

FUNCIÓN PROTECTORA DE LAS HABILIDADES EMOCIONALES EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROTECTIVE FUNCTION OF THE EMOTIONAL ABILITIES FOR *PREVENTION OF ALCOHOL CONSUMPTION* AND SMOKING: AN INTERVENTION PROPOSAL

Belén Fernández, Vanesa Jorge, Eva Bejar

Asociación Española Contra el Cáncer

Resumen

El consumo de tabaco y alcohol en la población juvenil española es de los más elevados de Europa. El inicio precoz en el consumo de estas drogas en España resulta especialmente preocupante y lo convierte en un problema sociosanitario de primera magnitud. En este contexto, las acciones educativas y preventivas dirigidas a los colectivos más jóvenes se hacen imprescindibles. Es absolutamente necesario incidir en el desarrollo de proyectos, planes y campañas para romper las actuales tendencias de consumo de tabaco y alcohol en la población juvenil.

En este artículo revisaremos los estudios que han analizado la relación entre Inteligencia Emocional y consumo de tabaco y alcohol. Distintos trabajos han mostrado claramente que las habilidades emocionales son un elemento protector frente al consumo de este tipo de sustancias. Se resalta la gran relevancia para el desarrollo de programas preventivos basados en el modelo de Inteligencia Emocional y se desarrolla una propuesta de intervención para desarrollar en el ámbito educativo con niños de 7 a 9 años.

Palabras claves: Tabaco, alcohol, inteligencia emocional, emoción, prevención.

Abstract

Tobacco and alcohol use in the Spanish young people is one of the most elevated in Europe. In Spain, the early beginning in these drugs use is especially worrying and it turns into a first magnitude public health problem. In this background, educative and preventive actions directed to youngest groups become essential. It's necessary to affect the development of projects, plans and campaigns to break the present tendencies of tobacco and alcohol use among young people.

This article reviews the studies that have analyzed the relationship among Emotional Intelligence and tobacco and alcohol use. Different works show clearly that emotional abilities are a protective element faced with the use of these substances. We enhance the great relevance for the development of preventive programs based on Emotional Intelligence Model and we show an intervention proposal to develop in the educative field with children from 7 to 9 years.

Key words: Tobacco, alcohol, emotional intelligence, emotion, prevention.

Correspondencia

Belén Fernández
Asociación Española Contra el cáncer
C/ Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid
E-mail: belen.fernandez@aecc.es

Consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes españoles: un problema de gran magnitud

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituye un problema prioritario en salud pública en los países desarrollados. En los últimos años hemos asistido a cambios importantes en los patrones de consumo de alcohol y tabaco de la población adolescente y juvenil que constituyen el reflejo de las profundas transformaciones sufridas en nuestra sociedad en relación a estas sustancias. Así, el consumo de tabaco y alcohol en la población juvenil española es de los más elevados de Europa.

Según los datos procedentes de la última Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar española del año 2006-2007⁽¹⁾, el alcohol es la sustancia más consumida entre los menores de 14 a 18 años de ambos sexos, observándose un 74,9% de adolescentes que han consumido alcohol alguna vez en el último año, junto a un 58% de adolescentes que manifiestan ser consumidores en los últimos 30 días. Casi todos los menores (99,5%) que declaran haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días lo han hecho entre el viernes y el domingo. Por otro lado, el 44,1% de los consumidores actuales (último mes) se ha emborrachado alguna vez en este periodo. Los jóvenes que han consumido alcohol en los últimos 30 días lo han hecho en bares o pubs (73,5%), espacios abiertos (64,5%) y discotecas (61,4%). Los estudiantes dicen conseguir bebidas alcohólicas en los bares y discotecas, pero un 58% asegura comprar alcohol en supermercados y un 37% en los hipermercados. El consumo en atracón o "beber concentrado" (*binge drinking*) tiene una incidencia considerable: el 53,4% de los que declaran haber consumido alcohol en los últimos 30 días, afirma

haber bebido cinco o más cañas o copas en la misma ocasión. El botellón es una expresión muy española del "beber concentrado" y resulta especialmente preocupante dado los aspectos culturales positivos que los jóvenes asocian a este fenómeno, que lo viven como un comportamiento expresamente suyo, con valores de transgresión e identidad propia⁽²⁾.

Con respecto al tabaco, los datos muestran que es la segunda droga de mayor consumo entre los estudiantes. El 46,1% de los estudiantes afirma haber consumido tabaco alguna vez en la vida (consumo experimental). El 27,8% haber consumido en los últimos 30 días y el 14,8% lo consume diariamente. La proporción de consumidores aumenta con la edad y es mayor en las chicas que en los chicos de todas las edades. Entre los que han fumado en el último mes, el consumo medio de cigarrillos al día, se sitúa en 5,5. El tabaco es la droga en la que se inician los jóvenes de ambos sexos a edad más temprana, hacia los 13 años. Un año después, hacia los 14, comienzan a consumir diariamente. Paralelamente, ha aumentado la percepción del riesgo. Tres cuartas partes de los jóvenes que fuman se han planteado dejar el tabaco y más de la mitad están pensando seriamente en dejarlo. La intención de dejarlo es superior en las chicas que en los chicos, siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 34,5%). Al 48,1% de los estudiantes les molesta que se fume en lugares cerrados.

