

GUÍA DE INTERVENCIÓN: MENORES Y CONSUMOS DE DROGAS

Carmen Arbex Sánchez

COLABORADORES:

Carlos Mora Rodríguez (Plan Municipal contra las drogas. Ayuntamiento de Madrid)

Gorka Moreno Arnedillo

La Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES), agradece la participación en el grupo de discusión a las siguientes personas e instituciones:

- Antonio Escobar (UNAD)
- Antonio Gamonal (Psicoterapeuta experto en menores)
- Antonio Gamonal (Agencia Antidroga CAM)
- Mari Paz González San Frutos (ADES)
- Rosa Gutiérrez (Programa “Soporte”. Proyecto Hombre de Madrid)
- Nieves Herrero (Plan Municipal contra las drogas Ayuntamiento de Madrid)
- Francisco José de Antonio Lobo (ADES)
- Isidoro Martín (Proyecto Joven. Proyecto Hombre de Burgos)
- Emiliano Martín (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)
- Sonia Moncada (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)
- Antonia Morón (CAID de Usera)
- Felicitas Munín Inglés (ADES)
- Manuel Rivero (Agencia Antidroga CAM)

© ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales)
Martínez Izquierdo, 82 28028 Madrid

Maquetación y diseño: A.D.I.
Martín de los Heros, 66 28008 Madrid

Imprime: JUMA

ISBN: 84-699-9740-8

Depósito Legal: M-44040-2002

INDICE

Introducción	7
1. Población diana de la intervención: los menores/adolescentes	11
1.1. Características evolutivas de la adolescencia	13
1.2. La realidad social de los adolescentes actuales	16
2. Nuevos patrones de consumo de drogas entre los menores: drogas recreacionales	21
2.1. Diferentes estadios y perfiles de los consumidores	23
3. Factores de riesgo/Factores de protección en los menores	31
4. Intervención con menores	39
4.1. Principios fundamentales de la intervención	40
4.2. Prevención selectiva	45
4.2.1. Fases de la intervención:	46
1º) Fase de Análisis de la realidad	46
2º) Fase la Detección /Captación	50
3º) Fase de Motivación	53
4º) Fase de Actuaciones Preventivas	55
4.2.2. Indicadores de Evaluación	66
4.3. Prevención indicada	68
4.3.1. Fases de la intervención:	69
1º) Fase de Detección/Captación	69
2º) Fase de Acogida	72

3º) Fase de Motivación	73
4º) Fase de Diagnóstico	76
5º) Fase de Acciones socioeducativas de apoyo a los menores:	83
4.3.2. Indicadores de Evaluación	93
5. Intervención con la familia del menor	95
5.1. Actuaciones con la familia en la Prevención Selectiva	97
1º) Fase de Análisis de la realidad	98
2º) Fase de Captación/Motivación	99
3º) Fase de Actuaciones preventivas	101
5.2. Actuaciones con la familia en la Prevención Indicada	106
1º) Fase de Detección/Captación	107
2º) Fase de Acogida	107
3º) Fase de Motivación	107
4º) Fase de Diagnóstico	109
5º) Fase de Acciones socioeducativas de apoyo a los menores:	111
5.2.1. Indicadores de Evaluación	113
6. Bibliografía	115
ANEXO. Programas Analizados	119

INTRODUCCIÓN

Algunos de los últimos datos sobre consumo de drogas entre la población juvenil, constatan que la edad media de inicio en las mismas se sitúa en la franja de edad que se denomina adolescencia.

Asimismo, según los datos que aparecen en el informe sobre el “Indicador de Admisiones a Tratamiento” del Observatorio Español sobre Drogas, los admitidos a tratamiento por algunas drogas como el cannabis, alucinógenos y MDMA habían comenzado a consumir a edades tempranas (16,6 años, 17,9 y 17,6, respectivamente). De igual modo, los años transcurridos desde los inicios de los consumos hasta la solicitud de demanda de ayuda mantienen una media muy elevada que oscila entre los cinco años en el caso del MDMA, a los once años transcurridos en el caso de la heroína.

A estos datos cabe añadir la apreciación realizada por los profesionales de los tratamientos de drogodependencias sobre la importancia de la detección precoz de casos y la intervención temprana de esta problemática para un buen pronóstico posterior. Además, esta intervención temprana podría realizarse en muchos casos utilizando las redes normalizadas de salud, servicios sociales, familias, centros educativos..., evitando de este modo la estigmatización que inevitablemente conllevan las redes asistenciales especializadas en drogodependencias.

Entendemos que existe una necesidad objetiva de disponer de un instrumento orientador de las intervenciones susceptibles de aplicarse con los menores que comienzan a tener problemas relacionados con las drogas.

Desde todas las Administraciones competentes y organizaciones sociales se insiste en impulsar Programas específicos de intervención dirigidos a los menores consumidores, sin embargo, son aún escasas las experiencias aplicadas en nuestro país.

Para la realización de esta Guía de Intervención se diseñó un cuestionario de recogida de información que fue enviado a los Planes Autonómicos, Ayuntamientos que cuentan con Planes Municipales sobre drogas y diferentes

ONGs que intervienen en el campo de las drogas, con objeto de recabar información sobre los Programas de este tipo que se están de llevando a cabo en nuestro país.

Se ha recogido un total de 43 experiencias, que han sido analizadas y han constituido la base para la elaboración de este trabajo, ya que algunas de ellas tienen una trayectoria y un grado de desarrollo que permiten ser utilizadas como referencia para facilitar su expansión. (Ver ANEXO).

Asimismo, se realizó un grupo de discusión con profesionales con una reconocida experiencia en la intervención con menores con problemas de consumo de drogas. Participaron en el mismo 13 personas que aportaron sus opiniones y sugerencias para la elaboración de esta guía.

Interesa destacar que los Programas de Intervención con Menores son considerados prioritarios por el Plan Nacional sobre Drogas, según se recoge en la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000/2008” que en el objetivo nº 5 del apartado de asistencia e inserción social propone textualmente “Impulsar los programas de detección precoz e intervención temprana dirigido a menores con problemas de consumo de drogas y a los hijos de los adictos”. A continuación, plantea que en el año 2003 “existirá al menos un Programa en cada provincia destinado a la detección precoz e intervención temprana de menores con problemas de drogas”.

De igual modo, en coherencia con el punto anterior, la actual Orden de Ayudas a ONGs de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas recoge este tipo de intervenciones entre sus prioridades.

Como hemos mencionado y, a pesar de su importancia, la situación de este tipo de programas es claramente insuficiente, por lo que el cumplimiento de estos objetivos requerirá de todo tipo de esfuerzos, apoyos y orientaciones técnicas para su puesta en marcha.

No debemos olvidar, por otra parte, que este tipo de Programas tiene entre sus dificultades una muy particular: exige la implicación de un gran número de Mediadores Sociales que van desde los Servicios Sociales y Sanitarios, los centros educativos, los recursos de ocio y culturales...hasta los centros especializados en drogodependencias y las organizaciones sociales que intervienen en la comunidad. Todos ellos precisan de un lenguaje, unos objetivos y unas estrategias nítidas de intervención que permitan llevar a cabo una acción coordinada. Quizás la complejidad de esta tarea sea el origen precisamente de la escasez de Programas aplicados en este campo.

La elaboración de esta Guía de Intervención, permitirá rentabilizar la experiencia acumulada en nuestro país poniéndola al servicio de todos los que intervenimos en el tema de las drogodependencias. Aprovechar estas aportaciones y difundirlas constituye en sí mismo uno de los objetivos de este trabajo, junto a otros que pasamos a exponer:

- Incrementar la transferencia de metodología en este campo aglutinando y difundiendo las valiosas experiencias que ya existen en nuestro país.
- Ofrecer a los profesionales y a las organizaciones sociales unos criterios y pautas de intervención para llevar a cabo Programas de Intervención con menores con consumos problemáticos de drogas.
- Contribuir a promover la expansión de estos Programas en nuestro país, sensibilizando y orientando a las instituciones públicas y las organizaciones sociales.

Con estos objetivos como referencia, la Guía se ha estructurado en tres partes o módulos fundamentales.

En la primera parte se enmarca y describe el fenómeno del consumo de drogas en los adolescentes, haciendo hincapié en lo que entendemos como consumos más problemáticos y de mayor riesgo.

Esta parte comprende cuatro apartados en los que se analiza lo que sugiere el título de la Guía, es decir: Intervención con Menores con consumos problemáticos de drogas.

De esta manera, definimos el término “menor”, que inevitablemente está asociado a una franja de edad que coincide con la etapa preadolescente y adolescente y “consumos problemáticos de drogas”, definiendo qué entendemos por “problemáticos”.

En concreto, en el primer apartado se analizan algunas características evolutivas de la adolescencia y algunas particularidades de la realidad social en que se están socializando nuestros adolescentes y que de alguna manera inciden en los consumos abusivos de drogas que algunos están realizando.

En el segundo apartado, se revisan los nuevos patrones de consumo entre los menores, haciendo especial referencia a los consumos de drogas recreacionales, por ser en la actualidad los más extendidos.

Por último, se describen los factores de riesgo y los factores de protección que, según las más recientes investigaciones, se correlacionan con el consumo de los adolescentes.

En la segunda y tercera parte se expone lo que es la Intervención propiamente dicha con los Menores afectados por esta problemática.

Comienza la segunda parte estableciendo unos criterios fundamentales de la Intervención que se pueden considerar como el Marco idóneo para una intervención efectiva con la población diana objeto de este trabajo.

A continuación, se abordan los dos niveles de Intervención que se llevan a cabo con los Menores y que se han denominado: Prevención Selectiva y Prevención Indicada.

En ambos niveles de Prevención se describen las diferentes fases o etapas que habitualmente comprende el proceso de intervención, analizando en cada una de ellas las dificultades detectadas más relevantes, tanto desde el punto de vista de las propias dificultades y peculiaridades de la realidad de consumo de los menores, como desde las dificultades que tienen que solventar los profesionales que intervienen con ellos.

Por último, se sugieren unas posibles estrategias para abordar estas dificultades, que son las que parecen estar dando los mejores resultados y son las más eficaces para acercarse, acompañar y apoyar a estos menores, según las experiencias y las evaluaciones realizadas por los diferentes Programas analizados.

En la Fase de acciones concretas, se pasa revista también a las dificultades constatadas como más relevantes en las diferentes áreas de intervención, así como a los objetivos prioritarios a desarrollar en cada una de ellas. Se señalan por último, algunos Indicadores de Evaluación para realizar un adecuado seguimiento y valoración de la intervención.

Para terminar se incluye un capítulo sobre la Intervención con familias, ya que se considera un aspecto imprescindible en cualquier actuación que se lleve a cabo con este segmento de población.

1

POBLACIÓN DIANA DE LA INTERVENCIÓN: LOS MENORES/ADOLESCENTES

Esta guía de intervención hace especial referencia a la intervención con menores en situación de riesgo. Lo primero que debemos precisar son los dos términos: “menor” y “situación de riesgo”.

El concepto de “menor” se circunscribe, en coherencia con el ámbito legislativo, al tramo de edad que va desde los 14 a los 18 años. No obstante, hemos de señalar que en la mayoría de los Programas revisados se amplía el tramo hasta los 20.

Este segmento de edad viene a coincidir con la etapa evolutiva de la adolescencia, aunque no existe una unanimidad doctrinal a la hora delimitar los distintos momentos en que evoluciona el adolescente. A efectos de este trabajo hemos decidido seguir el criterio de Horrocks (1984) quien destaca en la evolución de la adolescencia tres subperíodos: temprana, media y tardía.

La adolescencia temprana o preadolescencia se extendería de los 11 a los 13 años, la adolescencia media de los 14 a los 16 años, y la adolescencia tardía de los 16 y rondando los 20.

El foco de este trabajo se centra en los períodos de la adolescencia media y tardía, es decir, en el tramo de edad desde los 14 a los 20 años.

Entendemos por adolescencia el período de desarrollo humano (hoy prolongado en el tiempo) que se inicia al finalizar la infancia con la pubertad y termina en la etapa adulta. El niño ha abandonado la niñez, pero aún no se ha desarrollado como persona adulta. Se trata, por tanto, de una etapa de transición llena de ambigüedades e incertidumbres.

El sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. No olvidemos que en esta etapa evolutiva, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, sino fijados, al menos orien-

tados y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que los llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Antes de pasar a señalar algunas características definitorias de esta etapa, consideramos importante destacar tres aspectos:

1. Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante.

Es un proceso en el cual hay una dinámica evolutiva, que se da en un marco social e histórico concreto. Como señala Funes J. (1998) “en este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de los cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas”.

2. Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que no existe “el adolescente” sino “los adolescentes”, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.

En la aproximación a la problemática de los menores consumidores de drogas aceptamos, como punto de partida, que el sujeto se desarrolla en interacción con su medio ambiente. Este desarrollo, vivido como transición, es más efecto de variables ambientales que de variables estrictamente ligadas al crecimiento físico, lo que hace que no podamos hablar de una sola adolescencia, sino de una pluralidad de adolescencias. Como expresa R. Zazzo (1972) “la adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio”.

3. Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales.

Gran parte de las dificultades con que se encuentra un adolescente en su proceso evolutivo, suelen expresarse de manera social, es decir, desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social: conductas de gamberrismo, actuaciones arriesgadas, afirmación mediante la transgresión de las normas en vigor, demostración de la diferencia asumiendo estilos de vida poco integrados, etc...

1.1. Características evolutivas de la adolescencia

A continuación, resumimos algunos de los cambios antes mencionados y las características más relevantes que enmarcan esta etapa.

Algunas de estas características, convierten a la etapa adolescente en un período de especial vulnerabilidad con relación al consumo de drogas, por supuesto dependiendo de la intensidad con que se manifiesten algunos de los rasgos adolescentes y con el manejo adecuado/inadecuado que de los mismos realicen los sujetos.

No es casualidad, que el inicio del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, tenga lugar precisamente y en su mayor parte en esta etapa de la vida. Podríamos considerar que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996). Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional, sea algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el menor maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores de riesgo y factores de protección presentes en sus recursos personales y en su realidad social que analizaremos en otro apartado de esta guía (Capítulo 3).

En conclusión, algunas de las características evolutivas propias de la adolescencia pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este momento vital. Pasemos a destacar las más relevantes:

Necesidad de reafirmación

La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, junto a ella se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen y por cómo son percibidos por los demás. Muchas veces, esa imagen pública puede ser perseguida activamente, involucrándose en conductas asociadas con esa imagen.

Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir unos “ritos” específicos. La gestación de las identidades grupales adolescentes ha estado asociada con una serie de “ritos” y está en la actualidad íntimamente ligada a los ritos propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo del

alcohol y de otro tipo de drogas, utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales. Estos consumos forman parte de los propios ritos iniciáticos de la condición del “ser joven” en nuestra sociedad. (Conde F. 1997)

Reivindican una identidad que no alcanzan por su procedencia social o su actividad laboral y por lo tanto la buscan en el ambiente de lo festivo y el movimiento estereotipado del fin de semana.

A la vez que el consumo les confiere identidad frente a los adultos, también les proporciona símbolos propios, que redundan en el sentido de pertenencia grupal e identidad frente a otros grupos de jóvenes, incorporándose en determinadas subculturas juveniles.

Necesidad de transgresión

Entre estos rasgos que confirman su condición de adolescentes, se encuentran también la rebeldía y la transgresión.

