente, en el entorno social se tiene la toma de contacto con toda la publicidad y comercio de sustancias. Igualmente, el vivir en ciudades o vecindarios conflictivos donde prevalece un alto tráfico de drogas incrementa la posibilidad de tener experiencias con ellas.

Diversas investigaciones clínicas muestran relación entre el abuso de cannabis en la adolescencia y la repercusión negativa en niveles cognitivos y afectivos posteriormente en la adultez. Aquellos consumidores desde edades tempranas están expuestos a altas probabilidades de morbilidad psiquiátrica en el futuro y déficit en el aprendizaje. Sumado a conductas suicidas y relacionadas con el consumo de sustancias en la edad adulta. Cuanto más precoz y sistemático es el consumo, se incrementa la incidencia de las consecuencias mencionadas (Levine et al., 2017).

Como posibles causas de abuso o dependencia a las drogas, existen diferentes variables culturales y sociales que consienten este tipo de consumo. En cada país se imparten unas leyes diferentes para regular qué sustancia es legal o ilegal. Se ven implicados otros factores como: la genética, ambientes estresantes o la presión social, algunos tipos de personalidad más vulnerables ante el consumo, problemas psiquiátricos, etc. (Johns Hopkins Medicine, 2019).

Enfocado a la neuropsicología, la gravedad de la dependencia a sustancias tiene consecuencias a nivel de sistema nervioso central y de funciones del cerebro**.** Estos deterioros producen alteraciones conductuales, perceptivas, de valoración y emocionales (Rivera-Olmos & Parra-Berna, 2016). Esto se traduce en un deterioro de las funciones ejecutivas cuando nos referimos a un consumo prolongado (Agualongo & Robalino, 2020). Las funciones ejecutivas se refieren a un conjunto de procesos cognitivos mediante los que podemos realizar acciones de forma intencional y dirigidas a una meta específica. Además de resultar imprescindible en la escuela a la hora de interaccionar con los iguales o el profesorado, o para tareas académicas. Son imprescindibles para controlar comportamientos impulsivos, seguir instrucciones, mantener la atención, etc. (Romero et al., 2017).

Existen evidencias de las consecuencias negativas del consumo de drogas de personas con edades comprendidas entre 15 y 25 años. El daño afecta directamente a zonas del lóbulo frontal, lo que repercute en el rendimiento ejecutivo. El consumo en estas edades hace que limite procesos ejecutivos cognitivos de las personas, mermando que puedan desenvolverse diariamente de forma independiente y socialmente aceptada. Afecta también a zonas órbito-mediales, lo que conlleva un déficit en la capacidad de regular las emociones, autoconciencia, toma de decisiones y sentido ético. Teniendo en cuenta estas afirmaciones, las personas que mantienen un consumo prolongado experimentarán problemas tanto académicos, como en la relación con los iguales, familiares, de autorregulación de conducta y emociones, adaptación social, etc. (Amangandi & Robayo, 2020).

Las repercusiones negativas de comportamientos relacionados con la drogadicción van más allá de las habilidades de socializar sumadas a los posibles déficits neuropsicológicos. Unos indicadores más particulares son, por ejemplo, las evidencias entre el consumo de sustancias y el rendimiento académico (Merchán et al., 2017)

Marco Teórico

Este proyecto de prevención nace de dos bases teóricas complementarias. En primer lugar, desde un enfoque psicosocial, se trabajará el óptimo desarrollo de habilidades sociales, así como una actitud positiva frente al consumo teniendo como referente el Programa Saluda. En segundo lugar, de forma individual incluir la resiliencia en las aulas será clave para fomentar el autoconcepto, la confianza en uno mismo para realizar tareas de forma exitosa, la empatía, compañerismo, etc. Los factores de riesgo que pueden existir en los entornos cercanos a los y las niñas resultan demasiado ambiguos a la vez que numerosos como para abordarlos de manera explícita. De modo que, mediante una intervención más individualizada se intentará inculcar factores de protección que ayuden a retrasar el consumo del alcohol y otras drogas. Se trata de apartar la creencia de que un solo estímulo del ambiente hace que un o una joven se inicie en el consumo. Y entender que es el conjunto de diversas variables, ambientales e individuales, lo que explica mejor las conductas dirigidas al consumo de alcohol y otras drogas (Scoppetta, 2021).

Programa Saluda

El Programa Saluda pretende que los y las jóvenes aprendan a mantener el contacto con el alcohol y otras drogas sin necesidad de abusar de las mismas, es decir, diferenciar entre uso y abuso. Para ello es necesario ofrecer información acerca de las consecuencias del consumo. También conocer lo que motiva a los chicos y las chicas para consumir. Fomentar actitudes positivas hacia el alcohol y otras drogas, así como el pensamiento crítico sobre ellas. Además de sustituir las conductas relacionadas con el consumo por otras más adaptativas y saludables como, nuevas estrategias para interactuar con las personas. Promover la toma de decisiones con el objetivo de ser más responsable y enfocada a la autorregulación (Sánchez & Carrillo, 2003).

Saluda se estructura en base a 4 pilares principales. El primero encaminado a la resolución de problemas en el que se enseña a tomar decisiones más adecuadas y distinguir las consecuencias aversivas del consumo de sustancias a corto y largo plazo. El segundo es promover las actividades de ocio saludables. El siguiente pilar conforma las habilidades para resistir a la presión social. Aprender a decir "no" de forma crítica a pesar de las influencias del ambiente como podrían ser la publicidad o la presión de grupo. El último punto engloba las habilidades sociales. Cómo relacionarse con otras personas de la mejor manera posible gracias a la comprensión, la escucha activa, expresarse de forma asertiva y saber iniciar y mantener conversaciones. El correcto desarrollo de estas habilidades se educa a través de un proceso: instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y reforzamiento positivo (Sánchez & Carrillo, 2003).

El contenido original del programa Saluda está organizado en 10 sesiones divididas en tres bloques. Serán adaptadas al alumnado de tercer ciclo de Educación Primaria para este proyecto con característica preventiva. Las actividades del primer bloque tienen como meta educar sobre todo aquello relacionado con el consumo de alcohol y drogas. Hacer que los y las pequeñas tomen conciencia de los factores de riesgo del abuso de sustancias y otros conceptos básicos como podrían ser los tipos de drogas y el efecto de ellas en la conducta y el organismo. También fomentar la comunicación entre los y las participantes, un ambiente favorable de grupo y motivación. Además de promover el consumo responsable en vista al futuro. El segundo bloque comprende el grueso de las sesiones, aquellas enfocadas al entrenamiento de habilidades. Es útil enseñar

a tener una opinión bien fundamentada sobre los mensajes de publicidad para no caer en ningún tipo de engaño o falsa creencia como, por ejemplo, beber alcohol o tomar drogas para disfrutar más. Visibilizar características beneficiosas de la conducta social como, asertividad, buena comunicación con otras personas, empatía y autoconfianza. Se finaliza con un pacto en el que se comprometen a mantener comportamientos preventivos y resilientes frente al consumo de alcohol y otras drogas. No solo en la actualidad, sino también en el instituto cuando avancen a la Educación Secundaria (Sánchez & Carrillo, 2003).

Programa Saluda: Evidencias

En una investigación sobre consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia se plantea la intervención con el Programa Saluda. La propuesta de intervención de la investigación opta por abordar el contexto educativo en las escuelas de Educación Primaria y Secundaria de forma longitudinal. Es decir, iniciar el programa a edades tempranas y continuarlo hasta segundo ciclo de ESO. Se llega a esa decisión después de hacer una revisión de la bibliografía sobre los factores de riesgo que llevan a los chicos y las chicas a presentar conductas relacionadas con el consumo de sustancias. Un claro factor de riesgo es la etapa evolutiva desde la preadolescencia y toda la adolescencia. Es crucial para impartir un programa de prevención, dado que son edades próximas al inicio del consumo. Otros factores de riesgo son el acceso a las sustancias, cómo influye la publicidad relativa al alcohol y otras drogas en los y las jóvenes, la influencia del grupo de referencia, cómo se experimenta en el hogar todo aquello relacionado con el uso y abuso de sustancias, etc. Con Saluda se busca minimizar el impacto del uso y abuso de alcohol y otras drogas en la adolescencia durante el fin de semana (Espada et al., 2003).

También se ha investigado acerca de los efectos del Programa Saluda sobre los factores cognitivos relacionados con el consumo de sustancias. El objetivo fue analizar el efecto que proporcionaba el programa de prevención en base a tres factores cognitivos de riesgo: información sobre las drogas, percepción del riesgo y estimación normalizada del consumo. Los participantes fueron 133 estudiantes con edades comprendidas entre 13 y 15 años. Se controló que no hubiese diferencias significativas de nivel socioeconómico ni nacionalidad. Se pasaron 3 cuestionarios sobre información, intención y consumo de drogas. Se llevaron a cabo 3 programas diferentes: a un grupo se le impartió el Programa

Saluda, otro grupo un entrenamiento en habilidades de vida, un tercero en el que se llevó a cabo el Programa de Educación para la Salud y el último grupo de Atención-Placebo. Transcurridos 3 meses se realizó el primer seguimiento y el segundo a los 6 meses desde el inicio. Los resultados muestran que todos los grupos mejoraron su nivel de conocimientos en el postest. Además de reafirmar que el Programa Saluda es capaz de mejorar las capacidades cognitivas de protección sobre el consumo de sustancias (Espada et al., 2008).

El Programa Saluda fue adaptado en un estudio español en el que se analizaban específicamente los elementos cruciales para la conducta de consumo (alcohol y drogas de síntesis) y protectora (percepción normalizada del consumo, conocimiento sobre alcohol y otras drogas, intención de consumo, habilidades tanto sociales como de resolución de problemas). Se prescindió de los factores relacionados con el tiempo de ocio saludable y las tareas del hogar. Consta de una muestra de 106 estudiantes de entre 14 y 17 años. Se pasaron 7 cuestionarios que abordaban la información sociodemográfica, conocimiento, intención y consumo de drogas, actividades de ocio y habilidades sociales y de resolución de problemas. Se administraron en distintos momentos: antes de la intervención, una vez impartido el programa y transcurridos 6 meses desde la finalización a modo de seguimiento. Con esta versión reducida parece reducirse el periodo de embriaguez. En general, hubo mejoría en las conductas de protección (Hernández Serrano et al., 2013).

Desarrollo de habilidades de resiliencia

El desarrollo de factores protectores ante el estrés o los sucesos vitales estresantes permite un afrontamiento exitoso de las tareas evolutivas. Este afrontamiento exitoso se ha denominado resiliencia, y se puede abordar desde lo individual o con factores contextuales (la familia, la escuela, asociaciones, el vecindario, etc.). El estudio de la resiliencia se centra en preguntarse si cada contexto contribuye al buen desarrollo de los menores. Por ejemplo, la escuela debe enseñar y educar, la familia también educa y ofrece apoyo, etc. (Masten, 2007).

La capacidad de anticipar en la imaginación diferentes situaciones alternativas a las que se está viviendo, pensando en el comportamiento que se llevaría a cabo y sus consecuencias es lo que en la psicología positiva se entiende como resiliencia proactiva.

Parte de preguntarse, ¿qué ocurriría si hago…? Ayuda a localizar factores de riesgo potenciales y focalizar metas y objetivos que en el presente no se pueden conseguir. Las personas que practican esta capacidad aprenden de experiencias incluso antes de que ocurran. Pueden tomar decisiones exitosas y fomentar una aptitud asertiva y optimista hacia acontecimientos que podrían pasar en el futuro poco agradables, con ayuda del sentido del humor, estrategias de relajación, observar cómo otras personas han vivido experiencias parecidas, etc. (Salanova, 2022).

Algunas investigaciones han evidenciado que las personas que desarrollan habilidades psicológicas como, actitud y emocionalidad positiva ante estímulos aversivos, confianza en lo que son capaces de lograr por sí mismas y encontrar diferentes enfoques de las situaciones son más resilientes. Desde el ámbito neuropsicológico, se afirma que algunas funciones ejecutivas del córtex prefrontal también podrían ayudar a construir la resiliencia, tales como: la flexibilidad para cambiar de planes, tareas o pensamientos, y la capacidad de adaptarnos a un entorno cambiante (Salanova, 2022).

Existen estudios que confirman que tener una mayor capacidad de resiliencia correlaciona con un menor consumo de alcohol y otras drogas ilegales. Es decir, la resiliencia funciona como un factor de protección ante el consumo. Aunque en la infancia y adolescencia se hayan tenido experiencias aversivas y desadaptativas, gracias al fomento de la resiliencia, en la adultez se puede lograr ser una persona centrada en sus metas, que consigue resolver los problemas que se presentan, etc. Como apunte, la resiliencia es un constructo entendido como un continuo, es decir, aquellos niños y niñas que promuevan este tipo de capacidades tendrán más posibilidad de ser resilientes en la adultez. Pero, aquellos adultos que no aprendieron estas estrategias en la infancia, pueden hacerlo sin ningún tipo de límites e igualmente exitoso (Becoña, 2007).

Se conocen diversos estudios científicos que apoyan la intervención con los niños y niñas de la resiliencia en el ámbito escolar. Incluir una educación sobre el alcohol y drogas en base a la resiliencia puede ser el comienzo en una reforma educativa. Hacer el aprendizaje una parte integral del desarrollo social e individual de cada menor. El objetivo de la formación sobre el consumo de drogas es promover nuevos intereses y fortalezas en los y las estudiantes. Hacer hincapié en la relación entre los y las docentes y el alumnado para fortalecer el desarrollo de toda la información acerca del consumo que funcionarían como herramientas de protección (Brown, 2001).

Desarrollo de habilidades de resiliencia: Evidencias

Una de las primeras experiencias de intervenciones del consumo de sustancias desde la promoción de competencias fue el proyecto de Keefe (1994), evidenció la importancia de las capacidades del desarrollo para entender la conducta en la adolescencia. Observó que existen diferencias entre edades en las variables presión social y la actitud hacia el consumo de alcohol. Y que los procesos de influencia social y personal varían con la edad. La muestra estaba compuesta por 140 estudiantes de séptimo curso, 120 de noveno curso, y 126 de undécimo curso, con una media de edad de 12, 5 años. Se les pasó un autoinforme en horario lectivo, en el que no escribían su nombre y garantizaban el anonimato y confidencialidad de los datos recabados. La duración total para completar el cuestionario fue de 45 minutos aproximadamente. Los resultados demostraron que el alumnado de mayor edad experimentaba mayor relación con el consumo de alcohol. Afirman que la adolescencia temprana es la etapa idónea para inculcar un programa preventivo de uso y abuso de alcohol y otras sustancias.

En una investigación de la universidad de Cornell, se examinó las contribuciones de la competencia social y personal y las habilidades de rechazo en base al consumo de alcohol en adolescentes. Se trató de un estudio de 5 años y abarcaba 56 escuelas públicas de Nueva York y Long Island. Cada año, los y las estudiantes debían cumplimentar un autoinforme. Los indicadores de los cuestionarios administrados median una variedad de dominios psicosociales de actitud, comportamiento e interpersonales enlazados con el uso de alcohol, tabaco y marihuana. Encontraron que los varones de cursos más avanzados mantenían un consumo de alcohol más frecuente en comparación con las mujeres. También consumían más cantidad y experimentaban mayores ocasiones de embriaguez. Pudieron afirmar que, en la adolescencia temprana, las variables de percepción de riesgos y deficientes habilidades de rechazo predecían el consumo posterior de alcohol (Scheier et al., 1999).

En el estudio de Del Castillo y Días (2007) investigaron la relación entre factores de protección y resiliencia, autorregulación y consumo de drogas en 215 chicos y chicas de Educación Secundaria de Portugal. Se pasó el cuestionario Healthy Kids Resilience Assessment que evalúa 11 factores de protección y variables resilientes. Para la otra variable fue la Escala Reducida de Autorregulación. Afirman la clara relación entre la

autorregulación y los factores de protección y resiliencia, por ejemplo, con la variable de establecimiento de objetivos. O cuanto mayor es la autorregulación, menor es el sentimiento de soledad y desesperanza. La relación más significativa evidenciada fue entre la variable control de impulsos y los y las chicas que no consumían sustancias.

Una aportación de la universidad de Ámsterdam fue investigar el hecho de mantener relación muy cercana con contenido relacionado con alcohol en Facebook correlaciona con la intención de consumo en la adolescencia temprana y media. La muestra constaba de 689 estudiantes adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años, aunque casi la mitad tenían alrededor de 15 años. Descubrieron que las redes sociales son un medio muy al alcance de los y las jóvenes para que adquieran conocimientos sobre la percepción de sus amigos y amigas sobre el consumo de alcohol. Esta mediación a través de las redes parece que fomenta las normas positivas relacionadas con mayor intención de beber alcohol en el futuro (Beullens & Vandenbosch, 2015).

Un proyecto de prevención que se lleva a cabo actualmente en Gibraleón, Huelva, es el SHERPA. Está dirigido a último ciclo de Educación Primaria en tres centros diferentes: CEIP Aurora Moreno, CEIP Miguel de Cervantes y CEIP Fuenteplata y primer ciclo de Educación Secundaria en el IES Odiel. Este programa plantea como objetivos el desarrollo de capacidades directamente relacionadas con la resiliencia en los y las jóvenes estudiantes, tales como: fortalecer la autoestima, la comunicación, resolución de conflictos, toma de decisiones, asumir responsabilidades y ser más autónomos. En relación al programa Saluda, SHERPA también aborda la prevención de consumo de sustancias y conductas adictivas, resistencia a la presión social ante el consumo, saber gestionar el tiempo de ocio y hábitos saludables (AOCD, 2022).

Proyecto NOAD

Con el programa de prevención NOAD se pretende ir un paso más allá en la enseñanza de los y las pequeñas. Primero formando al profesorado para que en las actividades rutinarias en la escuela se implementen las competencias necesarias para educar a alumnos y alumnas más resilientes. En cuanto a la relación con los iguales, por ejemplo, fomentar el compañerismo y la empatía, acatar el turno de palabra, respetar las diferentes ideas que pueden estar enfrentadas con las de uno mismo. También saber decir no cuando es necesario y hacer frente a la presión de grupo, aportar herramientas para la

resolución de problemas desde una perspectiva asertiva, trabajar en equipo, etc. A nivel individual también se hará hincapié en capacidades como la tolerancia a la frustración, saber ponerse metas y cumplirlas paso a paso para obtener una recompensa aplazada en el tiempo, etc.

Para trabajar en casa, se aportará a las familias información e instrucciones sobre los modelos teóricos elegidos, con la meta de crear en el hogar un apego seguro y relaciones más estables. Por ejemplo, educar en el acierto en lugar de en el error, es decir, cuando los y las pequeñas hagan algo indebido o no lo hagan de la forma más correcta, no se enfocará la educación en ese déficit, sino en fomentar lo que si han hecho bien. De este modo, se pretende otorgar más valor a los méritos y el esfuerzo, a la vez que se da a entender a los y las menores que siempre hay opción de mejorar y aprender de los fallos. Además, se les proporciona un juego interactivo sobre consumo de alcohol y otras drogas con el que podrán trabajar en casa en familia.

Marco Contextual

Este programa de prevención se llevará a cabo en el CEIP Onuba, en la barriada Alcalde Diego Sayago, distrito V de la ciudad de Huelva fundado en 1980. Se trata de un colegio que ofrece aula matinal, comedor escolar, diversos programas de enseñanza y un Plan de Compensación Educativa destinado a equilibrar las necesidades de aprendizaje que presenta el alumnado. El claustro del profesorado lo conforman 12 docentes que imparten clases a educación infantil y primaria (Práctica Educación Compensatoria).

El centro trabaja para ofrecer una cultura basada en la inclusión, expresada tanto en la rutina de tareas planteada al alumnado, como en la conducta de los y las maestras hacia los mismos. Se describen con un equipo de dirección capacitado con dotes de liderazgo y compromiso con los niños y las niñas para abogar por un entorno de familiaridad. Fomentan el sentido de la pertenencia haciendo que cada alumno se sienta partícipe activo en el colegio (Práctica Educación Compensatoria).

Cuentan con un propio blog del colegio en el que publican cada actividad reseñable que celebran, como, por ejemplo, el día 29 de noviembre de 2022, en la que muestran una visita a la peña flamenca de La Orden, en Huelva. Además de publicar

festejos de fechas señaladas y excursiones, el blog ofrece apartados para aprender matemáticas de forma lúdica, música y plástica o lectura (CEIP Onuba).

Para una implementación en el centro educativo, se cuenta con ciertas posibles barreras como pueden ser: la falta de apoyo de las familias, es decir, que en el hogar no se lleven a cabo comportamientos a favor de la prevención. También el entorno en el que viven los niños y niñas. Se trata de un barrio conflictivo de la ciudad en el que se pueden encontrar más estímulos relacionados con el consumo en comparación con otro vecindario. En contraposición a las dificultades, como fortalezas se podría predecir el apoyo del equipo directivo y docente del centro o también la novedad de incluir en el abanico educativo de los y las pequeñas un proyecto de estas características.

El Proyecto NOAD, en comparación a otros programas, aporta la intervención directa con los y las docentes que educan día a día a los niños y niñas. También con las familias se hacen pequeñas sesiones, además de dos entrevistas cortas abiertas. Las actividades dirigidas a los y las menores resultan ser toda una novedad en el centro, ya que no se ha llevado a cabo ningún programa de características similares.

Objetivos

Este proyecto presenta un objetivo general que se pretende conseguir a través de cuatro objetivos específicos diferentes. Todos encaminados a la línea preventiva del consumo de alcohol y otras sustancias.

General

Prevenir el abuso de alcohol y otras drogas en último ciclo de Educación Primaria mediante la promoción de competencias personales y habilidades sociales.

Específicos

1. Informar sobre el consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.
2. Promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

3. Fomentar actitudes positivas contra el consumo de alcohol y otras drogas
4. Desarrollar capacidades para una conducta resiliente.

Metodología

Participantes

Este programa de prevención va dirigido a las niñas y niños del tercer ciclo de Educación Primaria del CEIP Onuba, ubicado en la barriada Alcalde Diego Sayago en la provincia de Huelva. Se realizará en dos clases, una de quinto curso y otra de sexto curso, es decir, 2 grupos de alrededor de 25-30 alumnos cada uno con edades comprendidas entre 10 y 12 años en los respectivos cursos académicos. Las clases en las que se impartirá el Proyecto NOAD se seleccionarán mediante un muestreo aleatorio por conglomerados. Se impartirá en el centro educativo haciendo uso de las instalaciones y materiales disponibles, tales como, aula, ordenador, pizarra, etc.

Referido a la etapa evolutiva en la que se va intervenir, la neurociencia afirma que se produce un pico de desarrollo entre los 9 y los 12 años, observándose un incremento del área prefrontal cerebral. Esto se traduce en un mejor manejo de las funciones ejecutivas, aunque aún dispongan de varios años posteriores para la completa formación del área (Romine & Reynolds, 2005). La adolescencia es un periodo crítico en el que se conciben los acontecimientos y estímulos de forma diferente a cómo se hace en la adultez. En esta etapa se tiene menos concienciación sobre aquello que podría resultar perjudicial. Puede conllevar a un acercamiento al alcohol y otras drogas. Esta falta de percepción del riesgo incita a los jóvenes a experimentar actividades cada vez más arriesgadas y la búsqueda de nuevas sensaciones, sobre todo cuando salen exentos de consecuencias adversas (Spear, 2013). También es importante tener en cuenta la expectativa hacia el consumo que tienen los y las jóvenes. Es decir, ésta puede influir en patrones de conducta según si se entiende como una experiencia que va a resultar placentera o no. La mayoría de los y las adolescentes que beben alcohol ponen mayor atención a los estímulos positivos (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006).

