

II. RECOMENDACIONES



La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, en la que se producen importantes cambios físicos, emocionales y sociales. Es en este período cuando empiezan a tomarse decisiones de forma independiente y se intensifica la búsqueda de la identidad que definirá al individuo durante el resto de su vida. Aunque la adolescencia se considera una etapa de buena salud, una de sus características es la iniciación de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas, las relaciones sexuales sin protección o comportamientos que favorecen la accidentabilidad.

Hay diferentes factores que explican esta facilidad para iniciar conductas de riesgo, como procesos neurobiológicos (ligados, por ejemplo, a la maduración del lóbulo prefrontal del cerebro), psicológicos (creerse invulnerable, desear sensaciones y experiencias novedosas, etc.) y contextuales (una cierta permisividad dentro de la familia y en la sociedad en general para que estas conductas tengan lugar). Estos hábitos poco saludables, junto con otros referentes a la mala alimentación, descanso y actividad física insuficientes, etc... pueden

poner en riesgo su salud tanto presente como futura, así como la de sus posibles descendientes.

Por tanto, es esencial conocer cuáles son estos factores de riesgo y cómo evolucionan en nuestra población adolescente, con el fin de establecer acciones preventivas para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades crónicas o no transmisibles, que actualmente representan el 71% de las causas de mortalidad a nivel mundial¹.

En 2009 la Junta de Castilla y León, mediante la colaboración de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, se dotó de un Sistema de Información para conocer la situación y evolución de los factores de riesgo asociados a patologías de alta prevalencia en la población joven de nuestra Comunidad. Se sustenta en los resultados de las encuestas “Hábitos y estilos de vida de la población joven de Castilla y León”² realizadas a una muestra aleatoria de alumnos de 4.º de la ESO con una frecuencia bienal. En el curso escolar 2020/2021 se realizó una nueva edición, aunque en este caso el intervalo temporal ha sido algo mayor, ya que la encuesta

1. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

2. <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon/estudio-habitos-estilos-vida-poblacion-joven-castilla-leon>



prevista para el curso 2019/2020 tuvo que suspenderse debido a la pandemia por SARS-CoV2.

A pesar de poder describir rasgos comunes en el conjunto de adolescentes, la población en estas edades constituye un grupo social muy diverso, cuyas creencias, valores, actitudes, expectativas y comportamientos difieren considerablemente, reflejando el conocimiento individual, la experiencia y un infinito abanico de influencias sociales, lo que les convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas. Según el primer informe de la OMS sobre adolescentes y salud³, para potenciar ésta es esencial involucrar a los propios jóvenes en ello. Durante la adolescencia es esencial adquirir un “capital

de salud”, en términos de información / formación sobre temas claves y de adquisición de habilidades de vida y de actitudes saludables, necesario para vivir esta etapa y a lo largo de toda la vida.

Se puede actuar sobre el entorno de los adolescentes, incluyendo el sistema educativo y las políticas de salud pública, y realizar intervenciones específicas que puedan favorecer desde un punto de vista de neurodesarrollo la adquisición de un estilo de vida sano.

A continuación, de forma orientativa, se realiza una breve revisión de las recomendaciones sobre las áreas específicas exploradas en el cuestionario sobre Hábitos y Estilos de vida de la población joven de Castilla y León.

3. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>. Working for a brighter, healthier future.



1. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Numerosos estudios demuestran los beneficios que aporta a la salud del individuo el mantenerse físicamente activo⁴. Esto es aún más importante en una etapa de grandes cambios, tanto físicos como emocionales, como es la adolescencia.

Aunque los adolescentes suelen ser personas activas, un elevado porcentaje de ellos no alcanza los niveles adecuados de actividad física, lo que no sólo es peligroso para la salud sino que conlleva una baja forma física, una menor autoestima y una pobre imagen corporal. Hay varios motivos por los que disminuye la actividad física en este grupo etario: hay menos tiempo libre al aumentar las exigencias escolares y además los jóvenes pierden el interés por jugar que había en la infancia y aparecen otras alternativas de tiempo libre, muchas de las cuáles son sedentarias. También quieren disponer de tiempo para estar con sus amigos y éstos adquieren más importancia mientras que la familia pierde influencia. Además, en los ambientes en los que los adolescentes suelen reunirse se favorecen conductas poco saludables (beber alcohol, fumar, trasnochar...).

La actividad física repercute de forma positiva en esta etapa tanto a nivel fisiológico como psicológico e incluso a nivel social:

- a) Beneficios fisiológicos: Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes. Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal, lo que es importante para prevenir la obesidad adulta. Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea y disminuyendo el riesgo de osteoporosis en el futuro. Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física). Contribuye a la maduración del sistema nervioso motor y aumenta las destrezas motrices.
- b) Beneficios psicológicos: Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico. Contribuye al desarrollo integral de la persona y mejora la memoria y el rendimiento escolar.

4. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 populationbased surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23-35



- c) Beneficios sociales: Fomenta la sociabilidad. Aumenta la autonomía y la integración social (esto es especialmente importante en el caso de discapacidad física o psíquica).

Por el contrario, existe evidencia científica que sugiere que los jóvenes inactivos (los que no hacen actividad física de forma habitual) o sedentarios (pasar mucho tiempo frente a pantallas, desplazarse en vehículo en lugar de caminando o en bicicleta) presentan más probabilidades de tener sobrepeso/obesidad, incremento de la resistencia a la insulina y trastornos en el perfil de lípidos (disminución del nivel de HDL) y presión arterial elevada, cada vez más frecuente a edades más tempranas. El ejercicio regular ayuda a evitarlo. Sin embargo, el tiempo utilizado en conductas sedentarias ha aumentado entre los adolescentes⁵, por lo que es necesario potenciar programas dirigidos a aumentar la actividad física de esta población. El nuevo plan de acción mundial sobre Actividad Física de la OMS tiene como meta reducir la inactividad física en un 10% para el año

2025 y en un 15% para 2030⁶. Los padres, madres o tutores juegan un papel de vital importancia en promover y facilitar oportunidades para la realización de actividad física apropiada para cada edad. Se recomienda que los jóvenes y adolescentes realicen⁷:

1. Ejercicios aeróbicos: fortalecen el corazón y mejoran la oxigenación del cuerpo. Se recomienda realizar al menos 60 minutos al día de actividad física aeróbica moderada a vigorosa (ésta debe provocar una sensación de calor, sudoración de leve a intensa y que se respire y lata el corazón más deprisa). Por ejemplo: andar a paso ligero, pasear en bicicleta, correr, pedalear rápidamente o nadar. Estos 60 minutos pueden alcanzarse también sumando periodos más cortos a lo largo del día. Adicionalmente se recomienda que los adolescentes hagan por lo menos tres sesiones de 60 minutos de actividad física vigorosa cada semana. Se reconocen porque en éstas es más difícil hablar mientras se realiza el ejercicio, la sudoración

5. https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/investigacion_ocio_digital/

6. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.

7. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Tabla_resumen_Recomendaciones_ActivFisica.pdf



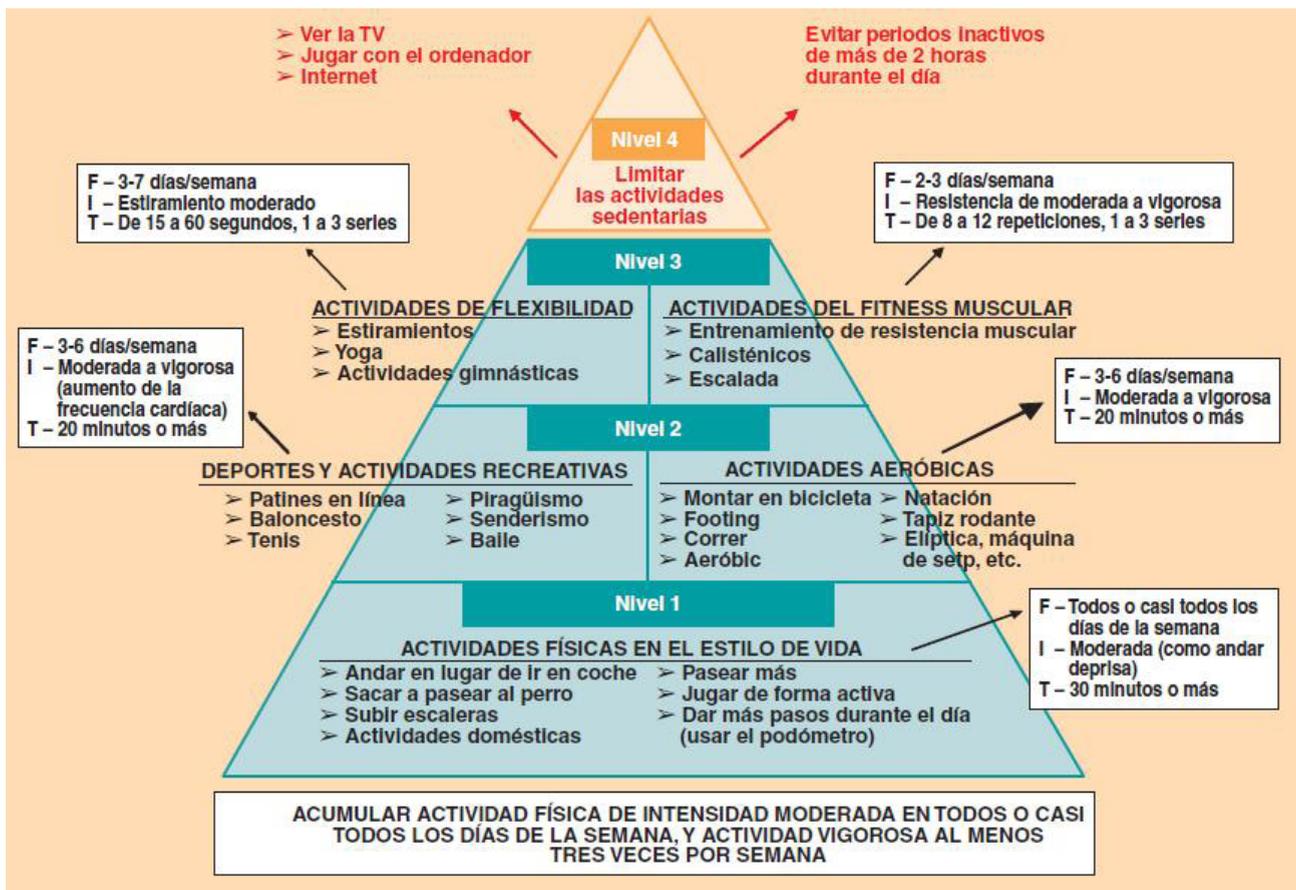
es más fuerte y cuesta más respirar, por ejemplo, deportes de equipo.

2. Ejercicios de fuerza: fortalecen los músculos y mejoran la masa ósea. Esto permite permanecer activos durante periodos más largos sin agotarse. Músculos más fuertes protegen las articulaciones y previenen lesiones. Se recomienda subir escaleras siempre que sea posible y practicar un deporte que incluya grandes grupos musculares al menos 3 días a la semana.
3. Ejercicios de flexibilidad: favorecen que los músculos y las articulaciones se estiren y doblen con facilidad, reduciendo distensiones y esguinces y ayudan a mejorar el rendimiento deportivo. Fomentan la flexibilidad los programas de gimnasia, el baile, el yoga o las artes marciales entre otros.

Hacer ejercicios de calentamiento antes de entrenar y estiramientos al final ayuda a desarrollar la flexibilidad.

4. Reducir las actividades sedentarias: Limitar el tiempo frente a la televisión u otras pantallas (móviles, videojuegos, ordenadores, etc.) con fines recreativos a un máximo de 2 horas al día. Minimizar el tiempo de transporte en coche o autobús y fomentar el recorrer a pie o en bici, al menos parte del camino.
5. Fomentar las actividades al aire libre: Participar en más de una actividad deportiva ayuda a desarrollar diferentes habilidades y a evitar lesiones. Nunca es demasiado tarde para empezar, debe descansarse (dormir) lo necesario y evitar el sobrentrenamiento.