El problema para los adolescentes actuales es que no les hemos dejado siquiera espacio para la transgresión. El conflicto generacional apenas es perceptible, pues para transgredir se necesita que alguien esté dispuesto a ofenderse, ya sea en lo militar, en lo civil, en lo político, en lo familiar, en lo sexual...

Los padres de los adolescentes actuales, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos quedándose estos sin muñeco contra el que tirar sus dardos. Como señala Marina J.A. (2001) “se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta”.

Hay incluso quien dice que la capacidad de “tragar” que tiene la sociedad de la indiferencia es tal que la transgresión es imposible para la generación del milenio.

En este contexto, el espacio de la transgresión para nuestros adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio. Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas.

Necesidad de conformidad intra-grupal

El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental para el adolescente. Sirve como refugio del mundo adulto en el que pueden explorar una gran variedad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, el alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

El adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos del grupo y se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo.

Si el menor se relaciona y se inscribe en un grupo con actitudes positivas y proclives al consumo de drogas, donde éste ocupa una función importante (diversión, experimentación de sensaciones nuevas, transgresión, signo de identidad grupal, escapar de las tensiones o los problemas...) le será muy difícil resistir la presión del grupo.

No obstante, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, vienen modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, capacidad de enfrentarse a los conflictos típicos, habilidades sociales, etc.

Sensación de invulnerabilidad

La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos de las principales condiciones que se incrementan en esta edad: el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992).

El egocentrismo del adolescente y su necesidad de diferenciación le llevan a construir los que se ha denominado “la fábula personal” (Díaz-Aguado M^a J. 1996). Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni sería capaz de entenderlas. Esta circunstancia puede alimentar en mayor medida la sensación de invulnerabilidad respecto a los efectos perjudiciales de las drogas, ya que se produce una distorsión cognitiva que les hace creer que las consecuencias negativas más probables de sus conductas de riesgo no pueden sucederles a ellos, porque ellos son especiales.

Por otro lado, suelen ser poco receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, ya que se sienten envueltos en una coraza personal que les protege mágicamente de todos los peligros. Se sienten en un período pletórico de salud, de vitalidad, y por tanto, las advertencias sobre los efectos de las drogas sobre su salud, en numerosos casos, no se tienen en consideración.

Si además de todo esto, los adolescentes han tenido experiencias positivas previas con el consumo de drogas, tal experiencia pondrá en entredicho los mensajes “atemorizantes” que recibieron y su sentimiento de invulnerabilidad se verá aún más reforzado; “yo controlo”.

El rechazo a la ayuda del adulto

El niño/a suele reclamar la presencia de los adultos encargados de su cuidado ante situaciones que podrían representar una amenaza para su seguridad, aceptan la protección y ayuda que necesitan. Por el contrario, la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. Las advertencias sobre los riesgos que provienen de los adultos, normalmente, caen en saco roto.

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno

Los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas sofisticadas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias” (Botvin, 1996).

1.2. La realidad social de los adolescentes actuales

Como señala Luria, “el desarrollo es un proceso continuo de adaptación en el que los procesos internos interactúan con los procesos ambientales y sociohistóricos” (Garbarino y Stott 1993).

Cada sociedad en un momento determinado genera formas específicas de socialización y por tanto cada adolescencia se forma con unas características diferenciales y propias. Los adolescentes son particularmente sensibles ante la sociedad que les rodea: sus valores, tensiones políticas y económicas, sus reglas, las modas, las actitudes vitales dominantes...

¿Cuáles son las características socioculturales de nuestra sociedad actual en que se están socializando los adolescentes?

Algunos de los valores y actitudes vitales que están definiendo a parte de la adolescencia del milenio, son señalados en numerosas investigaciones como posibles “explicaciones” de los comportamientos “descontrolados” y los consumos compulsivos de drogas durante los fines de semana, especialmente durante el ocio nocturno. Veamos algunos de ellos.

Perspectivas de futuro negativas

El período necesario para la emancipación y la independencia se alarga sin horizontes claros y desde la incertidumbre: el temor al paro, la tensión de la competitividad, y el escepticismo en la utilidad de los estudios que lleva a la desmotivación hacia éstos... conducen a la utilización de recursos alternativos que prometen felicidad a corto plazo, permitiendo cuando menos el olvido momentáneo de los problemas.

El consumo de drogas recreativas, fundamentalmente en el fin de semana, se transforma en algunos casos, en válvula de escape de buena parte de sus frustraciones cotidianas y salida de la apatía personal, “ahora toca pasarlo bien y “descontrolar”.

Tendencia al hedonismo

Una de las características de la sociedad postmoderna es su temor al aburrimiento. Los adolescentes actuales no hacen sino reproducir un modelo cultural muy extendido en la sociedad del milenio actual.

“La diversión en nuestro mundo se ha convertido no sólo en una necesidad individual sino también en una necesidad social. El no divertirse implica una carencia personal con la consiguiente pérdida de autoestima y es un motivo de compasión social del que se huye como de la peste. El hedonismo se hace cada vez más persistente para ellos, poniéndose en manos de la pura experiencia de la

diversión, un estado de ánimo que les abstrae del mundo real y de sus complicaciones”. (J. A. Marina 2000).

La facilidad para aburrirse y la incapacidad para soportar el aburrimiento caracteriza a ciertas personalidades de adolescentes que buscan compulsivamente excitación y placer inmediato: “ante todo hay que pasarlo bien y divertirse”. Esta característica personal en algunos menores, está en la base de numerosos consumos.

El presentismo

Una parte considerable de los adolescentes actuales están marcados por el vivir el aquí y el ahora; puesto que el futuro se les presenta un tanto incierto y no sintiéndose motivados por los estudios y ante un panorama laboral nada optimista, optan por vivir al día.

La transformación química de los estados de ánimo

Nuestro modelo social refuerza la idea de que existen “pociones” mágicas, a través de la farmacología, que ofrecen soluciones y satisfacción a todos los problemas y deseos que las personas podamos tener: pastillas para dormir, para espabilarse, para relajarse, para estimularse, para abrir el apetito, para inhibirlo... de igual modo, los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital puede modularse mediante sustancias de todo tipo. Este modelo es trasladado a los espacios de ocio de los adolescentes y con esta transferencia se incorporan sustancias para sacar mayor rendimiento a la fiesta, al fin de semana y a la noche.

La impulsividad

Esta actitud vital aumenta también en las sociedades postmodernas desarrolladas. “Se potencia continuamente el sentir, el placer, el bienestar... y los sujetos se vuelven cada vez más incapaces de soportar el más mínimo malestar, sufriendo... Los adolescentes socializados en esta cultura (la generación “mimada”), se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato, de la emoción, de aquello que estimule sus sentidos y se encuentran excesivamente sometido a las incitaciones del ambiente” (Laespada.T y Pallares 2001).

El individualismo y la desintegración social

La sociedad del milenio que comienza también viene marcada por el aislamiento y la desintegración social.

“El descontrol” de algunos menores, especialmente en los fines de semana nocturnos y el consumo de drogas asociado a estos momentos, les facilita la interacción con otras personas, no importa que sean más o menos conocidas. Muchos de los nuevos patrones de consumos de drogas recreativas se utilizan como ritos de búsqueda de relaciones y sociabilidad entre los propios jóvenes, son un “instrumento” para favorecer las relaciones personales. “Lo que se busca es la fusión grupal, sentirse más cerca de sus semejantes y ahuyentar la soledad” (Fundación de Ayuda contra la drogadicción. Dossier “De marcha” 2000).

Bajo nivel de tolerancia a la frustración

La desconfianza en la rentabilidad del esfuerzo también está muy contrastada entre algunos de los adolescentes actuales.

Los padres han contribuido en gran parte a la extensión de esta carencia personal al convertirse en propagandistas de la recompensa inmediata. Se potencia una sociedad con una baja tolerancia a la frustración, de ahí la búsqueda compulsiva, apresurada e inmediata de la satisfacción y la diversión durante los fines de semana.

En síntesis, “la susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de soportar la monotonía, junto a la sed de experiencias, unido a una impulsividad creciente muy extendida en los jóvenes actuales, conduce a que muchos de ellos se conviertan en buscadores de emociones, que ansían la estimulación continua y la desinhibición, cobijándose para ello en los largos periplos nocturnos “de marcha”, unido a unos ritos en los cuales el alcohol y el consumo de todo tipo de drogas recreativas son una manera fácil de conseguir todo esto que se busca” (J.A. Marina 2001).

Problemas de integración social

Algunos adolescentes se están socializando en entornos socioeconómicos llenos de dificultades. La vulnerabilidad no es la misma para todos. En este sentido no podemos pasar por alto las dificultades de integración social de numerosos menores inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas que están intentando

incorporarse a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho y se encuentran con grandes problemas en su camino y no siempre con el apoyo necesario.

2

NUEVOS PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS MENORES: DROGAS RECREACIONALES

El concepto de patrón de consumo hace referencia a las circunstancias que mediatizan la relación individuo/droga. Las drogas son consumidas por adolescentes que establecen una relación genuina y particular con las sustancias, pero lo hacen en un contexto determinado y con un soporte subcultural concreto.

Estos patrones son totalmente dinámicos y cambiantes, en la medida en que se asocian a nuevos mercados, a nuevas modas y a usos emergentes. Por lo tanto, el corte que tracemos en un momento dado siempre tiene un carácter de provisionalidad y solo un seguimiento atento puede resituar los patrones de consumo de los menores a medida que éstos se van transformando.

Esta dinámica de cambio, siempre presente en el mundo de las drogas, nos sitúa hoy ante un panorama bastante novedoso, tanto en la manera de usarlas como y fundamentalmente por los contextos en los que se inscribe su uso, muy diferentes a los que dominaban el panorama hace unos años.

Las pautas de consumo adolescente aparecen habitualmente ubicadas en determinados espacios y tiempos y cobran sentido relacionados con el binomio fin de semana/prácticas de ocio dominantes.

Las diferentes sustancias se han convertido en “instrumentos” que actúan como facilitadores del logro de los estados de ánimo que de modo estereotipado se esperan como los adecuados en el contexto de diversión del fin de semana.

Las interacciones de los menores en determinados contextos y las expectativas esperadas, tanto en el plano emocional como anímico, son fundamentales en la explicación de los consumos de los menores y como elemento clave a tener en cuenta en la intervención con este colectivo.

Estas circunstancias, actúan a su vez en sintonía con dos factores de índole individual muy típicas de esta etapa evolutiva: la curiosidad (búsqueda de sensaciones nuevas) y la obtención de refuerzos positivos específicos dentro del grupo, tales como: sentirse unido y en estrecha sintonía afectiva con el resto de los amigos, facilitar las relaciones personales (desinhibición), prolongar los tiempos de diversión y de evasión del fin de semana por contraposición al tiempo entre semana, intensificar las sensaciones subjetivas de identidad y pertenencia...(Ática. Servicios de Salud 1997).

En síntesis, gran parte del fenómeno de usos de drogas entre los adolescentes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrado en sus actividades de fin de semana y en un contexto de liberación y “descontrol”.

Los estudios sociológicos sobre drogas confirman que en los últimos años se ha producido un importante aumento del consumo de drogas entre los menores y que poco o nada tienen que ver con el perfil de toxicómano “al uso” de épocas anteriores. Se trata de un consumo con unas características muy particulares que por tanto requieren un tipo de intervención diferente respecto de los enfoques preventivos y terapéuticos tradicionales.

El perfil de los nuevos consumidores adolescentes presenta las siguientes peculiaridades:

- Sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas.
- Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
- Conviven y dependen de su familia.
- Realizan un uso social de las sustancias.
- Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo.
- Consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo (más vitalidad, “más marcha” y/o mayores alteraciones perceptivas), para una vez pasado este espacio de tiempo, retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios y/o a su trabajo.

- Mayoría de policonsumidores; consumo simultáneo de varias drogas, pero sobre todo de alcohol, cannabis, y/o estimulantes (drogas de síntesis y cocaína (los menos) y también consumos minoritarios de ácidos.
- Con poca percepción de riesgo de las sustancias que toman (sobre todo del alcohol y del cannabis). Tampoco se percibe riesgo por un consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína... Aunque perciben ciertos riesgos en estas últimas, algunos están dispuestos a asumirlos, porque en su particular balanza “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan, superan los costes que su consumo les puede deparar.
- Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.
- Percepción del uso de drogas como masivo y algo muy extendido en su generación (todos los chicos/as toman algo cuando salen los “findes”), lo cual autojustifica su propio consumo.

Aunque se han reflejado unos patrones generales que parecen estar bastante extendidos en parte de nuestros adolescentes, es importante insistir en que hay muchos tipos de adolescentes y que por tanto tienen diferentes formas de aproximarse a los usos de drogas. Esta disparidad genera situaciones muy diferentes, tanto en las sustancias y cantidades consumidas, como en cuanto a las motivaciones verbalizadas que los propios menores expresan para usar las diferentes sustancias. Veamos estas dos cuestiones más detenidamente.

2.1. Diferentes estadios y perfiles de consumidores

Conviene anticipar el posible grado de imprecisión en el agrupamiento y la clasificación de los distintos patrones de consumo que presentamos. Somos conscientes de la dificultad de establecer compartimentos estancos rigurosos cuando hablamos de los consumos de drogas, sin embargo, esta clasificación pretende “reordenar” de alguna manera las diferentes intervenciones que se están realizando y que tienen como población diana a los menores. Nos permite diferenciar distintas situaciones de consumo problemático o de riesgo y, una vez contrastadas las necesidades, asociarlas a las intervenciones y actuaciones específicas más convenientes.

Teniendo en cuenta los diferentes patrones de consumo (tipos de sustancias y frecuencias de consumo), se ha establecido la siguiente clasificación que nos servirá de referencia a lo largo de este trabajo.

Grupo A. Menores abstemios o consumidores moderados

Son menores que no consumen o son consumidores moderados de alcohol y tabaco los fines de semana en los contextos lúdicos.

Es importante resaltar el crecimiento de los menores que no son consumidores, como demuestran las recientes investigaciones sociológicas en nuestro país (Elzo 99, Comas 98, PNSD 2000...), pero junto a este dato, se contrapone la figura y la imagen del consumidor de drogas legales o ilegales. “La imagen del consumidor adolescente aparece más radical, tanto por la intensidad de su consumo, como por reflejar una figura cargada de simbolismo y fuerza, ideológicamente más potente que la imagen del no consumidor” (Comas.D 1994). Además, la presencia de los adolescentes consumidores más escandalosos en los medios de comunicación es constante, contribuyendo a alimentar la alarma social, mientras que los adolescentes no consumidores o moderados, apenas aparecen en los medios, porque no interesan, no son noticia. De esta manera, se transmite una imagen negativa en general de los adolescentes y de los jóvenes

El tipo de Intervención dirigido a este grupo son los *Programas de prevención universal* dirigidos a menores en el marco de la educación para la salud, de los que se están desarrollando numerosos en nuestro país.

Grupo B. Menores consumidores abusivos de alcohol los fines de semana

Se trata de una de las primeras conductas abusivas y una de las más frecuentes actualmente en algunos sectores de adolescentes.

A lo largo de la semana no se consume prácticamente nada de alcohol, pero llega el viernes y el sábado y el consumo se dispara, buscando intencionadamente alcanzar la embriaguez.