Diseño General de la Intervención

La modalidad de intervención es preventiva, ya que el objetivo es intentar retrasar todo lo posible las conductas relacionadas con el uso o abuso de alcohol y otras drogas mediante el fomento de habilidades resilientes y la concienciación de las consecuencias del consumo.

Como características destacables, la intervención se implementará de forma activa y cooperativa, a través de actividades individuales y grupales entre el propio alumnado. Las actividades están seleccionadas del programa Saluda ya verificadas éticamente y validadas. Algunas han sufrido variantes para poder adaptarlas a la edad objetivo de esta intervención. Excepto las actividades 16, 17 y 18, las cuáles han sido creadas específicamente para el programa (tabla resumen de actividades y objetivos específicos en **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** El cronograma para el alumnado está dispuesto para 14 semanas en las que se llevarán a cabo las 12 sesiones de actividades, se pasarán los instrumentos *CRAFFT Substance Abuse Screening Test*, el E*scala Child Youth Resilience Measure (CYRM-32)(*Adaptación al español*)* y una encuesta de satisfacción con el Programa NOAD para alumnado y familias. En el cronograma adjunto en anexos, se relacionan las semanas dedicadas tanto a la intervención con los docentes como con las familias.

El primer paso es cerrar el acuerdo con el Departamento Directivo y Orientativo para aplicar el proyecto. Las familias o tutores legales serán informados a través de un escrito (Anexo 44) que el alumnado les entregará físicamente junto con el consentimiento informado (Anexo 45). Este último deberá ser devuelto al tutor o tutora ya firmado, dando así el consentimiento para la puesta en marcha del programa. A los y las menores les explicará su tutor o tutora los objetivos y desarrollo general del proyecto de forma breve y concisa. Además de un escrito con lenguaje adaptado para que puedan volver a acceder a la información.

Las sesiones están planteadas para realizarlas en el horario lectivo durante la asignatura de Educación en Valores Cívicos y Éticos. Previamente acordado con los tutores y el equipo directivo el invertir esta hora a la semana al proyecto. Se hará uso de material escolar mayormente y las instalaciones del centro, tales como aulas, salón de actos, patio de recreo, ordenador de las aulas, folios, lápices, etc. Las personas que pondrán en marcha el proyecto serán dos profesionales de la psicología. Una de ellas

especializada en el desarrollo de la infancia y la adolescencia con los adecuados conocimientos previos sobre uso y abuso de alcohol y otras drogas. La otra persona será un o una psicóloga especializada en el análisis de datos que se encargará del ámbito matemático del proyecto. El o la psicóloga que intervenga con los niños y niñas se coordinará con el respectivo tutor o tutora de cada grupo experimental para la correcta confección de las sesiones.

Ambas clases de cada curso se someterán a sorteo para decidir aleatoriamente en cuáles se impartirá el programa. Es decir, habrá una clase de grupo experimental de quinto y otra de sexto en las que se llevará a cabo el proyecto, y las otras dos restantes serán como grupo control. Los dos grupos control servirán para comparar las conductas de las niñas y niños entre quienes poseen los nuevos conocimientos sobre el consumo y conductas resilientes y quienes no lo tienen. De este modo, sacar conclusiones sobre los efectos beneficiosos de aplicar el taller de prevención. En posteriores intervenciones los grupos que han funcionado como control por la técnica de lista de espera serán los experimentales y viceversa.

Desde la ciencia de la resiliencia es fundamental para trabajar con niños y niñas que los profesionales involucrados estén formados en los conceptos básicos que la conforman, riesgos y vulnerabilidades relacionadas con el desarrollo. Los profesionales de la salud, docentes y madres y padres desempeñan roles imprescindibles de liderazgo y referentes mediante los que fomentar el conductas saludables, adaptativas y resilientes (Masten & Barnes, 2018). De este modo, antes de intervenir con los y las menores, los o las docentes que acompañarán a la psicóloga serán formados en base a ambos modelos que sustentan el proyecto. Algunos factores del ambiente familiar como la crianza de los progenitores y el estilo de apego con sus hijos e hijas correlacionan directamente con la ansiedad percibida de los niños y niñas (Muris et al., 2000). Así, también se harán partícipes a las familias con el objetivo de afianzar los nuevos conceptos y capacidades aprendidas de prevención hacia el consumo. Abogando por que los y las estudiantes se sientan comprendidos y cuenten en el entorno familiar con un pilar de apoyo preventivo.

Primer Trimestre

Intervención con Docentes

En el primer trimestre se formará a los docentes con dos sesiones sobre el uso y abuso de sustancias y sobre las actividades que se pondrán en marcha con los y las menores. Se expondrá la teoría recabada en el propio proyecto como apoyo de conocimientos para ofrecer la información. El objetivo de instruir a los y las docentes que vayan a coordinarse con los y las psicólogas es que implementen en el aula todos los factores de protección posibles, tales como una opinión crítica bien fundada, una alta autoestima y autoconcepto, empatía, etc. Las sesiones formativas se realizarán en un horario establecido entre los y las docentes y los y las profesionales de la psicología en un tiempo estimado de entre 40 y 60 minutos. Las sesiones se dividirán en dos: ofrecer conocimientos sobre el consumo de drogas, explicar diferentes actitudes positivas y habilidades sociales relacionadas con el alcohol y otras sustancias; enseñar la importancia de inculcar a las y los menores comportamientos resilientes para hacer frente a los obstáculos a corto y largo plazo, además de un resumen de las actividades que ofrece el proyecto.

Intervención con Familias

Una vez concluida la formación del profesorado se procederá a la de las familias. Se les convocará e informará del proyecto a través de un escrito dictado desde el Departamento de Dirección del centro junto con los y las psicólogas responsables del Programa NOAD. Las sesiones se llevarán a cabo en el salón de actos del colegio para una mayor amplitud y comodidad de los y las participantes.

En primer lugar, se hará una charla informativa de una duración aproximada a una hora acerca del proyecto, sus objetivos y las actividades que se realizarán con sus hijos e hijas. Al igual que con los y las docentes, se les informará acerca del consumo de alcohol y otras drogas legales e ilegales y la diferencia entre el uso y abuso de las mismas.

En la segunda sesión se ofrecerán herramientas para poder inculcar en el hogar actitudes positivas y habilidades sociales hacia el consumo. Por ejemplo, enseñando que una copa de vino tinto en un almuerzo no es un abuso del alcohol, pero tomar más de las

que el cuerpo soporta deja de ser saludable para el organismo. También nuevas capacidades de conductas resilientes, educar para ser resolutivos, autosuficientes, positivos, etc. Se pondrá a disposición de las familias el videojuego "Aislados" para que compartan tiempo de ocio saludable con los y las pequeñas. Fue premiado en 2014 como mejor videojuego de salud del año en el prestigioso Festival Fan and Furious Game y el premio Reina Sofía Prevención de Drogas en el año 2015 (Asociación Siad). Se trata de un videojuego enfocado a la prevención de drogodependencias y comportamientos de riesgo. Además de una lista filmográfica seleccionada del programa Cine y Educación en Valores 2.0 (Cine y Valores, 2021) que podrán disfrutar con sus hijas e hijos en casa cómodamente.

Al finalizar la intervención con el alumnado se solicitará a las familias que rellenen un breve cuestionario de satisfacción sobre el Proyecto NOAD (Anexo 43). Se les dará a los niños y niñas una hoja con unas breves preguntas y la oportuna explicación para que expresen su opinión libremente y de forma anónima. La hoja deberá ser entregada de nuevo al tutor o tutora y, posteriormente, recogida por algún psicólogos/as. Servirá como información cualitativa a la hora de realizar el informe del proyecto

Segundo Trimestre

Intervención con el Alumnado

Las sesiones empezarán en el mes de enero tras las vacaciones de Navidad y finalizarán a mediados del mes de abril. Se les pasarán los cuestionarios para medir la conducta relacionada con el consumo de alcohol y también para medir el comportamiento resiliente pre-intervención y post-intervención. Además del cuestionario de satisfacción con el Proyecto NOAD. Se plantea de forma que cada semana se realicen nuevas actividades en el centro. Se harán algunas de manera individual y otras en grupos reducidos o la clase al completo. Las actividades abordan cada objetivo específico del programa. Son elegidas y adaptadas del programa Saluda para impartirlas en niñas y niños de Educación Primaria. En general, están diseñadas para concluir cada sesión en el tiempo máximo entre 55 y 60 minutos. Siempre se pretenderá que cada alumno y alumna mantenga la atención en la explicación, contenido y participación de las tareas. En el caso de tener en el aula algún alumno o alumna con dificultades específicas de aprendizaje, si es necesario se hará partícipe en las sesiones de un o una profesional de la pedagogía.

Actividades

Sesión 1.

Actividad 1: ¡3, 2, 1… Empecemos!

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivo específico: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.

Desarrollo: Exponer el Proyecto NOAD a los niños y niñas. Hacer carteles de escritorio con los nombres de cada uno y explicar las normas básicas que deberán respetar. (Desarrollo extendido en Anexo 2).

Recursos: folios y material para escribir.

Tiempo: aproximadamente 15 minutos. Contar con unos minutos extra en caso de que la actividad se retrase con algún imprevisto.

Observaciones: al final de la primera actividad todos los niños deberán tener su cartel con el nombre. Si es preciso, a modo de ayuda visual y para que sea más fácil recordar las reglas, se pueden escribir en la pizarra con tiza. Incluso solicitar a algún alumno o alumna voluntaria para que las escriba.

Actividad 2: ¿De qué estamos hablando?

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria.

Objetivos: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.

Desarrollo: en grupos reducidos se resuelven las preguntas a las tarjetas del (Anexo 4). Luego se hace una puesta en común de la pregunta que le ha tocado a cada grupo y se corrigen dando un feedback positivo. Las correcciones se encuentran en el Anexo 5 (Desarrollo extendido en Anexo 3).

Recursos: tarjetas del Anexo 4, material para escribir, pizarra y tiza. Conceptos bien definidos en el Anexo 5.

Tiempo: alrededor de 30 minutos. Contar con unos minutos de margen por si la actividad se alarga con algún imprevisto.

Observaciones: para facilitar el seguimiento de los conceptos que se están abordando se puede ir escribiendo cada uno de ellos en la pizarra a modo de índice. Si hubiese más grupos, no pasa nada por repetir tarjetas iguales a más de uno.

Sesión 2

Actividad 3: ¿Uso o abuso?

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.

Desarrollo: se forman equipos en grupos pequeños y a cada uno se le entrega una hoja de trabajo (Anexo 7). Tras completar la hoja del ejercicio se corrige por rondas cada ítem anotando en la pizarra a modo de puntos los aciertos de cada equipo. Este sistema de torneo por puntos en equipos servirá también para la actividad siguiente. (Desarrollo extendido en Anexo 6)

Recursos: llevar algún premio para el equipo ganador, hoja de respuestas para cada grupo (Anexo 7), pizarra y tiza.

Tiempo: aproximadamente 25 minutos. Contar con algunos minutos para imprevistos.

Observaciones: mantener siempre en clase un ambiente de respeto y competitividad sana y procurar que todos los niños y niñas participen en la actividad fomentando el sentimiento de pertenencia al grupo.

Actividad 4: Mitos y falacias

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.

Desarrollo: después de una breve introducción se entrega a cada grupo formado en la actividad anterior la hoja de la nueva actividad (Anexo 9). Se deja un tiempo para completar la tabla y posteriormente se corrige entre todos. Como la actividad anterior, se hace por rondas y anotando un punto a cada equipo con un acierto. El equipo con más puntos gana el premio. Se compartirá en caso de empate. (Desarrollo extendido en Anexo 8).

Recursos: Hoja de mitos y falacias para cada grupo y hoja de corrección para el monitor o monitora (Anexo 9), proyector para las respuestas correctas, pizarra y tiza.

Tiempo: estimados entre 25-30 minutos. Ajustar el tiempo si surgen imprevistos

Observaciones: en todo momento procurar un ambiente de participación y respeto. A los equipos que no venzan, igualmente se les dará la enhorabuena por lo bien que han jugado resaltando características positivas. Incluso se puede proponer un aplauso entre toda la clase para hacer sentir mejor a todos los compañeros y compañeras.

Sesión 3

Actividad 5: Motivaciones del consumo

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias.

Desarrollo: tras leer en voz alta las diferentes motivaciones, el alumnado tendrá que ir relacionando con una "P" si lo considera motivación personal o una "S" si es social. Una vez completado el ejercicio se corrige en común añadiendo información a la tarea con la proyección del Anexo 11. (Desarrollo extendido en Anexo 10).

Recursos: tabla de respuestas del psicólogo/a para dictar las frases (Anexo 11), proyector para visualizar mejor la fase de corrección, material para escribir y folios.

Tiempo: aproximadamente 25 minutos. Intentar no alargarla más de 30 minutos para no pisar el horario de la actividad posterior.

Observaciones: no es necesario recoger cada hoja de respuesta, bastará con cerciorarse de que cada alumno y alumna haya participado activamente en la actividad.

Actividad 6: Factores de Riesgo del Consumo

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: informar acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, factores de riesgo y sus consecuencias

Desarrollo: debatir entre todos y todas basándose en tres preguntas. Para fomentar nuevas ideas y el flujo del debate se proyectará el Anexo 13. (Desarrollo extendido en Anexo 12).

Recursos: trasparencia del Anexo 13 y proyector.

Tiempo: alrededor de 25-30 minutos dependiendo de ir más o menos justo de tiempo con la actividad anterior.

Observaciones: si al finalizar las actividades correctamente sobra algo de tiempo, puede ser dedicado para preguntar al alumnado qué les está pareciendo el inicio del proyecto, si han aprendido cosas nuevas y si las quieren compartir en la clase. También si han compartido la información con alguien externo a la escuela, etc.

Sesión 4

Actividad 7: El bueno, el feo y el malo

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: se van proyectando los tres textos referentes a estilos diferentes de conducta social (Anexo 15). (Desarrollo extendido en Anexo 14).

Recursos: proyector para las transparencias de los tres textos, hoja de respuestas correctas para el monitor o monitora (Anexo 15).

Tiempo: unos 20 o 25 minutos aproximadamente.

Observaciones: es preciso que los y las alumnas no queden con dudas sobre los estilos de conductas social y cuál es el correcto para poner en marcha tras cumplimentar la actividad.

Actividad 8: ¿Quién es quién?

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: primero se resuelve un ejemplo proyectado (Anexo 17) para que los niños y las niñas comprendan mejor los nuevos conceptos. Después deben resolver individualmente una serie de casos (Anexo 18*)*. Se corrige entre toda la clase. Hoja de corrección en Anexo 19. (Desarrollo extendido en Anexo 16).

Recursos: los Anexos 17, 18 y 19, proyector y pizarra y tiza opcional.

Tiempo: aproximadamente 35 minutos. Contar con unos minutos extra por si es necesario repetir alguna explicación.

Observaciones: la actividad será exitosa siempre y cuando cada alumno y alumna haya aprendido a diferenciar los estilos de afrontamiento y entiendan que la forma asertiva es la más idónea para tener unas relaciones interpersonales saludables y fructíferas.

Sesión 5

Actividad 9: Cuando decir no

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: se reproduce el video y se hace un debate acerca del mismo. (Desarrollo extendido en Anexo 20).

Recursos: proyector, altavoces y vídeo adjunto representativo de la presión de grupo: https://www.youtube.com/watch?v=GNGyJh118Bc

Tiempo: alrededor de 15 minutos. Procurar no extender mucho esta actividad para poder completar la siguiente con todas las interpretaciones.

Observaciones: si algún niño o niña no comprende del todo el concepto de presión de grupo, proyectar algún video parecido al elegido, que tenga un lenguaje claro y conciso para que lo puedan entender mejor.

Actividad 10: Escenificaciones

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: a partir de tres tipos de habilidad social diferente se hace un breve debate sobre lo que se entiende por cada uno. Con las escenas del Anexo 22 van saliendo participantes a representarlas. Se aporta un feedback positivo en cada actuación con distintos actores y actrices. (Desarrollo extendido en Anexo 21).

Recursos: distintas situaciones para representar en el Anexo 22.

Tiempo: entre 40 y 45 minutos de duración.

Observaciones: si sobra tiempo al final de todas las representaciones, se pueden volver a interpretar alguna de ellas cambiando el estilo de afrontamiento.

Sesión 6

Actividad 11: método de resolución de problemas

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: se explica el método para tomar mejores decisiones brevemente con la ayuda de la proyección del Anexo 24. Para practicar se intenta resolver en común el ejercicio del Anexo 25. (Desarrollo extendido en Anexo 23).

Recursos: proyectar los Anexos 24 y 25.

Tiempo: estimados unos 20 minutos. Puede variar en función de si se entiende adecuadamente el procedimiento entre los niños y niñas.

Observaciones: es recomendable ir más despacio y que se entiendan bien los ejemplos a intentar avanzarlos todos y que hayan quedado dudas que solventar entre el alumnado.

Actividad 12: Solucionando problemas

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: promover habilidades sociales como factores de protección ante el consumo.

Desarrollo: por parejas inventan una situación en la que poder aplicar le método de los 6 pasos del Anexo 24. Una vez hayan acabado todas las parejas se analiza el ejemplo de cada una de ellas. (Desarrollo extendido en Anexo 26).

Recursos: tomar el Anexo 24 como guión.

Tiempo: aproximadamente 35 o 40 minutos. Dependerá de la fluidez de los chicos y chicas al resolver las situaciones hipotéticas.

Observaciones: si se estima que en parejas saldrán demasiados casos y no dará tiempo a resolverlos todos, se puede organizar la dinámica en grupos reducidos de 3 o 4 participantes.

Sesión 7

Actividad 13: Tomando decisiones

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: fomentar actitudes positivas ante el consumo de alcohol y otras drogas.

Desarrollo: en 4 grupos se asigna a cada uno un texto del Anexo 28. En un tiempo límite deberán resolver el ejercicio con la ayuda de la tabla del Anexo 24. Se hará una puesta en común de cada caso y el equipo que más aciertos haya sumado ganará un premio o se compartirá en caso de empate. (Desarrollo extendido en Anexo 27).

Recursos: proyector, Anexos 24 y 28, caja en forma de cofre rellena de monedas de chocolate, papel y material para escribir.

Tiempo: esta sesión está prevista para la hora completa. Aproximadamente 55 minutos.

Observaciones: siempre mantener un ambiente de respeto y compañerismo a pesar de la tensión de la competición.

Sesión 8

Actividad 14: Futuro comportamiento de consumo

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: fomentar actitudes positivas ante el consumo de alcohol y otras drogas.

Desarrollo: tras una pequeña introducción narrada por el monitor o monitora se entrega la hoja de respuesta del Anexo 30 de forma individual. Tras cumplimentarla se hace una puesta en común con su respectivo feedback. (Desarrollo extendido en Anexo 29).

Recursos: hoja de respuestas del Anexo 30 a cada alumno y alumna.

Tiempo: esta actividad está diseñada para cubrir la hora entera, 55 minutos aproximadamente.

Observaciones: Si algún alumno o alumna no sabe qué escribir se le ofrecerá ayuda por parte del monitor o monitora, además de adelantarle que, con el debate posterior puede terminar el ejercicio con la ayuda de sus compañeros y compañeras.

Sesión 9.

Actividad 15: Yo controlo

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: fomentar actitudes positivas ante el consumo de alcohol y otras drogas.

Desarrollo: Se hace una serie de carteles referentes al consumo de alcohol y de otras drogas de síntesis para colgarlos en las paredes del aula. Se juega a situarse junto al cartel que más afina a la conducta que están dispuesta a mantener cada participante. (Desarrollo extendido en Anexo 31).

Recursos: cartulinas y rotuladores de colores para los carteles y cinta de celo transparente.

Tiempo: la actividad completa durará aproximadamente 50-55 minutos.

Observaciones: si algún alumno o alumna se posiciona en carteles no deseados desde el objetivo de la prevención, en ningún momento se le expresarán reproches o reprimendas. Bastará con preguntarle los motivos y hacerle volver a pensar si no preferiría cambiarse de cartel. Ofrecerle puntos de vista positivos de la posición correcta.

Sesión 10.

Actividad 16: Me hace sentir…

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: desarrollar capacidades relacionadas con un comportamiento resiliente.

Desarrollo: primero se reproduce un video en el proyector y se debate sobre el mismo. Después se reparte una ficha del Anexo 33 individualmente y se deja un tiempo para completarla. Al acabar se vuelve a debatir con quien quiera participar voluntariamente y compartir sus sentimientos. Aportar un feedback positivo y agradecimientos. (Desarrollo extendido en Anexo 32).

Recursos: fichas del Anexo 33 para cada niño y niña, material para escribir, proyector y altavoces para ver el video en el siguiente enlace https://youtu.be/jRE_dU135jU

Tiempo: se usarán alrededor de 50-55 minutos para completar las dos partes de la actividad.

Observaciones: para actividades con una temática más íntima como es esta, se recordará a los chicos y chicas que una de las reglas del proyecto de intervención es que lo que se habla dentro de la clase, se queda dentro de la misma. De esta manera, se pretende que se sientan más seguros y se presten a compartir más cómodamente los sentimientos.

Sesión 11.

Actividad 17: DAFO

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: desarrollar capacidades relacionadas con un comportamiento resiliente.

Desarrollo: antes de empezar se debe explicar en qué consisten los nuevos términos incluidos en la sesión: debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades. Una vez entendidos y la exposición de la estructura de la respectiva tabla (Anexo 35) se resuelven de forma individual. (Desarrollo extendido en Anexo 34).

Recursos: folios para hacer la tabla individual y material para escribir, proyector para el Anexo 35, pizarra y tiza de forma opcional.

Tiempo: la actividad está diseñada para que ocupe la hora completa, máximo 50-55 minutos.

Observaciones: es muy importante que antes de comenzar a hacer las tablas, todos los niños y niñas hayan entendido perfectamente en qué consiste cada término y cómo deben emplearlo en la actividad.

Sesión 12

Actividad 18: Etiquetas en la espalda

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: desarrollar capacidades relacionadas con un comportamiento resiliente.

Desarrollo: los niños y niñas se pegarán en la espalda una hoja A5 en la que escribirán en mayúsculas la palabra cualidades. Irán deambulando por el aula hasta que todos y todas hayan escrito virtudes de sus compañeros y compañeras en las etiquetas. Se podrá poner música mientras hacen la tarea. Se terminará con un debate sobre cómo utilizar las cualidades para prevenir el consumo de las drogas. (Desarrollo extendido en Anexo 36).

Recursos: folios y material para escribir y playlist de YouTube adjuntada en el enlace para mayor diversión. Es opcional su uso.
https://www.youtube.com/watch?v=PpBioXVMdHk&list=RDQMPurfq4NJEu8&start_radio=1

Tiempo: aproximadamente entre 35-40 minutos en total.

Observaciones: bajo ningún pretexto puede quedar ningún alumno o alumna sin cualidades escrita en su etiqueta por parte de sus compañeros. Si alguien descubre que le han escrito adjetivos que no sean positivos, se indagará en quién ha sido y no formará

parte del debate. De este modo se aplica la técnica de Tiempo Fuera y tendrá que salir al pasillo y reflexionar sobre lo que ha hecho. Al acabar el debate podrá regresar al aula.

Actividad 19: El pacto

Nivel: tercer ciclo de Educación Primaria

Objetivos: desarrollar capacidades relacionadas con un comportamiento resiliente.

Desarrollo: deben firmar un pacto con lo que estén dispuestos/as a cumplir para prevenir el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (Anexo 38). Solo lo firmara quien se comprometa a cumplirlo. (Desarrollo extendido en Anexo 37).