Otro estudio de gran interés en lo que respecta a describir la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes españoles, y con una muestra que amplía el rango de edades de 10 a 18 años, es el de Mendoza et al⁽²⁾. Este trabajo nos muestra una estimación de la dimensión

del problema del tabaquismo, edad por edad, en el alumnado español. Los datos indican que el consumo de tabaco es directamente proporcional a la edad y que existen importantes diferencias de género en la transición de los fumadores desde la experimentación hasta el consumo diario. Así, en los alumnos de 10 años se observa que ambos géneros presentan patrones similares, siendo la proporción de varones que afirma haber fumado tabaco alguna vez del 6,4% y del 4,7% entre las mujeres. En el alumnado de 12 años una proporción significativamente mayor de alumnos varones que de alumnas han fumado alguna vez tabaco. La situación se invierte a partir de los 13 años, pero las diferencias sólo son significativas desde los 14 años en adelante. Ya a los 18 años, las tasas son mucho más elevadas alcanzando un 88,8% en las chicas y un 77,5% en los chicos. En lo que se refiere al consumo diario las tasas son cercanas al 0% entre los alumnos de 10 a 11 años. A los 12 años se sitúan alrededor del 1% en ambos géneros. Superan el 10% a partir de los 14 años, con cifras significativamente mayores en las chicas en todos los grupos de edad. En el alumnado de 18 años, un tercio de los chicos y aproximadamente la mitad de las chicas consumen tabaco diariamente (33% y 53,8% respectivamente).

De todos estos hechos se desprende que se ha producido una generalización del consumo de alcohol y tabaco entre nuestros jóvenes y adolescentes, principalmente entre las mujeres, como consecuencia de la gran aceptación y permisividad social que existe en nuestra sociedad respecto a las drogas legales. A ello se suma, la escasa percepción del riesgo asociado a su uso y su fácil accesibilidad. Otro elemento de gran interés a la hora de explicar la generalización del consumo entre los más jóvenes es

que estas sustancias han pasado a convertirse en uno de los referentes fundamentales de las relaciones entre los adolescentes, en un elemento imprescindible en sus actividades de ocio.

El inicio precoz en el consumo de estas drogas y el uso indebido que se da en la población juvenil española resulta especialmente preocupante y lo convierte en un problema sociosanitario de primera magnitud. Sin duda, las consecuencias psicológicas, sociales y sanitarias que provocan en ciertos sectores de este colectivo (accidentes de tráfico, violencia callejera, comportamientos sexuales de riesgo, aparición a medio plazo de enfermedades y patologías orgánicas, etc.) son alarmantes. Los problemas derivados de las nuevas pautas de uso y consumo que aparecen tanto en los propios jóvenes como en su entorno circundante ha provocado la preocupación de todos. De ahí, que sea una tarea urgente el impulsar la prevención desde las edades más tempranas con el fin de reducir la tolerancia hacia su uso. Prueba de la preocupación y alarma que este tema genera son las numerosas actuaciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y los diversos organismos autonómicos competentes. Queremos destacar en este artículo la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 recientemente aprobada en nuestro país⁽³⁾. Este documento marca las líneas maestras de las políticas sobre drogodependencias de los próximos ocho años en España. En el mismo se concibe el consumo como un problema de salud pública y su objetivo es adaptar las políticas sobre drogas a la nueva realidad social. La prevención es el eje fundamental de una Estrategia que propone promover una mayor conciencia social frente a las drogas, retrasar la edad de inicio en el consumo, aumentar las capacidades individuales para rechazar la

oferta y evitar que el consumo experimental se convierta en continuado. En la figura 1 aparecen con mayor detalle los objetivos y las actuaciones contempladas en el documento.

En este contexto, las acciones educativas y preventivas dirigidas a los colectivos más jóvenes se hacen imprescindibles. Es absolutamente necesario incidir en el desarrollo de proyectos, planes y

Figura 1. **Objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**

Objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

La Estrategia se desarrollará mediante dos planes de acción cuatrienales (2009-2012 y 2013-2016) y se someterá a dos evaluaciones, una intermedia y otra final. Entre sus objetivos, destacan:

1. Promover una conciencia social frente al consumo, implicando a toda la sociedad como parte activa a la hora de afrontar el problema.
2. Aumentar las capacidades y habilidades personales para rechazar el consumo de drogas.
3. Retrasar la edad de inicio.
4. Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales, rompiendo la imagen social del consumo asociado al ocio como algo "normal".
5. Garantizar una asistencia de calidad, adaptada a las necesidades individuales, a todas las personas que consumen drogas.
6. Reducir o limitar los daños sobre la salud derivados del consumo de drogas.
7. Facilitar la incorporación social de los drogodependientes.
8. Incrementar el control de la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.
9. Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero.
10. Mejorar la formación de los profesionales.
11. Fomentar la investigación.
12. Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones.
13. Optimizar la coordinación y la cooperación.