Según datos de la última encuesta realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga dirigida a Población Escolar (estudiantes de 14 a 18 años), el alcohol junto con el tabaco son las sustancias más consumida por los menores escolares: un 76% ha tomado bebidas en alguna ocasión y un 58% reali-

za un consumo habitual (en los últimos 30 días). Asimismo, el 39,7% de los adolescentes escolares afirma haberse emborrachado alguna vez.

Con relación al tabaco, el 29% de los escolares se declara fumador en la actualidad y el 30,5% fuma tabaco de forma habitual.

El consumo abusivo de alcohol durante el fin de semana suele ir acompañado por un número de cigarrillos muy superior a los del resto de la semana.

Aunque para el 58,5% que consume alcohol el fin de semana predominan las motivaciones de carácter lúdico, diversión y placer (PNSD 2000), emergen con cierta fuerza otras razones vinculadas a la evasión o la superación de ciertos problemas (olvidar problemas personales 15%, sentir emociones nuevas 12,9%, superar la timidez y relacionarse 11,2%).

El tipo de Intervención dirigido a este grupo son los *Programas de Prevención Selectiva*, es decir, una prevención cuya población diana son menores que ya están realizando un consumo problemático, en este caso de alcohol.

Grupo C. Menores bebedores abusivos de alcohol los fines de semana, incluyendo consumo de hachís

Se trata del mismo patrón de consumo anterior pero se incorpora una droga ilegal al consumo de alcohol y tabaco, el hachís.

Este patrón de consumo está en alza y es practicado por un porcentaje elevado de menores, constatándose una estrecha asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes:

- Quienes han fumado tabaco ocasionalmente, son en un 95% de los casos consumidores ocasionales también de alcohol y en un 58% de cánnabis.
- Los bebedores ocasionales son en el 42% de los casos fumadores ocasionales.
- Entre los consumidores ocasionales de cánnabis, un 74% consume tabaco, un 98% alcohol, un 19% éxtasis y un 18% cocaína. (PNSD 2000).

El hachís es la droga ilícita más difundida en nuestro país y continúa creciendo su consumo entre los menores. En el período 1998-2000 se han incrementado en un 9% los menores escolares que han consumido alguna vez esta sustancia.

Según los datos de la citada encuesta, el 31,2% de los estudiantes de 14 a 18 años han consumido cánnabis alguna vez en su vida y también el consumo habitual de esta droga (últimos 30 días) es significativo; el 19,4% lo fumó en los últimos 30 días, es decir, uno de cada cinco adolescentes de estas edades lo consume habitualmente.

Es un salto cualitativo importante, no tanto por los daños asociados a esta sustancia, que también, sino porque supone la entrada en circuitos marginales donde se adquiere esta droga y por lo tanto favorece el acceso a otras sustancias disponibles.

Por otro lado, no es de extrañar el incremento en el consumo de esta sustancia entre los menores ya que la percepción de riesgo entre éstos es prácticamente nula, incluso es una sustancia que se relaciona con algunos aspectos positivos, tales como: producto natural, ecológico (es una planta), con propiedades curativas (cura el cáncer), limpia los pulmones... (Arbex C., Comas R. 2001).

De continuar esta tendencia, probablemente el cánnabis se convierta en la sustancia “estandarte” de inicio y punto de inflexión que marca la entrada en la adolescencia, es decir, que les hace sentir que están abandonando la infancia y adentrándose en el mundo de los más mayores, tal y como pudo representar el tabaco para las generaciones anteriores.

A veces el consumo es esporádico y no se pueden establecer deterioros importantes en ningún aspecto vital del sujeto.

Las motivaciones esgrimidas para justificar el consumo de cánnabis, igual que ocurre con el consumo abusivo de alcohol son mayoritariamente de carácter lúdico o relacionadas con la curiosidad, aunque es significativo que un 18% lo consume para sentirse bien y olvidarse de los problemas.

El objetivo en este momento es conseguir un mejor conocimiento de las drogas y de sus riesgos y determinar en que aspectos de su desarrollo madurativo el menor presenta ambigüedades derivadas de su período evolutivo. El tipo de Intervención dirigido a este grupo son los *Programas de Prevención Selectiva* y que en algunos casos particulares requieren una atención más personalizada, solo cuando los padres o el propio chico/a (caso poco frecuente) lo demanden, y además el menor esté conforme con la intervención.

Grupo D. Menores consumidores de alcohol, hachís más consumos esporádicos de otras sustancias

Partiendo de la situación anterior, puede producirse el contacto con alguna otra droga, con una intención marcadamente experimental.

Suelen ser menores consumidores de alcohol, hachís como drogas de inicio, donde se puede hablar de un abuso claro en relación con las cantidades y las frecuencias de consumo.

Además, consumen pastillas algunos fines de semana y en algunas ocasiones cocaína y/o ácidos como complemento de sus actividades lúdicas.

Los datos de la encuesta escolar del PNSD indican que el consumo de psicoestimulantes se ha estabilizado en su conjunto y tienen una presencia minoritaria entre los menores: 1 de cada 20 ha experimentado con estas sustancias y únicamente un 2,5% realiza un consumo de forma habitual.

Se observan desplazamientos internos en el uso de este tipo de drogas. En el período 1998-2000 se han reducido los consumidores habituales de cocaína, anfetaminas y alucinógenos, sin embargo aumentaron los de éxtasis; un 2,5% realiza un consumo habitual de esta droga, a pesar de que son conscientes de sus riesgos, pero la percepción de los mismos está estrechamente vinculada a la frecuencia de su uso (Encuesta Escolar PNSD 2000).

Las motivaciones para consumir psicoestimulantes se relacionan casi exclusivamente con la diversión y la experimentación de nuevas sensaciones. Las motivaciones verbalizadas por los escolares adolescentes para consumir éxtasis son: divertirse (41,3%), sentir nuevas sensaciones (21,8%) y bailar (19,6%). Para la cocaína las motivaciones son parecidas: sentir nuevas sensaciones (62,1%), divertirse (45,7%), bailar (20,4%) y para no dormir/aguantar toda la noche (14,3%).

El riesgo es que el menor encuentre la “horma de su zapato”, ya sea por los efectos percibidos por acción directa de la sustancia o en forma de beneficio social que le reporte la experimentación: mayor reconocimiento social, elemento cultural identificativo, acceso a círculos hasta entonces vetados...

Empieza a evidenciarse un consumo más problemático, tanto por las cantidades, frecuencias y sustancias consumidas, como por los problemas que comienzan a aparecer: trastornos de conducta, disminución del rendimiento escolar, conflictos familiares, relacionales...

Las consecuencias para el menor van a estar estrechamente ligadas a la presencia o ausencia, en su personalidad y en su entorno inmediato, de factores de riesgo o protección. (Ver Capítulo 3).

Es importante resaltar que cuanto más joven sea la persona que experimenta con drogas, mayor vulnerabilidad tendrá, ya que a menor nivel de desarrollo personal y de habilidades sociales, menor control sobre las mismas.

El objetivo en este momento es conseguir que éste consumo, a veces esporádico, no pase a convertirse en habitual todos los fines de semana.

El tipo de Intervención dirigido a este grupo puede ser *Programas de Prevención Selectiva* o bien son los *Programas de Prevención Indicada*, si se requiere un tipo de prevención más intensa y personalizada.

Grupo E. Menores con un consumo avanzado de drogas

Realizan un consumo sistemático de diferentes sustancias todos los fines de semana y en algunos casos también entre semana, sobre todo de cánnabis, que se incorpora a la vida cotidiana del menor entre semana sin la percepción de que este consumo pueda interferir en sus actividades diarias.

Por sus estilos de vida, situaciones personales, familiares o sociales corren más riesgo de tener consumos problemáticos de drogas, ya que se ha detectado que confluyen determinados factores de riesgo, tales como: absentismo y/o fracaso escolar, comportamientos desadaptativos (conductas violentas y agresivas) impulsividad excesiva y descontrolada, búsqueda de lo inmediato y de la velocidad en la forma de vivir, aburrimiento y confusión vital, empleo inadecuado del tiempo libre, malas relaciones familiares, problemas legales derivados del consumo y/o del tráfico de sustancias ilegales, etc...

Son menores con consumos problemáticos, pero que además presentan insuficiencias en diferentes áreas de su persona y déficits adaptativos o incluso manifiestan trastornos psicopatológicos. En algunos casos, se detecta una severa desestructuración personal, familiar o social.

En algunas ocasiones estos factores de riesgo son previos o corren parejos con el incremento en el consumo de drogas. Otras veces, son consecuencias derivadas del consumo de las sustancias. En cualquier caso, se trata de fenómenos que aparecen imbricados en el transcurrir vital de algunos menores y que vienen así a iniciar un proceso de destrucción en el que juega un papel importante los usos de drogas.

Se trata de menores que necesitan la acción directa de diferentes profesionales, intentando cubrir todos los aspectos relacionados con el problema en centros asistenciales especializados y con estrategias de intervención tanto grupales como individuales.

Es un nivel de *Prevención Indicada* que pretende actuar antes de que el menor pueda llegar a sufrir deterioros mayores, es decir se trata de actuaciones específicas sobre el deterioro y las necesidades educativas detectadas.

En síntesis “se trata de un conjunto de problemas, no necesariamente de dependencia, pero que conllevan un grupo de necesidades a atender. Problemas ligados a patrones de consumo que generan conflictos, aunque éstos no estén significados por una adicción constituida. Suelen ser en gran medida menores en los que sus problemas de drogas son sus problemas de diversión (Megías E. 1998).

3

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN EN LOS MENORES

Una vez acotado lo que se entiende por menores y analizados los rasgos más significativos coincidentes con la etapa evolutiva adolescente, es el momento de poner el foco en el concepto “de riesgo”.

Comenzar por una adecuada conceptualización de las situaciones de riesgo es un requisito previo de cualquier intervención en este tipo de problemática. Se trata de responder a las cuestiones ¿riesgo de qué?, están en riesgo ¿para qué?, ¿cuál es la preocupación?.

Jessor (1992) define el riesgo como “cualquier conducta que pone en peligro en desarrollo psico-social del adolescente” y propone un modelo global para conceptualizar el riesgo psico-social de los mismos a través de la influencia que diversas variables (protectoras y de riesgo) tienen en su conducta.

Precisando aún más el término, creemos importante distinguir entre consumo problemático y situaciones de riesgo.

Las situaciones de riesgo y de consumos problemáticos de los menores pueden ser muy diversas y suelen ser multicomponentes; una y otra situación puede darse juntas, pero conviene no mezclarlas a la hora de ordenar la reflexión y el diseño de los proyectos

¿Qué se entiende por consumo problemático?

A lo largo de este trabajo nos vamos a referir a éste como el consumo que perjudica e interfiere negativamente en el desarrollo personal y social del menor, en todas o en algunas de sus áreas, incrementando la vulnerabilidad en su proceso de socialización.

El abuso de drogas se convierte por tanto, en un claro síntoma del fracaso del proceso madurativo del chico/a “en algún aspecto”... y como consecuencia, el uso de las mismas, frena y complica su desarrollo educativo e impide conseguir su pleno desarrollo personal.

¿Qué entendemos por situaciones de riesgo?

Las investigaciones en el campo de las drogodependencias vienen a confirmar que existen una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a acabar teniendo problemas con las mismas. Se trata de situaciones en las que confluyen un conjunto de factores/variables consideradas de riesgo.

Por el contrario, se ha observado igualmente que hay determinadas condiciones que protegen a las personas, reduciendo la probabilidad de que algún día tengan problemas con el consumo.

¿Por qué hay adolescentes que acaban complicándose la vida con las drogas, mientras que otros mantienen una absoluta indiferencia o si las consumen, no deja de ser una experiencia circunstancial y puntual en sus vidas?

La respuesta se encuentra en la presencia de factores de riesgo y/o de protección en el menor.

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes favoreciendo que se pueda dar un consumo abusivo y problemático. A las que reducen la probabilidad de consumir y de tener problema con las mismas se les considera factores de protección.

La explicación por la que a similares factores de riesgo/protección ambientales, unos adolescentes no presentan problemas y otros en cambio si lo hacen, se debe a que los primeros suelen disponer de importantes factores protectores que amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo, mientras que los segundos carecen de ellos. La clave está en la presencia o ausencia de factores protectores en el individuo y sus entornos. Así, un menor se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes características de riesgo y escasas condiciones de protección.

En este punto conviene distinguir, sin embargo dos tipos de adolescentes de riesgo (Díaz Aguado M^a J., 1996):

- Los que ya han comenzado a comprometer su desarrollo, al iniciar las conductas que lo ponen en riesgo, situación en la que suelen encontrarse los de mayor edad y/o tiempo de exposición a los factores de riesgo.
- Los que tienen una gran probabilidad de incurrir en dichas conductas, debido a las condiciones que les caracterizan y al ambiente que les rodea, pero todavía no han iniciado las conductas de riesgo, situación en la que suelen encontrarse los de menor edad y/o menor tiempo de exposición al riesgo. Obviamente, con estos últimos es con los que cabe esperar una mayor eficacia de los programas preventivos.

Desde esta perspectiva, minimizar los factores de riesgo y sobre todo fortalecer o “engordar” lo más posible los factores de protección, resulta un objetivo fundamental para cualquier tipo de intervención con los menores.

Por últimos cuatro puntos que debemos considerar (GID 95):

- Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Debe existir un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se de o no el consumo abusivo de drogas.
- La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo, pueden articularse diversos factores que ponen en peligro el desarrollo personal, posibilitando unas condiciones favorables a consumos problemáticos de drogas.
- Estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que sean el origen del consumo de drogas, son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y por consiguiente, tenemos que hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.
- A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una combinación ori-

ginal de factores, en un momento determinado, que explica la evolución particular de cada consumidor.

Habría serias limitaciones para predecir un consumo problemático de drogas exclusivamente desde el punto de vista de la personalidad en formación del adolescente, sin valorar el contexto en que se está desarrollando. La dimensión que más atención merece es aquella que reúne variables de la interacción individuo/ambiente, implicando como consecuencia los principales factores de mantenimiento y refuerzo de las prácticas de consumo. (Moreno. G. 2002)

Desde esta concepción de la adolescencia, es decir, desde una perspectiva ambiental, se incorporan como aspectos fundamentales a tener en cuenta: el medio físico y social, el medio familiar, el medio educativo y sociolaboral, y las relaciones en el grupo de iguales.

Estas situaciones podemos clasificarlas en varios apartados generales:

1. Personal.
2. Familiar.
3. Escolar.
4. Grupo de Iguales.
5. Comunidad.

En el cuadro siguiente presentamos una síntesis de los factores de riesgo y protección respecto al consumo de drogas más relevantes en los adolescentes, según las más recientes investigaciones sociológicas.

PERSONAL	VALORES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION
		<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de valores poco claros. - Individualismo. - Escepticismo: falta de deseo de mejorar la realidad. - Imprudencia. - Presentismo e Inmediatismo. - Irresponsabilidad (en sus comportamientos y con los demás). 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificación en su escala de valores. - Altruismo. - Prudencia. - Competitividad adecuada. - Normativo. - Proyección y planificación de futuro. - Responsabilidad hacia los demás y en sus actos. - Responsabilidad.