Recursos: ficha del Anexo 38 para cada alumno y alumna que decida firmar y material para escribir.

Tiempo: alrededor de 20 minutos. Dependerá también de si la actividad anterior se ha alargado más o menos.

Observaciones: no se valorarán de forma negativa a los alumnos y alumnas que no quieran sellar el contrato.

Recursos

Como recursos humanos se necesitará a un o una profesional de la psicología que será quien interviene en las aulas trabajando con los niños y niñas. Esta persona deberá estar especializada en la rama psicológica del desarrollo en la infancia y la adolescencia. Además, de contar con conocimientos previos sobre la drogodependencia, tanto habiendo sido formada con un curso o con el máster específico sobre dicho tema. También es preciso, un o una segundo/a profesional de la psicología especializado/a en análisis de datos y estadísticos. Acompañando al psicólogo/a se contará con el apoyo del tutor o tutora de cada curso de intervención, sobre todo, su experiencia y conocimiento de cómo trabajan mejor los niños y niñas será de gran utilidad. En caso de que en el aula haya algún alumno o alumna con dificultades especiales en el aprendizaje, se incluirá una persona especializada en función de sus características: psicopedagogía, lenguaje de signos, braille, etc.

La persona que lleve a cabo el proyecto en las aulas tendrá como funciones; realizar las actividades con ambas clases del centro, preparar previamente las sesiones para que todo salga como se espera, conseguir el material, hacer el informe de evaluación al final de la intervención con el alumnado junto a sus colegas, etc. Quien se contrate para el ámbito matemático será quien se encargue de analizar los datos recabados mediante los instrumentos de medición y aportar toda la base estadística al proyecto, además del informe de evaluación conjunto. En caso de que se necesite el apoyo de una tercera persona con formación adicional, trabajará en el aula impartiendo las actividades al alumno o alumna específica. Deberá adaptar las actividades para su mejor comprensión e inclusión en el resto del grupo. Formará parte de la redacción del informe final.

En cuanto a los recursos materiales, se intentará aprovechar el material al alcance en el propio centro como, ordenador, proyector, pizarra, impresora, tiza, celo transparente, etc. Algunos utensilios incluso ya los pueden proporcionar los propios alumnos, por ejemplo, lápices y bolígrafos para escribir, hojas de cuaderno o folios y rotuladores de colores. Otros recursos serán necesarios incluirlos específicamente para cumplimentar las actividades: folios, fotocopias, premios, etc.

Temporalización

El Programa NOAD está diseñado para realizarse en 18 semanas. Los meses de noviembre y diciembre serán dedicados a la intervención con los y las docentes y también con las familias. Serán un total de 5 semanas en este primer trimestre. Las dos iniciales serán destinadas a entregar al alumnado la hoja informativa del Programa NOAD y, que deberán traerla devuelta firmada por algún miembro de la familia. Además de dos sesiones, una por semana, para la explicar al profesorado, que estará en las aulas junto con el o la psicóloga, todos los conocimientos acerca del alcohol y otras sustancias y las actividades que se pondrán en marcha. Las dos semanas siguientes, una vez recogidas las hojas de consentimiento de las familias, se procederá a reunir a las mismas en el salón de actos del centro para la intervención dirigida a ellas. Serán dos sesiones en horario extraescolar, con una duración de aproximadamente una hora cada una. Posterior a la intervención con los niños y niñas se hará llegar a las familias un breve cuestionario de satisfacción con el Programa NOAD. Deberán cumplimentarlo de forma anónima y será de nuevo entregado al psicólogo o psicóloga a través de los y las pequeñas.

En el segundo trimestre, se trabajará con el alumnado en las aulas durante 14 semanas, empezando el primer día pasando el test CRAFFT y el CYRM-32. Esto será en la primera semana a la vuelta de las vacaciones de navidad. Posterior a las sesiones se volverán a implementar para poder realizar una comparación pre-post. Es decir, en el mes de abril justo antes de Semana Santa. Se comparará si los niños y niñas muestran cambios en las conductas que beneficien la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias de síntesis en la adolescencia. En esta última semana, también se pasará los respectivos cuestionarios de satisfacción con el Proyecto NOAD a familias y alumnado.

Las sesiones de actividades con el alumnado comienzan en enero y finalizan en abril. Serán un total de 12 semanas para concluir con todas las actividades al completo. Las sesiones están organizadas según un objetivo específico diferente, hay tres sesiones para cada uno de los objetivos. Se comenzará trabajando con la nueva información basada en el consumo que los niños y niñas necesitan aprender para entender los conceptos posteriores. Estas sesiones de toma de contacto entre el monitor o monitora y el alumnado y, éste a su vez con la nueva teoría, abarcará las 3 semanas siguientes después de pasar los cuestionarios en enero.

Las próximas tres semanas serán para las sesiones 4, 5 y 6, en las que se aborda el objetivo de fomentar habilidades sociales que funcionen como factores de protección. Cuentan con un total de 6 actividades entre las 3 sesiones. Las próximas serán la 7, 8 y 9 destinadas al tercer subobjetivo: fomentar actitudes positivas ante el consumo. Cada sesión está formada por una única actividad. Por último, las sesiones 10, 11 y 12, son enfocadas a desarrollar en los y las pequeños, comportamientos resilientes. De nuevo, cada sesión dispone de una única actividad, a excepción de la última, en la que se le propone al alumnado firmar un pacto en el que se comprometen a mantener conductas preventivas ante el consumo y resilientes. (Cronogramas detallados para docentes, familias y alumnado en Anexo 39).

Evaluación

Para medir las variables intervinientes en este proyecto de prevención se utilizarán dos test. Dedicados al consumo de alcohol y otras drogas, y las habilidades personales y sociales respectivamente. Existe un tercer y cuarto cuestionario de satisfacción tanto para familias como alumnado creado específicamente para el proyecto. Los accesos

correspondientes a cada instrumento se encuentran en los siguientes anexos: Anexo 40 para la evaluación de CRAFFT; Anexo 41 para medir la conducta resiliente con CYRM-32; Anexo 42 destinado al cuestionario de Satisfacción del Proyecto NOAD dirigido al alumnado y el Anexo 43 referido a la encuesta de satisfacción con el Proyecto NOAD para las familias.

En primer lugar, el *CRAFFT Substance Abuse Screening Test*. Fue construido por el Center for Adolescents Substance Abuse Research en 1999. Las siglas representan las palabras claves de los seis elementos de evaluación: Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (Harris et al., 2016). Ha sido traducido a diferentes idiomas. Es uno de los instrumentos más utilizado a nivel internacional para la detección primaria de adicción al alcohol y otros tipos de drogas. En España, su utilización ha sido menor. Pero ya existe en la página web destinada a la cumplimentación del cuestionario una versión en español. El cuestionario se administra individualmente y no supera los 20 minutos de duración. Se utiliza para encaminar un posible diagnóstico de adicción al consumo de alcohol y otras sustancias en adolescentes de entre 11 y 18 años. El cuestionario cuenta con 3 ítems al inicio para filtrar información acerca de los y las participantes. Y se completa con 6 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) (Rial et al., 2018).

En un estudio piloto con una muestra de 51 adolescentes se demostró que CRAFFT es un instrumento breve, conciso y de fácil utilización. Presentó un alfa de Cronbach de 0.74, evidenciando una validez interna satisfactoria. Según la validez de constructo, se considera que mantiene una estructura unidimensional. Y la validez de criterio se justifica gracias a la concordancia con dos instrumentos más: ADI y POSITUAS (Rial et al., 2018).

En un estudio argentino se comprobaron las propiedades psicométricas y las características operativas de la versión adaptada al español del *CRAFFT Substance Abuse Screening Test.* En una muestra de 146 adolescentes de nivel socioeconómico bajo. La fiabilidad fue medida mediante la KR-20, con una puntuación de 0.68. En comparación con el instrumento POSITUAS, el CRAFFT evidenció una validez de criterio aceptable con una puntuación de 0.70 y también una indicación de la precisión adecuada de 0.89 según el alfa de Cronbach. Las características operativas del CRAFFT son válidas para su uso de detección precoz en el alumnado con escasos recursos (Colica, 2019).

Un segundo cuestionario será la E*scala Child Youth Resilience Measure (CYRM-32)*. Esta escala ha sido validada al español desde la traducción de la original, *Child Youth Resilience Measure* (*CYRM-28*). Se trata de una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta: (1) para nada; (2) un poco; (3) algo; (4) bastante; (5) mucho. El tiempo total de rellenar el cuestionario es de entre 15 minutos. Las puntuaciones en el test pueden indicar el nivel de conducta resiliente que expresa el o la joven: igual o menor a una cifra de 132 se considera *baja resiliencia*. Superior a 132 hasta un máximo de 160 se entiende como *resiliencia*. Los ítems miden tres ámbitos diferentes: interacción familiar, interacción con los otros y habilidades individuales. El instrumento originalmente, está divido en dos partes, en la primera: se recogen datos personales sobre la propia persona, su familia, comunidad y relaciones interpersonales con el objetivo de comparar diferentes culturas. La segunda sección contiene la Escala tipo Likert con un total de 32 ítems. Esta última es la incluida en el Proyecto NOAD. Está diseñada para que la puedan cumplimentar cualquier persona con edades desde los 11 hasta los 23 años (Piñero, 2018).

En Barcelona se llevó a cabo una investigación para evaluar la resiliencia en niños, adolescentes y jóvenes. Haciendo un análisis de las propiedades psicométricas de la Escala CYRM-32. La evaluación de las propiedades psicométricas de la adaptación al español se llevó a cabo en una muestra de 432 jóvenes. Cada persona presentaba como mínimo un factor de riesgo de entre: vivir una experiencia traumática, inmigración, pobreza, exposición a la violencia, abuso de sustancias y riesgo de exclusión. Uno de los estadísticos más importantes para medir la validez interna es el alfa de Cronbach, correspondiente a 0,88. Y una fiabilidad test-retest después de ocho semanas de 0,70. Basada en la validez de constructo mantiene una estructura factorial. Concluyen que, la Escala CYRM-32 es una alternativa óptima para medir la conducta resiliente adaptada al español. Con ella se podrá evaluar de forma más fiable la efectividad de los programas de carácter preventivo de promoción de la resiliencia (Piñero, 2018).

Una aportación de la Universidad Europea de Madrid sobre la resiliencia fue evaluarla en interacción con la reincidencia delictiva en menores infractores con delitos graves. La muestra contaba de 62 menores bajo algún cumplimiento de medida judicial, divididos en dos grupos: reincidentes y no reincidentes. Los y las jóvenes se encuentran bajo una sentencia de delitos considerados graves y acarrean restricciones de internamiento en categoría cerrada y semiabierta. La mayoría de participantes eran chicos (89%). La E*scala Child Youth Resilience Measure (CYRM-32)* fue aplicada

colectivamente en grupos de 10 con un adulto supervisando la tarea. Destacaron que las conductas con estas características delictivas, mantienen una estrecha relación con los factores resilientes del ámbito de "interacción con los otros". También hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión "interacción familiar" de la escala CYRM-32 y el factor 5 del Previ-a, evidenciada con una puntuación de T de Student de -2.555. No obstante, según los datos analizados, concluyeron que no eran suficientes para establecer una relación directa entre la conducta resiliente y ambos grupos de reincidencia con delitos tan graves (Benedicto & Villarreal, 2020).

Los ítems del instrumento están aleatorizados en tres marcos diferentes de interacción: con la familia, con los iguales y de forma individual. Los ítems correspondientes al ámbito de la interacción familiar son: 6, 12, 15, 17, 24, 26 y 27. Aquellos relacionados con la interacción con los otros son: 2, 7, 11, 14, 16, 18, 19, 22, 31 y 32. Por último, respecto a las habilidades individuales son: 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 20, 21, 23, 25, 28, 29, 30 (Llistosella et al., 2019).

Encuesta de Satisfacción del Proyecto NOAD para alumnado de elaboración particular para el propio programa. Consta de 7 ítems que siguen una escala tipo Likert siendo (1): Nada en absoluto; (2): Poco; (3): Ha estado bien; (4): Me ha encantado. A continuación, se presentan dos preguntas abiertas para que los niños y niñas respondan libremente. El cuestionario es anónimo y confidencial. Servirá para ayudar a mejorar las actividades del programa, así como el trato al alumnado, ampliar los espacios en los que realizar las sesiones, etc.

Encuesta de Satisfacción del Proyecto NOAD para familias de confección específica para el proyecto. Contiene un total de 5 preguntas abiertas en las que las familias podrán expresar libremente su opinión. Se asegura en la hoja el anonimato de las respuestas y se explica que se deberán entregarlas a los y las niñas para que las devuelvan al psicólogo o psicóloga.

Anexos

Los anexos pueden encontrarse en el siguiente enlace:

https://docs.google.com/document/d/19ibp73XndtX9dLwKCjUzl1vDbK98Q68Y/edit?usp=share_link&ouid=110583246348450152846&rtpof=true&sd=true

Referencias

Agualongo, J. D. & Robalino, D. I. (2020, 5 agosto). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Scientific*, *5*(Ed. Esp.), 127-145. https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2020.5.e.6.127-145

AOCD. (2022, 24 noviembre). *AOCD | Asociación Olontense Contra la Droga | Gibraleón*. https://www.aocdgibraleon.com/

Asociacionsiad.com. Recuperado el 6 de febrero de 2023, de http://www.asociacionsiad.com/aislados-programa-de-prevencion-de-drogodependencias-y-otros-comportamientos-de-riesgo/

Barbarias, o, Estévez, A. & Jáuregui, P. (2019). La dependencia emocional como factor mediador en la relación entre apego y el abuso de drogas y alcohol en jóvenes. *Revista española de drogodependencias*, *44*(1), 44-58. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6877065

Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, *77*, 25-32. https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=843

Becoña, E. (2002). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.

Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, *19*(1). https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034010.pdf

Benedicto, C., & Villarreal, D. H. (2020). Evaluación de la resiliencia y su interacción con la reincidencia delictiva en menores infractores con delitos graves. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, *20*(1), 114-136. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7887935.pdf

Beullens, K., & Vandenbosch, L. (2015). A Conditional Process Analysis on the Relationship Between the Use of Social Networking Sites, Attitudes, Peer Norms, and Adolescents' Intentions to Consume Alcohol. *Media Psychology*, *19*(2), 310-333. https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1049275

Blackman, S. J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review, 48*, 131-142. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0013191960480203

Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2014). The Short- and Long-Term Consequences of Adolescent Alcohol Use. *Young People and Alcohol*, 32-44. https://doi.org/10.1002/9781118785089.ch3

Brime, B., Garcíá, N., León, L., Llorens, N., Tristán, C. & Sánchez, E. (2022). Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. En *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas* (N.º 133-22-092-1). Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf

Brown, J. H. (2001). Youth, Drugs and Resilience Education. *Journal of Drug Education*, *31*(1), 83-122. https://doi.org/10.2190/365c-6f4j-7cx7-7jyh

CEIP "Onuba". (s/f). Blogspot.com. Recuperado el 28 de enero de 2023, de https://ceiponubaarcoiris.blogspot.com/

Cine y Valores. (2021, 10 mayo). Campus FAD. Recuperado el 6 de febrero de 2023, de https://www.campusfad.org/cine-valores/

Colica, D., Campana, V., Vázquez Peña, F. R., Barán Cegla, P., & Viettoa, V. (2019). Psychometric properties and operating characteristics of the Spanish-adapted version of the CRAFFT questionnaire in adolescents from Greater Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatria*, *117*(5), 301–305. https://doi.org/10.5546/aap.2019.eng.301

Czeresnia, D. & Machado, C. (2006). Promocion de la Salud. *Alianza Editorial*. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7191

De Vincenzi, A. & Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educación y Educadores*, *14*(3), 577-600. https://biblat.unam.mx/hevila/Educacionyeducadores/2011/vol14/no3/7.pdf

Del Castillo, J. A. G., & Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y drogas*, *7*(2), 309-332. http://www.redalyc.org/pdf/839/83970206.pdf

Espada, J. P., Botvin, Gilbert J., Griffin, Kenneth W., Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, *23*(84), 2. https://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf

Espada, José P., Orgilés, M., Méndez, X., García-Fernández, J. M., Inglés, C. J. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y drogas*, *8*(1), 29-50. https://www.redalyc.org/pdf/839/83912984002.pdf

Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. & Rial, A. (2017, 12 abril). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, *29*(4), 268. https://doi.org/10.20882/adicciones.959

Guardado, S. C. (2019, 30 enero). Factores de Riesgo Neuropsicológicos y Criminológicos Como Fuente de Conflicto Interpersonal en la Organización. *Iberoamerican Business Journal*, 50-80. https://doi.org/10.22451/5817.ibj2019.vol3.1.11027

Harris, S. K., Knight, J., Van Hook, S., Sherritt, L., Brooks, T., Kulig, J., Nordt, C., & Saitz, R. (2016). Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. *Substance Abuse*, *37*(1), 197-203. https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1014615

Hernández Serrano, O., Espada Sánchez, J. P., Orgilés, M. & García Fernández, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *13*(2), 135-144. https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.210

Johns Hopkins Medicine (2019). *Substance Abuse. Chemical Dependency*. Recuperado de Abuso de sustancias / dependencia química | Medicina Johns Hopkins (hopkinsmedicine.org)

Keefe, K. (1994). Perceptions of normative social pressure and attitudes toward alcohol use: changes during adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*, *55*(1), 46-54. https://doi.org/10.15288/jsa.1994.55.46

Llistosella, M., Beyene, A. S., Rodríguez-Rey, R., Liebenberg, L., Bejarano, Á., Gómez-Benito, J., & Limonero, J. T. (2019b). Adaptation and Psychometric Properties of the Spanish Version of Child and Youth Resilience Measure (CYRM-32). *Frontiers in Psychology*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01410

Marshall, E. J. (2014). Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, *49*(2), 160-164. https://doi.org/10.1093/alcalc/agt180

Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, *19*(3), 921-930. https://doi.org/10.1017/s0954579407000442

Masten, A., & Barnes, A. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children*, *5*(7), 98. https://doi.org/10.3390/children5070098

Mendoza, R., Gómez-Baya, D., García-Navarro, E. B., Grasmeijer, A. J., Lorenzo, M. (2021). Estilos de vida de los adolescentes escolarizados en educación secundaria obligatoria en la ciudad de Huelva: estudio EVESO. Universidad de Huelva. Recuperado de http://hdl.handle.net/10272/19280

Merchán Clavellino, A., Romero Moreno, A. F. & Alameda Bailén, J. R. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas, inteligencia emocional y rendimiento académico en una muestra de estudiantes universitarios. *Revita española de drogodependencias*, *42*(4), 21-34. https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Francisco-Moreno/publication/326128684_Psychoactive_substances_consumption_emotional_intelligence_and_academic_performance_in_a_university_students_simple/links/5e8c66e992851c2f5286bfc7

Moya, A. S. (2022, 17 mayo). *El 60% de los menores infractores actúan bajo el efecto de las drogas*. abc. Recuperado 4 de octubre de 2022, de https://www.abc.es/espana/madrid/abci-60-por-ciento-menores-infractores-actuan-bajo-efecto-drogas-202205170045_noticia.html

Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(5), 487-497. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00072-8

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2006). *Underage drinking*. Recuperado de https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67.htm

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf

OMS. Oficina contra la Droga, Delito y Crimen, U. N. O. D. (2018). *Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas*. Van Haren Publishing. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262942/PDF/262942spa.pdf.multi

Piñero, M. C. L. (Julio de 2018). *Evaluación de la resiliencia en niños, adolescentes y jóvenes. Análisis de las propiedades psicométricas de las Escala Child Youth Resilience Measure (CYRM-32)* [Universitat Autònoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl_10803_666835/mclp1de1.pdf

Práctica Educación Compensatoria - *Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional*. (s/f). Juntadeandalucia.es. Recuperado el 28 de enero de 2023, de https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/buenas-practicas-educativas/practica-educacion-compensatoria/-/contenidos/detalle/ec-ceip-andalucia

Reyes, V. E. H., Castro, V. H. H. & Gutiérrez, Y. Á. (2015). La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Revista Médica Electrónica*, *37*(3), 246-262. http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n3/rme070315.pdf

Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J., Araujo, M., Gómez, P. C., Braña, T., Varela, J. A., & Golpe, S. (2018). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, *31*(2), 160. https://doi.org/10.20882/adicciones.1105

Rivera-Olmos, V. M. & Parra-Berna, M. C. (2016). Cannabis: effects on the central nervous system. Therapeutic, social and legal consequences. Revista Médica del

Instituto Mexicano del Seguro Social, 54(5), 626-634. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67887

Romero, M., Benavides, A., Fernández, M., & Pichardo, M. C. (2017). Intervención en funciones ejecutivas en educación infantil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 253-261. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365026.pdf

Romine, C. B., & Reynolds, C. R. (2005). A Model of the Development of Frontal Lobe Functioning: Findings From a Meta-Analysis. *Applied Neuropsychology*, *12*(4), 190-201. https://doi.org/10.1207/s15324826an1204_2

Salanova, M. (2022). *Resiliencia: ¿Cómo me levanto después de caer?* Shackleton Books.

Sánchez, J. P. E. & Carrillo, F. X. M. (2003). *Prevención del abuso del alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Ediciones Pirámide.

Scoppetta, O., & Ortiz Garzón, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. Psicología desde el Caribe, 38(2), 167-188. https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.158.1

Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T., & Griffin, K. W. (1999). Social Skills, Competence, and Drug Refusal Efficacy as Predictors of Adolescent Alcohol Use. *Journal of Drug Education*, *29*(3), 251-278. https://doi.org/10.2190/m3ct-wwjm-5jaq-wp15

Spear, L. P. (2013). Adolescent Neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*, *52*(2), S7-S13. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.006

Stanford Medicine Children's Health (2022). *Abuso de sustancias y la dependencia de sustancias químicas.* Recuperado de https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=abusodesustanciasyladependenciadesustanciasqumicas-90-P04746

Atención Temprana ante el albinismo: Revisión sobre técnicas de intervención en la primera infancia

Alexandra María Jimeno Vizcaíno
Universidad de Huelva

1. Antecedentes, orígenes y evolución histórica

Atendiendo al informe Olivenza 2010, en el capítulo correspondiente a la selección de indicadores sobre las personas con discapacidad en España, podemos observar los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta sobre *Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia*, *Tabla 1.1*; en mencionada tabla comprobamos el número de personas con discapacidad residentes en España, agrupados por intervalos de edad en los años 1986, 1999 y 2008. La gráfica certifica que en lo que corresponde a los sujetos menores de 6 años ha sufrido un ascenso significativo desde 1986, donde 43.047 niños pertenecen a la población con discapacidad, siendo en 2008 un total de 60.408, es decir, el número de niños y niñas que son susceptibles recibir atención temprana ha aumentado en casi 20.000 casos en 22 años. ¿Y si echamos la vista atrás? ¿Existiría ya en 1986 la atención temprana que atendiera a esos más de 43.000 pequeños y pequeñas?

Bisquerra (1996) hace referencia al año 1953, donde el ministro de Educación, por aquel entonces Joaquín Ruíz Jimenez, fundó el llamado *Patronato Nacional de Educación de la Infancia Anormal*, denominado en 1955 *como Patronato Nacional de Educación Especial* (PNEE), pero los orígenes de la atención temprana no se remontan hasta la década de los años 70, tal y como Díaz Quintero (2008) señala, es entonces cuando el *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos* (SEREM) a partir del **Decreto 731/1974, de 13 de marzo** consiguió que la atención a personas con deficiencias se hiciera extensible a la infancia, creando para ello la llamada *estimulación precoz*.