Para lograr estos objetivos, la Estrategia incluye cinco ámbitos de actuación:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Reducción de la demanda. |
| <input type="checkbox"/> Reducción de la oferta. |
| <input type="checkbox"/> Mejora del conocimiento básico y aplicado. |
| <input type="checkbox"/> Formación. |
| <input type="checkbox"/> Cooperación Internacional. |

campañas para romper las tendencias de consumo de tabaco y alcohol en la población infantil y juvenil. Teniendo en cuenta que se trata de un problema resoluble —si se trabaja con profesionalidad y con apoyo institucional— y que probablemente constituye el mayor reto sanitario al que se enfrenta Europa⁽⁴⁾.

En las últimas dos décadas las características y los contenidos de los programas de prevención del consumo de sustancias adictivas en la adolescencia han experimentado una notable evolución. Así se ha ido disminuyendo la importancia concedida a los efectos negativos del consumo a largo plazo, ya que se ha demostrado que el impacto de estos programas es limitado y su efectividad decrece o desaparece con el tiempo, e incrementando la importancia de las habilidades sociales y la resolución de problemas para resistir la presiones de grupo. Las últimas investigaciones al respecto, inciden en la importancia del factor emocional en el consumo entre los jóvenes. Aunque todavía no disponemos de un bagaje amplio de investigaciones sobre esta nueva perspectiva, la importancia del modelo de Inteligencia Emocional (IE) está mostrando ya su influencia en diversos ámbitos de actuación en lo referente a la prevención de problemas de salud y concretamente en lo que se refiere al consumo de drogas.

Inteligencia emocional, consumo de tabaco y alcohol

La Teoría de la Inteligencia Emocional desarrollada por Mayer y Salovey⁽⁵⁾ en 1997, a partir de los trabajos iniciados en 1990, correlaciona la inteligencia lógica con la inteligencia social y confiere un papel activo a las emociones. Emociones y pensamientos conforman una red de elementos involucrados en la toma de decisiones y en la resolución de pro-

blemas. La inteligencia emocional hace referencia a la habilidad para reconocer y procesar la información que transmiten las emociones y sus relaciones con el entorno y, a partir de esto, razonar y resolver problemas eficazmente. Es decir, la idea subyacente es que la combinación conjunta del sistema emocional y cognitivo favorece un procesamiento de la información más exacto y adaptativo de la realidad que el proporcionado por ambos sistemas por separado. El modelo enumera las diferentes habilidades emocionales que integran el concepto de Inteligencia Emocional, desde los procesos psicológicos más básicos (percepción emocional) hasta los de mayor complejidad (regulación de los estados afectivos).

El modelo teórico propuesto por los autores señala cuatro habilidades básicas:

- A. Percepción, evaluación y expresión de emociones. Esta habilidad se refiere al grado en que las personas son capaces de identificar las propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que de ellas se derivan. De igual modo, la percepción intrapersonal incluye la habilidad para valorar los estados emocionales de otras personas.
- B. Asimilación o facilitación emocional. Implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando realizamos un proceso de solución de problemas. Las emociones sirven para modelar y mejorar el pensamiento al dirigir nuestra atención hacia la información significativa, pueden facilitar el cambio de perspectiva y la consideración de nuevos puntos de vista.
- C. Comprensión y análisis de las emociones. Implica saber etiquetar las emociones y reconocer en

qué categoría se agrupan los sentimientos, así como conocer las causas que las generan y las consecuencias futuras de nuestras acciones.

- D. Regulación emocional. Supone la regulación de las emociones propias y las de las personas que componen nuestro entorno social. Incluiría la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre los mismos para descartar o utilizar la información que los acompaña en función de su utilidad. Además, abarcaría la habilidad para regular las emociones, moderando las negativas e intensificado las positivas sin reprimir ni exagerar la información que comunican.

En definitiva, la IE es un constructo que indica el grado de atención que los individuos prestan a sus sentimientos, la claridad con la que los experimentan y sus creencias sobre cómo regularlos. Los sujetos que poseen las habilidades antes señaladas son considerados como emocionalmente hábiles y bien ajustados, mientras que aquellos que no los poseen pueden presentar déficits en el funcionamiento social y emocional. Siguiendo a diferentes autores el mayor ajuste emocional se produce en personas con altos niveles de comprensión y regulación emocional y con niveles moderados en percepción emocional^(6,7). Las personas con altos niveles de atención emocional se caracterizan por estar vigilando constantemente el progreso de sus estados de ánimo en un esfuerzo por intentar comprenderlos. Este hecho no es siempre productivo para el individuo, sobre todo cuando una alta atención a las emociones no va seguida de una suficiente capacidad para discriminar sus causas, motivos y

consecuencias. Por el contrario, niveles medios de atención acompañados de elevada claridad y reparación emocional se relacionarían con un procesamiento de la información emocional más adecuado y con mejores niveles de ajuste⁽⁷⁾. Con respecto a la comprensión o claridad emocional, las personas que identifican claramente lo que están sintiendo tendrían mayores habilidades para enfrentarse a los problemas emocionales y, por ende, experimentarían mayores niveles de bienestar emocional comparado con las personas que tienen menor comprensión sobre sus emociones. El otro concepto fundamental es el de la regulación, los datos parecen indicar la importancia de las expectativas en nuestra capacidad de regulación emocional como factor protector de nuestra salud mental y bienestar.