PERSONAL	ACTITUDES VITALES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION
		<ul style="list-style-type: none"> - Presentismo: falta de confianza en el futuro, escepticismo y dependientes de la situación inmediata. - Fuerte susceptibilidad al aburrimiento: hedonismo. - Escape ante la realidad y actitud de evasión. - Tendencia a elegir respuestas de riesgo como reto a la autoridad y autoafirmación. - Dificultad en valorar el esfuerzo. - Actitudes no normativas y antisociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del esfuerzo para conseguir metas. - Previsión de futuro. - Establecimiento y cumplimiento de límites. - Ausencia de comportamientos asociados. - Solidaridad con los demás y compromiso social. - Afrontamiento de la realidad cotidiana y sus problemas. - Actitudes pro-sociales e interiorización de normas.

PERSONAL	RECURSOS PERSONALES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION
		<ul style="list-style-type: none"> - Niveles bajos de autoestima (tanto en la percepción de sí mismos, como en la significación que creen que su conducta tiene para los demás: comportamiento inseguro). - Falta de autonomía en la acción. - Dificultad para asumir responsabilidades. - Ausencia de normas y límites. - Escasez de adultos interesados en apoyar al menor. - Incapacidad de autocontrol emocional (impulsividad) y control en su conducta. - Actitud evasiva ante los problemas/conflictos. - Alguna patología psíquica diagnosticable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto positivo de sí mismo. - Adecuada autoestima. - Autonomía acorde a su edad. - Capacidad de tomar decisiones. - Responsabilidad. - Interiorización de límites y normas. - Manejo en la resolución de problemas. - Autocontrol emocional y conductual. - Habilidades Sociales. - Disponibilidad de adultos disponibles apoyando al menor.

PERSONAL	OCIO Y TIEMPO LIBRE	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - No estructurado. - Implantación del modelo consumista de ocupación del ocio (“salir de marcha”/diversión y consumo de drogas). - Pautas culturales del fin de semana diversión asociada a “descontrol y coloquio”. - Escasez de aficiones y alternativas de ocio. - Ausencia de ocio familiar compartido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizado. - Aficiones diversas. - Acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales. - Actitud crítica ante el modelo consumista de ocupación del ocio. - Ausencia de asociación diversión = consumo de sustancias. - Inquietud cultural, deportiva, asociativa... - Comparte y disfrute del ocio familiar.

FAMILIARES	RELACIONES CON LA FAMILIA	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de afectividad y comunicación. - Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas. - Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros. - Inhibición y delegación como modelos de referencia. - Pérdida de roles y las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras. - Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros. - Exceso de protección - Falta de reconocimiento y aceptación del hijo. - Ausencia de participación y disfrute en el ocio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Límites y normas claras. - Reconocimiento y aceptación del hijo. - Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo a superar los fracasos. - Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva. - Cohesión del grupo familiar. - Actitudes y comportamientos contrarios al consumo de drogas; rechazo a las conductas de riesgo. - Modelos de referencia de conducta positiva en los padres. - Roles ajustados y figuras de autoridad de referencia. - Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas. - Seguimiento y apoyo en sus actividades escolares. - Participación y disfrute en el ocio familiar.

ESCOLARES	RELACIONES CON LA ESCUELA	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de adaptación. - Sensación de inutilidad y desmotivación. - Absentismo escolar y pasividad. - Poco rendimiento académico unido a autoconcepto bajo. - Ausencia de hábitos de trabajo y de recursos culturales. - Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores. - Poca integración en el grupo de compañeros . - Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales. - Problemas de integración de normas. - Experiencia de incompetencia y fracaso escolar y abandono temprano de los estudios. - Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integración en la dinámica escolar. - Motivación escolar: puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios... - Hábitos de estudio. - Adecuado rendimiento y autoconcepto positivo. - Modelos positivos de referencia en el profesorado. - Integración en el grupo/clase. - Interés hacia lo escolar entre sus iguales. - Interiorización de normas escolares. - Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos.

RELACIONAL	RELACIONES CON EL GRUPO DE IGUALES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Excesiva dependencia del grupo. - Inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas. - Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas. - Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo (amigos consumidores). - Ineptitud para establecer relaciones personales. - Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo. - Escaso desarrollo de habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio. - Toma de decisiones personales. - Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas. - Modelos de amigos no consumidores o moderados drogas - Participación en grupos de carácter positivo (asociaciones, club deportivo...). - Red amplia de amigos. - Competencia social para las relaciones personales. - Desarrollo adecuado de habilidades sociales.

COMUNIDAD	ENTORNO DEL BARRIO/MUNICIPIO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Situación socioeconómica precaria. - Problemas de integración e inclusión social (colectivos inmigrantes y minorías étnicas) - Desestructuración social. - Poca cohesión social. - Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios. - Degradación de la zona (barrios conflictivos del entramado urbano). - Accesibilidad a las sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización social adecuada. - Cohesión social en el barrio. - Relaciones positivas de vecindad. - Apoyo social y protección al menor. - Recursos comunitarios suficientes para el menor: conocimiento y accesibilidad a los mismos. - Dificultades de acceso a las sustancias. - Integración e inclusión social

4

INTERVENCIÓN CON MENORES

El nuevo perfil de consumidores adolescentes requiere adecuar las estrategias y los métodos de intervención para dar las respuestas adecuadas. Se trata de imprimir un nuevo talante en la intervención, donde la delimitación entre la prevención y la terapia es difícil de establecer con claridad.

Se han realizado numerosos esfuerzos en nuestro país para implementar programas de prevención universal, especialmente en los centros educativos, además de consolidarse una amplia red de recursos asistenciales dedicados a atender los problemas de drogodependencias. En la actualidad, sin embargo, se pone en evidencia la existencia de un “terreno de nadie” a caballo entre estos dos niveles de intervención, un vacío respecto a las actuaciones destinadas a menores que tienen un consumo abusivo y problemático.

En los últimos años, se han puesto en marcha experiencias muy interesantes y eficaces para responder a estas nuevas problemáticas, algunas de ellas con varios años de consolidación y con una evaluación permanente. Aprovechar estas iniciativas, sus logros y difundirlos constituye uno de los objetivos de este trabajo.

La intervención con menores, que genéricamente se podría denominar de “Apoyo a los adolescentes con consumos problemáticos de drogas” se propone como meta conseguir el desarrollo de su personalidad en correspondencia con su etapa evolutiva y en los diferentes ámbitos en los que está inmerso, con el fin de poder establecer un proceso saludable de autonomía integrado en la sociedad.

En función del perfil de riesgo del colectivo de menores a atender y de los objetivos a cubrir se distinguen dos niveles de intervención: Prevención Selectiva y Prevención Indicada.

Esto no significa que sean intervenciones estancas, separadas de forma drástica entre sí (la mayoría de las veces es difícil delimitar la frontera donde termina una y empieza la otra), ni que vayan a utilizar estrategias y metodologías muy distintas.

Antes de pasar a analizar estos dos niveles de intervención con los menores, se van a exponer una serie de criterios que consideramos constituyen un marco de referencia de cualquier intervención dirigida a este tipo de colectivo.

4.1. Principios Fundamentales de la intervención

Intervención flexible y dinámica

Hay que evitar los procedimientos y sistemas terapéuticos rígidos. Son personas en pleno y acelerado proceso de transformación, por lo que las respuestas deben tener un carácter de provisionalidad, observando atentamente el efecto que tienen sobre la construcción de la identidad del adolescente y su contribución a la adopción de alguna etiqueta por parte del menor totalmente desaconsejable. Esto implica el esfuerzo de estar en permanente actualización y descubriendo lo que se puede hacer en cada momento y cómo hacerlo, tal y como lo exigen los cambios constantes inherentes a la adolescencia.

En clave adolescente

Es importante no olvidar que se trata de adolescentes y por lo tanto todo lo que hacen debe interpretarse en este sentido. Cabe esperar en su comportamiento, dificultades e inquietudes propias de su momento evolutivo. Se trata de observar y escuchar a personas que se rigen por lógicas diferentes a las de los adultos. Un buen abordaje de la adolescencia debe tener siempre presente esta cuestión y tener muy en cuenta sus características evolutivas a la hora de establecer objetivos y criterios metodológicos, ya que sería un error exigirles un nivel de maduración y comportamiento propio de un adulto.

Principio de no etiquetamiento

La intervención educativa dirigida al desarrollo del menor como persona, debe evitar etiquetarle y patologizarle como drogodependiente, extraviado, con-

flictivo... Estigmatizar a una persona con algún calificativo, a menudo favorece el desarrollo de pautas de comportamiento tal y como se espera de ella, por último, el etiquetamiento algunas veces no tiene como objetivo recuperar al menor, sino simplemente evitar su comportamiento.

El principio de la espera

La condición evolutiva del adolescente nos ha de llevar a saber esperar. Hay conductas de los menores que son pura provocación y muchas veces sus transgresiones son de “condición” y con su natural evolución probablemente desaparecerán si hemos tenido la paciencia para no reaccionar inadecuadamente y dejar que “el tiempo” resuelva algunos problemas. Por lo tanto, hay que tener mucha cautela en los pronósticos (Funes 1998).

Enfoque desde la globalidad

Este principio sugiere no intervenir de manera focalizada sobre un conflicto concreto, sobre todo para evitar la problematización del menor.

El consumo de drogas no es un “compartimento estanco” dentro de la vida de un adolescente, sino que guarda una relación directa con su estilo de vida y con su adaptación en cada una de las áreas por donde transcurre su vida cotidiana. Los comportamientos conflictivos y sus consecuencias responden a un proceso de búsqueda de identidad en el que *todo está interrelacionado*.

“La intervención efectiva debería orientarse desde una perspectiva que comprendiera diversas conductas de riesgo, en lugar de centrarse específica y exclusivamente en una de ellas. Los programas mejores son que orientan la intervención de forma que permitan optimizar el estilo de vida global del adolescente” (Díaz Aguado M^a J. 1998).

En general el consumo de drogas no debe ser el foco principal de la intervención, sino que en la mayoría de los casos los problemas por consumo hay que abordarlos indirectamente, en una segunda fase, dentro de un paquete más amplio.

Primacía de la intervención educativa

La perspectiva en las intervenciones será de índole educativa, teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo del menor. Puesto que se trata de una etapa en proceso de interiorización de valores, de actitudes y de aprendizaje de hábitos de com-

portamiento, es fundamental estimular su proceso madurativo, conectar oportunidades y recursos que puedan paliar las carencias que tenga y modificar los aspectos negativos de su conducta y de su personalidad.

Es fundamental asegurarse que se está contribuyendo a su proceso de crecimiento personal y que por tanto, todas las medidas adoptadas tienen un carácter prioritariamente educativo en sentido amplio.

Toda intervención educativa ha de ajustarse a tres aspectos primordiales, que son los objetivos de la misma intervención:

1. Fomentar aprendizajes.
2. Ofrecer refuerzos y recursos para poder conseguir los aprendizajes.
3. Ir obteniendo avances paulatinos para el cambio.

Acompañamiento del adolescente

Se trata básicamente de acompañar al adolescente en su proceso de crecimiento y maduración y de reorientar su itinerario si es necesario.

En este punto es importante señalar que el acompañamiento tradicional del adolescente durante su proceso de socialización lo realizaban básicamente dos tipos de adultos: los padres y los profesores. Una de las dificultades más relevantes en la actualidad, es que estos dos referentes han sido sustituidos por dos ámbitos nuevos, con un mayor peso específico: la calle y los medios de comunicación, sobre todo la televisión.

Es una cuestión primordial recuperar estos dos ámbitos fundamentales de socialización y reorientar los roles perdidos de estos dos imprescindibles agentes educativos.

El profesional que está apoyando al menor ha de ser dinámico, ya que habrá de ordenar y jerarquizar los objetivos de la intervención en función de los cambios que vaya observando. También ha de tener mucho menor protagonismo que en el modelo tradicional y que cuando interviene con otro tipo de colectivo ya que ha de saber transmitir su mensaje a la familia y al chico/a y saber quedarse al margen. (Funes 98).

La estrategia y el método no ha de ser directivo, sino de acompañamiento. Es un estilo, una manera de hacer que debe impregnar todas las fases y áreas de la intervención.

Normalización del adolescente en su medio

Procurar el mantenimiento del menor en su ambiente (siempre que sea viable), es otra cuestión primordial. Se trata de evitar la distancia y desvincular al menor de su entorno familiar, social, escolar, barrio, amistades... preservando en todo momento la normalización de su vida cotidiana en cuanto tiempos (horarios) y espacios (recursos) que interfieran lo menos posible su escolarización o sus relaciones familiares y sociales.

Es importante primar, siempre que ello sea posible, la no-institucionalización del menor (atenderlos donde están, a partir de los recursos a potenciar en el propio contexto), evitando su desarraigo y apartándolo de su entorno solamente en casos excepcionales.

La utilización del medio inmediato como recurso

El medio natural del menor no es un elemento pasivo, por el contrario, es el componente fundamental de la intervención educativa. En este sentido apuntar dos criterios a tener en cuenta:

- Utilización de los recursos humanos y materiales que estén disponibles.
- Implicación de todos sus componentes en la actuación.

No suelen resultar positivos los servicios o recursos destinados exclusivamente a una determinada “patología”, encasillando en recursos específicos a adolescentes con conductas problemáticas, pudiendo generar una problemática aún mayor. Por lo tanto, la tendencia ha de centrarse en utilizar los recursos más normalizados, los más próximos a su entorno inmediato. Aquellas respuestas que puedan darse desde las instancias normales, generales o primarias, no deben darse desde las especializadas.

Importancia crucial a la familia

Todo Programa dirigido a los menores ha de contemplar el apoyo a la familia como agente de socialización primordial en su desarrollo, como marco fundamen-

tal en el que se desarrolla el crecimiento del adolescente y como plataforma de seguimiento del proceso

Efecto preventivo en red

Los menores solo son atendibles si se da un buen sistema de trabajo en red, no es viable trabajar parcialmente y de modo aislado.

La labor educativa debe partir de la premisa de completar las actuaciones de los diversos agentes que interaccionan con el adolescente, especialmente familia y escuela. Se trata de complementar acciones conjuntas y coordinadas en el medio familiar, en la red social de amigos no consumidores, en el medio educativo, con compañeros, profesores y tutores, en su barrio o municipio...

Es fundamental la actuación coordinada de diversas entidades y mediadores que, directa o indirectamente, tiene alguna competencia con relación al menor. Cualquier adulto y/o recurso que se relaciona con el menor tiene algo que decir.

La relación, coordinación y colaboración con diferentes recursos de la zona y con todos los servicios y entidades que habitualmente tienen relación con los adolescentes es esencial para: (*)

- Establecer indicadores para la detección de los menores en situación de especial riesgo.
- Fijar estrategias de captación de los menores.
- Establecer criterios para la derivación a los distintos recursos.
- Utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles con objeto de dar una respuesta eficaz e integral a los menores.
- Actualizar permanente los programas, actividades y servicios de cada recurso, evitando el solapamiento de actividades.

(*) Programa de Intervención con Menores PMD Ayuntamiento de Madrid 2000)

Para lograr todo esto, hace falta establecer una coordinación con las entidades y los recursos comunitarios de la zona, precisando el cómo y para qué de la misma y con evaluación continuada de dicha coordinación.

Necesidad de trabajo interdisciplinar

Los equipos de apoyo y atención a los menores han de ser equipos ínter y multidisciplinarios, con una estructura de relaciones y con una capacidad de organización y autodeterminación para alcanzar objetivos comunes de todos sus miembros.

La complejidad de la situación obliga a una estrecha colaboración entre distintas disciplinas, lo que favorece la obtención de un mayor/mejor conocimiento y una mayor/mejor comprensión de la realidad del menor de su proceso evolutivo y socializador.