Dos años después de la creación del SEREM, Arizcun, Gútiez y Ruiz (2006) destacan la creación del *Real Patronato de Educación Especial* creado por el **Real Decreto 1023/1976, de 9 de abril** cuya la labor de apoyo a las acciones relacionadas con la atención temprana fue notable.

1978 fue un año en el cual tuvieron lugar diversos avances en cuanto a atención temprana respecta; como consecuencia del Real Patronato de Educación Especial, surge el *Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes* creado por el **Real Decreto 2276/21 1978 de 21 septiembre**, el cual asumió un modelo de atención integral donde la prevención de las deficiencias y la educación estaban unidas. En el mismo año se integra el *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad* (PNPS) publicado por **Real Decreto 2176 de 1978** dentro del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, combinación que supuso la puesta en marcha de acciones asistenciales, informativas y normativas en los ámbitos perinatológicos, pediátricos y metabólico-genético cuyo objetivo era la *prevención de la subnormalidad.*

Arizcun et al. (2006) señalan otra etapa en la evolución histórica de la atención temprana, se trata del la surgida a partir del **Real Decreto – Ley 36/1978, de 16 de noviembre**, sobre gestióninstitucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, la cual creó el *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (INSERSO), normativa que supuso un importante impulso de cara a la institucionalización de la estimulación precoz.

Con la **ley 13/1982 de 7 de abril** se crea la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) a partir de la cual se crearon Servicios de Estimulación Precoz generalizándose a todas lasprovincias tal y como explica Díaz Quintero (2008), quien añade que en la misma década el Real Patronato de Discapacidad creó las primeras unidades de desarrollo madurativo en hospitales, siendo la Atención Temprana competencia de las comunidades autónomas hasta el año 2000, fecha donde se publicó el Libro Blanco de la Atención Temprana el cual supuso la unificación de los criterios de la Atención Temprana y formuló la siguiente definición universal para la misma:

"Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar

respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionalesde orientación interdisciplinar o trandisciplinar.". [Libro Blanco de la Atención Temprana (12,2002)]

La **Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo** de Educación, en su título II establece que las Administraciones educativas deben disponer de los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional.

Población total, estimación del número de personas con discapacidad y de la prevalencia de las situaciones de discapacidad por grandes grupos de edad. España, 1986, 1999 y 2008. **(Datos referidos a personas residentes en domicilios particulares)**			
Intervalos de edad	Población total	Población con discapacidad	
		Número	Porcentaje sobre población total
AÑO 1986			
TOTAL	**38.341.126**	**5.743.291**	**14,98**
Menores de 6 años	2.338.048	43.047	1,84
De 6 a 64 años	30.856.653	2.804.837	9,09
De 65 años y más	5.146.425	2.895.407	56,26
AÑO 1999			
TOTAL	**39.247.019**	**3.528.221**	**8,99**
Menores de 6 años	2.209.991	49.577	2,24
De 6 a 64 años	30.602.991	1.405.992	4,59
De 65 años y más	6.434.524	2.072.652	32,21
AÑO 2008			
TOTAL	**45.031.743**	**3.847.854**	**8,54**
Menores de 6 años	2.809.038	60.408	2,15
De 6 a 64 años	34.863.979	1.560.361	4,48
De 65 años y más	7.358.726	2.227.085	30,26

Tabla1.1 Población total, estimación del número de personas con discapacidad y de la prevalencia de las situaciones de discapacidad por grandes grupos de edad. España, 1986, 1999 y 2008.

Fuente: Observatorio estatal de la discapacidad, informe Olivenza (2010)

La Atención temprana en Andalucía

Ponte (2003), en su artículo *Legislación y Atención Temprana, notas sobre aspectos Sociosanitarios*; revisa las medidas legislativas que inciden en la atención temprana centradas en la esfera sociosanitaria en las distintas Comunidades Autónomas, en el caso de Andalucía, la **ley 1/1999, de 31 de Marzo**, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, que establece la atención integral a las personas con discapacidad, recoge disposiciones que se refieren a garantizar la Atención Temprana en el ámbito de la prevención, en esta Ley cabe destacar el Título III, dedicado a las necesidades educativas especiales.

En **2003, la Orden de 18 de Junio**, establece las bases para la concesión de subvenciones para programas de Atención Temprana, determinadas por los pediatras del Servicio Andaluz de la Salud, a menores que tengan trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo.

La atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos en Andalucía está regulada por la **Orden de 25 de julio de 2008**, destacando el *Capítulo III* el cual hace referencia a los Programas de atención a la diversidad.

La **Orden 20 de agosto de 2010**, regula la organización y el funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria de los centros públicos específicos de educación especial, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. Orden que pretende impulsar la autonomía pedagógica, organizativa y de gestión de estos centros al tiempo que profundiza en la cultura de la evaluación permanente y la rendición de cuentas, con el objetivo de alcanzar la excelencia educativa y procurar el éxito escolar de todo el alumnado.

El Libro blanco de Atención Temprana

Tres décadas después desde que se pusieron en marcha los primeros centros de Atención Temprana nace el G.A.T (Grupo de Atención Temprana) con el fin de elaborar el *Libro blanco de Atención Temprana*; cuya publicación se convierte en un referente para todos los sectores implicados en la Atención Temprana:

- Instituciones
- Asociaciones
- Profesionales
- Investigadores
- Padres

El *libro blanco de Atención Temprana* es el punto de partida para lograr líneas de actuación que cubran las necesidades de todos los niños del territorio español sin exclusión alguna. Ésta publicación concreta el desarrollo infantil a la progresiva adquisición del control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social; funciones transcendentales que son adquiridas en los primeros años de vida. En é se detalla el objetivo principal de la Atención Temprana, tal y como se muestra en el *cuadro 1.1*:

Los niños que representan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere lo aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Cuadro 1.1. Objetivo principal de la atención temprana. Fuente: Libro Blanco de Atención Temprana.

Finalidad desde la que se desprenden los objetivos específicos propios de la AtenciónTemprana, *cuadro 1.2*; también presentes en el mismo documento:

– Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño. – Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño. – Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a las necesidades específicas. – Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por in trastorno o situación de alto riesgo – Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño. – Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

Cuadro 1.2. Objetivos específicos propios de la atención temprana. Fuente: Libro Blanco de Atención Temprana

2. Aproximación a una condición genética: el albinismo

Significado de albinismo

La identificación de personas con albinismo en la antigüedad era casi una proeza, como describe Robins (2005) aunque Colón ya afirmaba haber encontrado a estas personas en su cuarto viaje a América en 1502, el término "albino" del latín *albus,* blanco; no fue acuñado hasta el siglo XVII por el explorador Balthazer Tellez, quien avistó lo que denominó como ciertos "negroides blancos" en la costa oeste de África. Este autor además expone como el naturalista Linneo usó el término "Homo nocturnus" para describir a las personas que presentaban albinismo, basándose en el hecho de que los mismos permanecían confinados en sus chozas hasta el crepúsculo, debido a la sensibilidad visual y la fotofobia que presentan.

Aguirre et al. (S.F) en el *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativa por padecer enfermedades raras y crónicas* de la Junta de Andalucía definen albinismo de la siguiente manera:

> *Condición genética que determina un fenotipo (apariencia física) muy característico, debido a la ausencia o reducción de pigmentación en la piel, ojos y pelo (hipopigmentación). Se trata deuna condición metabólica poco habitual, debida a un defecto en el gen que se encarga de la síntesis y distribución de melanina. (Aguirre et al. S.F, 12)*

En el mismo manual se explica que existe una incidencia mundial de albinismo de una de cada 20.00 personas, un porcentaje minoritario a nivel mundial aunque dicha condición genéticase encuentra representada en casi todos los grupos étnicos, expone Pierce (2009).

Las personas albinas habitualmente presentan una falta total o parcial de pigmento en piel, pelo y ojos. A pesar de ser una condición genética con unasconsecuencias de gravedad moderada, en la sociedad se ve como un fenómeno extraño y desconocido, llegando incluso tal y como afirman Sapiña y Sam (2009) a convertirse en un estigma para quien lo padece.

González Trujillo (2011) señala una serie de pasos a seguir para prevenir el rechazo,aislamiento y trato discriminatorio de estos niños y niñas:

- Una *educación de los padres de bebés con albinismo*, para que conozcan los hechos referentes al albinismo, así como ayudarles a aceptar que su hijo aunque sea diferentepuede llevar una vida normal resulta primordial.
- El niño y el adulto con albinismo deben recibir la *información correcta y verídica* conrespecto a su situación.
- Las *personas que no tienen albinismo* también deben ser informada y tener oportunidad de alternar con quien tiene albinismo. Aquí la escuela cumple un papelfundamental.
- Los niños con albinismo deben ser ubicados en centros apropiados y recibir ciertas instrucciones específicas. Los *programas de integración* ofrecen mejores posibilidades.

Aunque esta condición se ha estudiado por muchos años como una enfermedad rara congénita sin cura Martínez García y Montoliu (2013) afirman que gracias a los avances de investigación innovadores que se han estudiado en modelos animales de albinismo, principalmente en roedores, la situación podría cambiar en los próximos años.

Herencia y albinismo

Distintas causas del albinismo han sido descritas a lo largo de la historia, en concreto en el sigloXIX encontramos los siguientes supuestos:

"Ciertos autores pretenden que los albinos constituyen una raza aparte en lo interior de África;y el mismo Voltaire ha adoptado tan peregrina opinión; pero los mejores observadores consideran el albinismo como una anomalía esporádica." (Alfaro, 1840, 336)

"Entre los autores que han pretendido explicarlo todo, muchos han dicho que el albinismo delos negros era debido a la temperatura elevada de los climas en que nacen, lo cual nada explica. Otros han supuesto un comercio bestial con los grandes monos, explicación absurda, puesto que no hay monos en dos tercios de los países donde nacen albinos. Finalmente se ha acusado, como en todos los casos de nacimientos anómalos, a la imaginación de las madres, causa cuya acción no está perfectamente conocida y que por otra parte parece una contraindicación con gran número de hechos". (Joarizti, 1864, 414)

Pierce (2009) señala a Archibald Garrod, un médico inglés pionero en el campo de los

errores congénitos del metabolismo, como la persona que describió por primera vez la base genética del albinismo, en 1908 reconoció que dicha condición se heredaba como un rasgo *autosómico recesivo,* lo cual significaba que los padres de una persona afectada pueden no manifestar los síntomas. El promedio de que los hermanos o hermanas de un niño afectado tengan los mismos síntomas es de 1 de cada 4, así como hombres y mujeres tienen las mismas probabilidades de resultar afectados ya se trata de una *herencia autosómica,* no va incluida en los cromosomas sexuales. Para que un niño tenga los síntomas de un trastorno autosómico recesivo, debe recibir el gen recesivo de ambos padres.

En la *figura 1.1.* observamos cómo se aplican los principios de Mendel a los caracteres albinos, tal y como explican Yashon y Cumming (2010); para ello usaremos las letras ***A*** y ***a***, de las cuales***A*** es el alelo dominante encargado de la formación de pigmentos y ***a*** es el alelo recesivo encargado de la inhibición de la formación de pigmentos; las personas con albinismo portarán dos copias del alelo recesivo (***aa***), por ello, debemos destacar que puede que ninguno de los dos progenitores presenten albinismo, ya que solo se necesita que ambos sean portadores del alelo recesivo ***a*** para que exista un 25% de probabilidad de que su hijo nazca con esta condición genética.

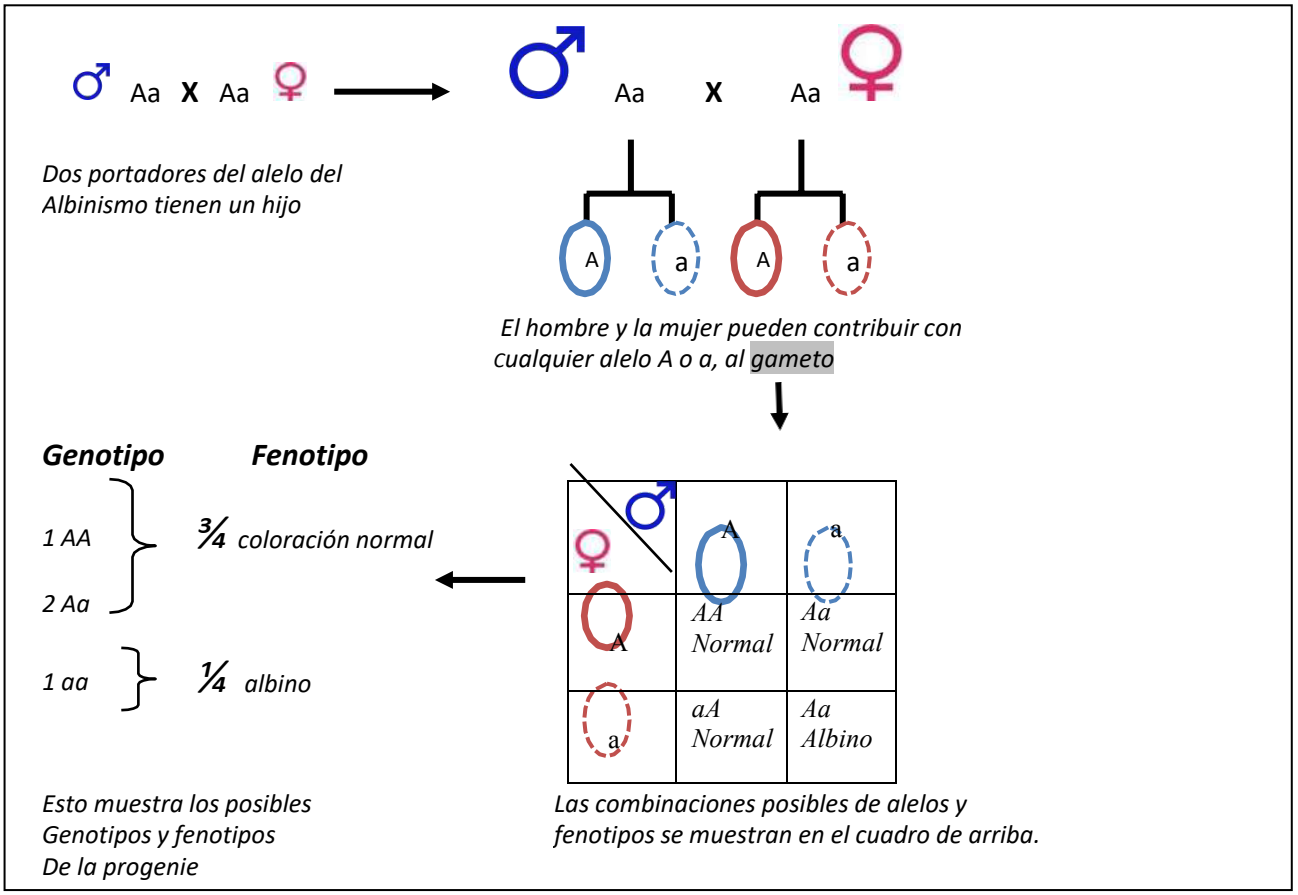


Figura 1.1. Segregación del alelo del albinismo en seres humanos.

La *figura 1.1* nos permite observar la necesidad de que los dos alelos del gen lleven la misma información, ya que al ser *recesivos* y no dominantes, si no se presentan ambos no se manifiestan. Ello conlleva a que en la mayoría de las ocasiones en las que aparece el gen sea porque ambos progenitores son portadores aunque no lo expresen, como es el caso expuesto en la *figura 1.1.* .

Hay ocasiones donde la condición de albinismo se puede presentar siendo solo portador unode los progenitores; esto ocurre cuando el otro progenitor lleva algún tipo de mutación genética que pueda afectar a la actividad tirosinasa. La *tirosinasa* codifica la tirosina, la cual lleva la información genética de una de las principales enzimas responsables del primer paso de la ruta metabólica de la síntesis de melanina. Cuando existe un déficit en la tirosinasa, los melanocitos no pueden desarrollarse en sus etapas, impidiendo que la melanina se produzca y madure reaccionando ante la estimulación de los rayos solares, González Trujillo (2011).

Tipos de albinismo

Existen dos tipos principales de albinismo, los denominados: **albinismo oculocutáneo** (OCA) y **albinismo ocular** (OA). Éstos a su vez pueden subdividirse según el gen que esté afectado. El albinismo más frecuente es el albinismo ocular.

Solari (2004) señala que una persona con **albinismo ocular** posee déficit de pigmentación en el epitelio de la retina, es decir, la hipopigmentación está limitada al ojo. Este tipo de albinismo, tal y como prosigue el autor, está ligado al sexo, ocurriendo exclusivamente en los varones; un varón afectado transmite la mutación causante de la enfermedad a todas sus hijas y a ninguno de sus hijos, si alguna de sus hijas (portadoras del gen) se quedará embarazada, la probabilidad de transmitir el gen durante el embarazo a sus hijos varones es de un 50%.

El color del iris en el albinismo ocular puede variar de azul a verde o hasta café y a veces se oscurece con el tiempo; sin embargo, cuando los ojos son examinados por medio de enfocar una luz de un ojo a otro, la luz resplandece tras el iris por la falta de pigmentación.

Dijkstal et al. (2012) afirman que la visión del albino ocular es a menudo mejor que la visión en los casos de albinismo oculocutáneo.

Vogel (2001) describe tres tipos de *albinismo ocular*:

- AO1 (ligada al cromosoma X): Forma poco frecuente, afectando a hombres de pigmentación normal de la piel pero escaso pigmento ocular. El defecto puede ser leveo moderado. Las mujeres portadoras suelen tener parches de hipopigmentación a nivel del epitelio pigmentario y pueden tener defectos de transiluminación en el iris.
- AO2 (Autosómico recesivo): Apariencia normal, pero pigmentación ocular disminuida.
- Albioidismo: poco pigmento en la piel y en los ojos, aunque la fóvea es normal y nohay nistagmus. Tiene agudeza visual normal.

Molina Montoya (2011) define el **albinismo oculocutáneo** como un grupo de desórdenes autosómicos recesivos que ocurren por falta o reducción de la biosíntesis de melanina en los melanocitos que cursan con hipopigmentación en el cabello, la piel y los ojos; la misma autora manifiesta que las alteraciones visuales y oculares relacionadas con el

albinismo oculocutáneo generan baja visión, dificultando las actividades de la vida cotidiana.

El albinismo oculocutáneo es una afección genética muy rara puesto que debe ser transmitida por ambos padres, tal y como explica González Trujillo (2011, 14).

Se conocen cuatro tipos de albinismo oculocutáneo, AOC1 subtipos A y B, OCA2, OCA3 y OCA4 *(Ver tabla1.2.)* de los cuales el más severo es el OCA1A. Las personas que padecen albinismo ocular AO1 tienen síntomas oculares parecidos a los del albinismo oculocutáneo OCA1A, pero no presentan manifestaciones cutáneas.

TIPO	*OJOS*	*PIEL*	*CABELLO, PESTAÑAS Y CEJAS*
OCA1A	Iris azul claro a casi rosado, completamente translúcido	Blanca, no se broncea, Nevus amelanóticos	Blancos
OCA1B	Iris azules, pueden cambiar a verde o café	Blanca, pueden desarrollar algún pigmento	Blancos, pueden desarrollar algún pigmento
OCA2	El color del iris varía. No se ven ojos rosados	Cantidad de pigmento cutáneo puede variar	Neonatos casi siempre tienen cabello pigmentado
OCA3		Piel café rojiza (xantismo)	Cabello rojizo
OCA4	No puede ser distinguido de OCA2 en los hallazgos clínicos		

Tabla 1.2. Características fenotípicas en los diferentes tipos de albinismo oculocutáneo. *Fuente: Molina Montoya (2011)*

Martínez García y Montoliu (2013) señalan que las manifestaciones clínicas de los cuatro tipos de OCA son muy similares, y a menudo es muy difícil de diferenciar; por lo tanto, el diagnósticocorrecto de los sujetos con albinismo oculocutáneo requiere un análisis molecular exacto delas mutaciones en los cuatro genes (*TYR, OCA2, Tyrp1 y SLC45A2*).

Los mismos autores registran como se han descrito alteraciones fenotípicas adicionales más allá de la hipopigmentación y las alteraciones visuales, incluyendo hasta nueve diferentes tiposde síndrome de *Hermansky-Pudlak (HPS1-9) y Chediak- Higashi* (CHS).

El **síndrome de Hermansky-Pudlak** es muy raro, según estos autores, excepto en algunos países como Puerto Rico. Además de hipopigmentación oculocutánea, se caracteriza por hipopigmentación y acumulación de material ceroide en el cuerpo. Estos

pacientes también sufren de deficiencia inmunológica severa, fibrosis pulmonar intersticial, colitis granulomatosa y alteraciones hemorrágicas leves asociados con la función plaquetaria alterada.

En el mismo artículo añaden como el **síndrome de Chediak-Higashi** también es raro, señalandoque los pacientes de *CHS*, además del fenotipo hipopigmentado son propensos a las infecciones bacterianas, sangrado, así como a la neuropatía periférica.

Martínez García y Montoliu (2013) afirman que en la actualidad existen un total de 15 genes asociados con varios tipos de albinismo. Sin embargo, apuntan que nuevos genes se handescrito recientemente asociados con la herencia autosómica recesiva del albinismo oculocutáneo, se trata de fenotipos muy similares pero de diverso origen molecular, lo que indica que sea probable que existan más de 15 genes cuyas mutaciones se asocian con albinismo.

En 2012, un nuevo gen OCA, nombrado OCA5 , se encontró en una familia paquistaní tal y como explican Martínez García y Montoliu (2013) , la manifestación clínica de las personas afectadas fue la de un clásico OCA, con el iris sin pigmento presentando hipoplasia fóvea y color de pelo dorado, sin embargo, no corresponden a ninguno de los otros cuatro genes asociados con el albinismo oculocutáneo (*TYR* , *OCA2* ,*TYRP1* o *SLC45A2*).

En el mismo artículo, los autores señalan como otro gen asociado con el albinismo ha sido encontrado en familias procedentes de Dinamarca, en concreto en las islas Feroe. Este gen codifica una proteína con un papel relevante en la diferenciación de los melanocitos y constituiría el sexto gen OCA denominado OCA6 .

Por último, un tercer gen es descrito en el mismo artículo de Martínez García y Montoliu, el cual se encuentra en proceso de ser descubierto. En este caso la pigmentación no parece verse afectada, los tres pacientes investigados con mutaciones en este nuevo gen (un holandésy dos de origen afgano) están pigmentados con normalidad y no muestran ninguna hipopigmentación, sin embargo muestran el misrouting quiasmático clásico y las anomalías de la hipoplasia fóvea características de la visión de la persona con albinismo. La identidad molecular de este gen aún no ha sido revelada, pero se espera que sea pronto y si se confirma puede representar una nueva categoría de albinismo donde las anomalías

visuales están presentes pero la pigmentación permanece inalterada.

Albinismo y alteraciones visuales y oculares

Tal y como explican Reim, Kirchhof y Wolf (2005) El síntoma ocularpredominante en las personas con albinismo es la hipopigmentación o translucencia del iris y del fondo del ojo, caracterizada por el color celestes del iris, que se convierte en un color rojizo brillante con la luz reflejada, luz a la cual las personas con albinismo son sensibles, ya que padecen de fotofobia. MacDonald et al. (2012) confirman quela ausencia o reducción de melanina en
el ojo albino en desarrollo se asocia a alteraciones visuales y oculares. Las alteraciones visuales son los rasgos más limitan a las personas con albinismo. MacDonald et. Al (2012) confirman que la ausencia o reducción de melanina en el ojo en desarrollo se asocia a alteraciones visuales y oculares como son: hipoplasia foveal, nigtasmus, elevada incidencia de estrabismo y misrouting de las fibras del nervio óptico:

Hipoplasia foveal

Característica consistente y obligada en la visión de la persona con albinismo que consiste en la falta de desarrollo de la fóvea del ojo y del nervio óptico, hecho que conlleva a que la retina no se desarrolle normalmente de manera prenatal así como durante la infancia. Van Genderen et al. (2006) señalan el comienzo de éste desarrollo a partir de las 24 semanas de gestación, terminando a los 45 meses de edad, teoría que también escudan Heckenlively y Arden (2006). Como consecuencia a veces de un reflejo foveal mal definido o su ausencia pueden reflejar inmadurez del sistema visual normal en lugar de la existencia de hipoplasia foveal; para evitar confusiones, se aconseja realizar exámenes electrofisiológicos.