En este contexto, algunos estudios apuntan que las emociones negativas y bajos niveles de IE desembocarían a largo plazo en trastornos de salud (ansiedad, depresión mayor), problemas físicos y psicofisiológicos (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, úlceras), alteraciones en el sistema inmune (descenso de las inmunoglobulinas y linfocitos, aumento de cortisol), cambios en los hábitos de conductas saludables (dieta equilibrada, actividad física), desarrollo de conductas adictivas (tabaco, alcohol) o disminución en la disponibilidad de contactos interpersonales.

En lo que respecta al papel desempeñado por la IE en el consumo adictivo de tabaco y alcohol numerosos trabajos han constatado que bajos niveles de IE están asociados a un mayor consumo de cigarrillos y de bebidas alcohólicas. Muchos consumidores tienen problemas para expresar sus emociones y para interpretar el significado de lo que sienten. En este sentido, según Orlando et al. ⁽⁸⁾ el consumo aumenta cuando los

consumidores habituales no pueden enfrentarse adecuadamente con experiencias emocionales pasadas desagradables y cuando el consumo de dichas sustancias alivia un estado emocional difuso de tristeza, angustia y desagrado que les resulte difícil de etiquetar. En España, Canto, Fernández-Berrocal, Guerrero y Extremera han iniciado una línea de investigación para determinar la relación entre el consumo de drogas y el nivel de IE de las personas que las consumen diariamente. En el trabajo realizado con el objeto de explorar la relación entre IE con el consumo de tabaco y alcohol los datos señalan que tanto los consumidores de tabaco como los que beben abusivamente poseen una menor IE. En concreto, los fumadores no habituales mostrarían mayores niveles de atención, comprensión y regulación emocional que los fumadores más habituales. En esta misma línea, los bebedores habituales de alcohol poseen una menor capacidad de atención y comprensión emocional que las personas que no beben de forma habitual⁽⁹⁾.

Programas preventivos en el ámbito escolar y función protectora de las habilidades emocionales en el consumo de tabaco y alcohol

Como vemos, el análisis de las emociones ha suscitado un enorme interés en la última década, adquiriendo, día a día, un mayor auge no sólo en el ámbito de la psicología sino también en el educativo. Hasta tal punto esto es una realidad que en los Estados Unidos se ha propuesto como objetivo educativo indispensable el aprendizaje de habilidades emocionales que aseguren un desarrollo saludable en la adolescencia. En concreto, se han desarrollado programas psicopedagógicos dirigidos al fomento del aprendizaje emocional (CASEL, Co-

llaborative for Academic, Social, Emotional Learning. Ver www.case1.org). Dichos programas, con una importante trayectoria de desarrollo, han conseguido resultados prometedores en aspectos tan importantes como la reducción del consumo de sustancias adictivas y el descenso de comportamientos agresivos y hostiles en clase^(10,11), menor consumo de alcohol y tabaco y menor porcentaje de conductas autodestructivas y antisociales⁽¹²⁾. También resulta de interés destacar que en aquellos centros que realizan este tipo de programas muestran una disminución en el número de alumnos que abandonan los estudios, así como un incremento medio en el promedio de asistencia a clase. En España también comienzan a surgir programas de educación emocional en el ámbito escolar con el objeto de dotar a los alumnos en una serie de capacidades básicas para el bienestar individual y la convivencia como habilidades sociales, autocontrol, manejo de estrés, autoestima, resolución de conflictos y presión de grupo^(13,14). En todos ellos, la educación emocional y el uso de técnicas de control emocional tienen un papel nuclear y proponen estrategias al profesor para manejar los problemas emocionales de sus alumnos. Estos programas incluyen actividades dirigidas tanto al niño como a la dinámica y organización del centro y del aula.

En los últimos años se han realizado un gran número de investigaciones que señalan que las carencias emocionales subyacen a gran cantidad de los problemas que afectan a los estudiantes tanto dentro como fuera del contexto escolar. La mayoría de los trabajos han sido realizados con estudiantes universitarios, aunque cada vez están siendo publicados un mayor número de trabajos empíricos realizados con adolescentes. En el estudio realizado por Extremera y Fer-

nández-Berrocal 2003⁽¹⁵⁾ se señalan una serie de áreas en las que los alumnos con bajo nivel de regulación emocional tendrían mayor número de problemas. En concreto, se observan déficits en los niveles de ajuste psicológico o salud mental; el deterioro en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales y mayores tasas de consumo de tabaco y alcohol. En esta misma línea, otros estudios señalan la relación existente entre estrés emocional y consumo de tabaco y alcohol en jóvenes^(16,17,18,19,20,21,22). Todos ellos indican que las personas con falta de habilidades emocionales acudirían al consumo de tabaco y/o alcohol como forma externa de autorregulación emocional. Aparecería un déficit para percibir, comprender y/o regular adecuadamente sus emociones, utilizando el consumo como forma de aliviar un estado emocional de tristeza, desagrado, tensión, frustración o aburrimiento.