4.2. Prevención selectiva

Los Programas agrupados bajo la denominación de Prevención Selectiva, van dirigidos a un segmento de población concreto que por características personales, del entorno social, familiar, socio-cultural y de relación, se hallan expuestos a diversos factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas, entendiéndose por esto, que es un sector de adolescentes con posibilidades de que el consumo de drogas se cronifique como tal.

Además de poner el foco de atención en el consumo de drogas que están realizando los menores (cantidades y frecuencias), el riesgo puede venir determinado por otras circunstancias. En la revisión de diferentes programas que tienen a los menores en riesgo como población diana se han identificado los siguientes programas dirigidos a:

- entornos de alto riesgo: extrema pobreza, desarraigo social, altos índices de delincuencia
- familias multiproblemáticas
- hijos de alcohólicos o drogodependientes
- niños con una experimentación temprana con drogas

- menores con problemas con la justicia
- adolescentes buscadores de sensaciones

Todos ellos son programas denominados de Prevención Selectiva ya que en ellos se "selecciona", como su propio nombre indica, un colectivo de niños/adolescentes especialmente vulnerables y por lo tanto susceptibles de un mayor riesgo de tener problemas con las drogas, sean éstos menores abstemios o no lo sean. Tal es el caso en nuestro país del Programa Alfil dirigido a hijos de alcohólicos (aunque estos chicos/as no estén consumiendo alcohol), o el Programa Spott dirigido a hijos de toxicómanos.

Lo mismo ocurre al centrar nuestra atención en zonas especialmente degradadas y con altos índices de exclusión social o con grupos de menores de la etnia gitana (Programa Romanó Sastipen) o inmigrantes con dificultades de integración social.

Un aspecto clave en este nivel de intervención es la detección precoz de consumos problemáticos y de menores especialmente vulnerables, con objeto de captarlos en la fase incipiente de los usos de drogas, ofreciendo alternativas y concienciándoles de los efectos y las consecuencias de los consumos.

Para conseguir ofrecer una respuesta adecuada, cualquier trabajo con esta población, debe tener presente en primer lugar la realidad del grupo y su momento evolutivo.

4.2.1. Fases de la intervención

La intervención comprende una serie de Fases o Etapas que pasamos a analizar.

1ª) Fase de análisis de la realidad

Es la fase inicial de recogida de datos. Los objetivos en esta fase son la identificación y el conocimiento de grupos diana o grupos de riesgo, de problemas diana y de contextos o escenarios de riesgo. Asimismo, es el momento clave para la detección precoz de los casos más problemáticos de abuso y/o dependencia.

Algunos de los indicadores que deben considerarse en esta recogida de información son:

- Los valores y normas que rigen en el grupo.
- Las actitudes vitales dominantes en el grupo (hedonismo, presentismo, transgresión...).
- Los modelos y los signos de identificación del grupo.
- La influencia determinante en la participación en distintas subculturas adolescentes y juveniles cercanas al consumo.
- La presencia/ausencia de conductas asociales (actos de vandalismo, delictivos...).
- El grupo de iguales como espacio de consumo de sustancias.
- Los consumos de sustancias que están realizando: mayoritario/minoritario/sin contacto/se desconoce.
- Las claves de su entramado social: motivaciones, gustos, lo que les atrae, relaciones de interdependencia.
- Los modelos de ocupación del ocio y tiempo libre.
- Las relaciones familiares y escolares.

Este conjunto de variables, incluye factores que permiten dar una respuesta positiva frente a los factores de riesgos (factores de protección) o por el contrario son en sí mismo factores de riesgo que favorecen la probabilidad de que aparezcan consumos cada vez más problemáticos.

¿Quién puede realizar esta tarea más eficazmente?

El trabajo de los educadores sociales, de calle, de los monitores de tiempo libre, líderes juveniles, Asociaciones juveniles... y de todas aquellas personas que trabajan con los adolescentes en los espacios donde éstos se desenvuelven son las figuras claves, tanto para la recogida de información como para otras etapas de la intervención (captación, motivación, etc.).

Las razones son múltiples:

- Se mueven en los ambientes y contextos donde ellos se encuentran y por tanto conocen más de cerca su realidad.

- Son personas significativas para los menores y asociadas a condiciones gratas para ellos (actividades de juego, campamentos, talleres...).
- Son personas jóvenes, en su mayor parte, próximas a los chicos/as, y por lo tanto, modelos más creíbles de comportamiento y con habilidad para manejarse en la relación interpersonal con ellos.

El educador en definitiva tendrá que valorar la situación identificando los factores de protección y los de riesgo del grupo.

Las dificultades detectadas más frecuentes son:

- La diversidad de conflictos que suelen coincidir en los grupos de menores.
- Las diversas percepciones de riesgo en los distintos miembros de un mismo grupo.
- La diferente percepción del problema por ellos y por educadores(ellos no perciben que tengan problemas).
- Distanciarse lo suficiente para poder objetivar la información.

Para poder realizar un diagnóstico correcto de la situación de los grupos de menores, se plantean dos estrategias de actuación, que no son excluyentes, sino complementarias.

◆ Acceso a la realidad desde el ámbito comunitario

Dos métodos son los más indicados para el conocimiento de la realidad y del entorno social de los menores: la observación directa y/o participante y la entrevista de recogida de información.

La Observación Participante: se define como la “estrategia metodológica mediante la cual se recogen, analizan y ordenan para su posterior sistematización, datos diversos referidos a las formas y significados de las conductas de todo tipo con que las personas responden a distintas situaciones en el transcurso de sus actividades cotidianas, preferentemente en el seno de los grupos, comunidades y organizaciones” (González Fernández, 1985).

Se trata pues de que el educador, en esta fase inicial, recoja y ordene la información relevante (sistematizando los datos con relación a determinados indicado-

res) para una adecuada comprensión de la realidad social de los menores y la posibilidad de incidir sobre ella.

La Entrevista de recogida de información en medio abierto no solo posibilita obtener información más precisa, sino que además permite captar reacciones, gestos, comportamientos...

Es una entrevista no directiva y escasamente estructurada a fin de ayudar a que el diálogo sea lo más fluido posible y de esta manera sea más completa la información aportada. Se apuntan varias consideraciones que deben contemplarse en este encuentro entre los educadores y los menores: (GID 1995)

- Se trata de un proceso bidireccional: la comunicación ha de darse en dos direcciones, del educador hacia el entrevistado y de éste hacia el educador.
- La comunicación no verbal es importante y viene a complementar la información verbal.
- Hay una finalidad específica, en este caso es la informativa (recogida de datos). La entrevista podrá utilizarse para:
 - Recoger información general (relación familiar, grado de satisfacción escolar, su ocupación del ocio...).
 - Contrastar información que ha llegado por terceras personas o que el educador haya recabado a partir de la observación.
 - Aclarar información ambigua.

◆ Acceso a la realidad desde el contraste de información

Se trata de recabar información de todos aquellos profesionales que se encuentren relacionados con los menores o con las familia.

Para esto la coordinación con recursos relacionados con los menores es clave para:

- poner en común y consensuar ítems claros de definición de situaciones de riesgo.
- consensuar criterios similares o parecidos de actuación .

2ª) Fase de detección/captación

Es el momento del acercamiento y del contacto directo con el menor, esencial para el posterior desarrollo de la acción educativa. Es un momento clave, ya que una de las cuestiones principales en la intervención con menores, y probablemente el más difícil, es como llegar a ellos, cómo “atraparlos”, como conseguir su vinculación con el Programa.

El objetivo en esta fase es ganar su confianza y aceptación, así como recoger información básica sobre lo que aporta el grupo a cada individuo con relación a:

- El momento en que se encuentran los menores en cuanto al establecimiento de relaciones con sus iguales.
- La necesidad de acogida y autoafirmación que cubre el grupo: seguridad y refugio frente a carencias básicas.
- Los modelos de identificación que buscan en el grupo.

En la toma de contacto, el educador debe buscar la aproximación al grupo con el que va a trabajar para intentar, poco a poco, dejar de ser un extraño.

Las dificultades más frecuentes detectadas tienen que ver con la escasa auto-percepción de riesgo o perjuicio que tienen, asociado al consumo recreacional. Ellos no acuden voluntariamente a pedir ayuda, lo que condiciona en gran medida la actuación.

Otra dificultad que suele presentarse, es la desconexión entre los propios educadores; cada uno va por su lado y las captaciones se superponen, los especializados en drogas por un lado y los normalizados (educación, juventud...) por otro. El resultado es que los menores al final no saben a quién dirigirse.

¿Cómo conseguir este acercamiento? ¿Qué estrategias son más adecuadas?

Se distinguen dos tipos de estrategias que implican también tipos de Programas diferenciados:

- **Estrategia de Espera:** contactar con los menores ante demandas, sobre todo de sus familias o educadores.
- **Estrategia de Búsqueda:** aterrizar en su realidad.

Este último *estilo de búsqueda* es el que está dando mejores resultados y se realiza básicamente a través de Educadores de Medio Abierto.

Esta estrategia permite desarrollar un trabajo específico con una metodología diferente, mucho más cercana al sujeto y a su realidad y que favorece llegar a aquellos menores para los que “lo institucional” representa una fuente de conflictos y no un punto de referencia, así como detectar a tiempo actitudes, situaciones y consumos que pueden llegar a convertirse en problemáticos.

Asimismo, otra de sus ventajas, es que posibilita observar y conocer la diversidad de conflictos en que están inmersos los menores. Es frecuente encontrar adolescentes con mayor nivel de riesgo entre los que no solicitan ayuda y no acuden a los recursos, que los que si lo hacen.

La intervención del educador no parte del vacío ya que contará con:

- Los servicios sociales de zona.
- Asociaciones existentes motivadas con el tema, sobre todo Asociaciones Juveniles
- Agentes naturales y mediadores sociales con peso en la comunidad.
- Educadores que estén trabajando en la zona, aunque sea en otros temas relacionados con el menor.
- Colegios e institutos de la zona.
- Centros habituales de reunión de los menores.

En este sentido, es fundamental la figura del educador que se *coordina*, pero también que *permanece* en el tiempo y que se *adapta* a la situación y a las necesidades del entorno.

En esta fase de captación, la comunicación se convierte en una importante herramienta de trabajo y debe servir para establecer lazos entre la población adolescente y los escenarios no institucionales.

Asimismo, la presentación del educador en el medio abierto es un momento especialmente delicado. La relación humana que se establezca por ambas partes en estos primeros contactos va a ser decisiva. Es fundamental que se produzca una “química” que permita contactos posteriores. Captar la atención del grupo va a per-

mitir al educador dejar de ser un elemento extraño, para lo cual deberá tener en cuenta algunas cuestiones básicas: (GID 95).

- Elegir el momento más adecuado para iniciar la interacción.
- Utilizar, para iniciar la interacción, alguna frase y/o acto que aumente la probabilidad de recibir una respuesta positiva.
- Los mensajes no verbales son percibidos con mayor facilidad y rapidez por los miembros del grupo que los verbales.
- Explicar al grupo sus funciones y los apoyos que les ofrece.
- Mostrar preocupación y curiosidad por los menores, (que perciban al educador cercano y de confianza).
- Transmisión de mensajes verbales y no verbales de aprobación e información hacia conductas alternativas de cambio.
- Aceptar a su grupo de trabajo, no sólo es el grupo el que debe aceptar al educador, la aceptación mutua es clave, para el posterior desarrollo de la tarea educativa.
- Por último, algunos comportamientos desaconsejables: hacer promesas, imponer, mostrar agresividad con las opiniones y actitudes de los menores, juzgar a los miembros del grupo, hacer hipótesis prematuras y juicios de valor, no recoger las peticiones de todo el grupo, hacer promesas que no se van a cumplir ...

Si no hay respuesta positiva por parte del grupo, el educador deberá buscar otra estrategia de acercamiento, como por ejemplo, detectar sus centros de interés y promover actividades alternativas atractivas de tiempo libre y de ocio, tales como; actividades en la naturaleza, acampadas, excursiones, salidas, deportes de riesgo...

La otra posible vía de captación es a través de personas con las que está en contacto, de alguien que esté cerca de ellos, en los lugares en los que se mueven y transcurre su vida: los padres, profesores, mediadores de ocio, profesionales de recursos relacionados con los menores, agentes institucionales y sociales de ámbito local (policías locales, Asociaciones Juveniles, de Vecinos, grupos de padres...).

En el caso de los menores hijos de alcohólicos o toxicómanos, a través de los padres que establecen contacto con algún centro especializado de tratamiento de su dependencia o en asociaciones de alcohólicos rehabilitados.

Es fundamental un trabajo previo de coordinación, para lo cual es básico sentir la necesidad de coordinarse, creando estructuras estables de base para el menor. Son estrategias en diferentes ámbitos: familiar, escolar, barrios...en las que conviene intervenir en direcciones convergentes, para lo cual es prioritario:

- Capacitar a los que acceden a su mundo para que puedan influir.
- Establecer objetivos, estrategias, tareas y tiempos de coordinación concretos.

3ª) Fase de motivación

En esta fase el educador tiene mayor presencia que en la fase de captación.

Es prioritario el reconocimiento y la valoración de su propia situación de riesgo, es decir, concienciar al menor de su situación. No se trata de culpabilizar, sino que después del reconocimiento de la problemática y para preparar la intervención, los menores implicados sean consecuentes con la situación. Hay que buscar estrategias para que, además del reconocimiento de su problemática, vivan la intervención como necesaria.

Las dificultades que se presentan con más frecuencia son:

- Las discrepancias con el educador sobre la percepción de su situación de riesgo (en algunas ocasiones ellos tienen conciencia de problema, pero sin vincularlo al consumo).
- El adulto se percibe como el representante de unas normas y unos valores que el adolescente combate, por lo que hasta el educador más comprometido no deja de estar a sus ojos al lado de la sociedad y de sus normas, en última instancia, se trata de alguien especializado para “*comerles el coco*” y ante el cual deben de estar a la defensiva. Esto complica la percepción del educador como alguien con autoridad y a la vez cercano.

Se plantean dos posibles estrategias:

1. La empatía para ganarse la confianza del grupo

Una habilidad clave del educador es la capacidad de escuchar los sentimientos de los menores (sea éste un individuo o un grupo), conociendo y demostrando interés continuo por cada uno.

Demasiado a menudo, las personas que intervienen con adolescentes olvidan situarse en la perspectiva de éstos, comprender sus puntos de vista y analizar el medio en que se desarrollan, asumiendo las contradicciones entre ambientes vitales tan distintos y, a veces tan distantes, como son el suyo y el del propio adolescente.

Las distancias entre el mundo adulto y el mundo adolescente obligan a una cierta flexibilidad y a entender que la interpretación que ellos hacen del consumo de drogas es diferente a la nuestra. En el marco de su realidad el consumo pasa a convertirse en algo “normal”, dentro de ciertas subculturas juveniles.

Para motivar al adolescente hay que empezar por discutir abiertamente sobre este tipo de situaciones con el objetivo de entender que es lo que está queriendo expresar con el tipo de consumo que está haciendo y por dónde se le puede dar una salida. El educador entiende que oculto en el mensaje o la actitud que está recibiendo, subyacen determinados sentimientos que conviene que los menores reconozcan y expliciten.

“Quizás en algunos casos implique una cierta continuación en el consumo, pero se le pueden plantear otras formas de consumo con mayores ventajas para ellos. Algunos entonces pensarán en hacer unos usos en contextos no tan negativos... esto es también una cosa positiva de cara a su desarrollo” (Funes 1998).