La ausencia de fóvea, el área de la retina central con mayor cúmulo de fotorreceptores, tiene como consecuencia un subdesarrollo de la zona central de la retina, dando lugar a la pérdida de ***agudeza visual***, tal y como afirma Dijkstal et al. (2012) en los casos de albinismo se reduce de forma variable según el pigmento de cada individuo: del poco o ningún pigmento a pigmento casi normal en algunos sujetos; esto generalmente está relacionado al tipo de albinismo y a la gravedad de la hipopigmentación. Una ***menor visión en penumbra***, claro- oscuro y nocturna, también es producto del menor número de fotorreceptores bastones presentes en la condición metabólica del albinismo, ya que dichos fotorreceptores son las células sostenibles que funcionan en condiciones de baja iluminación.

Resulta interesante apuntar que tanto en personas con albinismo como en personas sin albinismo, existe una influencia mutua en la presencia de hipoplasia foveal y misrouting, tal como demuestran Van Genderen et. Al (2006) en su artículo *Chiasmal misrouting and foveal hipoplasia without albinism*.

Misrouting

También conocido como ruta de las fibras del nervio óptico. Molina Montoya (2011) explica como dichas rutas se suelen encontrar alteradas en personas con albinismo, *(Figura 1.2)* descubriéndose un excesivo entrecruzamiento de las fibras en el quiasma óptico que puede afectar *la estereopsis*. Si seguimos la definición que hacen Folgueras et al. (2011), la estereopsis es el fenómeno dentro de la percepción visual que permite que los humanos tengamos una visión tridimensional con la cual poder apreciar, debido principalmente a la disposición binocular de los ojos, la cual permite a cada ojo observar campos ligeramente diferenciados.

Debido a la comunicación anómala entre los ojos y el cerebro, mandando cada ojo una información ligeramente diferente a cada hemisferio, no se produce el efecto óptico de visión tridimensional de manera correcta las personas con lo que conlleva a problemas para situar correctamente objetos en el espacio.

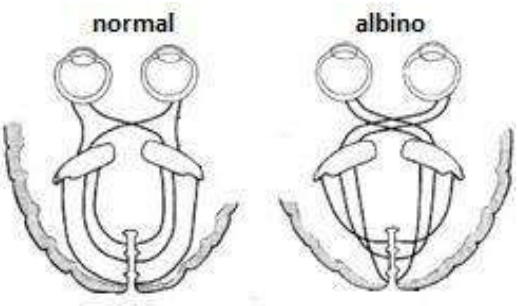


Figura 1.2. Rutas del nervio óptico

Estrabismo

Desviación permanente y espontánea de los ejes oculares. Existen distintos tipos de estrabismo (*Figura 1.3.*) siendo el más frecuente el convergente. Gallego, Zarco y Rodríguez Salvador (2005).

Figura 1.3. Tipos de estrabismo

<u>*Nigtasmus*</u>

Olaeta y Cundín (2011) definen nistagmus como un movimiento involuntario de los ojos, afectando normalmente a ambos y cuya manifestación surge al fijar la mirada en una determinada dirección (*Figura 1.4*). Algunas formas de nigtasmus están asociadas con una visión reducida, como ocurre en el caso del albinismo. González Trujillo (2011) especifica como el nistagmus aparece en muchas personas con albinismo, pero no en todas ni a la misma edad ni con la misma intensidad, añadiendo que cuando aparece tampoco el grado de su movimiento es igual en todo momento. El nistagmus varía según el estado emocional, una persona estresada o nerviosa es probable que manifieste un nistagmus más acusado, si está relajada, es probable que el nistagmus desaparezca. Se desconoce su causa exacta pero parece estar relacionada con las diferentes conexiones entre la retina y el cerebro de las personas con albinismo. González Trujillo (2011) apunta además que aunque su presencia conlleva al movimiento de los ojos, las personas que lo padecen no perciben dicho movimiento, señalando que esas personas involuntariamente ladean o inclinan su cabeza unos determinados grados hasta que limitan el nistagmus y consiguen una mejor visión.

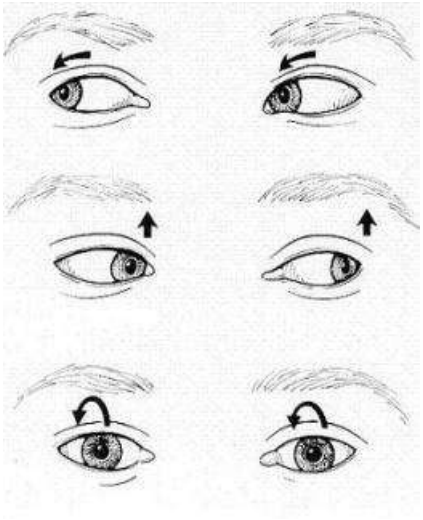


Figura 1.4. Movimientos de Nistagmus

Manifestaciones conductuales de déficits visual en niños y niñascon albinismo

En los niños y niñas con déficits visual suelen presentarse, con relativa frecuencia, los siguientes rasgos de comportamiento *(ver tabla 1.3.).*

Considerando el área motriz	Considerando el área de la personalidad y la socialización
1.- Deficiencias en la organización del esquemacorporal 2.-Anomalías en la marcha 3.- Deficiente equilibrio y coordinación dinámica general 4.- Alteraciones de la postura 5.- Alteraciones del tono muscular6.- Desorientación espacial 7.- Dificultades en el establecimiento de la lateralidad 8.- Ausencia de gestos en la conversación9.- Habilidad manual pobre	1.- Pasividad 2.- Deficiente imagen personal 3.- Dificultades para la integración interpersonal4.- Dependencia afectiva 5.- Tendencia al aislamiento 6.- Presencia de sentimientos de inferioridad

Tabla 1.3. Manifestaciones conductuales en niños y niñas deficientes visuales. Fuente: Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad de Extremadura. (S.F, 9 y 10)

Una vez estas manifestaciones se hacen evidentes, debemos proceder al diagnóstico de la discapacidad visual; el cual debemos dividirlo en dos apartados: Una valoración específica deldéficit visual y una Valoración psicopedagógica.

Valoración específica del déficit visual

Los especialistas son quienes abordarán las principales variables que intervienen en el

procesode la visión:

- *Agudeza visual*: Capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificarobjetos especiales con unas condiciones de iluminación buenas.
- *Campo visual*: Proporción del espacio que el ojo es capaz de ver.
- *Cromatismo*: Facultad del ojo para distinguir los colores.
- *Fondo del ojo*: realizado por profesionales, donde se observan las proporcionesinternas del órgano visual.

Valoración psicopedagógica

Hacer una valoración psicopedagógica al alumnado con déficit visual, Bonals y Sánchez Cano (2007) afirman que es necesaria para tomar decisiones relacionadas al ajuste de la respuesta educativa, así como considerar los recursos materiales y/o personales específicos del déficit delos que disponemos y que el alumno necesitará para cursas la escolaridad. Cózar (2004) enumera las siguientes áreas a valorar:

- *Afectividad*: para el área emocional y motivacional.
- Actitud cognitiva verbal: para el desarrollo intelectual general y factorial.
- *Actitudes sociorelacionales*: partiendo del ámbito familiar y poniendo especialatención al juego.
- *Comportamiento y conducta adaptativa*: destacando los hábitos de autonomíapersonal.
- *Personalidad:* diferenciando introversión-extroversión y neuroticismos-paranoidismo.
- *Psicomotricidad*: interesándonos en el conocimiento y dominio del esquema corporal.
- *Rendimiento académico*: diferenciando entre satisfactoriedad y suficiencia en las áreaseducativas.
- *Sentidos*: no solo es importante evaluar la vista, los otros sentidos también resultanrelevantes.

3. a Atención Temprana ante el albinismo

Objetivos de la Atención Temprana

La mayor atención de la Atención Temprana se dirige al tratamiento centrado, exclusivamente,en el niño, tal y como afirma Candel (2003) la *Atención Temprana* trata de proporcionar actividades adecuadas los niños con problemas evolutivos con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, sus niveles madurativos en las distintas áreas.

El mismo autor añade que en la actualidad la *Atención Temprana* se contempla como una atención global prestada al niño durante los primeros meses o años de su vida así como a su familia, atención que se requiere como consecuencia de alteraciones en el desarrollo, o bien por una situación de alto riesgo.

Esta atención consiste en un tratamiento educativo, además de una intervención social y sanitaria a través de la puesta en marcha de los servicios comunitarios para influir directa e indirectamente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño.

Vínculo entre las Escuelas de Infantil y los CIDATs

Los *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana* (CDIAT) son servicios autonómicos que surgieron en los años 70 cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. El *libro blanco de Atención Temprana* señala la importancia que tiene mantener una estrecha relación entre la escuela infantil y estos centros, contrastando que ambas instituciones deben proporcionar:

1. Una atención educativa global, sistematizada y adecuada a la población de 0 a 6 años.
2. Contribuir a la reflexión y debate sobre propuestas organizativas y orientaciones en laescuela infantil.
3. Apoyar, asesorar y formar al maestro de apoyo y al profesor del aula ordinaria
4. Apoyar y facilitar el proceso de integración y el pleno desarrollo de niños connecesidades educativa especiales.

A su vez, especifica los siguientes como objetivos comunes:

- Los profesionales de las escuelas de infantil y de los CIDATs, pueden colaborar en la elaboración de programas de intervención y en la delimitación de objetivos, materiales y procedimientos más adecuados en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Determinar las necesidades educativas de los niños entre 0 y 6 años, localizando y derivando los niños que presenten anomalías en su desarrollo, así como contribuir en la elaboración del currículum de esta etapa.
- Procurar una continuidad en la educación de los niños cubriendo todas sus necesidades desde el momento de su nacimiento y que a su vez sirva como enlace, preparación y refuerzo de su integración en la escuela de infantil.
- Coordinar y compartir la información sobre la situación del niño en el momento en el que éste ingresa en el sistema educativo.
- Intercambiar la información sobre las actividades y comportamiento del niño durante su escolarización.
- Prestar apoyo técnico a los programas de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales.
- Colaborar en la orientación a las familias, en su conocimiento y apoyo a sus necesidades.

Cuadro 1.3. Objetivos comunes de los CIDATs y las Escuelas de Infantil. Fuente: Libro Blanco de Atención Temprana.

Atención Temprana y familia

Cristóbal Mechó (2010) afirma que la Atención Temprana representa para una parte de la población infantil y sus familias el recurso terapéutico al que acudir. Es por ello que la información que los Equipos de Atención Temprana proporcionan a las familias resulta una tarea fundamental, ya que ayudan a reforzar la aceptación del niño e impide que el vínculo entre la familia y el niño se deteriore, tal y como explica Díaz Quintero (2008).

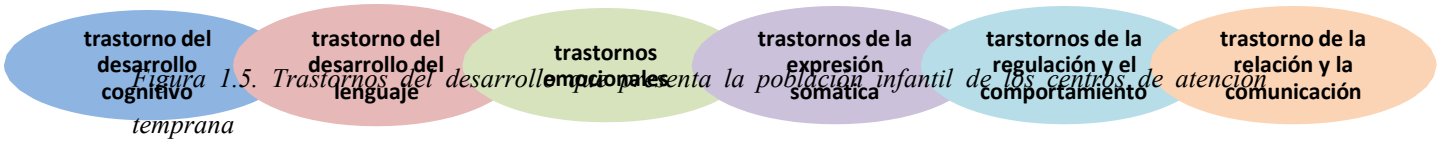


Figura 1.5. Trastornos del desarrollo que presenta la población infantil de los centros de atención temprana

Un niño o niña que nazca con alguno de los trastornos señalados en la *figura 1.5.* o que sufra un cambio repentino físico o mental provocará un gran impacto sobre su familia, Gento y Strnadová (2009) enumeran las siguientes etapas en el proceso de aceptación de la realidad por parte de los padres:

- *Shock y negación:* es la primera fase por la que pasan los padres al enterarse que suhijo, al que esperaban sano, es diagnosticado con algún tipo de discapacidad.
- Aceptación gradual de la realidad para hacer frente al problema.
- Actitud realista.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida del momento de la detección y del inicio de la Atención Temprana. Cuanto antes se comience a estimularlos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral. En este proceso resulta crucial la implicación de las familias, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

Es por ello, que las familias deben convertirse en un agente activo que potencie el desarrollo integral del niño/a, su autonomía personal y su integración en los distintos contextos, la *Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Ceguera y Deficiencia Visual* de la Junta de Extremadura (S.F., 18) destaca las siguientes consideraciones que las familias deben tener en cuenta:

- Superar conductas de rechazo.
- Evitar conductas de sobreprotección.
- Estimular y potenciar sus capacidades.
- Fomentar su autonomía personal.
- Reforzar sus logros personales.
- Colaborar con los distintos profesionales que intervienen en la atención educativa desus hijos.
- Propiciar un mayor contacto con su entorno social y natural.
- Tener un nivel de exigencia acorde a su edad y posibilidades reales.
- Continuar en casa la labor realizada en el centro educativo.
- Implicarles y hacerles participes de la vida familiar.

A la hora de intervenir con los familiares, los equipos de atención temprana deben tener en cuenta que no hay dos familias iguales, para ello Perpiñán (2009) agrupa en diversas variables las características de las familias a tener en cuenta, mostradas en la *figura 1.6.*

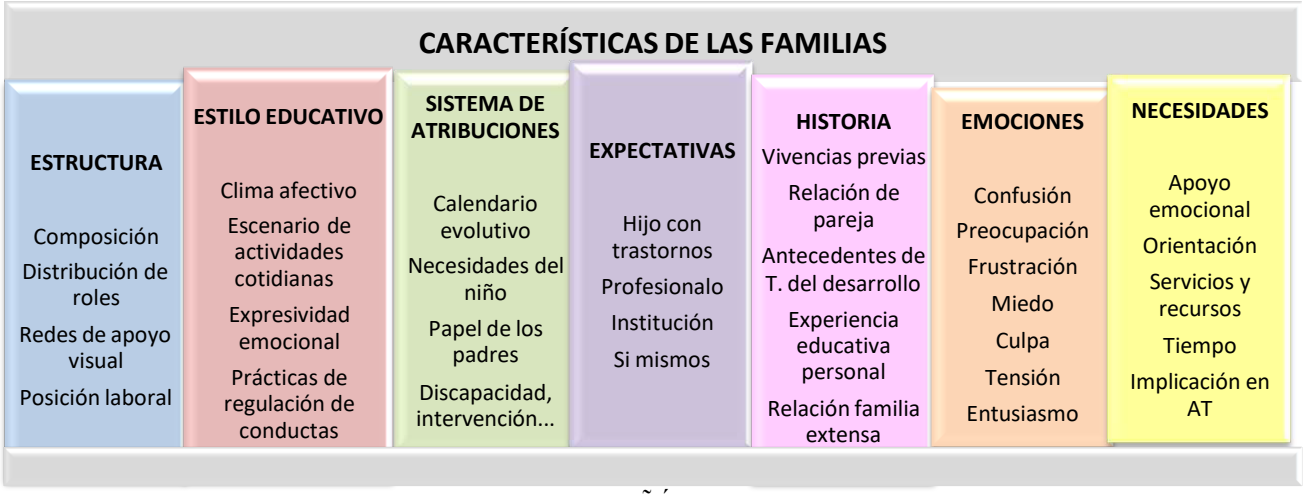


Figura 1.6. Características de las familias. Fuente: PERPIÑÁN, S. (2003)

Guralnick (2005) además, considera fundamental detectar los factores potenciales de estrés *(figura 1.7.)* que influyen en los patrones familiares de interacción con los niños y que son responsables de los resultados del desarrollo infantil.

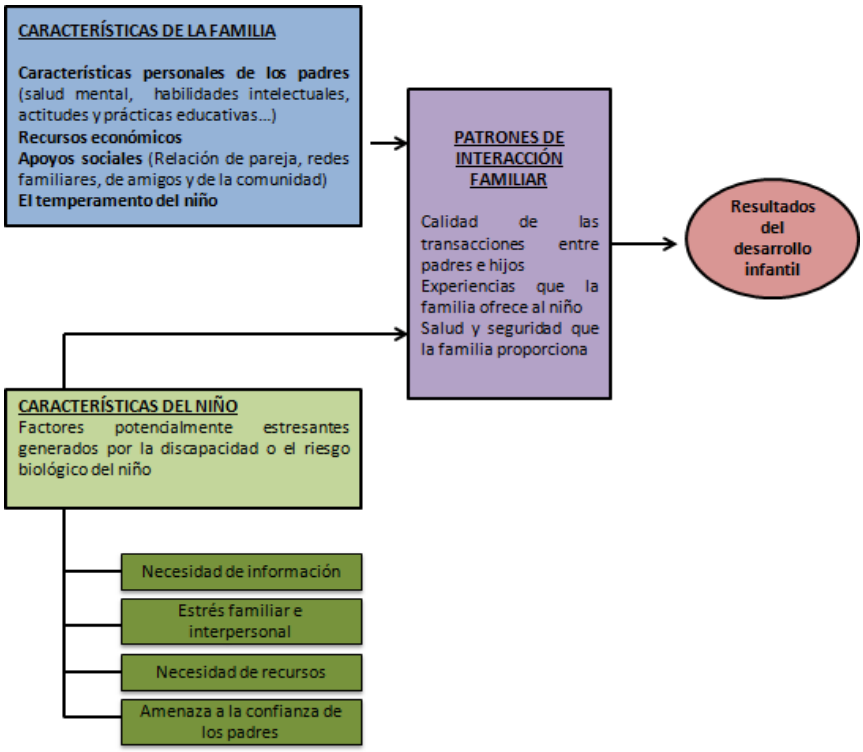


Figura 1.7. Factores de estrés que influyen en los resultados del desarrollo infantil. Fuente: GURALNICK (2005, 317).

Dependiendo de las características de cada familia y las de su hijo o hija, así serán los patrones de interacción que darán lugar al desarrollo infantil del niño o niña.
El libro blanco de Atención Temprana señala que la finalidad que debe tener la intervención con las familias es la de *ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece en niño.* En el mismo documento se añade que además resulta importante que los profesionales puedan atender no sólo los aspectos referentes al niño, sino también aquellas otras demandas familiares no tan fáciles de manifestar, con la finalidad de ayudarles a entender sus sentimientos y reconocer sus competencias en cuanto a la educación de sus hijos.

Importancia de la estimulación visual temprana

Regidor (2005) destaca como desde los primeros días de vida, los ojos juegan un papel primordial en el modo de conocer la realidad, ya que a través de ellos entran al cerebro del bebé numerosos estímulos y experiencias. Los ojos y el sistema visual constituyen la vía que capta más información del entorno y el sentido con más alcance respecto a la distancia, prosigue el mismo autor, lo que provoca que en muchas ocasiones no se usen otras formas de adquirir información, a favor del uso "fácil" de la vista. La visión es una importante fuente de experiencias y conocimientos del entorno y de uno mismo ya que a partir de ella se abren las puertas al desarrollo de la mayor parte de las capacidades motrices básicas, además de que todas las coordinaciones se basan en la coordinación entre la vista y cada miembro en cuestión. Regidor lo justifica mencionando que el 80% de lo que se aprende es a través del sentido de la vista, de aquí la importancia de una estimulación adecuada y temprana del mismo sentido.

Ribes (2006) no duda la hora de reconocer la extraordinaria importancia de una adecuada atención temprana en niños deficientes visuales, basándose en el hecho de que en dicha etapa los sujetos deben organizar el mundo que les rodea y relacionarse con él y la ausencia o limitación de visión supone una barrera que puede conllevar a pérdidas a veces irreparables si no se actúa adecuadamente.

Esta autora a describe una serie de premisas a seguir para una apropiada intervención:

- ***Dimensión ecológica:*** **la intervención debe realizarse en el propio domicilio, ya que eldesarrollo es una consecuencia de la interacción entre el sujeto y su medio.**
- ***Apoyo en la actuación de los padres*****: los padres deben convertirse en el nexo entre elniño y la realidad que le rodea. Es por ello que la atención temprana debe centrarse además en el asesoramiento y la orientación a padres y madres.**
- **En el caso de deficientes visuales con resto aprovechable, la intervención tendrá como objeto la estimulación de ese resto: cuando dicha estimulación no se produce,conlleva al cieguismo, conductas estereotipadas motrices que tienen un carácter repetitivo, mantenidas por su carácter autoestimulatorio, sin existir lesiones neurológicas que los justifiquen.**

Regidor (2005) enumera ejercicios de estimulación visual de 0 a 7 años, algunos los hemos descritos en el *tabla 1.4.*

De 0 a 3 años			
Nuevas perspectivas: Cambiar una vez por semana la colocaciónde la cuna. Asídisfrutara deperspectivas diferentes de la habitación y se estimulará su sentido de la vista.	**A su altura:** Con el bebé boca abajo colocarnos delante de él y mostrarle diversas figuras mientras le hablamos e intentarque siga los objetos con sus ojos.	**Su juguete preferido**: Usando un juguete que pueda agarrar, colocarlo en su mano y ayudarle a extender el brazo, a sacudirlo y moverlo de arriba abajo, así podrá seguirlo con la vista.	**Juegos con globos**: Atarle un globo de colores a cada muñeca y enseñarle como al movimiento de sus brazos suben y bajan. Pronto será él quien los mueva voluntariamente y observe lo que ocurre.
Seguir con los ojos: Utilizando una figura que le llame la atención a una distancia de 20-30 cmde sus ojos, desplazarla lentamente para queel bebé pueda seguir el movimiento con los ojos.	**¿Quién es?** Colocar un espejo delante del bebé, luego levantarlo para incitarlo a levantar la mirada, esto ayudará al desarrollo muscular del cuello y a su autoidentificación, además de la estimulación visual.	**El juguete móvil**: Con el bebé boca arriba colocaremos el juguete móvil a laaltura de sus manos, el niño intrigado intentará cogerlo y golpearlo. Desarrollando así la coordinación oculo-manual.	**¿Quién se mueve?** Dejando su juguete preferido encima de la mesa, cogeremos al bebé y lo acercaremos lentamente de izquierda a derecha, así aprenderá a mirar un objeto mientras el mismo se mueve.
De 3 a 4 años			
Formas geométricas: Dibujar formas geométricas para que el niño luego pegue partes encima, por ejemplo: puede intentar pegar medio círculo en un círculo entero. Si usamos colores primarios estimularemos más capacidades.	**Señales de tráfico**: Usando algún libro donde aparezcan señales de tráfico, enseñárselas e intentar que identifique las que tengan colores parecidos, formas semejantes…	**Libros de cuentos**: mientas le leemos un cuento hablar con el sobre las ilustraciones del mismo *"yo veo un… ¿Lo ves tú?"*	**Pistas**: colocando diversas señales indicando direcciones, como flechas, huellas… el niño deberá intentar seguirlas hasta llegar al premio.
De 4 a 7 años			
Mezclar colores: Para que tomen contacto directo y práctico con el mundo del color, jugar a mezclar colores.	**Veo veo:** Decir al niño "Veo veo, una cosa de color….rojo", inmediatamente el niño tendrá que buscar algo rojo para traerlo.	**Vestidos de colores**: Nombrar los coloresde la ropa que lleven puesta.	**Collares de cuentas**: Usando bolas de colores con un agujeroen medio que los niños deberán insertaren un hilo para realizar collares.