PIRÁMIDE DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADOLESCENTES



Fuente: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>



Recursos en la red

- (1) <https://www.familiaysalud.es/salud-joven>: información dirigida a adolescentes, familias, profesionales sanitarios y educadores sobre los hábitos y problemas que más preocupan en esta etapa de la vida (ejercicio, alimentación, sexualidad, abuso de sustancias, ...).
- (2) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/ejercicio-fisico>: Información dirigida a los jóvenes sobre actividad física y recursos disponibles en Castilla y León.
- (3) http://kidshealth.org/teen/en_español: Página web con información sobre salud para adolescentes.
- (4) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adolescencia-habitos-saludables>: Adolescencia y hábitos saludables | Comunidad de Madrid
- (5) https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent-j_2019.pdf: Informe SIVFRENT-J 2019.
- (6) <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/de5a17/home.htm>: Estilos de vida saludable - Recomendaciones generales de actividad física para menores de 5 a 17 años. Ministerio de Sanidad.
- (7) <https://publichealth.jhu.edu/topics/child-and-adolescent-health>: Página web de recursos del centro de salud del adolescente de la Universidad Johns Hopkins de EEUU.



2. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia hay una gran demanda de nutrientes, ya que es la fase de mayor velocidad de crecimiento y en la que se producen importantes cambios en la composición corporal. Esto, junto a los cambios en los estilos de vida y hábitos dietéticos hacen que esta etapa sea de alto riesgo nutricional.

Los cambios de hábitos nutricionales en los adolescentes son debidos a diversos factores, como son las influencias psicológicas y sociales, sobre todo de los amigos, la realización de comidas fuera de casa, el rechazo a las normas familiares, las propias preferencias, la búsqueda de autonomía y el tener un mayor poder adquisitivo.

Una nutrición saludable contribuye al mantenimiento de un estilo de vida físicamente activo. Además de realizar actividad física para mantener y mejorar la salud, los adolescentes necesitan una dieta sana y equilibrada que garantice el equilibrio entre aporte y gasto de energía, y que proporcione los nutrientes necesarios para un crecimiento y un desarrollo saludables. En el mejor de los casos, una mala dieta impedirá que el o

la joven alcance su mejor condición física, y en el peor, puede dañar su salud actual y futura.

La composición corporal de los adolescentes presenta claras diferencias entre los sexos, ya que los chicos aumentan su masa magra, músculo y hueso mientras que en las chicas aumenta mucho el tejido graso. Esto va a influir en las necesidades energéticas, puesto que el tejido magro consume una cantidad mayor de energía que el tejido graso. Las ingestas recomendadas en la adolescencia no se relacionan con la edad cronológica sino con la biológica, ya que el ritmo de crecimiento no es igual en todos los jóvenes. Además, hay que tener en cuenta la existencia de hábitos perjudiciales, como el tabaco, que impide la absorción de vitamina C y el consumo de alcohol que provoca deshidratación e impide la absorción de grasas y determinadas vitaminas⁸.

Algunos de los errores más frecuentes en los hábitos alimentarios de los adolescentes son: saltarse alguna de las comidas, como el desayuno, tener un patrón de ingesta de alimentos irregular, consumir snacks y comida rápida, no comer en familia, seguir dietas sin indicación médica, realizar una actividad física intensa sin el asesoramiento adecuado, o por el contrario, potenciar

8. Das, Jai K et al. "Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs." *Annals of the New York Academy of Sciences* vol. 1393,1 (2017): 21-33. doi: 10.1111/nyas.13330



el sedentarismo, pasando muchas horas frente a pantallas. Algunas de estas conductas, además de favorecer la aparición de patologías como la anorexia y la bulimia⁹, pueden instaurar hábitos poco saludables con repercusión en la edad adulta, como el incremento de obesidad, dislipemias, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

Por tanto, la adolescencia es un buen momento para hacer educación alimentaria (9):

- Una dieta equilibrada debe ser variada y contener todos los alimentos básicos.
- Una dieta es saludable cuando:
 1. Proporciona una variedad de alimentos diferentes.
 2. Suministra todos los nutrientes en cantidades adecuadas.
 3. Proporciona suficiente energía (calorías) para mantener una masa corporal ideal (10).

Una alimentación adecuada comienza con la elección del alimento. En la actualidad disponemos de tantos alimentos entre los que elegir que debemos

aprender a tomar decisiones saludables. Se debe subrayar que no existen alimentos “buenos” o “malos”, sino sólo una buena o mala dieta global. Una buena regla es no consumir alimentos refinados o procesados. Es importante variar los tipos que se consumen dentro de cada grupo de alimentos, con el fin de garantizar la ingesta de los micronutrientes necesarios, tales como minerales y vitaminas. Las cantidades de cada grupo de alimentos que se deben consumir dependen de la edad, el peso, el sexo y el nivel de actividad de la persona joven en cuestión, y aquellas con mayor edad o peso, o que son más activas, necesitan mayores cantidades de cada grupo de alimentos. Los suplementos de vitaminas y minerales, aunque resultan útiles en algunos casos, no son necesarios si la calidad y las cantidades de la dieta son adecuadas.

Las frutas, verduras y hortalizas deben estar presentes en la dieta, siendo consumidas todos los días en una cantidad de al menos 5 piezas o raciones. Una dieta saludable infantojuvenil, siguiendo el patrón de una dieta mediterránea debe comprender los siguientes grupos y cantidades de alimentos:

9. Swanson, Sonja A et al. “Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement.” *Archives of general psychiatry* vol. 68,7 (2011): 714-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22



- 2-3 raciones diarias de productos lácteos (por ejemplo, leche, yogur, queso, etc.).
 - 2-3 raciones diarias de alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, carne, aves de corral, pescados, legumbres, huevos o frutos secos).
 - 6-11 raciones de alimentos ricos en hidratos de carbono complejo y no refinados (por ejemplo, pan, cereales, arroz o pasta).
 - 2-4 raciones diarias de fruta.
 - 3-5 raciones diarias de verduras.
 - Al menos 2-3 litros de líquidos.
 - Se deben consumir con prudencia grasas, aceite, sal y azúcares refinados.
1. Debe resaltarse la importancia de las frutas y verduras en especial: según diversos estudios y revisiones sistemáticas son las únicas características de la dieta que de forma consistente se asocian con resultados positivos en salud (10).
 2. Comenzar la jornada con un desayuno saludable es fundamental para llevar una vida más sana. Las investigaciones han demostrado que el desayuno es una comida particularmente importante para niños, niñas y adolescentes desde el punto de vista de su situación en materia de salud. Es muy im-

portante consumir un desayuno saludable y completo que proporcione energía para todo el día y posibilite un rendimiento más eficaz en el centro escolar. Algunos estudios han asociado el hecho de ingerir un desayuno saludable y adecuado con unos altos niveles de actividad física en niños, niñas y adolescentes y la incapacidad para desayunar se ha asociado a obesidad en la infancia y la adolescencia.

3. El desayuno debe incluir leche o productos lácteos, pan o cereales (preferiblemente integrales con un contenido mínimo en azúcares refinados) y fruta.
4. El agua es la bebida fundamental para la consecución de una dieta saludable. Se recomienda consumir entre 5 a 8 vasos por día. El consumo adecuado de líquidos es muy importante para los niños, niñas y adolescentes. Se deben consumir diariamente al menos 2-3 litros de líquidos, y posiblemente una cantidad superior si se realiza un alto grado de actividad física. Existen unos niveles preocupantes de consumo de refrescos (bebidas azucaradas y bebidas carbonatadas que con frecuencia contienen cafeína) y los resultados científicos vinculan el consumo de estas bebidas con una mala salud.



5. De forma más específica, un alto consumo de refrescos está relacionado con:
 - a) sobrepeso u obesidad debidos a la ingesta adicional de calorías.
 - b) un incremento del riesgo de osteoporosis vinculado a la reducción del consumo de leche, que puede generar carencia de calcio y pérdidas óseas.
 - c) un incremento del riesgo de caries dental y de erosión del esmalte.

Las “bebidas deportivas” con electrolitos a menudo se comercializan como más saludables que los refrescos carbonatados, y aunque pueden resultar útiles para el suministro de líquidos y de energía durante actividades físicas prolongadas o de gran esfuerzo, no se deben convertir en la bebida preferida de los jóvenes. Los líquidos se deben consumir primordialmente en forma de agua y, ocasionalmente, de zumos naturales e infusiones.

6. Reducir el consumo de sal y azúcares refinados. La Organización Mundial de la Salud recomienda no tomar más de 5 gramos de sal diarios. Se calcula que en España cada persona consume 11 g. de sal al día por término medio. Hay que ser moderado en el consumo de aquellos alimentos cuyas

formas de presentación tienen un alto contenido de sal, conservas, platos preparados: pizzas, fiambres, “snacks”, etc. Los dulces y las golosinas (que contienen un alto nivel de azúcares refinados) y los alimentos con niveles elevados de sal (por ejemplo, las bolsas de patatas fritas) se deben comer únicamente de forma ocasional.

Se recomienda reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta total de energía diaria (11).

Los productos con un alto contenido energético generalmente tienen un valor nutritivo mínimo (“calorías vacías”) y si se consumen en exceso pueden contribuir a la obesidad al tiempo que provocan pérdida de apetito en relación con el consumo de alternativas más saludables. Asimismo, los alimentos con un alto contenido de azúcar fomentan la caries dental y una mala salud oral.

7. No saltarse ninguna comida. Se recomienda hacer 5 comidas al día.

Recursos en la red

- (8) <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable>
Información dirigida a población general sobre alimentación saludable: recetarios para comida



- cardiosaludable, estrategia NAOS (Nutrición Actividad Física y Prevención de la Obesidad), etc.
- (9) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjuven/anorexia-bulimia>
Recursos en Castilla y León para ayudar e informar a jóvenes sobre desórdenes alimentarios.
- (10) <https://www.alimentosdespana.es/es/estrategia-alimentos-espana/>
Recetas en base a alimentos saludables, sin necesidad de registro, con acceso libre en español.
- (11) <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/observatorio.htm>: Página web del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, con todos los estudios relevantes relacionados realizados en España y Europa, dirigido a profesionales y educadores.
- (12) www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/
- (13) https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Página de recomendaciones para fomentar un estilo de vida y alimentación saludables de la estrategia NAOS, dirigida a diferentes grupos poblacionales (profesores, familias, menores...).
- (14) <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccion-Salud/adolescencia/recomendaciones.htm>: recomendaciones nutricionales de la Sociedad Española de Endocrinología.
- (15) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/trastornos-alimentarios>: Información para familias sobre Trastornos alimentarios | Ventana abierta a la familia (saludcastillayleon.es)
- (16) https://sespo.es/wp-content/uploads/guia_alimentacion_etapa_escolar.pdf
La alimentación saludable en la etapa escolar - Guía para familias y escuelas (sespo.es)
- (17) Calderón García, A. et al. (2019). Valoración del estado nutricional y de hábitos y preferencias alimentarias en una población infanto-juvenil (7 a 16 años) de la Comunidad de Madrid. *Nut Hosp*, 36(2), 394-404. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2244>



come sano y muévete



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

OCASIONALMENTE

PASTELES, DULCES, GOLOSINAS, REFRESCOS AZUCARADOS.