2. Descubrir los factores de protección del grupo

El educador ha de ser capaz de rescatar aquellas habilidades y aptitudes positivas que dispone el grupo y, a partir de ellas, plantear actividades que sean gratificantes y que puedan favorecer la consecución de los objetivos propuestos.

En las actividades/dinámicas de grupo que se vayan a planificar, es fundamental recoger las demandas de los menores, aceptando sus sugerencias y solicitando sus opiniones para saber como han recibido las propuestas planteadas.

Este método se puede complementar con una entrevista motivacional personalizada, si se estima conveniente, como señalan Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999) para:

- Empatizar directamente con algún miembro que ha quedado al margen del grupo.
- Informar a algún miembro del grupo ante una demanda personal (centros de interés, recursos de ocio, asociaciones...).

- Informar sobre su propio proceso.
- Reforzar una conducta que no ha podido ser reforzada en el grupo de iguales.
- Dar orientación más personalizada tendente al establecimiento de conductas alternativas.

4ª) Fase de actuaciones preventivas

En esta fase se desarrollan las acciones necesarias para conseguir una aproximación progresiva al objetivo final educativo propuesto. Comprenden una serie de actuaciones que abarcan las diferentes áreas del desarrollo del menor.

ÁREA DE DROGAS

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia son:

- Falta de conocimiento objetivo sobre las sustancias.
- Ausencia de madurez y crítica personal ante el consumismo en general y el consumo de drogas en particular.
- Escasa percepción de riesgo ante el consumo de drogas, acompañado en ocasiones de un escaso interés en lograr información (piensan que disponen suficientes conocimientos del tema).
- Exceso de confianza en sí mismo, “sensación de invulnerabilidad” y no aceptación de sus limitaciones. En ocasiones tienen percepción de los riesgos, pero aún así, deciden asumirlos y aprender por ellos mismos de los problemas o a través de sus iguales.
- Negación para reconocer dependencia a alguna sustancia (aunque se esté realizando un consumo sistemático durante todos los fines de semana de la cual no se pueda prescindir).
- Ausencia de motivación interna para solicitar cualquier tipo de ayuda.

Los objetivos más relevantes en esta área son:

- La toma de conciencia de la situación del grupo respecto al consumo.
- Adquirir una información objetiva sobre las drogas, las conductas de riesgo y sobre los mitos circundantes.

- Desarrollar una actitud crítica respecto a las drogas, eliminando la ilusión de inmunidad.
- Motivar el acercamiento de los menores que lo necesiten a los recursos asistenciales y acompañarles a los mismos.

En los Programas dirigidos a hijos de alcohólicos, los objetivos y contenidos están más centrados en la temática del alcohol, tales como:

- opiniones, actitudes y expectativas sobre el alcohol y sus efectos
- información objetiva sobre el alcohol (los mitos y la realidad) y los problemas derivados de su abuso
- el alcoholismo como una enfermedad de desarrollo progresivo con tratamiento (desmontar el mito de la no curación)
- el alcoholismo como una enfermedad familiar: factor de riesgo, genético y el mito de la "herencia del alcoholismo"
- los síntomas iniciales de problemas con el alcohol

La estrategia básica en esta área es la *Estrategia Informativa*.

Se trata de dar una información concreta y útil para que tengan una adecuada percepción de los riesgos de las diferentes sustancias y de las situaciones de consumo y a la vez conseguir que se comporten de forma congruente con dicha información y lleven a cabo los comportamientos de prevención adecuados.

La información es una herramienta de doble filo que puede tener resultados perversos si no se utiliza con criterios adecuados, por lo tanto la transmisión de la información debe ser abordada con una serie de características que veremos a continuación (*)

Son orientaciones muy generales pues en última instancia es el educador quien decide la información necesaria a transmitir, sobre la base del análisis de la realidad realizado y su conocimiento del grupo.

- **Oportuna.** La información debe darse cuando el destinatario está dispuesto a recibirla, en un lugar adecuado y con una actitud receptiva.

(*) Conclusiones del Seminario sobre Estrategia Informativa. Colegio de Psicólogos 2001).

- **Positiva.** Es importante no intentar que una actitud o conducta cambie por desvalorizarla, sino por informar de las consecuencias positivas que aparecerán, tanto para el individuo como para los demás ante un cambio de actitud y comportamiento.

- **Funcional y adaptada a la población diana.**

La misma información no sirve igual para todos, lo que implica la necesidad de un análisis y un conocimiento previo de los menores a los que nos dirigimos (cómo piensan, cómo se divierten, qué drogas toman, qué necesitan...).

El mensaje debe ser capaz de atraer y mantener la atención de los adolescentes, partiendo siempre de sus experiencias, de los conocimientos que ya poseen y cercanos a su entorno social.

- **Los mensajes**

El recurso al miedo, los mensajes moralizantes, las imprecisiones o exageraciones... no sólo no resultan eficaces, sino que en ocasiones pueden ser contraproducentes. En cualquier caso, si en alguna ocasión se utiliza algún mensaje “atemorizante”, debe de ir acompañado de acciones operativas y realistas a ejecutar para evitar las consecuencias negativas.

Es importante transmitir mensajes creíbles, teniendo como referencia los conocimientos farmacológicos básicos existentes sobre el tema, explicitando tanto las consecuencias físicas como psicológicas que se derivan del consumo de las diferentes sustancias.

Las consecuencias negativas deben ser vividas como inmediatas y cercanas al joven: hacer hincapié en los efectos a corto plazo, más que en el largo plazo.

El estilo del mensaje debe ser sencillo, claro, no coercitivo, ofreciendo alternativas y favoreciendo siempre la reflexión para que el menor elabore su propio criterio.

Conviene evitar crear tabúes y mitos, por ello, no debe presentarse el consumo de drogas con un hecho antisocial o de rebeldía frente a los valores y actitudes adultas (es lo que muchos están buscando ya que el riesgo y la aventura forman parte de las motivaciones para el consumo en muchos adolescentes).

Enfocar los mensajes desde cuatro puntos de vista fundamentales:

- El modelo de consumo de drogas recreativas asociado a la ocupación del ocio consumista, no es un consumo rebelde, sino perfectamente integrado e integrador y estimulado por la sociedad de consumo.
- No lo hacen todos los jóvenes.
- Tener personalidad y ser más inteligente que el resto.
- El rechazo a abusar de las drogas forma parte de una forma de ejercer activamente la propia libertad, frente a las presiones de los demás y del entorno

El contenido de los mensajes deberá versar sobre:

- Los efectos positivos y negativos de las sustancias en los individuos.
- El estilo de consumo y sus riesgos.
- Las pautas de actuación ante posibles problemas y cómo minimizar los riesgos.
- El consumo y otros comportamientos (mezcla de sustancias, la conducción de motos/coches bajo sus efectos, las relaciones sexuales sin protección...) y posibles alternativas de ocio y recursos disponibles en su contexto más próximo.

Utilizar fuentes fiables de información: PNSD, Planes Autonómicos sobre drogas, Planes Municipales de Drogas... Si se ofrecen mensajes o datos no contrastados y basados únicamente en opiniones, se perderá credibilidad. En este sentido, si se da una opinión, debemos exponerla como tal, no como un dato contrastado.

- **Comunicación abierta y bidireccional**

Hablar sobre el consumo de drogas no puede convertirse en un discurso o sermón, sino que se debe dar en un ambiente de diálogo. La habilidad para hacer preguntas se convierte en esencial. El educador debe generar dudas para invitar a pensar a los menores, esto es, promover autopreguntas; ¿qué opinas sobre...? , ¿Y los demás que pensáis de...? ¿Y tú también lo harías y por qué?... Es importante en cualquier caso que las preguntas sean claras, cortas, concretas y directas.

Se trata de actuar sobre la información que se detecte poco clara y ambigua, para ello es muy útil lanzar preguntas abiertas, pidiendo ejemplos y concreciones,

invitando a la reflexión y a la participación, intercalando las preguntas con informaciones y comentarios.

- **Habilidad en la transmisión de información negativa**

No se trata de ser punitivo con las conductas y actitudes detectadas, sino que el educador sea capaz de definir las y la vez transmitir una información útil para el cambio. Para ello es fundamental (GID 95):

- No juzgar a los menores, ni ponerles etiquetas.
- Definir con la mayor claridad posible, y concreción la conducta o actitud detectada.
- Hacer explícitas la forma en que afecta la actitud y/o conducta mantenida, tanto al menor como al resto del grupo.
- Expresar actitudes y/o conductas alternativas que ayuden a la consecución de los objetivos planteados.

- **La fuente que lo comunica debe ser creíble**

Los emisores que parecen ser más efectivos con estos grupos de jóvenes consumidores de riesgo, son dos:

- Las personas más próximas: jóvenes que comparten gustos y formas divertirse, los propios integrantes de los grupos, líderes grupales y otros jóvenes voluntarios, con formación básica previa.
En general, los grupos de consumidores suelen tener una actitud de rechazo a las intervenciones externas, por lo tanto se trata de estimular la capacidad autocorrectora de los grupos, transmitiendo información a través de los miembros del mismo con mayor poder de influencia, es decir, a través de la educación entre iguales.
- Los educadores sociales y mediadores juveniles cercanos con capacidad de empatizar con los menores.

- **Los contextos de intervención**

Serán los elegidos por los adolescentes para reunirse, divertirse, estudiar, etc, iniciando así un acercamiento y una búsqueda activa de la población diana.

En la actualidad, se están poniendo en marcha numerosos programas de intervención en contextos de riesgo. Son propuestas que tienen que ver con modos de uso controlado de las drogas (Los Programas de “Energy control” son los pioneros) y que se plantean los siguientes objetivos:

- Prevenir las problemáticas sociosanitarias asociadas a los consumos.
- Reducir los riesgos derivados de los efectos farmacológicos de las sustancias.
- Facilitar información objetiva sobre las drogas y sobre la génesis de los procesos de dependencia.
- Detectar precozmente casos de abuso/dependencia y motivar el acercamiento de los menores que lo necesiten a los recursos asistenciales y acompañamiento a los mismos.

El método utilizado se basa en la comunicación y el asesoramiento personalizado en los propios espacios de diversión y consumo más “escandaloso”, buscando momentos para hablar de los temas que les concierne.

La vía de entrada y de conexión son las sustancias, y, en la mayoría de las ocasiones, lo que se pretende con este tipo de Programas es conseguir unos buenos informadores y una mayor información en los chicos/as.

Pero este tipo de intervenciones no tiene por que limitarse a la mera información sobre drogas, sino que pueden aprovecharse para ir más allá, para proporcionarles una información de amplio espectro sobre cuestiones que les pueden interesar: sexualidad, VIH, utilización de preservativos, ofertas culturales y de ocio de la zona, centros a los que pueden acudir para informarse sobre temas que les interesen (asesoría jurídica, subvenciones, becas...).

Resulta esencial que las personas que informan a los menores, se conviertan en agentes de salud. Además de ser unos/as buenos informadores especializados, pueden constituirse en punto de referencia, de orientación y asesoramiento de otras muchas cuestiones. Se trata de crear la inquietud y transmitirles que “están ahí por si los necesitan”.

Estas actuaciones preventivas además son un buen método para la detección de otros problemas.

Por último, otros escenarios de intervención son los lugares en donde se encuentran los menores estudiando y en los que se ha evidenciado situaciones de riesgo, tales como: Institutos de Enseñanza Secundaria, Escuelas Taller, Programas de Garantía Social, Casas de Oficios...

ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia con relación este área son:

- Resistencia consciente de los menores a abandonar un estilo de vida infantil que les reporta beneficios.
- Conseguir el desarrollo de sus propios recursos, con y en el medio en que están inmersos.
- Atracción por las conductas de riesgo como algo definitorio de su condición adolescente.

Es importante no perder de vista que una mayoría de ellos son adolescentes que están estructurados, es decir, su vida, sus estudios, sus relaciones familiares, sus amistades... pueden estar dañadas, pero no destruidas, por lo tanto, se trata de reconducir y fomentar, pero no de reconstruir.

Partiendo de esta premisa, *el objetivo* fundamental en este área es acompañar y reforzar su proceso de maduración, desarrollando sus propios recursos personales y relacionales, aportándoles los necesarios para la consecución de su proyecto de realización personal. En concreto, será preciso incidir en:

- Apoyo en la búsqueda y consolidación de su propia identidad.
- Desarrollo de actitudes de autoconfianza y reconocimiento de la propia valía: concepto positivo de sí mismo y de su autoestima.
- Estímulo a la autonomía acorde con su edad, aprendiendo a tomar decisiones y solucionar sus propios conflictos.
- Fomento de la responsabilidad ante sus actos, haciéndoles conscientes y conocedores de los mismos, y, en el caso que nos ocupa, adquiriendo conciencia de su problema de consumo. Pero también responsabilidad hacia los demás. tomando conciencia de que se está obligado a cumplir ciertas normas,

entre ellas la de no perjudicar a los demás, por ejemplo, ensuciando toda una zona de su ciudad y no dejando descansar a sus conciudadanos.

- Fomento de la actitud crítica y el pensamiento independiente capaces de romper la inercia imitadora. Esta cuestión supone, la mayoría de las veces un replanteamiento de las relaciones con los amigos, desarrollando adecuadamente una identidad propia que lleve aparejado un respeto mutuo.
- Autocontrol de la impulsividad y de la conducta. La mayoría de los menores tienden a apresurarse en sus respuestas frente a los acontecimientos que les surgen. Enseñarles a que aprendan a demorar sus reacciones, detenerse a pensar y considerar las consecuencias de sus acciones y actitudes antes de actuar es una cuestión clave. Con relación al tema que nos ocupa, se trata de aprender a gestionar el nivel de riesgo que están dispuestos asumir, el nivel de riesgo que creen seguro para ellos y darse cuenta de hasta donde tienen control sobre los mismos.

En los programas con menores hijos de toxicómanos o alcohólicos es esencial, además de estos objetivos, incluir el aprendizaje de técnicas de afrontamiento al estrés ambiental y al malestar emocional ante situaciones típicas en el hogar de un progenitor dependiente (mentiras, olvidos, agresividad, etc...) así como estrategias de afrontamiento al estigma social que supone ser etiquetado como "hijo de alcohólico o hijo de toxicómano", incluso en su entorno natural.

Las estrategias más idóneas son el acompañamiento afectivo de los menores, pero firme, cuestionando las conductas negativas e incoherentes y la utilización metodológica de las relaciones con el grupo de iguales para el trabajo educativo.

Las intervenciones han de ir dirigidas no sólo al sujeto sino fundamentalmente al grupo de iguales, con objeto de modificar estilos de vida del grupo.

Los métodos pueden ser diversos: se pueden utilizar los espacios para la convivencia entre jóvenes a partir de actividades de ocio/recreativas con una finalidad educativa.

En otras ocasiones se requiere un trabajo más estructurado, con una planificación de dinámicas de grupo en un centro/aula. En estos casos, se pueden organizar grupos de encuentro para menores ("Talleres para adolescentes") con seguimiento individualizado, en contextos comunitarios (Asociaciones de Jóvenes, de barrio, parroquias, ONGs...), en centros educativos o en los propios centros de la entidad que está llevando a cabo el Programa.