Tabla 1.4. Ejercicios de estimulación visual temprana. Fuente: REGIDOR (2005)

4. Programas de Atención Temprana para niños con déficits visual

Ribes (2006) enumera los siguientes métodos para la estimulación visual:

1.- Programa para el desarrollo de la percepción visual: Figuras y Formas, de Frostig.

El mismo puede interesar para el afianzamiento de la coordinación visomanual y de las funciones implicadas en el proceso de lecto-escritura, como son los procesos sucesivos y simultáneos, orientación espacio-temporal y lateralidad. Sanchez Asín (1997). Frostig (1996) daparticular importancia a la familiaridad de los maestros y maestras con por lo menos 1 o 2 test,ya que no deban administrarlos ellos, el conocimiento de los mismos les permitirá ayudar al niño en forma más efectiva para que adquieran las habilidades necesarias, que Ribes (2006) clasifica en:

- Coordinación visomotriz.
- Percepción de figura-fondo.
- Constancia perceptual.
- Percepción de posiciones en el espacio
- Percepción de relaciones espaciales.

2.- Programa para el desarrollo de la eficiencia en el funcionamiento visual, de Barraga,

El cual parte de que los niños pueden ser enseñados a percibir y ordenar su entorno mediante el uso de la vista y el tacto a la vez. Este programa es recomendable para niños y niñas con serias limitaciones visuales, desde los 3 años, tal y como señala López Justicia (2004).

3.- Programa Mira y Piensa

En 1986, la ONCE publicó la primera edición de Mira y Piensa, un proyecto de *Adiestramiento de la Percepción Visual de Ciegos y Deficientes Visuales de 5 a 11 años* cuya base tuvo lugar en la Universidad de Birminghan de 1974 a 1977. Chapman et. al. (1997) señalan en su segunda edición los aspectos de la percepción visual que parecen poseer cierto grado de independenciao autonomía, basados en cinco áreas:

- Percepción de objetos
- Percepción de formas y esquemas
- Percepción espacial
- Percepción del movimiento

- Percepción del color.

Los cuales se aleccionan mediante las unidades que constituyen el programa Mira y Piensa, compuestas por una serie de juegos realizados con el profesor, encontramos un ejemplo en la figura 1.8.

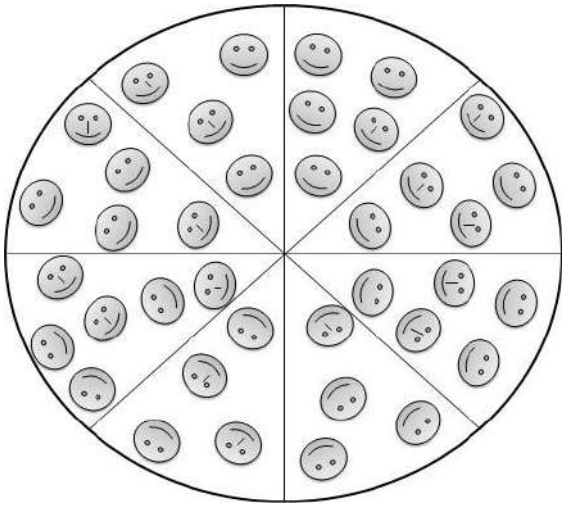


Figura 1.8. Las narices que faltan. Fuente: CHAPMAN (1997)

Para el profesor o la profesora, las reacciones del niño o la niña y los modos como enfoca lastareas le proporcionan información sobre los siguientes aspectos:

- Sus experiencias pre-escolares con objetos y representaciones bidimensionales
- Su facilidad en el manejo de objetos, a los que se hace referencia con expresiones tales como *"diferente de"*, "*más próximo*", etc.
- Las distancias a las que es capaz de ver su trabajo o las que le gusta hacerlo.
- Las discriminaciones visuales que es capaz de efectuar.
- El grado de amplitud de sus actividades de búsqueda y exploración.
- El alcance de su atención
- El tiempo que precisa para realizar totalmente tareas, tanto sencillas como complejas, que precisan de una supervisión y comprobación visuales.

Cuadro 1.4. Reacciones y modos de enfocar la tarea en el niño discapacitado visual. Fuente: Chapman et al. (1997)

Chapman et al. (1997) Expresan cómo existe un acuerdo generalizado en el sentido de que, cuanto antes comience la "intervención", mejores serán los resultados para el niño deficiente visual y la familia, añadiendo que con la orientación de los asesores pre-

escolares, las familias pueden elaborar y administrar programas de entrenamiento adecuados a la edad y capacidad de los niños de 3 a 5 años.

La educación ante la deficiencia visual

Atendiendo a la posesión o ausencia de resto visual, Rodríguez Obrero (2009) clasifica las necesidades educativas especiales que presente un alumno serán diferentes. En la *tabla 1.5.* podemos observar esas necesidades. La misma autora afirma que la escuela tiene el deber de dar la respuesta educativa más adecuada a cada tipo de necesidad, asegurándose de contar con los medios necesarios para que el alumno con déficit visual pueda acceder al currículum ordinario.

Alumnado con ceguera	Alumnado con déficit visual
Necesidad de acceder al mundo físico a través de los sentidos	Necesidad de contemplar la información recibida visualmente con otros sentidos
Necesidad de aprender a orientarse y desplazarseen el espacio	Necesidad de mejorar la funcionalidad del restovisual mediante estimulación y entrenamiento visual
Necesidad de adquirir un sistema alternativo de lecto-escritura	Necesidad de conocer y asumir su situación visual
Necesidad de aprender hábitos de autonomía personal	
Necesidad de conocer y asumir su situación visual	

Tabla 1.5 Necesidades educativas especiales en el alumnado con ceguera o con discapacidad visual. Fuente: Rodríguez Obrero (2009, 2)

El niño con albinismo en la etapa de infantil

La atención temprana durante el primer ciclo de la etapa de Educación Infantil tiene un papel fundamental en el adecuado desarrollo del niño o niña con albinismo, la intervención de los equipos de Atención Temprana realizando las orientaciones y coordinaciones correspondientes en dicha etapa es primordial para una correcta escolarización de estos niños y niñas, García-Trevijano (2010).

González Trujillo (2011) explica como un niño pequeño con impedimentos visuales no tiene mucha motivación en cuanto a la exploración de objetos interesantes en el ambiente y por lo tanto puede perder oportunidades de experimentar y aprender. Esta falta de exploración puede continuar hasta que el niño tenga alguna motivación para aprender o hasta que comience alguna intervención.

Aguirre et al. (S.F) en el *Manual de la Atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer enfermedades raras y crónicas* de la Junta de Andalucía destacan la relevancia de un diagnóstico temprano de albinismo y de sus deficiencias visuales asociadas para enfocar un correcto seguimiento de los niños y niñas, tanto desde el punto de vista oftalmológico como educativo.

Para Molina Montoya (2011) la conducción a nivel visual para los niños y niñas con albinismoimplica:

- Una adecuada corrección de errores refractivos a través de anteojos o lentes decontacto
- Disminución de la fotofobia y deslumbramiento a través de lentes foto cromático,filtros y el control de la iluminación en ambientes interiores.
- Valoración por baja visión y la adaptación profesional de ayudas teniendo en cuentalas necesidades y expectativas del paciente.

En el aula, los educandos que presentan albinismo puede que necesiten material adicional como pueden ser libros con letra grande, aunque muchos alumnos con esta condición metabólica pueden leer libros escolares normalizados con ayuda de dispositivos de baja visión, tal y como afirma Ashley (1992). Ya que gracias a las ayudas ópticas y al apoyo de la ONCE, entidad que trabaja para la integración de las personas con ceguera y baja visión, estos niños hacen su vida con normalidad, tal y como explican Sapiña y Samb

(2009)

Ashley (1992) da especial importancia a las actividades al aire libre, ésta autora piensa que deben ser incluidas en la estimulación precoz de niños y niñas con albinismo, teniendo siempre especial cuidado en protegerlos de las radiaciones solares mediante el uso de gafas de sol, sombrero y protector solar. En el libro *Albinismo, una condición genética dos realidades: España y Senegal* Sapiña y Samb (2009) recogen testimonios de personas albinas así como de sus familiares, el testimonio de una madre cuya hija de 5 años es albina menciona la importancia de los filtros (gafas de sol que no dejan pasar la luz), ella señala que aunque parezcan un capricho de los niños debido a sus diseños no lo son, ya que son totalmente necesarios al igual que los gorros, esta madre narra cómo los niños de la clase su hija jugaban con su gorro, el cual llegaba a casa destrozado, cuándo se lo comentó a la profesora su contestación fue: "*mejor que no traiga sombrero porque nos trae problemas*". Los profesionales de la educación deben entender la necesidad que tienen sus alumnos y alumnas con albinismo de protegerse del sol y deben fomentar que cuando el niño o niña en cuestión permanezca se protejan en el mayor grado posible, más aún en edades tempranas.

El niño con albinismo ante el aula

Es muy importante hacer la distinción entre aquello que el niño no puede hacer debido a sus limitaciones visuales y aquello que no hace por otras razones. La falta de visión o una visión disminuida no debe ser nunca motivo para justificar la incapacidad para realizar actos o acciones comunes, propias de la edad. González Trujillo (2011, 43).

Rodríguez Obrero (2009) afirma que la escuela tiene el deber de dar la respuesta educativa más adecuada a cada tipo de necesidad, asegurándose de contar con los medios necesarios para que el alumno con déficit visual pueda acceder al currículum ordinario. A

continuación recordamos cuales eran necesidades educativas especiales del deficiente visual, mencionadas con anterioridad en el apartado *II.3.6 La educación ante la deficiencia visual* de este documento:

– Necesidad de contemplar la información recibida visualmente con otros sentidos – Necesidad de mejorar la funcionalidad del resto visual mediante estimulación y entrenamiento visual – Necesidad de conocer y asumir su situación visual

Cuadro 1.5. Necesidades educativas especiales en el deficiente visual. Fuente: Rodríguez Obrero (2009)

Vélez et al. (2006) plantean como base de la orientación pedagógica la toma de conciencia de que las personas con limitación visual logran acceder al conocimiento a partir del propio cuerpo, el cual cumple un papel mediador posibilitando el acercamiento al mundo de lo concreto (aproximación por medio del sonido y la kinestesia).

Los niños y niñas que presentan albinismo, no solo presentan necesidades educativas especiales como fruto de la discapacidad visual que manifiestan. Los aspectos sociales en las personas con albinismo son muy importantes, González Trujillo (2011) expresa cómo desde edades muy tempranas hay que estar preparado para responder con argumentos cualquier manifestación de rechazo o aislamiento que puedan percibir, empezando desde su entrada a la escuela.

La misma autora recomienda a los profesores y profesoras que hablen con los niños y niñas con albinismo abiertamente tan pronto como empiecen a darse cuenta de su aspecto diferente. Y recuerda que independientemente de la fotofobia que presentan así como la deficiencia visual, los niños y niñas con albinismo nada les impide desarrollarse completamente y aprovechar todas las oportunidades culturales, educativas y profesionales que el medio ofrece.

5.- **Recomendaciones para el docente**

Barraga (1997) aconseja al profesorado que cuando quiera dar indicaciones a su alumno con albinismo lo haga de manera verbal o física, ya que no suelen reconocer expresiones faciales o gestos con las manos, señalando además que el profesorado debe permitir a su alumno o alumna con albinismo a realizar frecuentes descansos ya que debido al nistagmus y la baja agudeza visual características de esta condición suelen fatigarse con facilidad. Además los profesores y profesoras que se encuentren en su aula con un alumno o alumna con albinismo pueden seguir las siguientes directrices para favorecer a su completo desarrollo.

Orientación en el aula

González Trujillo (2011) explica cómo el campo visual de las personas con albinismo se encuentra reducido, motivo que genera que no perciban de manera correcta la porción del espacio físico en la que un objeto puede ser visto. Los alumnos con albinismo pueden tener dificultades en los desplazamientos por entornos no conocidos, o cuando las condiciones ambientales no son idóneas para un buen funcionamiento visual. También podemos encontrarnos con que tienen dificultades para realizar actividades cotidianas, por ello el docente puede seguir una serie de recomendaciones que ayuden a su educando con albinismo. Cuando un alumno que presenta albinismo o discapacitado visual llega nuevo a un centro es aconsejable que reciba cierta instrucción especializada que le ayude a compensar las limitaciones visuales con las que cuenta, para ello Ashley (1992) aconseja al docente instruir a sus alumnos con albinismo en habilidades tales como la orientación y la movilidad, resultando fundamental mostrarles las instalaciones del centro educativo y ayudarles a que se familiaricen con las mismas.

Localización en el aula

González Trujillo (2011) detalla cómo debido a los factores físicos que impactan el desempeño del niño con albinismo, algunas adaptaciones y modificaciones son necesarias. Tal y como Barraga (1997) afirma, los sujetos que presentan albinismo no pueden controlar la cantidad de luz que entra a sus ojos; debido a las características que presentan las personas albinas, las cuales describíamos en el apartado II.1. ¿Qué es el albinismo? de este documento, los educandos con albinismo suelen trabajar mejor en ambientes de iluminación normal o reducida; siendo por ello fundamental que los docentes adecuen el aula para que estos alumnos no perciban luz intensa cerca de sus caras, así como evitar el reflejo desde la ventana o desde la pizarra, ya que pueden limitar la eficiencia visual de estos estudiantes.

Integración y socialización

Es frecuente que el niño con albinismo se aísle y sea muy introvertido debido a su limitación visual y a la fotofobia que en muchas ocasiones le impide salir a jugar, explica González Trujillo. Tener un aspecto físico desemejante al del resto de sus compañeros hace que en ocasiones los compañeros provoquen su aislamiento e incluso puede que reciban alguna burla por parte de de los mismos según narra Ashley (1992) afirmando que dichos comportamientos son debidos al desconocimiento por parte de los demás niños sobre la discapacidad de su compañero, por ello anima a que el profesor enseñe a sus alumnos y alumnas en qué consiste dicha condición genética, ya que cuando los éstos entienden la discapacidad de su compañero, las burlas a menudo se detienen e incluso éstos pueden llegar a ser útiles a su compañero.

Además, conocer “qué es albinismo” desarrollará en los educandos

una actitud positiva hacia la diferencia y les ayudará a aceptar a los demás por lo que son. Una técnica idónea para lograr esta finalidad es la que propone García-Trevijano (2010), dicha autora plantea la elaboración de una carpeta de presentación, ya que considera que en el cambio de ciclo en la etapa de infantil, la presentación es uno de los aspectos que deben cuidar. La carpeta de presentación consiste en un documento con imágenes donde el niño habla de sí mismo, de sus habilidades, dificultades, de cómo trabaja y de las adaptaciones que necesita. Éste recurso pretende que, ante la situación de cambio, en un nuevo entorno y ante nuevos compañeros y profesionales, se facilite la adaptación de todos los implicados, proporcionando un conocimiento rápido y próximo de las características y necesidades del alumno.

Realizar actividades que acerquen la realidad del niño con albinismo también puede ser un recurso integrador interesante a tener en consideración, González Trujillo (2011, 61) anima al profesorado a "Promover actividades que acerquen la realidad de las personas con alguna discapacidad o necesidad educativa especial al resto de los alumnos, permitirá tomar conciencia de las dificultades que éstas enfrentan", de esta manera los compañeros comprenderán las limitaciones de su compañero con albinismo y entenderán el papel que ellos pueden desempeñar para hacerle más fácil la práctica educativa al mismo.

El albinismo y la lectura

Molina Montoya (2011) manifiesta lo importante que resulta, cuando los niños y niñas con albinismo son evaluados por baja visión, tener en cuenta sus necesidades y expectativas. Prosigue señalando cómo las adaptaciones sirven a estos alumnos de ayuda para su visión próxima, contando con ayudas de tipo electrónico como pueden ser los circuitos cerrados de televisión, los computadores y software adaptado; así como para la lejana. El mismo autor recomienda al

profesorado el empleo de elementos que ayuden a aumentar el contraste, como puede ser usar marcadores negros de punta gruesa y papel pautado con estos niños y niñas, así como elegir un tamaño de letra impresa adecuada. González Trujillo (2011) aconseja agrandar fotocopias de las hojas de trabajo, la misma autora recomienda a los tutores y tutoras que tengan siempre en consideración el color de las tizas que utilizan, procurando que sean colores que contrasten mucho con el tono de la pizarra. Añadiendo la idea de la importante que tiene que el aula cuente con libros y cuentos que tengan letras de gran tamaño. El uso de atriles también les facilitará la lectura a estos niños y niñas tal y como afirma González Trujillo (2011).

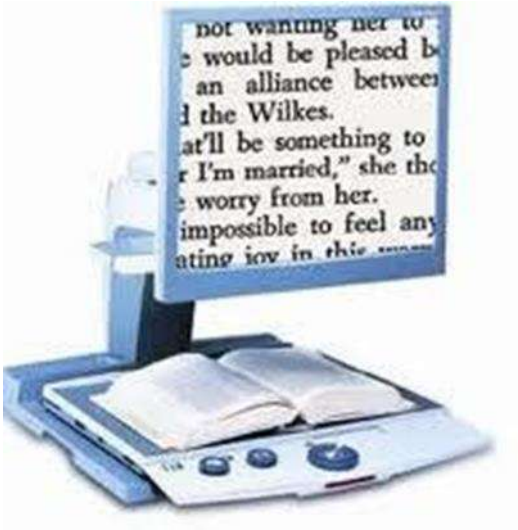


Figura 1.9. Circuito cerrado de televisión: Telelupa

Adaptaciones para una correcta escritura

Para la escritura, González Trujillo (2011) sugiere el uso de hojas con renglones separados y bien marcados Para los juegos de balón la misma autora recomienda el uso de balones con colores intensos, que contrasten o que tengan dispositivos sonoros para facilitar su localización. El niño, asesora la misma autora, puede disponer de

lápices más oscuros que los regulares.

Al aire libre

Para las clases de Educación física o las excursiones, el uso de gorras y lentes oscuras, así como de la protección adecuada es fundamental; y el profesorado deberá tener especial cuidado en que estas tres condiciones se cumplan, sobre todo en su alumnado con edades más tempranas. González Trujillo (2011) aconseja para los juegos de balón el uso de pelotas amarillas, grandes y de movimiento lento.

Durante las excursiones o paseos por entornos desconocidos, un adulto deberá acompañar al niño, ya que como recordamos Los alumnos con albinismo pueden tener dificultades en los desplazamientos por entornos no conocidos.

Bibliografía

AGUIRRE, P.; ÁNGULO, M.P.; GUERRERO, E.; MOTERO, I. y PRIETO, I. (S.F.) Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer enfermedades raras y crónicas. Sevilla: Consejería de educación, Junta de Andalucía.

ALFARO, N. (1840) Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas, vol.2. La imprenta de Yenes: Madrid.

ALONSO, L.E. (2003) La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Editorial Fundamentos: Madrid.

ARIZCUN, J.; GÚTIEZ, P. y RUIZ, E. (2006) Formación en atención temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión. Universidad Complutense de Madrid: Madrid.

ASHLEY, J.R. (1992) The student with albinism in the regular classrom. EEUU: NOAH/NAPVI.

BARRAGA, N. (1997) Textos reunidos de la doctora Barraga.

ONCE: Madrid.
BISQUERRA, R. (1996) Orígenes y desarrollo del a Orientación Psicopedagógica. Madrid: Narcea.
BONALS, J. y SÁNCHEZ CANO, M. (Coord). (2007) Manual de asesoramiento psicopedagógico. Barcelona: Grao.
CANDEL, I. (2003) Atención Temprana: Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo. Madrid: FEISD.
CHAPMAN, M.J; TOBIN, F.H. y TOOZE, S,M. (1997) Mira y piensa.
Madrid: La ONCE.
CRISTOBAL MECHÓ, C. (Comp.). (2010) La atención temprana: un compromiso con la infancia y sus familias. Barcelona: UOC.
COZAR, L. (2004) Deficiencia Visual: Intervención Psicopedagógica. Revista electrónica Psicopedagógica.com, 459,1.
DEL RINCÓN, D.; ARNAL, J.; LATORRE, A. y SANS, A. (1995) Técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Dykinson.
DÍAZ QUINTERO, M. (2008) La atención temprana y el desarrollo infantil. Almería: Procompal.
DIJKSTAL, J.M; COOLEY, S.S.; HOLLESCHAU, A.M.; KING, R.A. y SUMMERS, C.C. (2012) Change in visual Acuity in Albinism in the Early School Years. Journal of Pediatric Ophtalmology and Strabismus. Mar 49, (2) 81-6.
EQUIPO TÉCNICO DEL OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD (2010) Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
EQUIPO TÉCNICO PROVINCIAL PARA LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PROFESIONAL. (2011) Plan Provincial de Orientación Educativa. Huelva: Delegación Provincial de Huelva.
FOLGUERAS, J. Et Al. (2011) V Latin American Congress on Biomedical Engineering, CLAIB 2011: Sustainable Technologies for the health of All. Cuba: Springer.
FROSTIG, M. (1996) Educación Especial para una ubicación social apropiada. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

GALLEGO, I; ZARCO, D. y RODRÍGUEZ SALVADOR, V. (2005). Simulación y disminución en oftalmología. Técnicas ambulatorias de diagnóstico. Barcelona: Editorial Glosa.

GARCÍA, E.G. (2004) Posibles beneficios del aprendizaje musical significativo en el desarrollo global del niño entre 4 y 6 años con deficiencia visual o ceguera. Revista de Psicodidáctica 17. Universidad del País Vasco, Vitoria, 10pp.

GARCÍA-TREVIJANO, C. (2010) Una herramienta para atención temprana: la carpeta de presentación como recurso facilitador de la escolarización. Integración. Revista sobre la discapacidad visual. Septiembre/diciembre (2010) Nº 58. La ONCE: Sevilla.

GENTO, S. (Coord) y STRNADOVÁ, I. (2009) Tratamiento educativo de la diversidad en las dificultades específicas de aprendizaje. Madrid: UNED.

GIL, J.; GARCÍA, E.; RODRÍGUEZ, G.; Y CORRALES, A. (1994) Análisis estadístico de datos cualitativos textuales: el enfoque lexicométrico. Revista investigación educativa. Nº23, 510-514 pp.

GONZÁLEZ TRUJILLO, C.J. (2011) El alumno con albinismo. La comprensión de su mundo y los métodos de intervención para potenciar su desarrollo integral. Colección. Investigación Pedagógica. Nº 53.

GURALNICK, M. (2005) Early Intervention of Children with Intellectual Disabilities: Current Knoledge and Future Prospects. Seattle: Center on Human Development and Disability University of Washington.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000) Libro blanco de Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con Minusvalía.

HECKENLIVELY, J.R. y ARDEN, G.B. (2006) Principles and Practice of Clinical Electrophysiology of Vision. United States of America: Massachusset Institute of Technology.