CADA SEMANA

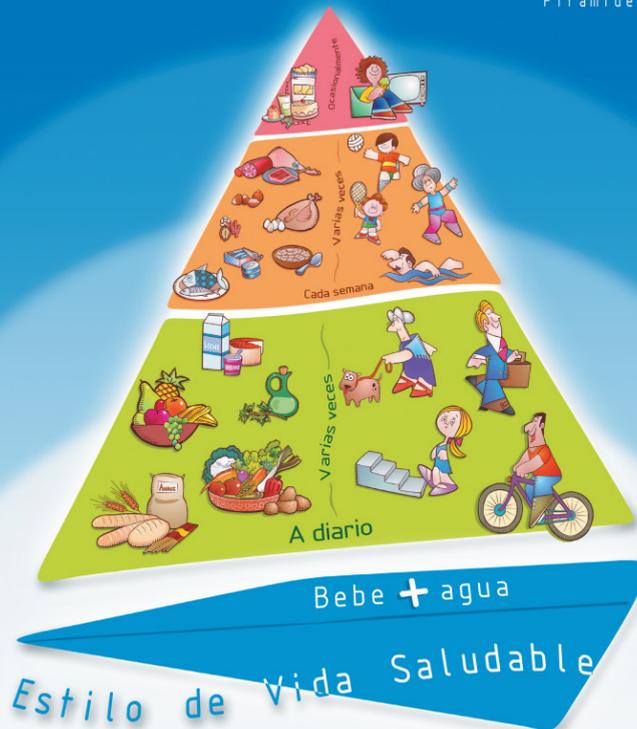
LEGUMBRES, CARNE, PESCADO, FRUTOS SECOS, EMBUTIDO.

A DIARIO

FRUTAS Y VERDURAS, LECHE Y DERIVADOS, PAN, PASTA, ARROZ, ACEITE DE OLIVA, AGUA.

- HAZ 5 COMIDAS AL DÍA.
- EL DESAYUNO COMPLETO Y CON TIEMPO.
- UTILIZA POCASAL Y AZUCAR.
- NO PICOTEES ENTRE COMIDAS.
- LÁVATE LAS MANOS.
- LÁVATE LOS DIENTES.

Pirámide NAOS



ACTIVIDAD FÍSICA

OCASIONALMENTE

TELEVISIÓN, ORDENADOR, VIDEOJUEGOS.

CADA SEMANA

PRACTICA ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE Y PRACTICA ALGÚN DEPORTE.

A DIARIO

JUEGA EN EL RECREO Y CUANDO PUEDES. USA LAS ESCALERAS PARA SUBIR Y BAJAR. SI PUEDES, VETE ANDANDO O EN BICICLETA. DUERME DE 8 A 10 HORAS.



DL/VA 404/2007

Fuente: <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/images?idMmedia = 84734>



DECÁLOGO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

1

UTILIZAR EL ACEITE DE OLIVA COMO PRINCIPAL GRASA DE ADICIÓN.

Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicas regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.

2

CONSUMIR ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL EN ABUNDANCIA: FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CHAMPIÑONES Y FRUTOS SECOS.

Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y nos aportan, al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

3

EL PAN Y LOS ALIMENTOS PROCEDENTES DE CEREALES (PASTA, ARROZ Y ESPECIALMENTE SUS PRODUCTOS INTEGRALES) DEBERÍAN FORMAR PARTE DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA.

El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de energía necesaria para nuestras actividades diarias.

4

LOS ALIMENTOS POCO PROCESADOS, FRESCOS Y DE TEMPORADA SON LOS MÁS ADECUADOS.

Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor.

5

CONSUMIR DIARIAMENTE PRODUCTOS LÁCTEOS, PRINCIPALMENTE YOGURT Y QUESOS.

Nutricionalmente se debe destacar que los productos lácteos son excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fósforo, etc) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogur, etc.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.

6

LA CARNE ROJA SE TENDRÍA QUE CONSUMIR CON MODERACIÓN Y SI PUEDE SER COMO PARTE DE GUIOS Y OTRAS RECETAS. Y LAS CARNES PROCESADAS EN CANTIDADES PEQUEÑAS Y COMO INGREDIENTES DE BOCADILLOS Y PLATOS.

El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.



7

CONSUMIR PESCADO EN ABUNDANCIA Y HUEVOS CON MODERACIÓN.

Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana ya que sus grasas – aunque de origen animal- tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que se les atribuyen propiedades protectoras frente enfermedades cardiovasculares.

Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.

8

LA FRUTA FRESCA TENDRÍA QUE SER EL POSTRE HABITUAL. LOS DULCES Y PASTELES DEBERÍAN CONSUMIRSE OCASIONALMENTE.

Las frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.

9

EL AGUA ES LA BEBIDA POR EXCELENCIA EN EL MEDITERRÁNEO. UNA CORRECTA HIDRATACIÓN ES ESENCIAL.

El agua es fundamental en nuestra dieta. Se debe garantizar el aporte diario de entre 1,5 y 2 litros de agua. Además de beber agua, se puede completar la ingesta de líquidos con infusiones y caldos bajos en grasa y sal.

10

REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA TODOS LOS DÍAS, YA QUE ES TAN IMPORTANTE COMO COMER ADECUADAMENTE.

Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.

<https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/#decalogo>



3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL U OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol, tabaco y drogas es un problema de salud pública, con especial incidencia en adolescentes. En ellos tiene importantes repercusiones, tanto físicas como psíquicas a largo plazo (dependencia, adicción, efectos neurocognitivos, ...) pero también a corto y medio plazo (problemas agudos de salud mental, absentismo o abandono escolar, problemas afectivos, conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, conducción temeraria, actos violentos^{10,11}). Los adolescentes son especialmente vulnerables al establecimiento de conductas de riesgo, entre las que se encuentra el consumo de sustancias, estando además esta conducta muy integrada socialmente en ambientes de ocio, y siendo de fácil accesibilidad. Así, el consumo de estas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis,

...) se produce a edades tempranas (alrededor de los 14 años) aumentando esto la posible dependencia de las mismas en el futuro¹²: quienes comienzan a beber antes de los 15 años multiplican por cuatro el riesgo de presentar dependencia del alcohol en la edad adulta, frente a quienes comienzan a los 20¹³. Según los datos de la última encuesta ESTUDES (2021)¹⁴, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España por los adolescentes, con un 73,9% que lo ha consumido alguna vez en la vida, un 23,2% que ha sufrido alguna borrachera en el último mes y un 27,9% ha hecho binge drinking en ese mismo período, es decir, ha consumido 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en menos de 2 horas. La segunda sustancia psicoactiva más consumida entre los alumnos de 14 a 18 años es el tabaco. El 38,2% de los jóvenes indica que han fumado tabaco alguna vez en su vida. Más del 80% de los fumadores se inician en el consumo de tabaco antes de los 18 años, y cuanto menor

10. Perelman, Julian et al. "Smoking and school absenteeism among 15- to 16-year-old adolescents: a cross-section analysis on 36 European countries." *European journal of public health* vol. 29,4 (2019): 778-784. doi:10.1093/eurpub/ckz110

11. Markkula, Jaana et al. "Drunken driving and riding with a drunken driver: adolescent types at higher risk". *Drugs: Education, Prevention and Policy*. (2020) vol.27:3, 213-220, DOI: 10.1080/09687637.2019.1615867

12. Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav* (2009) 34:319-22. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.021

13. <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programa-icaro-alcohol.html>

14. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf



es la edad en la que los jóvenes comienzan a probar y experimentar, más probabilidad tienen de consolidarse como fumadores. En tercer lugar se sitúa el consumo de cannabis, con un 28,6% que declara haberlo consumido en algún momento y siendo éste la sustancia ilegal más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años. Las siguientes posiciones las ocupan los hipnosedantes (tranquilizantes/ somníferos), con o sin receta, que han sido consumidos por el 19,6% de los jóvenes en algún momento de su vida, el éxtasis (3,1%) y la cocaína (2,7%).

En relación al género, los datos de ESTUDES 2021 demuestran que el consumo de tabaco, alcohol e hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. Pese a ello, los hombres que consumen alcohol o tabaco lo hacen con mayor intensidad que éstas. En cambio, el consumo de sustancias ilegales, está más extendido entre los varones (hachís, cocaína, alucinógenos, anfetaminas o heroína).

El consumo de alcohol en el cerebro adolescente puede alterar su desarrollo, afectando a la toma de decisiones, personalidad, memoria y aprendizaje. Puede reducir el autocontrol y potenciar comportamientos

arriesgados, como las prácticas sexuales sin protección o la conducción peligrosa, y es una causa de lesiones (en particular a consecuencia de accidentes de tránsito), violencia y muerte prematura¹⁵. También puede engendrar problemas de salud que aparezcan en un futuro y afecten a la esperanza de vida, como son efectos adversos en su hígado, huesos, crecimiento y desarrollo endocrino. El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia baja los niveles de hormonas sexuales y de las hormonas de crecimiento tanto en chicos como en chicas.

Un problema que preocupa los últimos años, no solo a los poderes públicos sino a la sociedad en general, es la práctica extendida del “botellón” dentro del ocio juvenil de fin de semana y en el que los jóvenes consumen alcohol en parques, calles y plazas, en principio de forma abusiva. Este fenómeno deriva en consecuencias negativas además de altos consumos de alcohol y otras sustancias, como son accidentes de tráfico, molestias para los vecinos, rotura de mobiliario urbano, etc.

En Europa el cannabis es la droga ilícita más consumida, según los últimos datos recopilados según la Encuesta europea en población adolescente en el uso

15. Windle, M. y Windle, R. (2017). The Measurement of Adolescent Alcohol Problems via Item Response Theory and Their 15-Year Prospective Associations with Alcohol and Other Psychiatric Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 399-406. doi: 10.1111/acer.13301.



de drogas (ESPAD, 2019) el porcentaje de jóvenes con edades entre 15 y 16 años, que indicaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida asciende al 16%¹⁶. Existe evidencia de que el consumo de cannabis durante la adolescencia aumenta el riesgo de presentar enfermedades psiquiátricas como la adicción a las drogas, trastornos del humor como depresión, ansiedad y trastornos esquizoafectivos, etc. Son muchos los esfuerzos en la prevención del consumo de drogas y otras sustancias en la población adolescente, pero para que la estrategia sea efectiva debe actuarse a varios niveles: Salud pública, Educación (en los colegios y en el hogar)¹⁷ y Servicios sanitarios (1), a través de las siguientes acciones:

- Cumplimiento de la normativa que prohíbe la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años.
- En el hogar los padres tienen un rol importante a la hora de establecer límites claros desde edades tempranas como el regresar temprano a casa los

días de fiesta o reuniones de amigos. Educar con el ejemplo y ser coherentes con las prohibiciones que se acuerden sobre el consumo de tabaco y el alcohol (18).

- Cambiar el paradigma de normalización del consumo de estas sustancias propiciado por campañas publicitarias y cierta permisibilidad social, por otro en el que el paso de adolescente a adulto discorra por un proceso de diferenciación y adopción de prácticas responsables de autocuidado. En otras palabras, no ceder a la presión de grupo y bajar el umbral de tolerancia al consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.
- Facilitar a los adolescentes alternativas de actividades y lugares de ocio donde puedan encontrarse con los amigos y divertirse de forma saludable.
- Los adolescentes que ya consumen alguna de estas sustancias deben abandonar estas prácticas nocivas, contando para ello con el correspondiente apoyo institucional (sistema sanitario, social, ...).

16. http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf: Informe ESPAD 2019.

17. Gerra G, Benedetti E, Resce G, Potente R, Cutilli A, Molinaro S. Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 18;17(4):1306. doi: 10.3390/ijerph17041306. PMID: 32085546; PMCID: PMC7068584.



El consumo de alcohol y drogas por parte de niños y adolescentes viene asociado a alteraciones neurocognitivas que más adelante pueden generar problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos.

La prevención del consumo de alcohol y drogas es un importante ámbito de trabajo en materia de salud pública, labor que puede pasar por estrategias e intervenciones dirigidas a la población y actividades en la escuela, la comunidad, la familia o a nivel individual. Entre las principales fórmulas para reducir el consumo de alcohol en la adolescencia están el establecimiento de una edad mínima para comprar y consumir alcohol y la eliminación de la publicidad dirigida a los menores. Se ha comprobado que normas severas en estos dos aspectos pueden prevenir que los adolescentes adquieran dos importantes conductas de riesgo: la iniciación al consumo de alcohol y el consumo en atracón (binge drinking) temprano¹⁸.