Los hallazgos encontrados por Trinidad y Johnson⁽¹⁸⁾ en una muestra multiétnica de 205 adolescentes señalan la existencia de una asociación negativa entre IE y consumo de tabaco y alcohol. Concretamente, los sujetos con niveles más bajos de IE informaban de un mayor consumo de tabaco, tanto en los últimos 30 días como en lo referente al consumo semanal y diario, que los adolescentes con mayores puntuaciones de IE. Hechos similares se observan con respecto al consumo de alcohol, así los jóvenes con puntuaciones bajas en IE habían bebido más alcohol en la última semana que aquellos que puntuaron alto en IE. Según los autores, los adolescentes más inteligentes emocionalmente detectan mejor las presiones de los iguales y afrontan más eficazmente las discrepancias entre sus emociones y las motivaciones del grupo, lo que provoca una mayor resistencia grupal y un menor consumo de tabaco y alcohol. Otro

trabajo realizado por el mismo grupo de autores, en el año 2004, cuyo objeto era examinar la interacción entre IE y factores de riesgo para el consumo de tabaco en adolescentes evidencia resultados similares⁽²³⁾. Los datos indican que altos niveles de IE eran un factor protector del consumo de tabaco en los adolescentes. Así, los sujetos con un elevado nivel de IE tenían menos probabilidades de fumar en el próximo año, una mayor percepción de las consecuencias negativas del consumo y se sentían más eficaces a la hora de rechazar el ofrecimiento de cigarrillos por parte de otros.

Brackett et al⁽²⁴⁾ señalan que los adolescentes varones con baja IE muestran una mayor tendencia al consumo de drogas ilegales, un mayor consumo de alcohol, peleas frecuentes y relaciones más negativas con los amigos. En el trabajo realizado por Whalen et al⁽²⁵⁾ se apunta que el riesgo de consumo de tabaco, la urgencia por fumar y la ingesta de alcohol era más elevado en los adolescentes que informaban sobre sentimientos frecuentes de desagrado, enfado y tristeza.

En lo que se refiere a trabajos con población española cabe destacar el estudio realizado por Limonero et al⁽²²⁾, con estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona, sugiere que las emociones negativas incontroladas tienen una influencia determinante en el consumo de tabaco y cannabis en los jóvenes. El estudio establece que los estudiantes menos capaces de reparar su estado emocional son los que tienen una mayor tentación de iniciarse en el consumo de tabaco y/o cannabis, y que el consumo regular de estas sustancias ayuda en cierta medida a paliar este déficit emocional. Estos datos señalan la importancia de tener buenas habilidades en comprender y reparar las emociones negativas, así como las habilidades para mantener o prolongar durante más tiempo las emociones positivas. De

esta forma, aquellos estudiantes menos capaces de reparar su estado emocional serían los que tendrían, por una parte, una mayor tentación de iniciarse en el consumo de estas sustancias, y por otra, su consumo regular ayudaría en cierta medida a paliar este déficit emocional. De hecho, las competencias personales a nivel emocional son un elemento clave en la adaptación a las demandas del medio y serían un elemento protector del consumo de drogas en la adolescencia y en la juventud.

Algunos apuntes de nuestra experiencia en el desarrollo de programas de prevención del consumo de tabaco y alcohol

Los diferentes estudios realizados para determinar la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes españoles son claros e inequívocos, los segmentos de edad en los que se detectan incrementos más notables en las tasas de experimentación se establecen entre los 12-13 años entre los chicos y los 12-14 en las chicas, para su posterior consolidación a lo largo de la vida adulta^(1,2). Por ello, la adolescencia se constituye en una etapa clave del ciclo vital, donde la vulnerabilidad hacia las drogas es mayor y la percepción de riesgo de sufrir consecuencias negativas por su consumo muy baja, dando lugar a una falsa percepción de invulnerabilidad. En consecuencia, en lo que se refiere a la prevención del consumo experimental de tabaco y alcohol el final de la educación primaria y el primer ciclo de la educación secundaria se manifiestan como las etapas más críticas, y ellas se han centrado la mayoría de los programas desarrollados hasta el momento. Entre ellos los que la Asociación Española Contra el Cáncer lleva desarrollado desde el año 1990.