JOARIZTI, A. (1864) Viaje dramático alrededor del mundo: aventuras de los más afamados viajeros. Madrid: Sociedad editorial

La Maravilla.
MACDONALD, J.; KUTZBACH, B.R.; HOLLESCHAU, A; WYCKOFF, S; y SUMMERS, C. (2012) Reading Skills in Children and Adults With Albinism: The Role of Visual Impairment. Journal Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Mayo 49, (3) 184-188.
MARTÍNEZ GARCÍA, M. y MONTOLIU, L. (2013) El albinismo en Europa. El Journal of Dermatology, Vol.4, núm. 5, 319-324pp.
MOLINA MONTOYA, N, P. (2011) Albinismo oculocutáneo: alteraciones visuales, oculares y manejo optométrico. Investigaciones Andina. Vol. 13, núm. 23, 2011.
MORA HERNÁNDEZ, L. (2007) Evaluación diagnóstica en la atención de estudiantes con necesidades educativas especiales. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD (2010) Informe
Olivenza: Las personas con discapacidad en España. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
OLABUÉNAGA,J.I. (2012) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
OLAETA, R. y CUNDÍN, M. (2011) VOCABULARIO MÉDICO. Con todas las voces recogidas en los diccionarios de uso. España: Itxaropena, S.A.
ORGEMER, G. (2002) Enciclopedia de los recursos humanos. Madrid: Fundación Confemetal.
PERPIÑÁN, S. (2009) Atención temprana y familia: Cómo intervenir creando entornos competentes. Madrid: Narcea.
PIERCE, B.A. (2009) Genética, un enfoque conceptual. Madrid: Editorial médica Panamericana.
REGIDOR, R. (2005)Las capacidades del niño. Guía de Estimulación Temprana de 0 a 8 años. Madrid: Ediciones Palabra
REIM.M; KIRCHHOF, B. y WOLF, S. (2005) Examen del fondo de Ojo: desde los hallazgos hasta el diagnóstico. Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.
RIVES, M.D. (2006) Pedagogía Terapéutica. Estrategias para la

resolución de supuestos prácticos. Exámene resueltos. Sevilla: Mad

ROBINS, A. (2005) Biological perspectives on human pigmentation. New York: Cambridge University Press.

RODRÍGUEZ OBRERO (2009) Deficiencia visual y lecto-escritura.Revista Digital Innovación y experiencias educativas. Septiembre, Num.22.

SANCHEZ ASÍN, A. (1997) Intervención psicopedagógica en educación especial. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

SAPIÑA, L. y SAMB, R. (2009) Albinismo. Una condición genética, dos realidades: España y Senegal. Valencia: ALBA.

PONTE, J (2003) Legislación y atención temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Núm.56, pp. 5-19.

SERVICIO DE PROGRAMAS EDUCATIVOS Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD DE EXTREMADURA (S.F.) Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Ceguera y Deficiencia Visual. Extremadura: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología.

SOLARI, A.J. (2004) Genética Humana. Fundamentos y aplicaciones en medicina. Argentina: Editorial médica Panamericana.

VAN GENDEREN, M.M.; RIEMSLAG, F.C.C.; SCHUIL, J.; HOEBEN,F.P. y MEIRE, F.M. (2006) Chiasmal misrouting and foveal hipoplasia without albinism. British Journal Ophthamol. Septiembre, 90 (9): 1098- 1102.

VELEZ, C.M.; DÍAZ, J.I.; RIVERA, C.; QUINTERO, B.; CEDEÑO, F.;PINZÓN, C.A.; y GARCÍA, N. (2006) Orientaciones pedagógicas para la atención a estudiantes con limitación visual. Colombia: Ministerio de Educación Nacional de Bogotá.

VOGEL, M. (2001). Pediatric systemic diseases with ocular involvement – clinical cases. Medwave, Sep; 1 (09).

YASHON, R.K. y CUMMINGS, M.R. (2010) Genética Humana y

Sociedad. México: Cengage Learning.

Legislación

ESPAÑA. JEFATURA DEL ESTADO (1978) Gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE nº 276, de 18 de noviembre de 1978.

ESPAÑA. JEFATURA DEL ESTADO (1982) Ley de integración social de los minusválidos. BOE nº 103, de 30 de abril de 1982.

ESPAÑA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1978) Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. BOE nº 222 de 16 de septiembre.

JUNTA DE ANDALUCÍA (1999) Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. BOJA nº 45, de 17 de abril de 1999.

JUNTA DE ANDALUCÍA (2003) Concesión de subvenciones para programas de atención temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo. BOJA nº 130, de 9 de julio de 2003.

JUNTA DE ANDALUCÍA (2009) Concesión de subvenciones para la realización de proyectos educativos y sensibilización ambiental. BOJA nº 129, de 6 de julio de 2009.

JUNTA DE ANDALUCÍA (2010) Organización y funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria y de los centros públicos específicos de educación especial, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. Nº 169 de 30 de agosto de 2010.

Formación en Educación Física e inclusión

Gustavo García

Universidad Nacional de La Matanza -Argentina-

El significado social de la discapacidad en la interacción comunitaria merece atención permanente (Grue, 2016). Es importante reflexionar acerca de una educación física que promueva un espacio respetuoso de la diversidad y la inclusión y que, por lo tanto, se presente como garantizadora de igualdad de oportunidades para todas las personas, suprimiendo barreras y garantizando facilitadores.

De modo que se necesita reflexionar sobre la discapacidad desde una perspectiva social, no obstante, en línea con lo planteado, se entiende que este término está cargado de matices y de subjetividades resultantes de los paradigmas que históricamente signaron la problemática.

Las instituciones de la sociedad, y en particular las instituciones universitarias ocupan un rol estratégico al momento de promover una conciencia crítica en el tejido social, en especial para reivindicar la personalidad plena de todas las personas, y haciendo frente a aquellas doctrinas que pudieran condicionar derechos y excluir a grupos de personas, como las personas con discapacidad (Salmón, 2015:7), siendo necesaria la formación del profesorado para disminuir desigualdades y exclusiones en el campo educativo (Paz Maldonado, 2020), junto con un sistema de apoyo que sea holístico (Miyauchi, 2022).

La formación de los profesorados de educación física de las instituciones de educación superior universitaria en el área de la discapacidad implica adentrarse en el marco de una educación que sea inclusiva, que propicie que los espacios educativos teóricos, prácticos e investigativos sean comprensivos de las capacidades de cada persona.

Esta situación es de alta consideración, especialmente, tendiendo en cuenta que, según lo demuestran muchas de las investigaciones actuales, una importante cantidad de profesores de educación física, suelen no sentirse preparados o adecuadamente formados para la enseñanza de niños con discapacidad (Lieberman y Grenier, 2019), o incluso, desde un análisis de la perspectiva a nivel internacional, también puede llegar a presentarse situaciones donde la formación inicial que se realiza con del profesorado tienen insuficiencias y no cuenta con estrategias definidas en relación al tiempo que se dedica y los contenidos que requiere la temática en el plano curricular (Crawford, O'Reilly y Flanagan, 2012).

La educación física es un concepto que representa un espacio destinado a la formación integral de las personas que conforman la comunidad. Sus intervenciones conllevan un abordaje de aspectos complejos, tanto por la diversidad de sus objetivos de trabajo, como de los efectos que pretende lograr.

Es imposible comprender la sociedad y la cultura sin tener en cuenta el lugar que tiene el deporte (Jarvie, Thornton y Mackie, 2017; Jarvie, 2012. Por eso, los profesores tienen que contar con una formación que sea verdaderamente adecuada, por eso que pensar una formación para la inclusión permitirá la conformación de un profesorado que asuma no solo las distintas necesidades, sino también los deseos que puedan presentar las personas, según edades, capacidades e intereses, generando respuestas efectivas que se traducirán en la adquisición de aptitudes y competencias requeridas para garantizar la supresión de obstáculos y barreras que limiten el acceso a la calidad la educación física.

Esta idea encuentra respaldo en los resultados observados por la investigación de Bailey, Armour, Kirk, Jess, Pickup, Sandford y BERA Physical Education and Sport Pedagogy Special Interest Group (2009), que muestra que los beneficios educativos relacionados con la educación física y el deporte escolar se encuentran en relación con variables de contexto y pedagógicas.

La formación inclusiva asume que la situación de discapacidad se presenta cuando la coyuntura no proporciona soluciones a los problemas específicos de un grupo de personas.

Por ejemplo, para una persona en silla de ruedas por lesión medular (que tiene una problemática de salud tangible y comprobable que configura condición), se origina la

situación de discapacidad cuando no se presentan adaptaciones de acceso a las instalaciones edilicias (llámese rampas, baños adaptados, ascensores), para la realización de actividades físicas, obstaculizando su participación.

Es decir, cuando los requerimientos en el campo académico no contemplan ese escenario y demandan competencias inadecuadas para la situación (temporal o definitiva) de dicha persona.

Si bien la UNESCO define la educación inclusiva como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación, estudios nacionales e internacionales (Manuilova, 2021), continúan demostrando que las poblaciones más vulnerables tienden a tener limitaciones en los ámbitos educativos y laborales debido a que no suelen aplicarse adecuadamente las estrategias inclusivas.

Expresamente pueden observarse revisiones sistemáticas de estudios que demuestran que los alumnos con discapacidad llegan a experimentar exclusión e incluso una falta de pertenencia en educación física (Rekaa, Hanisch y Ytterhus, 2019).

Según Bertills, Granlund y Augustine (2019), retomando una revisión sobre la temática inclusiva entre los años 1975 y 2015, una educación física inclusiva se encuentra determinada por varios aspectos tales como la formación profesional, también por la colaboración entre los colegas y, en especial, por la presencia de un plan de estudios que puede adaptarse a la actividad física y a la participación deportiva.

La inclusión requiere involucrar cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todas las personas. En consecuencia, no se trata solamente de poder acceder a la educación física, sino de poder desarrollar un trayecto educativo inclusivo que cuente con una serie de estructuras que sean idóneas y se encuentre adaptadas en función de las necesidades de las personas:

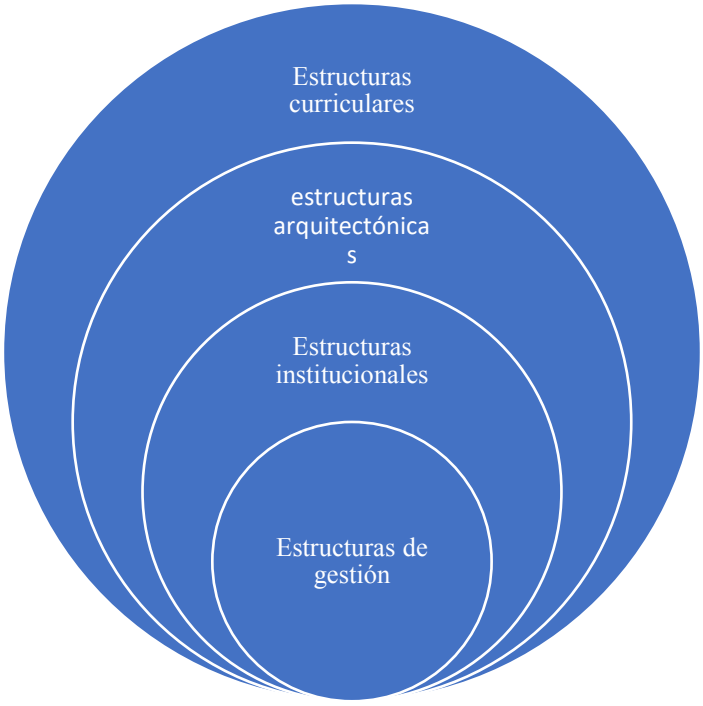


Figura 1 Estructuras para un trayecto educativo inclusivo. *Fuente: elaboración propia*

Las estructuras para un trayecto educativo inclusivo son las bases para una intervención educativa eficaz en la medida que se integran en un diseño que pretende una implementación formativa de calidad. Estas estructuras contemplan las siguientes características:

- Estructuras de gestión: se refieren a aquellos niveles de toma de cisiones y de determinación de los estamentos constitutivos, es decir que responden a un nivel normativo que responda los derechos de las personas con discapacidad.

- Estructuras institucionales, se refieren a las condiciones de los recursos disponibles, lo que se traducirá a un nivel de ofertas de servicios adecuados.,

- Estructuras arquitectónicas, se refieren a la accesibilidad edilicia donde se desarrollan las prácticas formativas de educación física, es decir a nivel de una infraestructura universal.

- Estructuras curriculares, se refieren a contenidos y metas previstas en la actuación formativa, es decir a nivel pedagógico inclusivo

La educación física deberá adecuar sus contenidos con el fin de que todas las personas, en todos los momentos de su vida, tengan la posibilidad de participar en manifestaciones de movimiento, adaptando los contenidos de la misma y sólo en casos evidentes de imposibilidad o riesgo, suprimir alguno de ellos.

En consecuencia, el acondicionamiento de planes de formación adecuados, junto con la disposición de profesionales preparados, serán algunas de las condiciones necesarias para que sea una realidad una educación física para todas las personas. Una preparación solida encuentra correlación directa con mayores niveles de confianza por parte de los profesores de educación física en su labor con estudiantes con discapacidad (Lieberman y Grenier, 2019).

La educación física como promotora de la coherencia conceptual, del desarrollo de la autonomía de pensamiento y, por ende, de la acción cotidiana de las personas, es un instrumento de valor para el logro de una sociedad más integrada, respetuosa de las diferencias y de la colaboración entre individuos.

Generar contextos educativos inclusivos ayudará las personas a poder alcanzar mayor bienestar, y por ello, la educación física, sobre la base de las estructuras mencionadas, del desarrollo constante de los siguientes factores:

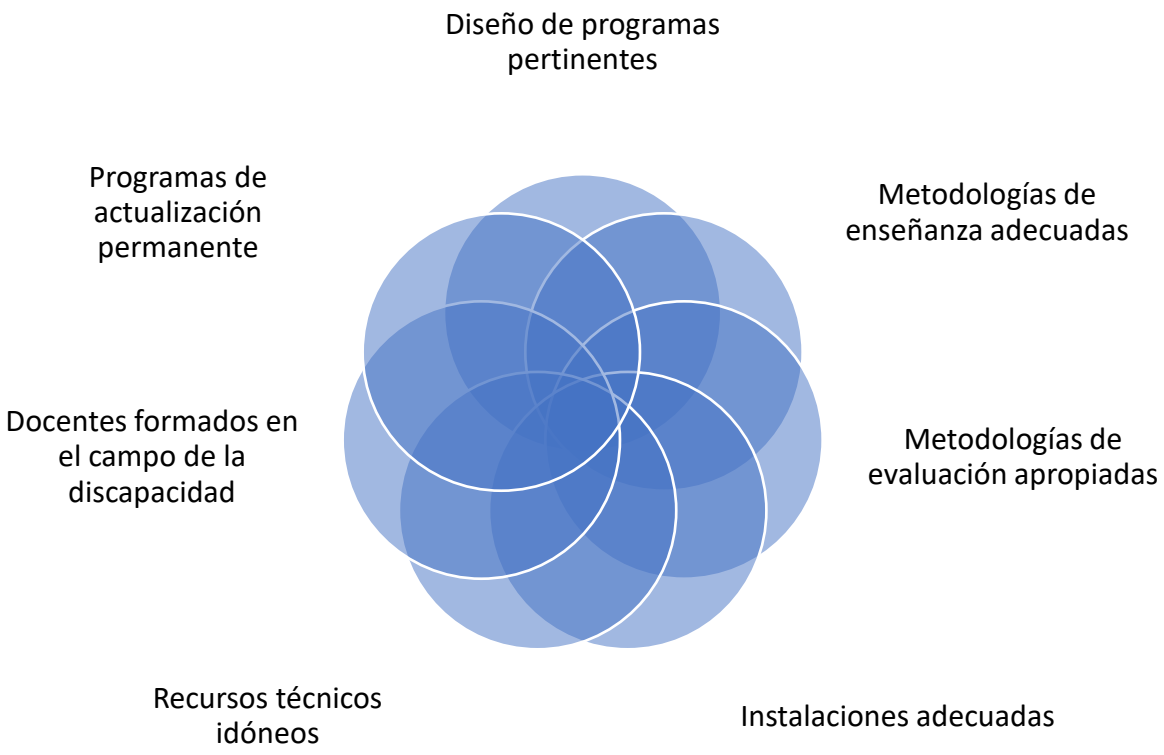


Figura 2. Factores concurrentes para una educación física inclusiva. *Fuente: elaboración propia.*

A partir de los planteos quedan evidenciados una serie de factores:

- Diseño de programas pertinentes
- Metodologías de enseñanza adecuadas
- Metodologías de evaluación apropiadas
- Instalaciones adecuadas
- Recursos técnicos idóneos
- Docentes formados en el campo de la discapacidad

- Programas de actualización permanente

Los mismos deben estar presentes para que se desarrolle una educación física inclusiva que esté verdaderamente adaptada a los deseos y necesidades del alumno con discapacidad. La confluencia final de dichos factores, conforman un diseño universal en cuanto a instalaciones y recursos, formación profesional en la temática y programas y métodos flexibles a la adaptación, dado que la inclusión implica que los desarrollos curriculares puedan ser ajustados a las necesidades emergentes, permitiendo el mayor impacto que sea posible mediante la adaptación adecuada de los métodos que se apliquen (UNESCO, 2015).

Entonces, la educación física deberá facilitar las estrategias que sean necesarias en los diferentes estamentos y niveles que componen el proceso educativo, pensando y generando las estrategias para que todos puedan tener las mismas posibilidades de crecer y desarrollarse individual y socialmente.

En esta meta de lograr una educación inclusiva, la educación física, como derecho humano al que deben tener acceso todas las personas, es fundamental tanto para fomentar la cooperación, como la capacidad de diálogo para resolver conflictos. Sus prácticas de intervención serán de calidad en la medida que actúen en el terreno de la promoción y la defensa de los derechos humanos.

A la vez, se asume el compromiso de la potenciación de la educación física adaptada, la cual se verá fortalecida en cuanto sea considerada como una herramienta que fortalezca la cohesión de la comunidad eliminando barreras sociales y prejuicios, además del propio beneficio en la salud individual. Es un derecho humano que debe hacer frente a estos desafíos, ampliando sus alcances y metodologías para el disfrute del conjunto de la sociedad.

Continuar desarrollando la inclusión de todos los actores que conforman la sociedad a tener acceso al derecho humano a la educación física, es una prioridad necesaria de ser abordada en todas sus dimensiones. Se debe buscar promover el derecho humano a la educación física mediante el acompañamiento de estrategias formativas que generen un acceso igualitario a todos sus beneficios, en un claro sentido de rescatar las

capacidades de las personas en lugar de poner el foco en sus discapacidades (Palacios, 2008).

Retomando el planteo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), se requiere que las personas con discapacidad puedan participar en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, asegurándose *"la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades",* asimismo se alentará *"(...) a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados"* (Artículo 30°); siendo que una educación física inclusiva deberá contribuir con la promoción de actividades, ejercicios, apoyos e intervenciones adaptadas y contextuadas a las diferentes necesidades, posibilidades y potencialidades de las personas con discapacidad.

Se necesita cada vez más de profesores que estén interesados y formados en programas de actividad física que sean incluyentes y adaptados. Esta situación incluye oportunidades de formación para personas con discapacidad, así como apoyo adicional para las personas con necesidades específicas.

Se buscará formar profesores mediante una estrategia que tenga incorporada la equidad en su propio diseño, y que capacite cuente con herramientas y métodos de enseñanza que sean realistas en su aplicación dentro de las aulas.

En este sentido, se remarca la posibilidad de una formación que optimice participar, organizar y desarrollar una educación física adaptada para personas con discapacidad, desde un compromiso, permitiendo que los futuros profesores colaboren para que tanto niños, jóvenes como adultos puedan gozar, en igualdad de condiciones, el derecho humano al deporte, la recreación, el esparcimiento y el juego.

Por supuesto que la adopción de estas medidas formativas exige, a su vez, que las mismas deban garantizarse con la plena accesibilidad en la utilización de recursos, instalaciones y materiales requeridos dentro de un entorno seguro y en condiciones apropiadas institucionales.

Referencias

Bailey, R.; Armour, K.; Kirk, D.; Jess, M.; Pickup, I. Sandford, R. & BERA Physical Education and Sport Pedagogy Special Interest Group (2009) The educational benefits claimed for physical education and school sport: an academic review, *Research Papers in Education*, 24:1, 1-27, DOI: 10.1080/02671520701809817

Bertills K, Granlund M y Augustine L (2019) Inclusive Teaching Skills and Student Engagement in Physical Education. *Front. Educ*. 4:74. doi: 10.3389/feduc.2019.00074

Crawford, S., O'Reilly, R. and Flanagan, N. (2012). Examining current provision, practice and experience of initial teacher training providers in Ireland preparing pre service teachers for the inclusion of students with special education needs in physical education classes. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 5(2), pp. 23-44.

Grue, J. (2016). The social meaning of disability: a reflection oncategorisation, stigma and identity. *Sociology of Health & Illness* Vol. 38 No. 6, pp. 957–964

Jarvie, G. (2012). *Sport, Culture and Society: An Introduction,* (2nd ed.). London: Routledge.

Jarvie, G., Thornton, J., & Mackie, H. (2017). *Sport, Culture and Society: An Introduction* (3rd ed.). London: Routledge

Lieberman, L. y Grenier M. (2019) Infusing Universal Design for Learning into Physical Education Professional Preparation Programs, *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 90:6, 3-5.

Manuilova, N. (2021). The Aspirations of Youth: Gender and Disability. In: Makoelle, T.M., Somerton, M. (eds) *Inclusive Education in a Post-Soviet Context*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-65543-3_11

Miyauchi H. A Systematic Review on Inclusive Education of Students with Visual Impairment. *Education Sciences.* 2020; 10(11):346.

Organización de las Naciones Unidas –O.N.U.-(2006). *Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad.*

Paz Maldonado. E. (2020). Revisión sistemática: inclusión educativa de estudiantes universitarios en situación de discapacidad en América Latina. *Estudios Pedagógicos.* XLVI, N° 1: 413-429.

Rekaa, H. Hanisch, H. y Ytterhus, B. (2019). Inclusion in Physical Education: Teacher Attitudes and Student Experiences. A Systematic Review, *International Journal of Disability, Development and Education*, 66:1, 36-55.

Salmón, E. (2015). Introducción. En Salmón, E. y Bregaglio, R. *Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, 5-8.

UNESCO (2015). *Educación física de calidad (EFC). Guía para los responsables políticos.* París: UNESCO.

Estudiantes universitarios respondiendo acerca del pensamiento crítico

Javier Augusto Nicoletti

Universidad Nacional de La Matanza - Argentina

Francisco José García Moro

Universidad de Huelva – España

Diego Gómez Baya

Universidad de Huelva – España

Introducción

El pensamiento crítico es un campo de estudio que se ha consolidado con el paso del tiempo por sus múltiples aportes a aspectos vinculados a la vida cotidiana, entre los que también se encuentran las trayectorias de todos los niveles educativos.

Será entonces que pueden observarse estudios recientes que ponen el foco en la relación que puede establecerse entre el pensamiento crítico y la inteligencia artificial (Rusandi et al, 2023), como es el caso del entendimiento del ChatGPT (Emmert-Streib, 2023), los logros académicos, la empleabilidad, y diversas decisiones de la vida de las personas (Tan et al, 2023).

Esta situación refleja también la presencia de una relación con la evaluación tanto de argumentos como contraargumentos (Demircioglu et al, 2023), además de la posibilidad de un cuestionamiento de la información y una mejor comprensión (Dulun & Lane, 2023). También es reconocido que el pensamiento crítico se asocia a aspectos como los estilos de aprendizaje junto con el rendimiento académico (Ghazivakili et al, 2014).

De allí que la formación en las habilidades que podrían denominarse como críticas conllevará efectos y beneficios incluso en el corto plazo (Tao & Griffith, 2020), siendo habilidades que promueven diferentes cualidades, entre ellas, además del propio desarrollo, la democracia (Larsson, 2017).

En este sentido el pensamiento crítico cobra verdadera relevancia, siendo, por lo tanto, importante para el mercado laboral (Indrašienė et al, 2021), así también para la vida académica y social de los estudiantes.