Recursos en la red

(18) <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programas-detacados.html>: Sección de la página web del portal de

Familia, Mujer y Adicciones de la Junta de Castilla y León, con apartados de intervención desde la para la prevención del consumo de alcohol y drogas. También presenta información sobre prevención en adicciones sin sustancia.

(19) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/prevencion-adicciones/programas-prevencion-familiar-consumo-drogas>

Programas de prevención familiar del consumo de drogas
(20) <https://familia.jcyl.es/web/es/adicciones/guias-sobre-tabaco-para.html>: Guía práctica para dejar de fumar

(21) <https://www.sanidad.gob.es/alcoholJovenes/home.htm>: Página web del MSSSI, todo sobre el alcohol y los jóvenes (documentos, guías, folletos, etc.) dirigido a público general, padres, jóvenes y profesionales de la salud.

(22) <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data/adolescent---risk-factors>: Página web de la OMS con información sobre factores de riesgo para la salud de los adolescentes.

(23) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>: Salud del adolescente y el joven adulto

18. Noel JK. Associations Between Alcohol Policies and Adolescent Alcohol Use: A Pooled Analysis of GSHS and ESPAD Data. Alcohol Alcohol. 2019 Dec 1; 54(6):639-646. doi: 10.1093/alcalc/agz068. PMID: 31556931.



4. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006)¹⁹.

La educación sexual comienza en la primera infancia y progresa a través de la adolescencia y la vida adulta a través del entorno familiar, social (amigos, compañeros), a través de los medios de comunicación, centros educativos²⁰ y mediante las políticas de salud pública. Aspira a proteger y apoyar un desarrollo seguro de la sexualidad en la infancia y juventud. Prepara y da

competencia a niños, niñas y jóvenes a través de información, habilidades y valores positivos para que comprendan, disfruten de su sexualidad y de sus relaciones de manera segura y satisfactoria. Les responsabiliza de su propia salud sexual y bienestar y la de otras personas, permitiéndoles que puedan hacer elecciones que mejoren sus vidas y contribuyan a hacer una sociedad más tolerante. Todas las niñas, niños y jóvenes tienen derecho a acceder a una educación sexual adecuada a su edad (24). En la definición de la OMS, el foco principal está en la sexualidad como posibilidades humanas y fuente de satisfacción y placer. Claramente se reconoce la necesidad de adquirir conocimientos para prevenir las enfermedades sexuales de manera positiva. Además, la educación sexual se debe basar en los derechos humanos internacionalmente aceptados, y en particular en el derecho a saber cómo prevenir las enfermedades²¹.

La educación para la sexualidad, dirigida a los adolescentes, ha de estar orientada por tres objetivos básicos:

19. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health?msclkid=049703a4cf7711ec87272af54f558cdf#tab=tab_2

20. Steiner, Riley J et al. “Adolescent Connectedness and Adult Health Outcomes.” *Pediatrics* vol. 144,1 (2019): e20183766. doi: 10.1542/peds.2018-3766

21. Kann, Laura et al. “Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017.” *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)* vol. 67,8 1-114. 15 Jun. 2018, doi:10.15585/mmwr.ss6708a1



- Despertar su propio valor personal (autoestima) y su fuerza potencial como grupo (ayuda mutua o apoyo solidario).
- Aportar instrumentos para analizar la situación problema en la que viven, los factores de riesgo con los que conviven, y descubrir la necesidad de actuar para modificar estas situaciones.
- Ayudarles a obtener los recursos y conocimientos necesarios para asumir el control de su propia salud y la de su comunidad. La intervención debe ser adecuada a la edad del adolescente, de acuerdo con los siguientes tramos etarios:

Adolescencia temprana (11-14 años)

Los adolescentes de esta edad tienden a ser concretos y tener un pensamiento a corto plazo, por lo que no consideran las consecuencias a largo plazo de sus decisiones. Es un buen momento para hablar sobre el hecho de retrasar el inicio de la actividad sexual pero no sirve de nada insistir en explicar sobre los beneficios o consecuencias a largo plazo de esta decisión.

Adolescencia media (15-17 años)

En la adolescencia el riesgo de consumo de drogas es máximo, ya que en estos años los adolescentes cuestionan los límites y la autoridad. La táctica del miedo no funciona; lo que sí lo hace es remarcar la importancia de la influencia de los amigos. Lo mejor es aconsejar sobre cómo vencer la presión de grupo y cambiar de círculos sociales (el comportamiento sexual y la asunción de riesgos están asociados con cierto tipo de grupos o con salir con chicos menores o mayores).

Adolescencia tardía (17 a 20)

Los adolescentes mayores están entrando en nuevas situaciones sociales como iniciar los estudios universitarios o la entrada en el mercado laboral, así que hablar del comportamiento sexual en un contexto más amplio de las relaciones sociales puede ser útil. Por ejemplo, se puede comentar como el comportamiento sexual ayuda a formar la identidad personal o a definir a un joven. Influye en cómo se ven a ellos mismos y en cómo son vistos en sus relaciones íntimas por su comunidad o sus grupos de iguales.

Los principales riesgos a los que se enfrentan los adolescentes a partir del comienzo de su actividad sexual son los embarazos no deseados y las enfermedades



de transmisión sexual (ETS). En los últimos años se ha añadido el “chemsex”²² que consiste en la utilización de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales durante un largo período de tiempo. Esta práctica potencia los riesgos anteriores al favorecer la desinhibición sexual y escaso uso del preservativo, así como de otros medios de protección.

Tanto para los padres como para los adolescentes, hablar de sexo puede ser incómodo. Los chicos no quieren ver a sus padres en ese contexto y, recíprocamente, los padres a sus hijos. A pesar de esto los adolescentes todavía reconocen que los padres son la principal influencia en su comportamiento sexual. Las directrices para el éxito de las conversaciones sobre sexo entre padres y adolescentes incluyen:

- Comprometer a los hijos a discutir de forma honesta y abierta sobre temas como el empezar a salir con alguien, la intimidad sexual y emocional, la identidad sexual y el compromiso emocional.
- Discutir las responsabilidades respecto al compromiso y la intimidad en las relaciones románticas.

- Discutir sobre las responsabilidades para evitar el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.
- Enseñar a los adolescentes a no explotar social, emocional o sexualmente a nadie.
- Es imposible enseñar si no se da el ejemplo.
- De igual forma enseñar a los adolescentes como reconocer las relaciones abusivas o de explotación.
- Poner límites apropiados como la edad de empezar a salir con alguien, la hora de regresar a casa y la edad de la persona con la que el hijo/a desea salir.
- Debido a que los adolescentes pueden sentirse avergonzados de hablar con sus padres sobre sexo o las relaciones, brindar acceso a otras personas adultas de confianza.
- Ser abiertos a las preguntas y los valores expresados por los adolescentes (24).

En tus relaciones sexuales completas, para prevenir infecciones o un embarazo: ¡Protégete! Siempre usa condón.

22. <https://www.immedicohospitalario.es//noticia/33706/el-chemsex-puede-triplicar-el-riesgo-de-infeccion-por-vih.html>



Recursos en la red

- (24) <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjuven/sexualidad>: Página dirigida a los jóvenes, con temas relacionados con la sexualidad: ETS; embarazo; agresión sexual entre otros. La Consejería de Sanidad de Castilla y León cuenta con un teléfono gratuito de asesoramiento e información sobre sexualidad (infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y métodos anticonceptivos) (horario: viernes, sábados y domingos de 18:00 a 23:00 horas.) 900 10 44 13. Además, estamos presentes en Facebook (Información Sobre Sexualidad en Castilla y León ) y en Twitter ([InfoSexualidadCyl](#) ) en donde disponéis de información actualizada y rigurosa sobre sexualidad.
- (25) <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/Birth-Control-for-Sexually-Active-Teens.aspx?msclkid = 6066e12acf8711ecb1f1b0b463728689>:
- Métodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos –
- (26) https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/img/anatomia/metodos_anticonceptivos.pdf
Guía de la Comunidad de Madrid de métodos anticonceptivos, 2013.
- (27) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual:Página> web del portal de salud de la Comunidad de Madrid, sección de enfermedades de transmisión sexual.
- (27) <https://www.hbsc.es/informes#Monosex2018>: Resultados del estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sobre conducta sexual en España. Análisis de tendencias de 2002 a 2018.
- (28) <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/chemsex-sexualidad>



5. EDUCACIÓN VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 2020, las causas externas fueron la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años, tanto a nivel nacional como en la Comunidad de Castilla y León²³. La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico, aunque ha descendido en los últimos años (en 2020 principalmente debido a las medidas restrictivas por la pandemia), se mantiene como una importante causa de mortalidad en este grupo de edad (datos INE 2020). Los accidentes de tráfico afectan especialmente a las poblaciones más jóvenes y además de los ocupantes de turismos, están frecuentemente implicados en ellos los de motocicletas y bicicletas, así como los peatones. Por ello, es importante que dentro del proceso de promoción de la salud se incorporen contenidos sobre educación vial desde el colegio, la sociedad y la familia siendo importantes las siguientes recomendaciones (29):

No conducir mientras se utiliza el móvil. El uso del teléfono móvil está cada día más extendido en la población, incluso conduciendo, a pesar de que está suficientemente demostrado que aumenta significativamente el riesgo de sufrir un accidente. Según estudios de la Dirección General de Tráfico el uso del teléfono móvil multiplica por seis el riesgo de provocar un

accidente. Además de la distracción, conducir mientras se habla por el móvil produce sobre los reflejos efectos similares a los causados por la ingestión de una cantidad de alcohol suficiente para producir una alcoholemia de 1 g/l. La nueva Ley de Tráfico de 2022 no permite manipular el móvil durante la conducción.

No alcohol al volante. No existe un límite de seguridad de consumo de alcohol, y menos en menores de edad. Aún por debajo del límite legal, el riesgo de accidente puede verse ya incrementado; lo seguro, y recomendable, es evitar conducir después de haber consumido cualquier cantidad de alcohol. La única tasa realmente segura es 0,0 mg/l y este es el límite para los menores de edad, aunque en general el límite de alcoholemia en España actualmente se establece en 0,25mg/l en aire expirado y 0,5 mg/l en sangre, y para los profesionales y conductores noveles los límites son 0,15 mg/l y 0,3 mg/l respectivamente.

Usar siempre el cinturón de seguridad ya sea como copiloto o en la parte de atrás, en la ciudad o en el campo. El “factor humano” suele ser determinante en un alto porcentaje de los accidentes de tráfico. Sin embargo, podemos afirmar que el vehículo juega un importante papel para minimizar el riesgo en diferentes

23. <https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/defunciones-causa-muerte-2020.html>



situaciones en las que puede verse implicado. De esta manera los sistemas de seguridad de un vehículo pueden influir disminuyendo la probabilidad de que se produzca un accidente (sistemas de seguridad activa) y reduciendo en lo posible los daños que sufra cada ocupante una vez producido el accidente (sistemas de seguridad pasiva). El airbag no sirve para nada si no hacemos uso del cinturón.

Usar siempre casco en vehículos de dos ruedas.