ÁREA DE DESARROLLO SOCIORRELACIONAL

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia en las actuaciones en esta área son las siguientes:

- Baja motivación para el cambio y para participar en actividades de grupo que supongan un esfuerzo.
- Dificultades para establecer relaciones fuera de los grupos de consumo.
- Asociación del consumo con la búsqueda del éxito social y elemento de prestigio en el grupo: ser más sociable, más innovador, más atrevido, más transgresor...
- Falta de apoyo de sus iguales para participar en el Programa.

Los objetivos que se han de plantear son modificar estilos de vida que están claramente dificultando su desarrollo y ayudarles a ser socialmente competentes.

Se trata de dotar a los menores de las habilidades necesarias para un adecuado afrontamiento del medio, sin que necesiten abusar de estímulos y sin que esto implique abandonar su condición de joven.

En concreto, se ha de incidir en los siguientes *objetivos específicos*:

- Establecimiento de unas relaciones personales desde las que poder compartir las dificultades, sus crisis de identidad y poner en común sus comportamientos, y sus inquietudes.
- Potenciar la puesta en contacto y las relaciones con grupos de adolescentes no consumidores.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento de la presión de grupo y autonomía para desvincularse de grupos desadaptativos.
- Entrenamiento en diversas habilidades sociales, especialmente de comunicación y afrontamiento de situaciones difíciles.

Las estrategias y los métodos más idóneos son la utilización de jóvenes mediadores sociales del barrio como modelos en medio abierto y la planificación y desarrollo de actividades recreativas de ocio con unos claros objetivos de desarrollo de la competencia social en los menores, sin obviar por supuesto el objetivo lúdico. Asimismo, se pueden llevar a cabo “Talleres grupales” en contextos comunitarios (Dinámicas de grupo) o en centros educativos.

ÁREA ESCOLAR/FORMATIVA

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia son:

- Pocas expectativas en los estudios y desmotivación hacia las tareas escolares, lo que conlleva directamente al absentismo y el fracaso escolar.
- Escasa integración en el medio educativo, tanto en el centro como entre sus propios compañeros.
- Comportamientos conflictivos en el aula.
- Bajo nivel de responsabilidad y desinterés ante propuestas que impliquen un esfuerzo inmediato.
- Estilo de vida desorganizado, caótico... que les impide la comprensión de la eficacia del tiempo y planificar.
- Crisis de identidad (apatía, confusión vital, aburrimiento...).
- Pesimismo en cuanto a sus oportunidades laborales y escasas oportunidades de trabajo, junto a la baja remuneración de los trabajos precarios a los que pueden acceder.

Estimular el desarrollo de intereses con relación a su capacidad formativa/laborales es esencial en este área. Conviene resaltar la importancia de trabajar con sus necesidades reales, incentivando y estimulando el esfuerzo.

Para ello se proponen los siguientes *objetivos específicos*:

- Detección de menores en situación de especial riesgo.
- Obtener una actitud positiva hacia el mundo escolar/laboral.
- Establecer hábitos de estudio y ayudar en las dificultades concretas, resaltando los esfuerzos y los logros y minimizando los fracasos ayudando a superarlos.
- Informar de posibles itinerarios formativos.
- Orientar en el aprovechamiento eficaz del tiempo.
- Poner en contacto a los menores con los recursos de formación/empleo de su comunidad y favorecer la incorporación a sus actividades formativas.

Las entrevistas, las reuniones de seguimiento y la planificación de actividades con responsables de recursos formativos/educativos para la intervención conjunta

(profesores, tutores, orientadores de centros educativos, equipos profesionales de otros servicios...) son fundamentales. Es necesario el apoyo y el asesoramiento al profesorado para que el centro educativo se constituya en un entorno de protección.

ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia son:

- El modelo de ocupación de ocio que asocia diversión y relaciones sociales con “colocarse” y la lógica cultural de la sociedad consumista, en la que lo que prima es que a más consumo más diversión.
- Resistencias al cambio de un modelo de ocio que tienen muy interiorizado y que suele asociarse a su grupo de amigos, a su modo de divertirse, a su estilo de vida...
- Dificultad en hacer visible y construir una imagen positiva de los no consumidores o consumidores moderados.
- Elaborar alternativas con suficiente impacto y atracción para arrastrar al menor y a su grupo de amigos consumidores.

Conseguir que los menores tomen conciencia de que la diversión no pasa necesariamente por la práctica rutinaria de unas mismas y exclusivas pautas de ocio es la finalidad. Para ello convendría avanzar en la consecución de los siguientes *objetivos*:

- Favorecer el cuestionamiento y la ruptura del modelo recreativo: diversión igual a consumo y desinhibición en las relaciones sociales.
- Actitud crítica hacia las subculturas juveniles que sustentan la cultura recreativa actual: medios de comunicación, música, publicidad, elementos simbólicos que llegan a los menores...
- Educar para la gestión del tiempo libre.
- Desarrollo de actividades de ocio que supongan una experimentación con usos del tiempo libre diferentes.
- Integración en ambientes alternativos y prácticas de actividades con otros grupos de menores.

- Conseguir la visión positiva de la imagen de los adolescentes no consumidores o moderados. Se divierten como los que más...sin que el consumo de drogas sea su prioridad o su actividad central.
- Poner en contacto a los menores con los servicios de ocio de su comunidad.

Algunas estrategias adecuadas consisten en recoger sus intereses, a la vez que utilizamos a sus iguales en la planificación y la realización de actividades alternativas: salidas, excursiones, acampadas y convivencias, actividades deportivas, en la naturaleza, culturales... Es muy importante la coordinación con los recursos de ocio de la zona para aproximarlos a los menores.

Un método interesante que conviene apuntar es la realización de “*Talleres de gestión del ocio*” a desarrollar dentro de los centros del Programa o en otros comunitarios (centros educativos, Asociaciones de jóvenes, Casas de la Juventud... Se trata de talleres educativos con planteamientos amplios en el consumo, sin centrarlos en las drogas, de manera que se refuercen actitudes, recursos y potencialidades con los que luego poder decidir, evidenciando el uso de drogas como elemento de prestigio social y cuestionando el consumismo en general.

4.2.2. Indicadores de Evaluación (*)

Para llevar a cabo un adecuado seguimiento y evaluación de la intervención con los menores, se sugiere recoger una serie de datos de forma sistemática sobre las actuaciones que se están llevando a cabo, para ello se proponen una serie de Indicadores de Evaluación a cumplimentar por el equipo que está realizando el trabajo de apoyo a los adolescentes.

A partir de estos Indicadores, cada equipo elaborará los instrumentos de registro que mejor se adecuen a sus necesidades y les facilite la recogida de la información necesaria para ir valorando en todo momento la intervención que están haciendo.

Implantación del educador en las zonas de actuación prioritarias

- Zona de actuación.
- Motivos para dar prioridad a esta zona.
- Actividades realizadas para intervenir en la zona.

Trabajo realizado con grupos de menores

- N° total de grupos con los que se ha trabajado en el período evaluado.
- N° de grupos con los que se ha continuado trabajando del período anterior.
- N° de grupos de nueva incorporación.
- N° de grupos reincorporados de otros períodos.
- Características de los grupos: edad media/distribución por sexos.
- Actividades realizadas con los grupos.
- Personas que han colaborado en el desarrollo de las actividades.
- Vía de captación.
- Trabajo con grupos en colaboración con organizaciones formales.

Trabajo realizado con grupos de menores en contextos educativos

Los mismos indicadores que se han señalado en el apartado anterior (“Trabajo realizado con grupos de menores”) pero haciendo referencia al trabajo realizado en contextos educativos.

Trabajo con entidades y recursos comunitarios

- N° total de entidades con las que se ha trabajado.
- N° entidades del período anterior.
- N° de entidades de nueva incorporación.
- N° de entidades reincorporadas.
- N° de entidades a las que sólo se les ha informado.
- N° de reuniones formales con las entidades.
- Temas tratados en las reuniones mantenidas: información del Programa, recogida de información sobre actividades de la entidad, evaluación de necesidades de la zona, captación de menores en situación de riesgo o dependientes, coordinación general de actividades conjuntamente, seguimiento individualizado de casos, otros temas...
- Tipología de entidades.

Seguimiento individual de menores en situación de riesgo

- Total de menores con los que se ha trabajado en este período.
- Menores se ha seguido trabajando de período anterior.
- Menores se ha reiniciado el trabajo.
- Menores de nueva incorporación.
- Menores incorporados a los grupos derivados a centro ambulatorio.
- Menores derivados actividades normalizadas.
- Menores derivados a otros recursos especializados.
- Actividades realizadas con estos menores.
- Personas que han colaborado en estas actividades.
- Vía de captación.
- Características del menor: (ver evaluación del menor en capítulo 4.3. *Prevención Indicada* en “*Fase de Diagnóstico*”).

* Los Indicadores presentados se han recogido del diseño de seguimiento y evaluación del Programa de Intervención con Menores del Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Madrid.

4.3. Prevención Indicada

Se define como la prevención dirigida a menores que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y auto-control además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático.

Además de ofrecer cierta contención apropiada a estos menores y de utilizar la relación con el grupo de iguales como metodología fundamental para el trabajo educativo, conviene desarrollar un planteamiento educativo intensivo, con una atención individualizada más acentuada. El seguimiento del menor se personaliza, lo que no significa que la intervención sea solamente individual, toda vez que la prioridad en la atención se realiza a través del trabajo grupal.

Los nuevos perfiles de consumidores y sus problemáticas demandan un nuevo talante de la intervención, una respuesta diferente con relación a los abordajes

terapéuticos tradicionales donde la perspectiva es más educativa y preventiva que terapéutica, con una atención directa para los adolescentes y para sus familias.

Los modelos de tratamiento tradicionales no parecen idóneos para perfiles tan diferentes (tanto en su itinerario con las sustancias consumidas, como por su estilo de vida y su medio familiar de referencia) ya que suelen ser adolescentes con escaso tiempo de consumo y con estilos de vida y medio socio-familiar diferente de los incorporados a tratamiento habitual.

Parece dudoso, por lo tanto, la conveniencia de unificar en un mismo grupo a estos menores con jóvenes mucho más mayores, con itinerarios de sustancias muy diferentes y notablemente desestructurados. Necesitan un modelo de atención sumamente flexible y dinámico y no resulta fácil la adaptación de un modelo y de unos recursos diseñados para dar salida a las “crisis” producidas por el consumo de drogas, a un modelo y unos dispositivos más abiertos, que atienden demandas de apoyo múltiples, y que sean básicamente Programas especializados de apoyo a los menores.

4.3.1. Fases de la Intervención

Se contemplan diversas etapas, al igual que se han delimitado en la Prevención Selectiva, en las que se da prioridad a unos objetivos concretos en cada una de ellas. El que los objetivos planteados se incluyan en una determinada fase, no supone que solo vayan a darse en esa etapa o momento del proceso, pero si que en ella van a tener un mayor peso.

A continuación vamos a describir las dificultades más frecuentes detectadas en cada una de ellas, proponiendo posibles estrategias que faciliten la tarea de los profesionales que están interviniendo con los menores.

1ª) Fase de detección/captación

Las dificultades detectadas más relevantes tienen que ver con:

- La falta de identificación con el estereotipo de drogadicto, aunque tengan problemas.
- El “no reconocimiento” de su problemática. Su discurso suele ser: “yo no tengo problemas”, “mis padres son unos exagerados que no me entienden”, “tomo de vez en cuando, solo los fines de semana, pero yo controlo”,

“todo el mundo se coloca con algo el fin de semana”, “mis padres la tienen tomada conmigo”, etc ...

- Los estereotipos sobre los centros de atención. Al igual que las drogas los centros asistenciales están rodeados de imágenes y representaciones sociales sobre los que asisten a ellos (“ahí van los yonkis”), por lo que no les parece que los dispositivos de drogodependencias tengan que ver con ellos, ni que tengan respuesta a sus problemáticas.
- La resistencia a la comunicación por parte del menor con los profesionales, derivado de la obligatoriedad, en algunos casos, de acudir al centro.
- La pasividad porque ellos lo conocen “todo”, junto a una falta de confianza hacia lo percibido como nuevo.
- La impulsividad y violencia en algunos adolescentes.
- La demanda, tanto familiar como por parte de los educadores, de una solución rápida y eficaz.

Como consecuencia, las demandas se presentan tarde, cuando hay evidencias de conflictos familiares y/o escolares serios u otro tipo de problemas personales.

Al igual que en la Prevención Selectiva, la óptima estrategia de captación es caminar hacia ellos, es decir, lo que hemos denominado el *estilo de búsqueda*.

A veces se encuentran menores con mayor nivel de riesgo entre los chicos/as que no solicitan ayuda (porque creen que no la necesitan), que en los que la solicitan.

Es importante trabajar en el medio/entorno de riesgo, así podemos ver la diversidad de conflictos en que está inmerso el menor y realizar una detección precoz de los casos más problemáticos.

No vamos a extendernos aquí de nuevo en desarrollar esta estrategia de captación ya que se ha expuesto ampliamente en el capítulo 5.1 dedicado a Prevención Selectiva.

Otra vía de captación es lo que hemos denominado la *estrategia de la espera*.

El que se sitúe en este apartado no quiere decir que se le dé más importancia en este nivel de prevención, (la estrategia más idónea es la búsqueda) pero vamos

a profundizar en ella, ya que al percibirse un deterioro mayor en el menor, las personas que se relacionan habitualmente con él suelen acudir a solicitar ayuda.

Los menores que acuden a un dispositivo asistencial, en la mayoría de los casos, lo hacen por iniciativa familiar (*“les traen los padres de las orejas”*). A menudo asociada a la demanda de apoyo por el consumo de drogas, se expresan conflictos en las relaciones familiares que son también implícitamente objeto de demanda de ayuda por parte de la familia. Siempre hay alguna ocasión en la que el adulto que tiene a su cargo a un menor impone un límite o una condición.

Hay muchos casos en que la presión y la demanda de los padres viene desencadenada al descubrir el consumo de “porros”, sin prestar excesiva importancia al consumo abusivo de alcohol que realizan los fines de semana y desconociendo normalmente el uso de otras drogas.

Las demandas de intervención surgen, en la mayoría de los casos, por algún tipo de ruptura en la “normalización” de la vida del menor, es decir, por los primeros indicios de injerencia del hábito de consumo en el resto de las áreas del desarrollo y espacios por donde transcurre su vida cotidiana: sus estudios, *“descontroles”* los fines de semana, sus amistades, comunicación y relaciones deterioradas en la familia, trastornos de conducta...

En ocasiones (escasas y adolescentes del tramo de mayor edad), solicitan ayuda y acuden a algún centro por propia iniciativa, al llegar a la conclusión de que no poseen tanto control como ellos creían sobre sus consumos y empiezan a notar un deterioro físico o psíquico importante.

Las consultas realizadas por los propios adolescentes casi siempre hacen referencia exclusivamente a los peligros de determinadas mezclas de drogas y a las posibles consecuencias de su uso/abuso.

Otras veces, la detección de casos más problemáticos tiene lugar en otros recursos relacionados con el menor (Servicios Sociales, Centros de Salud, consultas pediatras, equipos de Salud Mental, Centros de Atención a la Infancia, IRIS, Instituciones de Menores (centros de protección, de reforma), ONGs colaboradoras del Programa), o por los profesores, tutores, departamentos de orientación de los centros educativos donde cursan sus estudios, o bien a través de mediadores de ocio, educadores, entidades del barrio... que están implementando algún tipo de programa de Prevención Selectiva).