Puntualizando específicamente en el ámbito educativo, el pensamiento crítico forma parte, cada vez más, de los distintos procesos y prácticas formativas, tanto en su diseño, puesta en marcha y procesos valorativos, en especial por sus aportes en la promoción de decisiones éticas y racionales que colaboren con el desarrollo personal y profesional de los estudiantes en la búsqueda de soluciones a los distintos desafíos de la vida en sociedad.

Por tanto, se vuelve crucial comprender que el concepto de pensamiento crítico en el marco educativo se posiciona como un aspecto con múltiples campos de actuación debido a su complejidad y profundo alcance que exceden la propia definición de término en forma aislada y lo transforma en un término que interactúa con la dinámica de todos los actores involucrados, es decir, docentes, alumnos, familias, directivos, empleadores, sociedad toda.

El pensamiento crítico en el campo de la educación del nivel superior, específicamente, fortalece su importancia en el propio proceso formativo, constituyéndose en un facilitador para que dichos procesos puedan promover la reflexión de sus prácticas, su asimilación conceptual y procedimental.

Además, mediante el pensamiento crítico se aporta a la toma de conciencia personal para pensar la realidad educativa y social, su estructuración, su comunicación y sus consecuencias a corto y largo plazo.

Será entonces, que la planificación de propuestas educativas que contemplen al pensamiento crítico en su propia puesta en marcha y durante su implementación, ofrecerá la posibilidad de considerar a la crítica como construcción, promoviendo llevar adelante propuestas de formación acompañadas con la aplicación de distintas herramientas de enseñanza y aprendizaje que sean idóneas para la nueva realidad social. Así se buscará

afianzar resultados educativos, no solamente exitosos en términos de rendimiento, sino valiosos por promover la discusión y el debate enriquecedor y constructor de una ciudadanía respetuosa de las ideas de las personas.

La investigación y sus resultados

Los resultados que se presentan corresponden a un estudio que se realizó en el año 2023 sobre una muestra por conveniencia que recolectó las opiniones de 100 estudiantes universitarios quienes participaron de manera voluntaria y anónima. La institución corresponde a una universidad localizada geográficamente en el Conurbano de la Provincia de Buenos Aires (Argentina).

El objetivo de la investigación fue conocer las opiniones de los estudiantes universitarios respecto de la importancia del pensamiento crítico. Para ello, se optó por realizar una investigación aplicando un conjunto de variables de estudio vinculadas con el pensamiento crítico pertenecientes al cuestionario *Escala Motivacional de Pensamiento Crítico – EMPC-* (Valenzuela, 2007).

Del mencionado cuestionario *EMPC* (Valenzuela, 2007), se seleccionó la dimensión de *importancia*, la cual contiene cuatro afirmaciones a responder por parte de los estudiantes y cuyas respuestas plantean opciones que van del 1 al 6, donde 1 es totalmente en desacuerdo y el 6 es totalmente de acuerdo. El análisis estadístico se realizó con el software InfoStat.

Las afirmaciones son las siguientes:

- ✓ *Para mi es importante aprender a razonar correctamente*
- ✓ *Para mi es importante ser bueno para razonar*
- ✓ *Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales*
- ✓ *Para mi es importante ser bueno para resolver problemas*

Los resultados alcanzados son los siguientes:

Gráfico N°1. *Para mi es importante aprender a razonar correctamente*

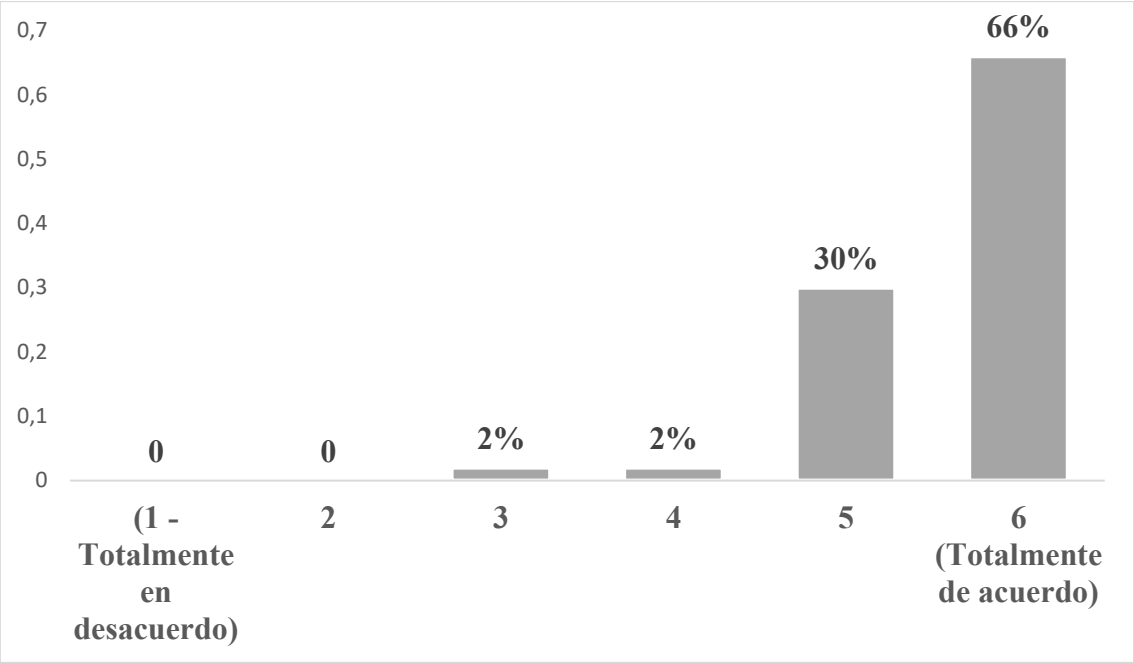


Gráfico N°2. *Para mi es importante ser bueno para razonar*

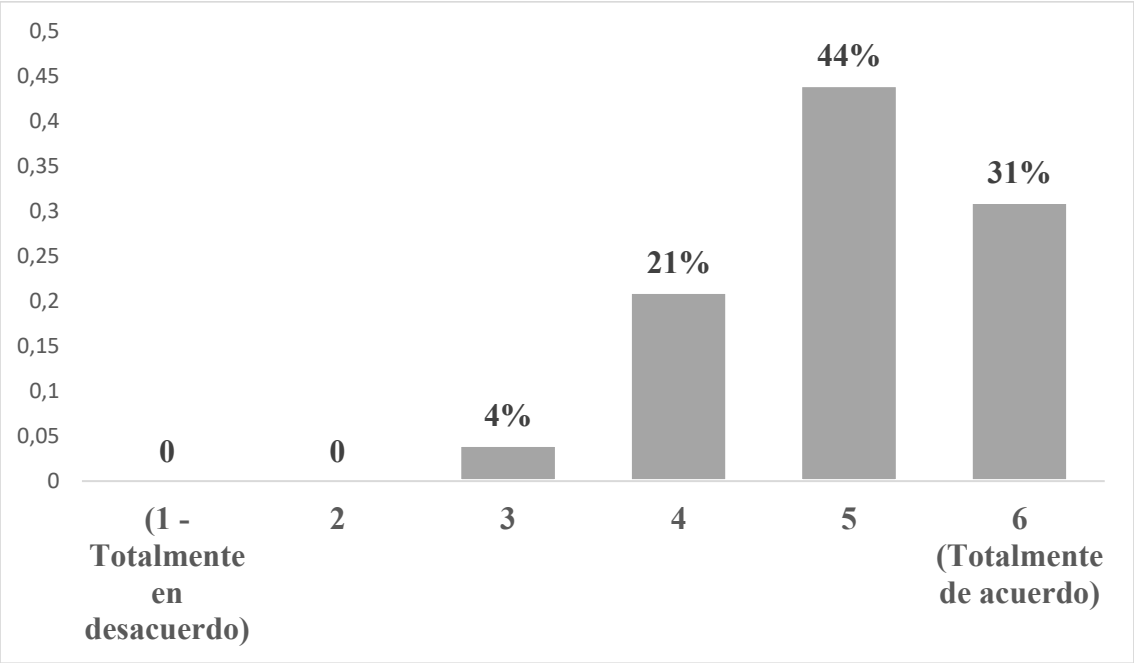


Gráfico N°3. *Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales*

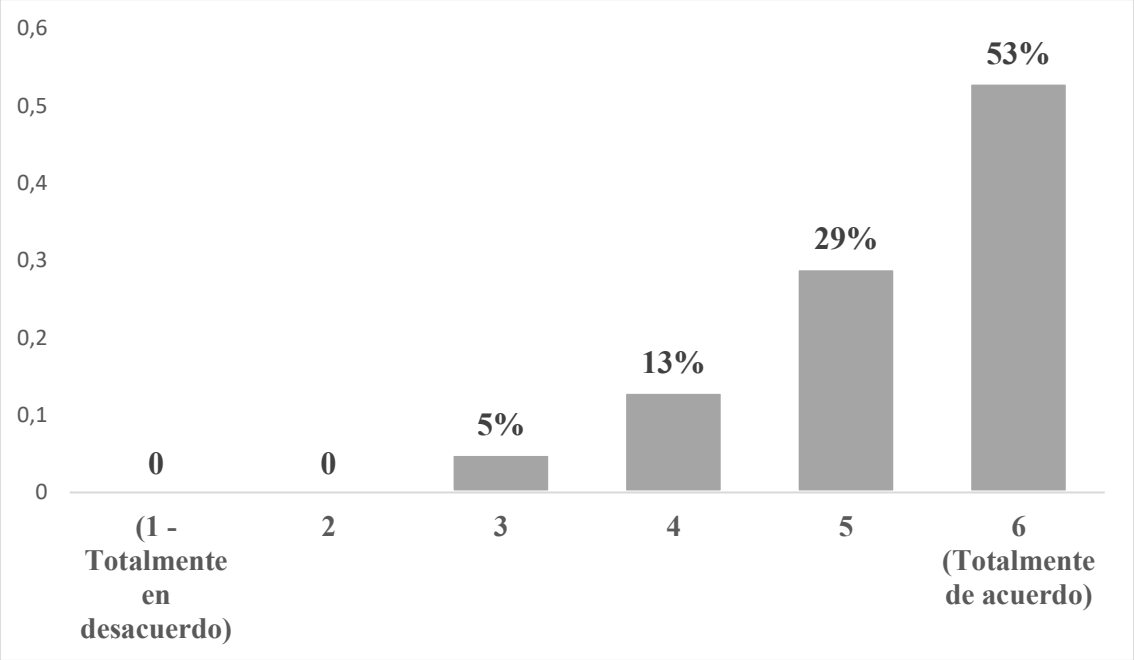
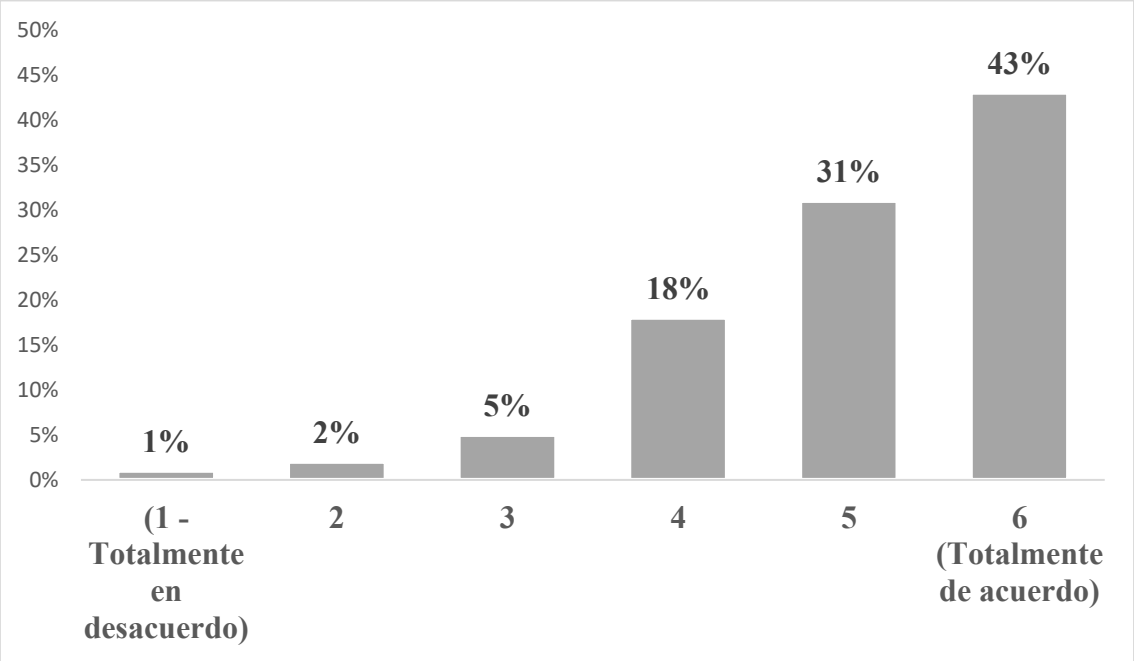


Gráfico N° 4. *Para mi es importante ser bueno para resolver problemas*



Al observar los resultados del Gráfico N°1, queda en evidencia el lugar destacado que para los estudiantes que han participado del estudio tiene aprender a razonar correctamente.

De hecho, frente a la consigna *Para mi es importante aprender a razonar correctamente:*

- la respuesta más alta la tiene la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), que es la elegida por un 66% de estudiantes
- la segunda respuesta con mayor porcentaje es la puntuación 5, con el 30%
- la puntuación 3 llega a un 2%,
- la puntuación 3 completa el 2%.

En el caso del Gráfico N°2, frente a la consigna *Para mi es importante ser bueno para razonar:*

- los resultados vuelven a mostrar resultados favorables para las puntuaciones más altas, siendo que la puntuación 5 alcanza un 44%
- la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), tuvo respuesta por el 31% de los estudiantes
- la puntuación 4, es tiene un 21% de respuesta.
- el 4% restante, lo alcanza la puntuación 3.

Por su parte, el Gráfico N°3, refleja los resultados manifestados por los estudiantes participantes de la investigación al momento de responder a la consigna *Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales:*

- Nuevamente, al igual que en el Gráfico N°1 ya señalado, la respuesta más alta la tiene la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), que es la elegida por un 53% de estudiantes

- luego, la segunda respuesta con mayor porcentaje es la puntuación 5, con el 29%

- Se observa que la puntuación 4 logra un 13% de respuesta,

- mientras que en el caso de la puntuación 3, se alcanza un 5%.

Por último, los resultados de respuesta frente a la consigna *Para mi es importante ser bueno para resolver problemas*, representados en el Gráfico N° 4, muestra que:

- el 43% señala como respuesta la puntuación más alta, la 6 (Totalmente de acuerdo), siendo la puntuación 5 es del 31%, bajando en la puntuación 4 a un 18%

- emergen resultados que reflejan que la puntuación 3 es respondida por un 5%

- el 2% responde con la puntuación 2

- el 1% restante alcanza la puntuación 1

La siguiente Tabla N°1 pone de manifiesto que la variable *Para mi es importante aprender a razonar correctamente* tiene el mayor promedio con una M=5,60, siendo que, por contraparte, el menor promedio lo alcanza la variable *Para mi es importante ser bueno para razonar* con una M=5,02.

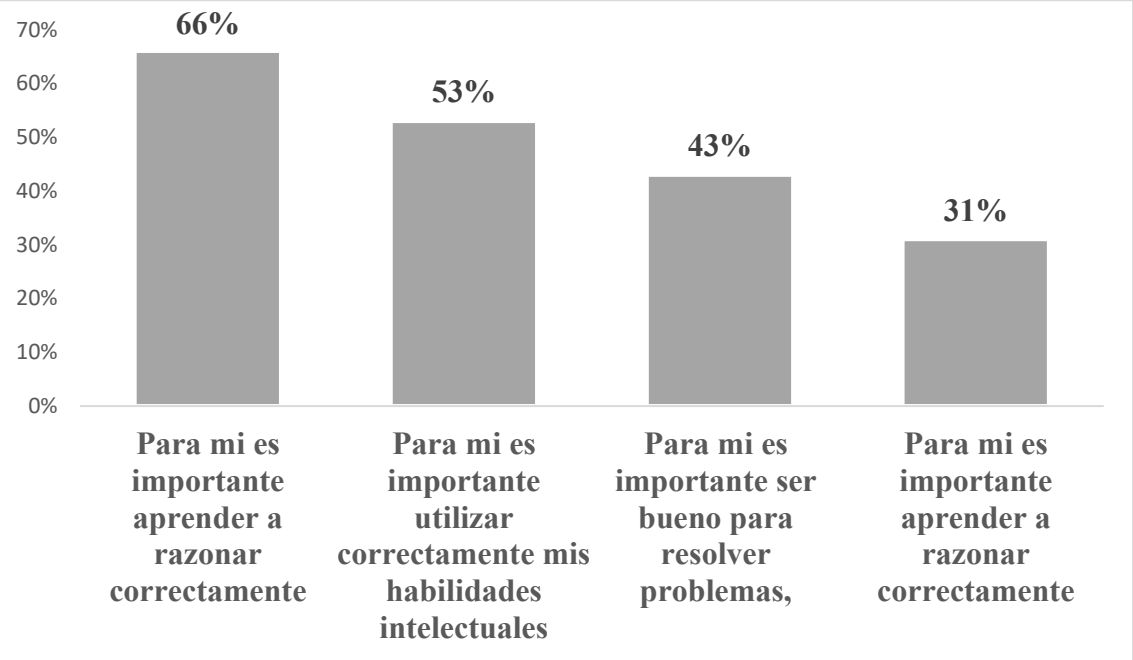
Tabla N°1. *Medidas resumen*

Variable	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
Aprender a razonar	5,60	0,64	3,00	6,00	6,00
Ser bueno para razonar	5,02	0,83	3,00	6,00	5,00
Utilizar correctamente	5,30	0,88	3,00	6,00	6,00
Ser bueno para resolver	5,05	1,08	1,00	6,00	5,00

Se destaca que en cuanto al promedio general de las distintas variables analizadas la puntuación es una M=5,24.

A continuación, se expresan los resultados comparativos de los resultados de la puntuación más alta de responder por parte de los alumnos en las distintas consignas.

Gráfico N°6. Comparación de resultados de la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), entre las distintas consignas



Al comparar la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), entre las distintas consignas respondidas por los estudiantes queda en evidencia que los mayores porcentajes se reflejan en el Gráfico N°1 (66%), seguido por el Gráfico N°3 (53%), donde más de la mitad de los estudiantes lo manifiestan.

La siguiente Tabla N°2, refleja los resultados de las respuestas de la puntuación 2 y la puntuación 3 de manera acumulada.

Tabla N°2. Comparación de resultados de manera acumulada de la puntuación 2 y la puntuación 3, entre las distintas consignas

Consigna	**Puntuación 2 y 3 acumulada**
Para mi es importante aprender a razonar correctamente	**2%**
Para mi es importante ser bueno para razonar:	**4%**
Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales:	**5%**
Para mi es importante ser bueno para resolver problemas	**7%**

Queda evidenciado así que al momento de comparar de manera conjunta la puntuación 2 y la puntuación 3, entre las distintas consignas respondidas por los estudiantes queda en evidencia que los mayores porcentajes se reflejan en la consigna *Para mi es importante ser bueno para resolver problemas* (7%) y luego en la consigna *Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales* (5%).

Complementariamente, relacionando las respuestas expresadas por los estudiantes participantes de la investigación, se pueden apreciar algunos aspectos de consideración.

Se observa entonces que del total de alumnos que señalan la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo) frente a la consigna: *Para mi es importante aprender a razonar correctamente:*

- El 41% también señala la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), en la consigna: *Para mi es importante ser bueno para razonar*

- El 67% señala la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), en la consigna: *Para mi es importante utilizar correctamente mis habilidades intelectuales*

- El 52% señala la puntuación 6 (Totalmente de acuerdo), en la consigna: *Para mi es importante ser bueno para resolver problemas*

Conclusiones

El estudio seleccionó un conjunto de variables del cuestionario EMC (Valenzuela, 2007), mostrando que los estudiantes consideran de importancia aspectos relacionados con el pensamiento crítico, destacándose, en especial que una mayoría manifiesta que señala estar totalmente de acuerdo en la importancia de aprender a razonar correctamente.

Se evidencia también el grado de acuerdo manifestado por los participantes del estudio respecto a la importancia de ser bueno para razonar, de utilizar correctamente las habilidades intelectuales y de ser bueno para resolver problemas.

Todos estos aspectos dan cuenta de un escenario educativo en el cual el pensamiento en general y el pensamiento crítico en particular es un campo que necesita ser considerado como de importancia tanto en la formación personal como profesional de los estudiantes de la universidad.

Referencias

Demircioglu, T., Karakus, M. & Ucar, S. (2023). Developing Students' Critical Thinking Skills and Argumentation Abilities Through Augmented Reality–Based Argumentation

Activities in Science Classes. *Sci & Educ* 32, 1165–1195. https://doi.org/10.1007/s11191-022-00369-5

Dulun, Ö., & Lane, J. F. (2023). Supporting critical thinking skills needed for the International Baccalaureate Diploma Programme: A content analysis of a national and two international education programs in Turkey. *Thinking Skills and Creativity*, 47, 101211.

Emmert-Streib, F. Importance of critical thinking to understand ChatGPT. Eur J Hum Genet (2023). https://doi.org/10.1038/s41431-023-01443-4

Ghazivakili, Z., Nia, R. N., Panahi, F., Karimi, M., Gholsorkhi, H., & Ahmadi, Z. (2014). The role of critical thinking skills and learning styles of university students in their academic performance. *Journal of advances in medical education & professionalism*, *2*(3), 95.

Indrašienė V, Jegelevičienė V, Merfeldaitė O, Penkauskienė D, Pivorienė J, Railienė A, Sadauskas J, Valavičienė N. (2021). The Value of Critical Thinking in Higher Education and the Labour Market: The Voice of Stakeholders. *Social Sciences*; 10(8):286. https://doi.org/10.3390/socsci10080286

Larsson, K. (2017). Understanding and teaching critical thinking—A new approach. *International Journal of Educational Research*, *84*, 32-42.

Rusandi, M. A., Ahman, Saripah, I., Khairun, D. Y., & Mutmainnah. (2023). No worries with ChatGPT: building bridges between artificial intelligence and education with critical thinking soft skills, *Journal of Public Health*, Volume 45, Issue 3, September 2023, Pages e602–e603, https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad049

Tan, A.J.Y., Davies, J.L., Nicolson, R.I. & Karaminis, T. (2023). Learning critical thinking skills online: can precision teaching help?. Education *Tech Research Dev* 71, 1275–1296 (2023).

Tao, Y., & Griffith, E. (2020). Making Critical Thinking Skills Training Explicit, Engaging, and Effective through Live Debates on Current Political Issues: A Pilot Pedagogical Experiment. *PS: Political Science & Politics*, 53(1), 155-160.

Valenzuela, J. (2007). *Escala Motivacional de Pensamiento Crítico*. Universidad de Salamanca. doi: 10.13140/RG.2.1.2063.3049. http://tinyurl.com/EMPC-sp

EDUCACIÓN, SOCIEDAD
Y PENSAMIENTO CRÍTICO

Proyecto de Innovación Docente:
Promoción de la competencia crítica y la capacidad de afrontar las situaciones estresantes mediante el estudio de casos socieducativos.

- Universidad de Huelva - (España)

Coordinadores:
Gustavo García
Javier Augusto Nicoletti
Francisco José García Moro
Diego Gómez Baya

ISBN 978-987-47972-8-5

9 789874 797285

PEQUÉN ACADÉMICO

Universidad de Huelva