La circulación en un vehículo de dos ruedas entraña una serie de alicientes respecto a otros tipos de vehículos. Sin embargo, los vehículos de dos ruedas protegen notoriamente menos a sus ocupantes en caso de accidente; sus capacidades de prevención de lesiones son mínimas. Los elementos de seguridad pasiva de otros vehículos son, en este caso, sustituidos por el equipamiento que viste el ocupante: chaqueta, pantalones, calzado, guantes y, sobre todo, casco. Una de las principales razones de la alta lesividad de los accidentes de vehículos de dos ruedas es la imposibilidad de evitar el mecanismo más importante de lesión grave y fallecimiento en caso de accidente: la eyección del ocupante. Evitar la eyección, reduce la mortalidad a casi la mitad en el caso de vehículos de cuatro ruedas, en gran medida debido a la menor probabilidad de sufrir lesiones cráneo-encefálicas graves y mortales. En los de dos, en

cambio, este tipo de lesiones son la norma en caso de accidente. Es fundamental utilizar un casco adecuado al tamaño de la cabeza y llevarlo en todo momento bien ajustado. Existe evidencia de la eficacia de la utilización del casco en motocicletas para reducir la gravedad de las lesiones en caso de accidente o evitar la muerte. En términos generales, quienes no hacen uso del casco padecen hasta tres veces más lesiones craneales y encefálicas que quienes si hacen uso del casco. No todos los cascos protegen de igual modo, existiendo modelos específicos para cada tipo de actividad y vehículo. A 50 kilómetros por hora las lesiones pueden ser de enorme severidad o mortales, por lo que no se debe escatimar en seguridad. El casco integral ofrece mayor protección para la cara, para el cuello y para toda la cabeza. El casco para bicicletas tiene algunas características diferentes. Salvo que se vaya a practicar deporte de BTT (bicicleta todoterreno), en cuyo caso se utilizan cascos integrales, el uso no deportivo de la bicicleta conlleva la utilización del casco especial, más ligero, pero también eficaz en la reducción de lesiones. Si el casco ha recibido un golpe, no se debe volver a utilizar.

Cuando se es peatón se debe cruzar siempre la calzada por los pasos de peatones, cuando el semáforo lo permite, tras verificar la ausencia de peligros. En las



vías interurbanas se circulará por la izquierda y en horas de baja visibilidad con elementos reflectantes.

Recursos en la red

(29) <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/SeguridadVial/medioEscolar.htm>. Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud.

(30) <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/jovenes/>

Otros recursos didácticos de la DGT dirigido a los jóvenes y educadores.

(31) https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/seguridad-vial/recursos-materiales/jovenes/videos-jovenes/: Información sobre seguridad vial dirigida a jóvenes, de la Fundación MAPFRE.



6. DESCANSO ADECUADO

El descanso en los adolescentes afecta al desarrollo del cerebro. Su patrón de sueño normal es diferente al de los niños o los adultos. Hasta los 10 años de edad la mayoría de los niños se despiertan activos y frescos, pero los adolescentes generalmente están adormilados al despertarse, cansados durante el día y despiertos en la noche. En la adolescencia el ritmo circadiano cambia, debido a un cambio en la secreción de melatonina, la cual provoca somnolencia. En esta etapa la melatonina inicia su acción más tarde por la noche y disminuye también más tarde por la mañana. En contraste, el ritmo circadiano de las personas de mediana edad tiende a cambiar hacia atrás, por eso muchos padres luchan por permanecer despiertos mientras sus hijos adolescentes están en su alerta máxima.

De hecho los adolescentes necesitan dormir tanto o más tiempo que el que requerían cuando eran niños. El óptimo es de 9 a 10 horas. Muchos adolescentes están crónicamente privados de sueño, durmiendo un promedio de 6 a 7 horas cada noche. Ese déficit viene determinado por la hora temprana de comienzo de la actividad lectiva y la muy tardía en la que se acuestan.

Tan escaso tiempo de descanso puede ocasionar somnolencia (sea en clase o incluso detrás del volante), irritabilidad, incapacidad para realizar tareas que no sean emocionantes o de naturaleza competitiva y dependencia de bebidas con cafeína para permanecer alerta²⁴.

La falta de sueño tiene un poderoso efecto en la habilidad para aprender y retener nuevas materias, especialmente en áreas abstractas como física, filosofía, matemática y cálculo y también es importante para mejorar el rendimiento atlético y tener un desarrollo sano. El déficit de sueño puede causar problemas de salud, como las enfermedades cardíacas y la obesidad, dificultades para combatir las infecciones y problemas emocionales como la depresión.

Combatir contra la biología puede ser desalentador, pero los adultos pueden ayudar a los adolescentes a conseguir un descanso adecuado:

- Manteniendo la TV y los aparatos electrónicos fuera de sus habitaciones.
- Cambiando a bebidas sin cafeína al final del día.
- Disminuyendo las actividades a una hora razonable.

24. Owens J, Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*. 2014; 134(3):e921–e32.



Recuperar las horas de sueño los fines de semana no es la mejor opción, debido a que confunde al cerebro en la hora en que anochece y el descanso no es tan reparador como el logrado con el sueño regular²⁵.

Recursos en la red

- (32) <http://kidshealth.org/es/teens/how-much-sleep-esp.html>

- (33) Página web dirigida a adolescentes con información sobre el sueño.
<http://www.cinteco.com/guia-del-sueno-para-el-adolescente/>
Página web con información dirigida a adolescentes donde se amplían las recomendaciones para tener un sueño reparador y adecuado.

25. Bei B, Allen NB, Nicholas CL, Dudgeon P, Murray G, Trinder J. Actigraphy-assessed sleep during school and vacation periods: a naturalistic study of restricted and extended sleep opportunities in adolescents. *J Sleep Res.* 2014; 23(1): 107-117. doi:10.1111/jsr.12080



7. SALUD BUCODENTAL

Durante la infancia, los niños visitan al dentista acompañados de sus padres, pero los adolescentes controlan más su tiempo libre y es posible que no acudan al dentista para realizar exámenes de rutina. Como resultado, muchos adolescentes no reciben el cuidado dental que necesitan o la información necesaria sobre sus hábitos de higiene oral (34). La enfermedad crónica más común entre jóvenes de 5 y 17 años es la caries, según información de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Es una enfermedad mediada por bacterias cuyo signo principal es la presencia de una lesión en la pieza dental que puede o no estar cavitada. El proceso comienza por la desmineralización del esmalte, pudiendo posteriormente resultar en la exposición de la dentina y daño al tejido pulpar.

En las últimas décadas se ha observado un descenso de la caries dental en muchos países de Europa y Norteamérica pero continúan existiendo grandes diferencias a nivel socioeconómico que influyen en la prevención y por tanto en la prevalencia de enfermedades bucodentales. Las afecciones en la dentadura constituyen una fuente común de dolor y de discapacidades. Cualquier tipo de patología bucodental es causa, si no

se trata, de dolor orofacial y de una pérdida de distintas funciones como es el comer, masticar o hablar, situaciones que, en ocasiones, producen alteraciones en la apariencia física y contribuyen a que las personas dejen de sonreír, se sientan molestas si comen fuera de casa e incluso pierdan su autoestima y les dificulte mantener relaciones en su entorno social.

En 2021, la 74 Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre salud bucodental en la que se recomendó promover la prevención en lugar del enfoque exclusivamente curativo tradicional y potenciar la promoción de la salud bucodental en la familia, la escuela y el lugar de trabajo, así como incluir una atención integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria. La resolución afirma que la salud bucodental se debe integrar en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y que las intervenciones en este ámbito deben incluirse en los programas relacionados con la cobertura sanitaria universal. La Asamblea ha pedido a la OMS la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para hacer frente a las enfermedades bucodentales que antes de 2023 se traduzca en un plan de acción de salud bucodental que determine cuáles son las intervenciones más rentables en este ámbito²⁶.

26. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>



Los hábitos de una correcta higiene bucodental deben incorporarse dentro de la higiene general del individuo y es importante que se adquieran a edades tempranas para que persistan a lo largo de la vida. En esto, los padres juegan un papel esencial: deben ser los inductores de la higiene bucal de sus hijos y son los responsables de que el niño acuda al dentista desde una edad temprana. Si en una familia no se le da la suficiente importancia a la higiene bucal, la eficacia de lo que aprenda fuera de casa será mucho menor (35).

Muchas de las enfermedades y trastornos bucodentales comparten factores de riesgo modificables (como el consumo de tabaco y de alcohol y las dietas ricas en azúcares libres) con las principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes). Las recomendaciones para gozar de una buena salud bucodental son entre otras²⁶:

a) Cuidar la alimentación:

Limitar el consumo de bebidas y alimentos azucarados: “chuches”, caramelos, chicles, chocolate, pasteles, etc. Se aconseja la reducción en la ingesta de alimentos con mayor potencial cariogénico (los que contienen azúcares refinados) y evitar consumirlos especialmente entre comidas. Hay que recordar que es

cariogénico cualquier alimento muy rico en azúcar, tanto si es natural como elaborado como las golosinas, pastelitos, bebidas refrescantes, zumos de fruta, cereales, chocolate, helados, salsas o la miel.

Limitar el consumo de refrescos. El consumo de refrescos entre los jóvenes se ha incrementado en los últimos años. El azúcar en los refrescos azucarados puede causar caries, y los aditivos saborizantes ácidos (presentes en los refrescos azucarados y no azucarados) también pueden erosionar y dañar el esmalte dental (36). Además de reducir el consumo, los adolescentes pueden limitar los efectos nocivos de los refrescos de dos formas muy simples: beberlos con una “pajita” reduce el contacto que tienen con los dientes y enjuagarse la boca con agua después de beberlos puede reducir el riesgo de caries. También es frecuente que los adolescentes se alimentan con barras “nutritivas” y comidas rápidas para mantenerse alertas y cumplir con la escuela, las actividades extracurriculares y los trabajos de media jornada. Sin embargo, estos hábitos pueden dañar en forma permanente la salud bucal y la salud en general. Los jóvenes deben tener acceso a refrigerios saludables, como manzanas, zanahorias o queso bajo en grasas. Mantener un cepillo de dientes de viaje en el casillero o en su mochila puede ayudarles a mantener



buenos hábitos de limpieza dental, ya que podrán cepillarse los dientes después de ingerir alimentos.

Actualmente, se acepta que tanto la caries como la enfermedad periodontal, tienen un factor etiológico común: la placa bacteriana. Las diferentes técnicas de higiene oral tienen como finalidad eliminar ésta, bien de una forma mecánica, por medio del cepillo de dientes (manual o eléctrico) que es el método más efectivo, pero apenas controla la higiene de las zonas interproximales, por lo que es necesario utilizar además, otros procedimientos como la seda dental o los cepillos interdetales, especialmente en pacientes que han sufrido periodontitis. La técnica del hilo de seda es compleja, por lo que se recomienda una visita al odontólogo para recibir un correcto adiestramiento individualizado. La utilización incorrecta puede tener efectos negativos no deseados.

b) Controlar la higiene bucodental: Los dientes y encías deben cepillarse a diario y en profundidad con una pasta dentífrica fluorada después de cada comida. Se aconseja que a partir de los 6 años todas las personas se laven los dientes con una pasta dental fluorada como

mínimo dos veces al día²⁷. No es necesario recomendar una técnica concreta, simplemente que realicen un cepillado que llegue a todas las caras de los dientes y durante un tiempo suficiente (se recomienda tres minutos de cepillado). Cepillarse sin pasta dental no tiene un efecto preventivo sobre la caries. Se recomienda el recambio periódico del cepillo dental, al menos trimestralmente, ya que con el uso, el cepillo se estropea y deja de limpiar correctamente. Hay evidencias de que el cepillo eléctrico tiene una capacidad de limpieza ligeramente superior a los manuales, especialmente aquellos con batería recargable, puesto que en los que utilizan pilas la eficacia disminuye rápidamente. También es esencial no acostarse nunca sin cepillarse los dientes.

c) Evitar los piercings en la boca: Los piercings en la lengua siguen siendo una moda a pesar del peligro que representan para la salud bucal. Las personas que los usan astillan sus dientes con el arete cuando comen, duermen, hablan o mastican. La fractura puede limitarse al esmalte del diente y es posible que deba colocarse un empaste, o puede ser más profunda, lo que puede causar que sea necesario un procedimiento

27. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD007868. Published 2019 Mar 4. doi:10.1002/14651858.CD007868.pub3



de endodoncia o incluso la extracción del diente. Las infecciones también son comunes con los piercings en la boca. La lengua puede inflamarse tras ser perforada y, en algunos casos, puede infectarse e inflamarse a tal punto que puede llegar a obstruir la respiración. Si el equipo de perforación no está adecuadamente esterilizado puede transmitir otros tipos de infecciones como la hepatitis²⁸.

d) Jugar de forma segura: Los deportes de contacto pueden producir lesiones en la boca, pero los adolescentes pueden prevenirlas usando un protector bucal cuando practican deportes. El protector bucal, ya sea que haya sido fabricado a medida por un dentista o haya sido comprado en una tienda, debe mantenerse limpio, enjuagándolo con regularidad y guardándolo en un recipiente ventilado.

e) Visitar al dentista: Al igual que los adultos, los adolescentes deben visitar al dentista al menos dos veces por año. Las consultas al dentista y las limpiezas regulares no solo mantienen los dientes blancos y

brillantes (un incentivo para la autoestima de cualquier adolescente), sino que también pueden ayudar a detectar problemas menores antes de que empeoren y controlar la evolución del estado de la cavidad oral, practicando el sellado de fosas y fisuras a edades tempranas para prevenir caries oclusales (35)

Recursos en la red

- (34) https://www.cdc.gov/oralhealth/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthywarter%2Fhygiene%2Fdisease%2Fdental_caries.html
- (35) <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/index.html>: Página del Ministerio de Sanidad y Consumo - Plan de Salud Bucodental dirigido a la población entre 7 y 15 años.
- (36) <http://sespo.es> Página web de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), con documentos y materiales de difusión sobre salud bucodental.
- (37) <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/cuida-dientes>: Página web del portal de salud de Castilla y León sobre salud bucodental de 6 a 12 años.

28. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/piercing-oral.html>



8. SALUD MENTAL Y BIENESTAR DEL ADOLESCENTE

En los últimos años se han acumulado evidencias sobre la influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud en general. De hecho, el bienestar mental está incluido en la definición de salud de la OMS. Se refiere a un estado en el que las personas son conscientes de sus propias aptitudes, afrontan las presiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad²⁹. También uno de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”³⁰.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, emocionales y sociales y esto puede implicar una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental. Se calcula que a nivel mundial uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años (14%) padece algún trastorno mental³¹, pero a pesar de ello estas enfermedades siguen en gran medida sin recibir el reconocimiento y el tratamiento debidos.

Este es un período esencial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, como son la adopción de patrones de sueño saludables, hacer ejercicio regularmente, desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas, y aprender a gestionar las emociones. Es importante, además, contar con un entorno favorable y de protección en la familia, la escuela y la comunidad en general.

Cuanto más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan tener sobre su salud mental. Algunos de estos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro. También recientemente se ha observado la influencia de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población y sobre todo de los adolescentes,

29. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

30. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

31. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>: Salud mental del adolescente (who.int)



en gran parte debida al cierre de los centros escolares, ya que éstos no solo imparten educación sino que proporcionan a los jóvenes oportunidades para mejorar su actividad física y relaciones sociales, contribuyendo a mejorar su salud mental³².

Hasta hace poco tiempo, se negaba que los niños y jóvenes sufrieran trastornos mentales, o se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la existencia de relación y continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta (38). Se detecta, por tanto, un importante potencial de mejora en la concienciación sobre la magnitud y la gravedad de los problemas causados por los trastornos mentales en niños y adolescentes, tanto en la toma de decisiones políticas, como en aquellas tomadas por profesionales de la salud y la sociedad en general. La actuación en el ámbito de la salud mental de los niños y jóvenes es crítica y de gran relevancia para conseguir un desarrollo normal de estos pacientes. Además existe un importante número de casos de niños y jóvenes con problemas que pese a no cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno mental son fuente de sufrimiento. La carencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los

niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, teniendo consecuencias negativas, como la disminución de las oportunidades educativas y profesionales, además de suponer un sufrimiento elevado para familiares y cuidadores y una carga económica y social para la familia y la sociedad.

Se considera que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un capital de salud, en términos de información sobre temas clave y la adquisición de unas habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables. Dentro de este capital de salud las habilidades que se pretende desarrollen durante esta etapa son:

- Habilidad de comunicación
- Relaciones sociales
- Autoestima
- Asertividad
- Conocimiento de sí mismos
- Fortalecer la toma de decisiones
- Convivencia y cooperación
- Control emocional

Por tanto, las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes tienen como objetivo

32. <https://www.cdc.gov/healthyouth/mental-health/index.htm>



mejorar su capacidad para regular las emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia para gestionar situaciones difíciles o adversas, y promover entornos y redes sociales favorables.

Sobre las relaciones sociales, existe evidencia que respalda recomendar actividades como: participar en reuniones, entrenar en un equipo o club y asistir a eventos deportivos, por estar asociadas de forma positiva con una buena salud. Por otro lado, el tener baja actividad cultural afecta los resultados de salud auto-percibida, satisfacción con la vida y la autoestima positiva de los jóvenes (39).

Recursos en la red

- (38) <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>.
- (39) <https://www.instagram.com/consaludmental/guide/guia-para-adolescentes/17963630563324750/?igshid=1ved5q92c6l3k> SALUD MENTAL ESPAÑA en Instagram: Guía para adolescentes • Instagram
- (40) <https://bemocion.sanidad.gob.es/> Iniciativa del Ministerio de Sanidad. Contiene consejos, cuestionarios y otros materiales dirigidos a abordar problemas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.) de forma práctica, dirigido a público general.



9. ACOSO, MALTRATO ESCOLAR (*BULLYING*)

El bullying es una forma de violencia entre iguales (estudiantes) que se desarrolla en el medio escolar, tanto dentro como fuera del centro educativo (en el aula, en los patios o en las rutas a casa). Es una conducta repetitiva que implica intencionalidad y un desequilibrio de poder o fuerza. Además, al producirse en un contexto social estable (grupo de iguales o centro educativo) es más difícil salir de ella. El acoso puede ser de distintos tipos: mediante insultos, chantajes, rumores o amenazas, aislamiento, violencia física, económica (robos) o acoso sexual, y afecta a toda la comunidad educativa, ya que deteriora la convivencia y vulnera los derechos de los estudiantes. Los últimos años de primaria y primeros de secundaria son aquellos con mayor concentración de este tipo de violencia. Según el informe publicado por la ONU en 2021 con el título “Más allá de los números: poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar”³³, casi uno de cada tres estudiantes (32%) a nivel mundial fue víctima de acoso por parte de sus compañeros de escuela al menos una vez en el mes anterior a realizarse la encuesta, aunque en Europa la prevalencia es algo más baja (25%). También, según este informe, el tipo de acoso más sufrido es el físico, seguido del acoso sexual,

en todas las regiones excepto en Europa y América del Norte, en que el más común es el acoso psicológico.

Una mención especial merece el acoso a través de las nuevas tecnologías o *ciberbullying*, que afecta a nada menos que a uno de cada diez menores. Tiene consecuencias más graves ya que el número de espectadores es mayor, y es más difícil prevenirlo y abordarlo ya que se extiende fuera del ámbito escolar. La humillación a través de las redes sociales, los correos o el móvil se perpetúa en el tiempo y a menudo se asocia a la violencia física, verbal o de exclusión en el aula o en el centro. Las acciones que se pueden considerar acoso por internet van desde publicar o compartir información comprometida, comentarios, rankings negativos, perfiles falsos e incluso hasta suplantar la personalidad de las víctimas (41,42).

Las consecuencias del bullying se manifiestan a distintos niveles:

- a) A nivel educativo: conlleva un mayor absentismo, problemas de aprendizaje y peores resultados académicos, y una mayor probabilidad de abandonar los estudios después de la ESO.

33. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398/PDF/378398spa.pdf.multi>



b) A nivel de salud: repercute sobre la salud mental de las víctimas (indefensión, sumisión, sentimientos de inferioridad, y pensamientos suicidas), sobre su calidad de vida (dificultad para dormir, ansiedad, ...) y potencia las conductas de riesgo en los agresores en algunos casos y en las víctimas en otros (mayor tasa de consumo de tabaco, alcohol y cannabis y experiencias sexuales más tempranas).

Un tercer implicado son los espectadores, ya sea por indiferencia o por participación/ fomento. Si se permanece en estas situaciones el agresor puede aprender a conseguir sus objetivos mediante la violencia, a cualquier edad. Los asistentes o espectadores interiorizarán como normal dichos comportamientos (42).

Hay que tener en cuenta que el maltrato se alimenta del silencio: el silencio del maltratador, el silencio de la víctima, por miedo o por vergüenza o por la falta de confianza y por no saber a quién contar lo que sucede; y el silencio de los espectadores que no hacen nada para no ser tachados de “chivatos”. Además, el agresor suele buscar ese silencio cómplice de los testigos. Se sabe que más de la mitad de los niños no denunciarían ser víctimas de acoso y que solo una minoría de los casos de

hostigamiento son denunciados. Incluso cuando surge la voz de alarma, la mayoría quiere demostrar que no está ocurriendo nada o que lo que se dice es falso. Las administraciones públicas deben facilitar los medios necesarios y accesibles para que los propios adolescentes, víctimas o testigos de una situación de violencia, puedan comunicarlo de forma segura y fácil, por ejemplo mediante líneas telefónicas gratuitas de ayuda³⁴.

En los últimos años ha aumentado la proporción de jóvenes que comunican situaciones de agresión o acoso. La ayuda se busca más frecuentemente en amigos/as aunque una tercera parte lo contaría a la familia, seguido de compañeros o compañeras. Algo más del 10% no lo comunica (41).

Es importante reconocer y detectar la existencia del acoso escolar como un problema por parte de la comunidad educativa, ya que esta toma de conciencia ayuda al seguimiento de éste. Se ha recomendado realizar estudios epidemiológicos periódicos y desde 2014 existe la sección de convivencia escolar (vinculada a la Consejería de Educación) dentro del Observatorio de Castilla y León (41). No hay que minimizar el problema recurriendo a tópicos como “eso ha ocurrido siempre”, “fortalece el carácter”, “son cosas de chicos, más vale no

34. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.



meterse”, etc... Asimismo, el profesorado debería mostrar una actitud cercana con los alumnos, mostrando interés y preocupación por ellos, y a su vez fomentando las actividades participativas y cooperativas y la educación en valores de convivencia positiva, para desarrollar alternativas a la violencia y prevenir la intolerancia y el sexismo. El alumnado lo vería así como un recurso para prevenir y solucionar los episodios de acoso escolar. Esto ayuda a la resolución de los conflictos en los propios centros escolares, con implicación de los adolescentes y de sus familias. El inicio de programas preventivos en edades más tempranas (últimos cursos de primaria) podría ser de alto valor, incluyendo además actividades específicas para prevenir la victimización, sobre todo en el alumnado de origen inmigrante, propenso a la exclusión social. La adquisición de técnicas de resolución de conflictos interpersonales y de estrategias de comunicación, así como el desarrollo de habilidades de relación interpersonal evita estos procesos (41-45).

La lucha contra el bullying, una vez detectado, necesita de medidas de intervención rápidas y precisas; sin embargo, una de las formas más efectivas de prevenir su aparición, es mejorar las relaciones entre iguales y la ayuda entre el propio alumnado, siendo los alumnos los que prevengan y paren el acoso, apoyen a las víctimas, involucren a los observadores pasivos y reeduquen

a los agresores. Ese es el núcleo central del programa PAR (Prevenir, Ayudar, Reeducar) que, además de ser un recurso, pretende ser una iniciativa para configurar una red de centros coordinados para luchar contra el acoso en todas sus modalidades.

Es necesario estimular a los alumnos a no callar ante la violencia, y saber observar y detectar cambios sugerentes de acoso en los jóvenes para poder identificar las situaciones de maltrato y así mejorar la convivencia. La colaboración con las familias en el conocimiento del origen del maltrato y de las medidas que deben tomarse se hace imprescindible.