A lo largo de las dos últimas décadas se ha avanzado de forma notoria y diferentes autores⁽²⁶⁻²⁸⁾ han encontrado que en general, el impacto de los programas preventivos en la escuela es consistente aunque limitado. El impacto de los programas de prevención del consumo de tabaco y alcohol sobre la conducta es, aunque pequeño, significativo y persiste un año después de la intervención. Sin embargo, a pesar de esta larga trayectoria en la ejecución de este tipo de acciones preventivas y a que se dispone de un amplio bagaje de conocimientos a cerca de las características de las intervenciones más efectivas nos queda un largo camino por recorrer y muchos interrogantes a los que ofrecer una respuesta adecuada. Algunos ejemplos de estas cuestiones se refieren a ¿estamos en lo cierto con respecto a considerar la adolescencia como etapa clave para el desarrollo de programas preventivos del consumo de tabaco y alcohol?, ¿no sería de interés comenzar con los programas de prevención a edades más tempranas donde los hábitos de consumo están lejos de iniciarse y las actitudes de los niños con respecto a estas sustancias son de rechazo absoluto?, ¿qué resultados obtendríamos si iniciásemos una nueva estrategia de prevención que contemplara la combinación de programas dirigidos a niños de 7 a 9 años con los programas actuales dirigidos a adolescentes?, ¿qué tipo de intervenciones deberían contemplarse en cada uno de ellos?, ¿qué papel ha de darse en las intervenciones a aquellas variables que han mostrando tener una función protectora frente al consumo de tabaco y alcohol?

Con el objeto de seguir avanzando en algunas de estas cuestiones la Asociación Española Contra el Cáncer ha desarrollado un programa educativo para niños con edades comprendidas entre 7 y 9 años. Su finalidad es dotar a los niños

de las estrategias de control emocional necesarias que puedan convertirse en elementos protectores del consumo de tabaco y alcohol en el futuro. Sin duda, es una propuesta novedosa, tanto por la edad del colectivo de intervención como por el hecho de que el eje central de la intervención es la formación y el entrenamiento en la gestión de las emociones, de tal manera que los elementos informativos sobre tabaco y alcohol sólo se contemplan de manera indirecta. El programa educativo se realizará a través de un juego. Se ha elegido este formato educativo porque además de ser más atractivo los juegos no presionan, ni juzgan, ni obligan, por lo que la receptividad de los niños se verá incrementada.

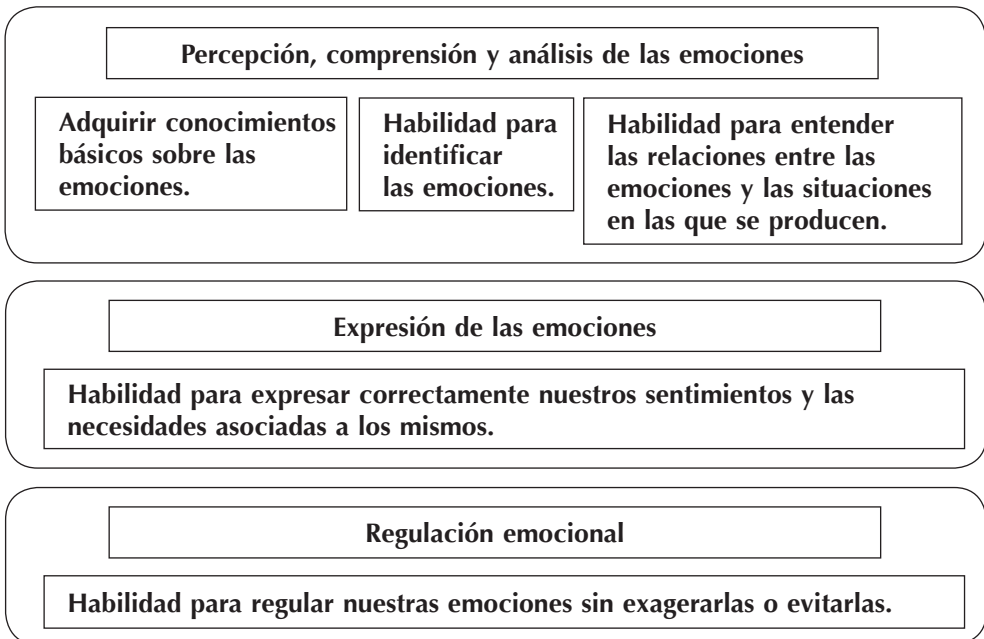
Con respecto al entrenamiento emocional se desarrolla en función del modelo teórico de Mayer y Salovey, aplicándolo al contexto de prevención del consumo de tabaco y alcohol, trabajaría-

mos diferentes habilidades emocionales tal como se describe en la figura 2.

- ← Percepción, comprensión y análisis de las emociones: Habilidad para identificar las emociones y para entender las relaciones entre las emociones y las situaciones en las que se producen.
- ← Expresión de las emociones: Habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos.
- ← Regulación emocional: Habilidad para estar abierto a los estados emocionales positivos y negativos, y habilidades para regular nuestras emociones sin exagerarlas o evitarlas.