Los aspectos educativos son primordiales. Se debería adaptar la educación a los actuales cambios sociales, desarrollando la colaboración a múltiples niveles, mejorando la calidad del vínculo educativo y coordinando políticas educativas en distintos ámbitos de actuación, para que se aprenda a condenar toda forma de violencia, favoreciendo una representación que ayude a combatirla. Las campañas educativas deberían dirigirse contra las distintas conductas de acoso escolar, fomentando la sensibilización y solidaridad hacia las víctimas y el rechazo social hacia los agresores.

Según la UNESCO “Todas las formas de violencia en la escuela, incluido el acoso, representan una vulneración del derecho de los niños y adolescentes a la educación, a



la salud y el bienestar. Ningún país puede lograr una educación inclusiva, equitativa y de calidad si sus estudiantes son víctimas de violencia en el ámbito escolar”(45).

DECÁLOGO POR LA CIBERCONVIVENCIA POSITIVA Y CONTRA EL CIBERBULLYING³⁵

1. Cuidado de los datos ajenos.

Los datos personales de las demás personas no te pertenecen. Evita usarlos o publicar fotografías sin permiso.

2. Discreción.

No reveles asuntos particulares de otras personas, aunque pienses que no les va a importar.

3. Respeto y prudencia.

Dirígete a las demás personas con mucho cuidado y respeto. Puede que no te entiendan bien o que tengan un mal día.

4. Visión global y creativa.

Cuida mucho las bromas en público. Aunque la persona implicada sepa que no es en serio otras lo pueden interpretar mal.

5. Observación y empatía.

Cuando entres en un lugar nuevo observa durante algunos días antes de actuar. Quizás no sea el sitio o la gente que pensabas.

6. Gestión positiva de emociones.

Si alguien te enfada, desconecta un rato. Puede tratarse de un malentendido o algo no intencionado.

7. Compromiso y sensibilidad.

Cuando veas que alguien comete una imprudencia, hazlo saber de manera discreta.

8. Implicación activa y constructiva.

Si perteneces a una comunidad o red, participa y contribuye de forma positiva.

9. Tolerancia y participación.

Muestra respeto por las opiniones de las demás personas y manifiesta la tuya.

10. Solidaridad.

Si ves que alguien sufre trato injusto y abuso intenta ayudar evitando presuposiciones y conflictos.

35. <https://www.pantallasamigas.net/decalogo-ciberconvivencia-positiva-contr-el-ciberbullying-acoso-escolar/>



Recursos en la red

- (41) <https://www.educa.jcyl.es/convivenciaescolar/es/observatorio-convivencia-escolar>: Información sobre acoso escolar de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León
- (42) <https://www.educacionyfp.gob.es/mc/sgctie/convivencia-escolar>: Materiales y recursos sobre acoso escolar del Ministerio de Educación y Formación profesional.
- (43) http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL_profesores.pdf
Guía para el profesorado sobre el acoso escolar. Contiene actividades para las aulas. Fundación ANAR.

- (44) <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf>
Guía para padres y madres sobre el acoso escolar, de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- (45) https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374794_spa/PDF/374794spa.pdf.multi: Documento de la Conferencia Internacional sobre el Acoso Escolar organizada por la UNESCO y el Ministerio de Educación, Juventud y Deportes de Francia (Noviembre 2020).



10. VIDEOJUEGOS

Los videojuegos no son de aparición reciente en la historia del entretenimiento. En los años 70 se desarrollaron los primeros, muy sencillos y simples. Aunque hay estudios que han demostrado que algunos videojuegos pueden mejorar parámetros cognitivos, así como la capacidad para resolver problemas y procesar información, otros alertan sobre los riesgos potenciales de este tipo de prácticas. El uso excesivo de videojuegos ha aumentado de forma espectacular en la última década, sobre todo en los chicos de 10 a 19 años y esto puede llegar a tener consecuencias negativas como el juego problemático o adictivo³⁶, considerando éste como un uso disfuncional que perjudica al individuo a nivel familiar, social, laboral, escolar, conductual y/o psicológico³⁷.

El diseño de los videojuegos facilita la pérdida de capacidad de control sobre el juego, y esto, junto a otros factores personales y ambientales, puede dar lugar a una conducta adictiva en los adolescentes³⁸. En este sentido, las adicciones tecnológicas son el tipo más reciente de las denominadas adicciones sin sustancia. La OMS, en su última Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ya incluye el “trastorno por uso de videojuegos” (gaming disorder) dentro de la sección “trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico”³⁹.

La creciente prevalencia a nivel mundial hace necesarias las investigaciones sobre este importante problema de Salud Pública. Conocer los indicadores y predictores de la adicción a los videojuegos es fundamental para que los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes puedan identificar precozmente

36. Marco Y, Chóliz M. Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a videojuegos. *Terapia Psicológica*. 2017; 35(1): 57-69.

37. Coyne SM, Dyer WJ, Densley R, Money NM, Day RD, Harper JM. Physiological Indicators of Pathologic Video Game Use in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Mar; 56(3): 307-313.

38. Krossbakken E, Torsheim T, AuneMentzoni R, Luke King D, BjorVatn B, MeenLorvik I, et al. The effectiveness of a parental guide for prevention of problematic video gaming in children: A public health randomized controlled intervention study. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018 Jan; 7(1): 52-61.

39. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>



el comportamiento patológico y desarrollar programas de prevención eficaces⁴⁰. En España, entre los adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años, un 33% de los jugadores online (en línea) y un 6,8% de los jugadores offline (fuera de línea) presentan juego patológico⁴¹.

Predictores de la adicción al videojuego y juego problemático:

1. Variables demográficas: El género masculino está fuertemente asociado con la adicción a videojuegos, así como el femenino al uso de redes sociales y a juegos en el móvil⁴². Según estudios realizados en distintas poblaciones, otros factores pueden

ser: falta de amigos, bajo rendimiento escolar, problemas familiares, problemas psicosociales (depresión, ansiedad) y bajo control de impulsos⁴³.

2. Tiempo de juego y características del mismo: principalmente la frecuencia del juego en línea después de la medianoche aumenta en gran medida la probabilidad de adicción⁴⁴. Los más adictivos son los juegos de disparos, los de rol y los de estrategia.
3. Influencia de la familia: No se ha podido demostrar la influencia del entorno familiar en el desarrollo de adicción a los videojuegos, pero sí que la falta de control por parte de los padres en las actividades en línea de sus hijos, sí se asociaba con un mayor riesgo de adicción al juego online⁴⁵.

40. Rodríguez Rodríguez Mónica, García Padilla Francisca María. El uso de videojuegos en adolescentes. Un problema de Salud Pública. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 20]; 20(62): 557-591.

41. González MT, Espalda JP, Tejeiro R. El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes. *Adicciones*. 2017 Jul; 29(3): 180-185.

42. Spilková J, Chomynová P, Csémy L. Predictors of excessive use of social media and excessive online gaming in Czech teenagers. *Journal of Behavioral Addictions*. 2017. Oct; 6(4): 611-619.

43. Yalçın Irmak A, Erdogan S. Predictors for Digital Game Addiction Among Turkish Adolescents: A Cox's Interaction Model-Based Study. *Journal of Addictions Nursing*. 2019; 30(1): 49-56.

44. Lee C, Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research & Theory*. 2017; 25(1): 58-66.

45. Choi C, Hums MA, Bum CH. Impact of the Family Environment on Juvenile Mental Health: eSports Online Game Addiction and Delinquency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Dec; 15(12).



4. Influencia social: Los adolescentes que tienen relaciones sociales y mantuvieron vínculos con familiares, amigos, vecinos y profesores fueron menos propensos a ser adictos a los juegos en línea. Incluso aquellos adolescentes que tuvieron una mayor interacción social en línea presentaron menos síntomas de juego problemático que los que tuvieron una interacción social en línea menor⁴⁶. También agrava la adicción a videojuegos el que los compañeros jueguen habitualmente o recibir invitaciones suyas a jugar online.
5. Ámbito escolar: experiencias escolares negativas pueden inducir la adicción a videojuegos como vía de escape al alto nivel de tensión que producen en los adolescentes. También el nivel educacional bajo es un predictor importante.
6. Predictores psicológicos: Los adolescentes con rasgos de personalidad neurótica, agresividad o

ansia de experimentar nuevas sensaciones son los más propensos a desarrollar adicción. También lo favorece una mayor impulsividad y menor nivel de regulación emocional⁴⁷.

A nivel físico o fisiológico, los jugadores patológicos tienen más probabilidades de tener problemas de salud y peores autocuidados, como, por ejemplo, dormir poco, patrones irregulares de sueño y patrones irregulares de alimentación, lo que junto a un mayor sedentarismo favorece la obesidad. Además se ha demostrado que la adicción a juegos de internet puede causar estrés fisiológico.

Relación con otras adicciones: Los adolescentes con uso problemático de internet son los que tienen mayor nivel de adicción a los videojuegos. También se asocian a ésta el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, el bajo rendimiento escolar y las pocas relaciones familiares, siendo por tanto, factores de riesgo⁴⁸. Sin

46. Colder Carras M, Van Rooij AJ, Van de Mheen D, Musci R, Xue QL, Mendelson T. Video gaming in a hyperconnected world: A cross-sectional study of heavy gaming, problematic gaming symptoms, and online socializing in adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2017 Mar; 68: 472-479.

47. Liao AK, Chuan Neo E, Gentile DA, Choo H, Sim T, Li D, et al. Impulsivity, selfregulation, and pathological video gaming among youth: testing a mediation model. *AsiaPacific Journal of Public Health*. 2015 Mar; 27(2): 2188-2196.

48. Muñoz-Mirallas R, Ortega-González R, López-Morón MR, Batalla-Martínez C, Manesa JM, Montelá. Jordana N, et al. The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics*. 2016 Aug; 16(1).



embargo, realizar actividades extraescolares y tener un control por parte de los padres fueron factores protectores de estos problemas.

PREVENCIÓN

Para prevenir la adicción al videojuego, está demostrada la eficacia de las técnicas de control de la impulsividad para disminuir la dependencia previa a la adicción, así como de las actividades de prevención tradicional. Además, las técnicas innovadoras de prevención no solo mantuvieron los resultados en el tiempo (2-5 meses tras la finalización del programa), sino que éstos continuaron mejorando.

Las actividades tradicionales consistieron en:

- Realizar un horario semanal de uso de videojuegos (sin jugar todos los días y sin hacerlo fuera del tiempo programado).
- Jugar después de realizar las obligaciones.

- Utilizar otras alternativas en el tiempo libre.
- Enseñar los videojuegos favoritos a los padres.
- No utilizar el modo multijugador online.

El programa de prevención con técnicas de control de la impulsividad, aparte de las actividades mencionadas, añadió: esperar entre 5-10 minutos antes de ponerse a jugar, reflexionando en este momento si es el momento programado para ello o si hay otras cosas que hacer y ponerse una alarma antes de jugar para que suene un poco antes de tener que dejar el juego y les ayude a ello³⁶.

Recursos en la red

- (46) [https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA ADICCIONES MADRID | SEPAD \(madridsalud.es\)](https://www.madridsalud.es/serviciopad/:AYUDA_ADICCIONES_MADRID_SEPAD_(madridsalud.es))
- (47) https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-and-Video-Games-Playing-with-Violence-091.aspx Video Games and Children: Playing with Violence (aacap.org)



11. USO DE REDES SOCIALES (RRSS)

Las Tecnologías para la Información y Comunicación (TIC) son ahora además tecnologías para las Relaciones (TRIC) y esto es importante para analizar el impacto que éstas tienen sobre los adolescentes⁴⁹. Es evidente que los jóvenes tienen una relación muy estrecha con la tecnología, y que no siempre es beneficiosa para ellos. Tras la pandemia, y con la educación online, han aumentado de forma exponencial las competencias digitales de los adolescentes, con más herramientas digitales y mayor acceso a las redes sociales y desde edades tempranas, pero con ello también han aumentado los riesgos, ya que a menudo su uso, y el del teléfono móvil, son intensivos y no supervisados. Sin embargo, las RRSS no son únicamente espacios de ocio improductivo, sino que son herramientas importantes de aprendizaje de niños y adolescentes⁵⁰.