Todo ello a través de preguntas, ejercicios de autorreflexión y pruebas a superar por el alumno. Se dotará a los niños de estas habilidades a través del juego en el que se incluirán ejercicios de modelado, expresión emocional, pruebas para

Figura 2. **Habilidades emocionales en función del modelo Mayer y Salovey (1997)⁽⁵⁾**



generar estados emocionales positivos, pruebas de exposición a estados emocionales negativos, etc. Las orientaciones metodológicas, se fundamentan en los siguientes principios psicopedagógicos:

- ← Protagonismo del alumno en su propio aprendizaje: el alumno tiene un papel activo en todo momento del proceso de aprendizaje. Para que pueda asumir este papel se creará un clima de interacciones múltiples en el que el todos los implicados se tornan en mediadores fundamentales.
- ← Partir de los intereses previos del alumno. Se trata de presentar situaciones que coincidan con los intereses del alumnado, creando un contexto interactivo que genere expectativas respecto a los contenidos que se tengan que asimilar.

El juego presenta tanto en versión individual para jugar desde un PC como en

versión grupal para jugar en equipo con pruebas colectivas para trabajar en el aula.

Contexto y mecánica del juego: tipo de casillas

El juego se desarrolla en un entorno imaginario, un bosque encantado, donde existen lugares y habitantes mágicos: brujas, elfos, hadas, duendes, Trolls, castillos abandonados y lagos misteriosos. El jugador se adentra en el bosque y se va encontrar con un recorrido 65 casillas. A través preguntas, pruebas y casillas sorpresa irá adquiriendo el conocimiento de forma lúdica pues los contenidos se irán plasmando a modo de historia.

Se ha definido 12 casillas pregunta, con dos textos alternativos, de tal forma que si varios jugadores caen en la misma casilla no siempre tendrán que contestar del mismo modo y, de esta forma, incrementar el interés de los niños. En

Figura 3. **Ejemplo de una casilla pregunta. “El bosque encantado”**

Nada más comenzar tus pasos por el bosque, un duende muy travieso se ha acercado hasta ti y te ha robado un bocadillo que llevabas para reponer fuerzas, como remate, se ha ido corriendo haciéndote burla. ¿Cómo te sientes en este instante? ¿Feliz? ¿Asustado? ¿Furioso?...



Elige cuál sería la respuesta más adecuada ante esta situación:

1. Salir corriendo detrás del duende, gritándole e insultándole como loco para que te devuelva tu bocadillo. ¡Te morirás de hambre!
2. Pensar que estás en un bosque lleno de frutas exquisitas, si tienes hambre, ya cogerás alguna de un árbol. La verdad es que no te ha hecho gracia la pica del duende, pero, no es para tanto.

¡CORRECTO!

¡Fenomenal! Pararte a pensar un minuto y valorar las posibilidades que tienes después de que alguien te haya hecho algo que no te ha gustado te ayuda a encontrar nuevas soluciones

la figura 3 aparece un ejemplo de este tipo de casillas.

Se han establecido un total de 20 casillas prueba, 10 para la versión individual y 10 para la versión grupal. Por ultimo,

se ha desarrollado 14 casillas sorpresa en las que el jugador podrá avanzar o retroceder en función del mensaje encontrado. Se muestra un ejemplo de este tipo de casillas en las figuras 4 y 5.

Figura 4. **Ejemplo de una casilla prueba. “El bosque encantado”**

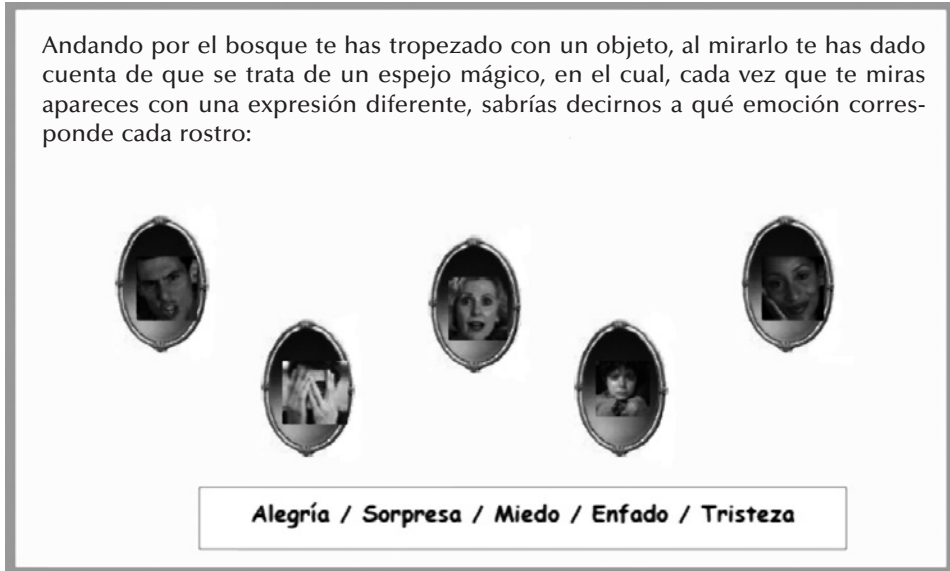
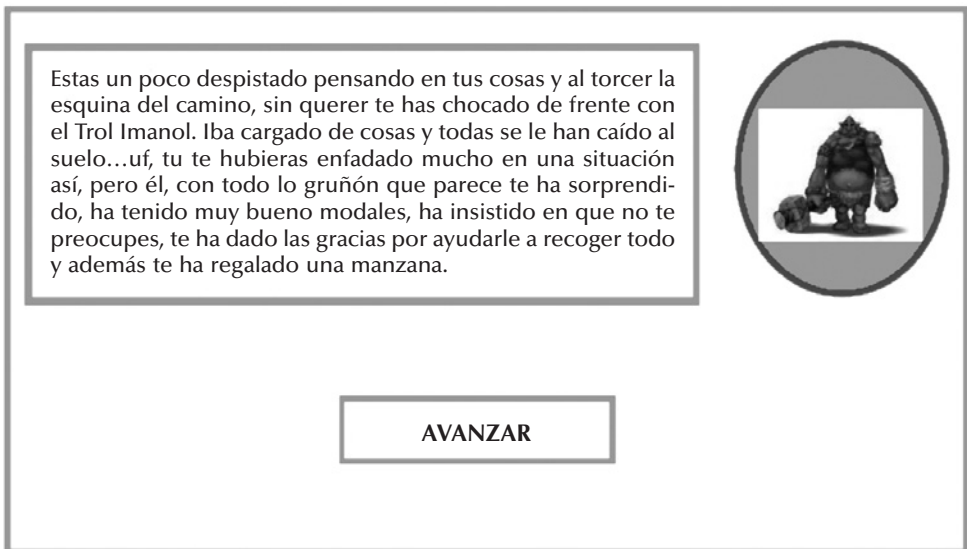


Figura 5. **Ejemplo de una casilla prueba. “El bosque encantado”**



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias 2006-2007. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
2. Mendoza R, López P. El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones* 2007;19:341-56.
3. Gobierno de España. Presidencia del Gobierno 2009. [en línea] Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 [Acceso 12 de enero de 2009] Disponible en: <http://www.la-moncloa.es/ActualidadHome/2008/230109-enlacedrogas>.
4. Mendoza R, López P, Sagrera MR. Diferencias de género en la evaluación del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones* 2007; 19:273-88.
5. Mayer J, Salovey P. What is Emotional Intelligence? En Salovey P, Sluyther D, editors, *Emotional development and emotional intelligence*. Nueva York: Basic Books, 1997. p. 3-31.
6. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad Estrés* 2005; 11: 101-22.
7. Thayer JF, Rossy L A, Ruiz-Padial E, Johnsen BH. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognit Ther Res* 2003; 27: 349-64.
8. Orlando M, Ellickson PL, Jinnett K. The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 959-70.
9. Canto J, Fernández-Berrocal P, Guerrero F, Extremera N. Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. En: Romay Martínez J, García Mira, editores. *Psicología social y problemas sociales*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2005. p. 583-90.
10. Abbott RD, O'Donnell J, Hawkins D, Hill KG, Kosterman R, Catalano R F. Changing teaching practices to promote achievement and bonding to school. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 542-52.
11. Battistich V, Schaps E, Watson M, Solomon D, Lewis C. Effects of the Child Development Project on students drug use and other problems behaviours. *J Prim Prev* 2000; 21: 75-99.
12. Elías MJ, Gara MA, Schuyler TF, Branden_Muller LR, Sayette MA. The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61, 409-17.
13. Bisquerra, R. *Educación emocional y bienestar*. Praxis, Barcelona, 2000.
14. Díaz-Aguado MJ, Royo P, Segura MP, Andrés MT. Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en jóvenes. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1999.
15. Extremera N, Fernández-Berrocal P. La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación* 2002; 332: 97-116.
16. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282: 1652-58.
17. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Epstein JA, Doyle MM. Personal Competence skills, distress and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prev Sci* 2002; 3: 23-9.
18. Griffin KW, Scheier LM, Botvin GJ, Diaz T. Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: psychological well-being as a mediating factor. *Psychol Addict Behav* 2001; 15: 194-203.

19. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Pers Individ Dif* 2002; 32: 95-105.
20. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Moderators of the relation between substances use level and problems: test of a self-regulation model in middle adolescence. *J Abnorm Psychol* 2002; 111 (1): 3-21.
21. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional intelligence and its relations to everyday behaviour. *Pers Individ Dif* 2004, 36: 1387-402.
22. Limonero, JT, Tomás-Sabado, J, Fernández-Castro, J. Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema* 2006; 18, 95-100.
23. Trinidad DR, Unger JB, Chou C, Azen SP, Johnson CA. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Pers Individ Dif* 2004; 36: 945-54.
24. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional Intelligence and its relation to everyday behaviour. *Pers Individ Dif* 2004; 36: 1387-402.
25. Whalen CK, Jamner LD, Henker B, Delfino R. Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychol* 2001; 20 (2), 99-111.
26. Rooney BL, Murray DM. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Educ Q* 1996; 23: 48-64.
27. Resnicow K, Botvin G. School-based substance use prevention programs: why do effects decay? *Prev Med* 1993; 22: 484-90.
28. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis? *Rev. Esp. Salud Pública* 2000; 76(3): 175-87.