La edad media del primer móvil es algo inferior a los 11 años. El 98% de los adolescentes tiene wifi en casa y el 94,8% móvil con conexión a internet. El 99% de los adolescentes utilizan al menos una app de mensajería y el 98,5% está registrado al menos en una red social (RS), con un 83,56% que lo está en 3 o más RRSS. Casi

2 de cada 3 jóvenes cuenta con más de un perfil en la misma red social, y los utilizan de forma diferente para familia y conocidos o para el grupo de amigos. Este dato es importante ya que los padres pueden tener la sensación de que los controlan y no ser así.

Las RRSS más utilizadas son Whatsapp, YouTube, Instagram y TikTok. Los adolescentes se conectan buscando diversión y comunicarse con sus amigos o hacer amigos nuevos, y no sentirse solos. También en algunos casos la falta de apoyo familiar puede llevarles a buscarlo en internet y RRSS.

Pero el desconocimiento de algunos peligros y la falta de medidas preventivas para evitarlos, pueden exponerles a riesgos como el ciberacoso, el grooming, el contacto con extraños, sentirse discriminados o excluidos, el chantaje y el sexting y sextorsión, o el acceso a contenidos inadecuados para su edad.

La Organización Mundial de la Salud sugiere utilizar el término “Uso Problemático” para referirse al abuso de Internet y redes sociales. 1 de cada 3 estudiantes españoles de ESO podrían tener ya un “Uso Problemático de Internet”, que no solo se caracteriza por una

49. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Res_Ejec_Impacto_de_la_tecnologia_en_la_adolescencia.pdf Resumen Ejecutivo TRIC (unicef.es)

50. http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf



elevada frecuencia de conexión sino por interferir de forma importante en la vida diaria de estos adolescentes y de sus familias. Por tanto, es importante que estos problemas sean debidamente evaluados. 1 de cada 4 adolescentes tiene discusiones en casa al menos una vez por semana por el uso de tecnologías.

Sin embargo, sólo el 29,1% de los padres ponen algún tipo de normas o límites sobre el uso de Internet y/o las pantallas, como limitar las horas de uso o el acceso a determinados contenidos. También los hábitos familiares (el uso durante las comidas, en los momentos de descanso y de ocio familiar) condicionan el uso de los dispositivos electrónicos por parte de los jóvenes. Así los padres deben ser conscientes de su importancia en promover una buena higiene digital en la familia.

Claves para una buena higiene digital⁴⁹:

1. Las familias necesitan herramientas y apoyo para poder educar en materia digital.
2. El sistema educativo es clave en la transformación hacia una educación crítica y en el aprendizaje de las herramientas y pautas necesarias para manejarse en Internet.
3. Si los adolescentes están informados y cuentan con las herramientas necesarias para actuar, tendrán mayores posibilidades de comprender los

riesgos, informar sobre situaciones de abuso y buscar ayuda cuando la necesiten.

4. Las Instituciones deben generar las medidas y mecanismos de protección, educación y promoción de los derechos de los adolescentes necesarios en el entorno digital. Concretar medidas que se traduzcan en acciones y en planes de actuación es clave.
5. La industria tecnológica tiene un papel fundamental para garantizar la protección de los adolescentes a través de los servicios, contenidos, permisos y contratos, de forma que promuevan su bienestar digital. Difundir recomendaciones claras de uso y privacidad, así como a través del desarrollo de herramientas y mecanismos para encontrar ayuda en caso de encontrarse con una situación de riesgo son medidas necesarias.

Recursos en la red

- (48) <https://kidsandteensonline.com/category/entradas/redes-sociales/:Página> web sobre diferentes aspectos de las redes sociales.
- (49) http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/41/publicaciones/2.-_redes_sociales_y_aprendizaje.pdf
- (50) <https://entornoescolar.com/wp-content/uploads/2021/01/Dossier-ESTRES-DIGITAL.pdf> Informe sobre el estrés causado por el entorno digital. ENERO 2021.



12. JUEGO CON DINERO

En niños y adolescentes, el juego como entretenimiento se considera imprescindible para el aprendizaje y el desarrollo cognitivo y social de una persona, pero el juego con apuestas, aunque también se puede realizar de forma lúdica, puede dar lugar al desarrollo de conductas problemáticas como el juego patológico.

La edad de los participantes en juegos de azar y apuestas se ha visto significativamente reducida en los últimos años, principalmente desde que en 2011 se aprobara el juego online. A pesar de que la ley no permite apostar a los menores de 18 años, la mayor accesibilidad al juego a través de internet y la creciente presencia de casas de apuestas en los municipios ha hecho de los juegos de azar una actividad muy popular entre los adolescentes⁵¹. Esto ha implicado un aumento en la prevalencia de problemas de juego en la población joven. Así, una revisión sistemática, realizada en 2017 ya

mostraba que entre el 0,2% y el 12,3% de los jóvenes cumplía los criterios de ludopatía en Europa⁵².

La adolescencia es una etapa en la que se adoptan diversas conductas de riesgo que pueden convertirse en adicciones, y una de ellas es el juego con apuestas. Los estudios están mostrando que muchos jóvenes ludópatas se iniciaron en el juego siendo menores, a pesar de estar prohibido. Son varios los motivos que favorecen esta conducta: por un lado las apuestas, además de como diversión, se ven como una posibilidad de obtener ingresos económicos, y además las empresas del sector han puesto su objetivo en los jóvenes para sus estrategias de publicidad y marketing. También el uso de medios digitales por parte de adolescentes, ha facilitado el acceso al juego online en esta población⁵³.

Por todo esto es esencial identificar de forma temprana los factores de riesgo para prevenir la ludopatía. Así, es necesario recabar información acerca de la situación de los adolescentes respecto al juego, tanto

51. Megías, I. (2020). Jóvenes, juegos de azar y apuestas. Una aproximación cualitativa. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI:10.5281/zenodo.3601078.

52. Calado, F., Alexandre, J., y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies*, 33(2), 397-424. doi: 10.1007/s10899-016-9627-5

53. Mendoza Pérez, K., Morgade, M., Márquez, R. y Gimeno, Ch. (2021) Prácticas invisibles: Análisis de la incidencia e impacto del juego patológico en las trayectorias vitales de los adolescentes y jóvenes. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI: 10.5281/zenodo.5040162



presencial como a través de internet para poder evaluarla y anticipar estrategias de intervención.

Para comprender los problemas de juego de la población adolescente, hay que tener en cuenta una serie de factores tanto internos (personalidad impulsiva, deseo de explorar sensaciones nuevas, problemas de adaptación...) como externos (mayor accesibilidad a las apuestas, tanto de forma presencial como en internet, elevado grado de privacidad en el juego online, etc...).

Recomendaciones de la **Dirección General de Ordenación del Juego**. Ministerio de Consumo.

La Dirección General de Ordenación de Juego (DGOJ) es el órgano al que corresponde la regulación, autorización, supervisión, coordinación, control y, en su caso, sanción, de las actividades de juego de ámbito estatal, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento del sector y la protección de los participantes y grupos vulnerables.

La Ley prohíbe jugar a los menores de 18 años, pero hay otras medidas de prevención de posibles conductas de riesgo. Las Administraciones Públicas (estatal y autonómicas) poseen mecanismos de verificación de identidad con el fin de comprobar la mayoría de edad de los participantes, así como los juegos para los que es precisa esa identificación. Así, en los lugares de juego presencial debe solicitarse la el documento acreditativo

y en el juego online estatal los operadores pedirán la fecha de nacimiento para comprobar que el jugador es mayor de 18 años. La identificación se cotejará con la información que proporciona la Dirección General de la Policía para asegurar la veracidad de los datos. Además, los operadores deben informar en su página de inicio de la prohibición de jugar a los menores, utilizando el logotipo que la DGOJ pone a su disposición. Otra medida de protección a los menores consiste en la regulación de las campañas de publicidad del juego online. El 29 de Mayo de 2021 entró en vigor la ley sobre juego online, de aplicación en todo el territorio español. Entre los puntos más importantes de esta nueva ley se incluye la prohibición de que las casas de apuestas emitan cualquier tipo de publicidad fuera de la franja horaria de 1 a 5 de la madrugada. Del mismo modo, los operadores de apuestas no podrán patrocinar equipos o competiciones deportivas. Es decir, no podrán publicitarse en camisetas ni dar nombre a conjuntos, competiciones o instalaciones o deportivas. Otra de las restricciones en cuanto a temas publicitarios, es que las casas de apuestas no podrán utilizar para sus anuncios a personajes famosos o conocidos, sobre todo si se trata de deportistas. Igualmente, quedan expresamente prohibidos los mensajes publicitarios que inciten reiteradamente a la práctica del juego y a las apuestas.



También esta ley del juego prohíbe los bonos de bienvenida, promoción con la que cuentan casi todos los operadores del juego y en la que se da una cantidad de dinero para utilizar en apuestas a los nuevos usuarios. También se eliminan los llamados “bonos de fidelización”, un sistema similar para los usuarios ya existentes.

El juego presencial depende de las comunidades autónomas. Ellas son las responsables de legislar y supervisar los locales destinados a juegos de azar y apuestas en relación a:

- a) La distancia entre locales de juego y apuestas y zonas vulnerables donde hay colegios, institutos, centros universitarios o parques infantiles.
- b) La concesión de licencias para apertura de estos locales.
- c) Las medidas de control de acceso para impedir que entren los menores de edad y los ciudadanos inscritos en el llamado “registro de autoprobibidos”, que son aquellas personas con problemas de juego que solicitan de forma voluntaria formar parte de esta lista para que se les niegue el acceso a estos locales. Cada CCAA mantiene un Registro de Autoexcluidos con su normativa y características, pero el Registro a nivel nacional de la DGOJ incluye el juego online.

También los padres o tutores tienen un importante papel para evitar que los menores accedan al juego. Algunas de las medidas que pueden adoptar son:

1. Cerrar las sesiones de juego.
2. Guardar las contraseñas de forma segura.
3. Instalar software preventivo y filtros adecuados en sus ordenadores.

Recursos en la red

- (50) [rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/download/33/429?inline = 1](https://rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/download/33/429?inline=1): Información sobre juego patológico. Revista del proyecto Interreg España-Portugal RISCAR.
- (51) <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/accion-coordinada-sobre-adicciones.html>: Sección de la página web del portal de Familia, Mujer y Adicciones de la Junta de Castilla y León, con apartados de intervención para la prevención del consumo de alcohol y drogas. También presenta información sobre prevención en adicciones sin sustancia.
- (52) https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/practicas_invisibles_juego_patologico/
- (53) <https://www.jugarbien.es/>: Recomendaciones para jugar con responsabilidad. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Consumo.



DECÁLOGO DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA ADOLESCENTES

1		La actividad física es muy importante. Incorpórala a tu agenda.
2		Vigila tu alimentación y escoge lo mejor para tu salud.
3		Di NO a las drogas (el tabaco también lo es). Que nadie decida por ti. Di NO al juego de azar con dinero y controla el tiempo que dedicas a videojuegos.
4		El alcohol (otra droga) NO es necesario para divertirse. Escoge bien a tus amigos. No subas a un vehículo si el que conduce ha consumido alcohol o drogas.
5		¡PROTÉGETE! Usa siempre condón en tus relaciones sexuales. Previenes infecciones, embarazos...
6		Utiliza siempre el cinturón de seguridad y el casco en una moto o una bicicleta.
7		Lávate los dientes después de cada comida y SIEMPRE antes de dormir.
8		Hay que descansar! DUERME al menos 9 horas al día.
9		Si piensas que estás pasando demasiado tiempo triste o te cuesta salir con tus amigos, cuéntalo.
10		RECHAZA LA VIOLENCIA. Si te acosan, busca ayuda; si lo presencias, avisa...Si eres el acosador REFLEXIONA sobre tu comportamiento...también necesitas ayuda.