En otras ocasiones, son derivados por problemas judiciales derivados del tráfico, robos o consumo sancionado por procedimiento administrativo.

2ª) Fase de acogida

La acogida es un momento determinante con los menores. Hay que planificar muy bien este primer encuentro, asegurándose que sacan algo en claro, que les es útil para algo, para que vuelvan una segunda vez. Para ello conviene tener en cuenta:

- Contar con un espacio de acogida y atención diferenciado al de los otros usuarios de drogas, para poder dar una respuesta flexible y adaptada. Son precisos ambientes que “enganchen” al menor, incluso a veces puede ser necesario atenderlos en la propia calle.
- Contar con una figura de referencia en el centro que les acompañe, unos adultos próximos, que produzcan el necesario enlace, preferiblemente un profesional formado para llevar a cabo este momento crítico del proceso
- El tipo de relación del educador que posibilita la intervención ha de ser educativa/afectiva. El educador o profesional será aceptado únicamente si ambas partes mantienen una postura de cercanía y si muestra preocupación y curiosidad por sus problemas, aceptando incondicionalmente al menor y su entorno.
- Se suele focalizar el problema en las drogas, pero el adolescente no necesita focalización, casi siempre lo que necesita es que le escuchen. Pueden tener problemas con las drogas, pero no nos buscan para discutir sobre ellas, sino sobre otros asuntos que están complicando su vida.
- Prescindir de formalismos, formularios, etc ... e intentar seguir su conversación aunque no vaya por donde a nosotros nos gustaría; lo que a ellos les preocupa puede que no resulte interesante para los adultos
- Flexibilizar posturas. No olvidar que uno de nuestros objetivos prioritarios debe ser el de motivar al menor hacia el cambio, pero no todos desean cambiar o pueden hacerlo. Por poco tiempo que el adolescente esté en relación con el Programa y con el centro, podemos conseguir algún tipo de avance y transmitirle, para cuando quiera conseguir nuevas metas, cómo hacerlo y a dónde acudir.

Es muy útil la planificación de “Talleres de Acogida” para que en un clima acogedor, se puedan reunir varios adolescentes que no se conocen y al cual pueden acudir también personas cercanas; su grupo de iguales, el novio/a, su mejor amigo... Lo importante es “engancharlos” y conseguir que acudan una segunda vez.

3ª) Fase de motivación

Ya se ha comentado que la mayoría de los menores minimizan la importancia del consumo que están haciendo. Esta cuestión es un gran handicap para la predisposición y motivación hacía el cambio y en definitiva, para iniciar y mantener un proceso de apoyo a los adolescentes.

Esta claro que ni debemos ni podemos obligar a un chico/a a seguir un programa de apoyo y/o a modificar su relación con las drogas si él no quiere, como mucho se puede imponer o negociar la obligación de un primer encuentro con otro adulto que entienda de estos temas.

Cualquier menor que llega a un recurso asistencial ha de ser informado de cuál es su situación actual y el porqué de la intervención e intentar convencerle para que pase a la fase de evaluación/diagnóstico.

Se ha de transmitir la idea de que se va a favorecer su proceso de maduración personal y que no tenga la sensación que va a iniciar programa de rehabilitación contra las drogas, ya que su consumo es un factor más, pero no el más importante.

En esta fase, escuchar su demanda concreta, entender el deseo del menor y focalizar el interés en su interés, resulta fundamental.

Las demandas planteadas, de una manera u otra, van a marcar el proceso y el éxito del mismo dependerá en gran medida de su consecución. Lo importante es conseguir nuevos encuentros, el retorno del menor.

Sus demandas suelen ser casi siempre puntuales y con objetivos muy concretos. Tienen que ver con las drogas, pero con otra perspectiva que la de los adultos, por ejemplo; un mayor conocimiento de las mismas y sus mecanismos de adicción, poder utilizarlas sin problemas (en aquellos casos en los que el deterioro no es muy importante), controlarlas y no abandonarlas, usarlas sólo para divertirse, mejoras en sus relaciones sociales, contrarrestar los efectos no deseados... no suelen ver claramente la necesidad de trabajar otros factores que predisponen a un consumo

problemático. Por esto necesitan unos Programas y unos Modelos de intervención totalmente flexibles. Si esto es importante en cualquier programa, cuando se trata de menores resulta esencial. Junto a los Programas Libres de Drogas y a los de Reducción de Daños, se deberán diseñar propuestas intermedias para:

- La consecución de modos de uso controlado.
- La posibilidad de volver a atrás, a usos no destructores.
- Las formas de uso que menos probabilidad tengan de generar “accidentes” irreversibles (Funes J. 1998).

Por otro lado, para llevar a cabo cualquier tipo de intervención, es necesario un compromiso de cambio por parte del menor, compromiso que habrán de incorporar a sus estudios, la diversión, los amigos, las relaciones en la familia... Tendrán que ponerse a pensar y discutir qué piensan hacer con su vida... por lo menos el mes que viene, (el futuro no suele ser una realidad en sus vidas, hablar a un adolescente del día de mañana suele resultar poco eficaz).

La implicación y participación en su propio proyecto, el compromiso voluntario asumiendo su responsabilidad individual es fundamental. A partir de ahí, la negociación con ellos es constante. Cuando un adolescente se compromete a un cambio, a conseguir una meta o se traza un plan, tiene un gran valor... aunque en muchas ocasiones puede durar poco.

Como señala Funes J. “hay que acostumbrarse a reiniciar constantemente los acuerdos, permanecer en un proceso de negociación continua, de volver a empezar... colocarse en una perspectiva negociadora y hacer pequeños pero concretos contratos de intercambio, aportando siempre algo a cambio, pero siendo coherente entre lo que se dice y lo que se hace y no prometiendo lo que no se pueda cumplir. Los pactos habrá que formalizarlos tantas veces como haga falta y volver a poner sobre la mesa las razones que ellos argumentaron antes para empezar a planificar juntos algo de su vida”.

Resulta esencial que el adulto de referencia empatice con el menor. Ganándose los afectivamente y sin utilizar medidas paternalistas, hay bastante camino recorrido.

Realizar una buena entrevista para motivarles, es un punto de partida clave. La “*Entrevista motivacional*” forma parte de la metodología a desarrollar durante el proceso con los adolescentes y se basa en cinco principios básicos que, aunque obvios, conviene recordarlos:

- **Espacio adecuado**, con una atmósfera agradable que estimule confianza.
- **Expresar empatía:**
 - La aceptación facilita el cambio.
 - Actitud de escucha reflexiva adecuada.
 - Escuchar de forma paciente y crítica simultáneamente.
 - No basarse únicamente en lo que el menor exprese, es decir, en lo que éste verbaliza o quiere decir, sino también en lo que no exterioriza, escuchar también sus sentimientos.
 - Utilizar un lenguaje sencillo y directo que sirva de código común.
- **Crear discrepancia:**
 - Tomar conciencia de las consecuencias.
 - Una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se pretenden motivará el cambio.
 - El menor debe presentar sus propias razones para cambiar.
- **Evitar la discusión:**
 - Discernir los aspectos relevantes de los irrelevantes.
 - Las discusiones son contraproducentes.
 - Defender un argumento con vehemencia, provoca mecanismos de defensa.
 - La resistencia es una señal que indica que se debe cambiar la estrategia.
 - Evitar el uso de etiquetas.
- **Giro a la resistencia:**
 - No mostrarse autoritario, los nuevos puntos de vista, se sugieren, no se imponen.
 - Motivar para ayudar a responder, pero teniendo presente no orientar o sugerir una respuesta, evitando dar consejos, hacer advertencias o juicios de valor.

- Hacer preguntas abiertas que ayuden a pensar y mandar información concreta y útil.
- No extraer conclusiones precipitadamente.

Para llevar a cabo este encuentro que motive al menor es preciso un profesional con un determinado perfil, con unas competencias determinadas, (habilidad comunicativa), pero también con una formación y una capacitación.

La metodología grupal se ha manifestado como un elemento positivo de “enganche” del menor, como vehículo de presión positiva, toda vez que desde el inicio se genera un clima afectivo y de autoayuda entre sus miembros y con compromisos mutuos.

4ª) Fase de diagnóstico

Aún a sabiendas de la existencia de una serie de rasgos comunes en las formas de uso de las sustancias por los menores, mensajes subculturales incorporados y escenarios dónde se desarrollan los consumos, es preciso analizar caso por caso y detectar el mecanismo singular que sustenta el consumo, de forma que posibilite el diseño de la intervención apropiada a los resultados del diagnóstico particularizado.

La explicación de sus usos de drogas suele estar a menudo fuera de las drogas. Estas siempre cumplen alguna función que hemos de descubrir para trabajar con los menores a partir de la misma, es decir:

- ¿para qué les sirven en sus vidas, qué les aporta, a qué modo de funcionar se relacionan...?
- ¿el contexto en que se inscriben?.

En esta fase de la intervención se detectan las carencias o necesidades educativas y las problemáticas, así como los recursos personales que los menores presentan. Se trata de analizar los distintos aspectos que dirigen y condicionan su vida con relación a: el propio menor (los aspectos cognitivos, conductuales y de personalidad), su entorno familiar, escolar y social, ya que el estudio de uno solo de ellos solo puede dar una visión sesgada o parcial de la realidad.

El objetivo en definitiva es evaluar la situación actual del adolescente respecto de sus factores de riesgo/protección, así como los recursos existentes en su entorno.

Es un proceso dinámico e individualizado, valorando el momento evolutivo del menor, mediante el cual tenemos información sobre las variables que están incidiendo en el consumo para adecuar la intervención dentro de su contexto vital

En este proceso de diagnóstico, hay que recabar información de todos los recursos que hayan tenido relación con el menor, construyendo equipos cohesionados, ágiles en la búsqueda de información social y educativa relevante. Es preciso aprovechar toda la información que la red de atención al menor dispone, para lo cual es clave la coordinación con todas aquellas entidades que conozcan su situación y trabajen en el ámbito educativo.

Una vez recabada toda la información y, junto a las observaciones del educador, se realiza una primera entrevista y si fuese necesario se puede administrar alguna prueba diagnóstica.

El método empleado y el tipo de pruebas dependerán de las variables que queramos medir. Se utilizarán aquellos instrumentos que se consideren oportunos (entrevistas semiestructuradas, protocolos de evaluación, autoinformes, test, exploración con mayor profundidad de un área o áreas determinadas, exploración escolar, visitas domiciliarias, análisis toxicológicos y médicos...). La finalidad es conseguir una valoración global, es decir, un conocimiento del menor en su más amplio sentido, destacando los aspectos primordiales a considerar.

¿Qué hay que evaluar?. Se señalan a continuación las variables más significativas a explorar en cada apartado: (*)

1. Variables mediadoras directamente relacionadas con el consumo de sustancias:

- Historia de consumo: drogas consumidas (trastornos/abuso o dependencia).
- Análisis funcional de la conducta de consumo: análisis de la primera vez, del hábito, de situaciones especiales.
- Droga que motiva la demanda.
- Información y conocimiento sobre el consumo de drogas.
- Intención de consumir en el futuro drogas y opinión sobre ellas.
- Normas o creencias normativas del consumidor y su grupo.

- Motivación para el cambio y autocontrol sobre el consumo (intención de modificar el consumo).
- Motivación hacia los programas (expectativas y demandas...).

2. Variables mediadoras no directamente relacionadas con el consumo de sustancias:

2.1. Factores de riesgo/protección personales y/o habilidades para la vida

- Autoestima y autoconcepto.
- Autocontrol y eficacia personal.
- Autonomía y pensamiento creativo y crítico.
- Afrontamiento de estados emocionales (ansiedad y depresión).
- Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Capacidad para afrontar el futuro.
- Valores y desarrollo moral.
- Comunicación eficaz y capacidad para las relaciones interpersonales.
- Satisfacción personal: actual y potencial (expectativas y motivaciones).

2.2. Grupo de Amigos

- Aislamiento, sin grupo de referencia.
- Red de amigos.
- Relación con amigos consumidores/no consumidores y con presencia/ausencia de conductas asociales (actos de vandalismo, delictivos...).
- Grado de marginación social del grupo.

Actitudes vitales dominantes en el grupo (hedonismo, presentismo, transgresión...).

- Influencia del grupo: significado del grupo para el menor, posición del menor en el grupo.

- El grupo de iguales como espacio de consumo de sustancias; trastornos/abuso o dependencia de drogas en el grupo de iguales.
- Las claves de su entramado social: motivaciones, gustos, lo que les atrae, relaciones de interdependencia.

2.3. *Escolarización*

- Vinculación al centro escolar (asistencia regular/irregular).
- Cambios de centros educativos.
- Rendimiento académico.
- Integración escolar (profesores, compañeros...).
- Comportamientos conflictivos en el aula/centro.
- Expectativas y motivaciones.

2.4. *Ocupación*

- Sin actividad definida.
- Situación laboral: trabajo eventual/estable.
- Formación ocupacional.
- Expectativas laborales.
- Disponibilidad de dinero: ingresos/salario.
- Responsabilidades domésticas.

2.5. *Conducta problemática*

- H^a anterior significativa y conducta problemática.
- Incidencias legales(denuncias, arrestos, sanciones...).
- Según la edad, hay conductas problemáticas indicadoras de riesgo, por ejemplo: la hiperactividad, agresividad, baja autoestima ...

2.6. *Estilo de vida*

- Hábitos de higiene y salud (alimentación, descanso nocturno, autoimagen, actividad física...).

- Complicaciones orgánicas asociadas al consumo: VIH positivo o negativo.
- Complicaciones orgánicas ajenas al consumo.
- Prevención de riesgos (uso del preservativo, del casco en la moto, conducir sin carnet o borracho/a...).
- Ocupación del ocio y del tiempo libre: actividades en solitario; actividades en su grupo de iguales; estancia en la calle sin actividad definida.

2.7. Factores de riesgo/protección familiares: actitudes y costumbres respecto al consumo de sustancias, consumo de drogas en el entorno familiar, protección y apoyo, límites y normas, valoración elevada, fomento de la participación infantil en el funcionamiento del hogar... (ver capítulo 5 sobre “Intervención familiar”).

2.8. Entorno físico y social

- Vivienda (condiciones de habitabilidad).
- Situación del barrio con relación al consumo de drogas (tráfico/disponibilidad de sustancias/consumo).
- Hábitos culturales: costumbres y actitudes hacia el consumo de sustancias que tiene la comunidad.
- Recursos comunitarios del barrio que conoce y utiliza (polideportivo, centro cultural, asociaciones de promoción social...

(*) Protocolo de evaluación de la conducta de consumo de drogas en los adolescentes. Programa “Suspertu” de apoyo a adolescentes. Adaptación de la Guía para la evaluación de la intervención preventiva en el ámbito de las drogodependencias (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías).

Cinco sugerencias relevantes con relación al diagnóstico de un menor consumidor de drogas:

- *Ser prudentes y cautelosos* en los pronósticos: salvo cuando se han introducido en usos reiterados y destructores para el desarrollo evolutivo, cuando pasan la adolescencia, a los 19/20 años, suele aparecer una cierta reflexión sobre “las locuras” que hacían años atrás y se pueden plantear formas de regulación que ahora en plena adolescencia son más difíciles. En algunas ocasiones por tanto, hay que saber esperar, tener paciencia, aunque hay que estar muy atentos a su evolución. (Funes.99)

- *Buscar la explicación de sus conductas*, su modo de actuar, de expresarse o de su modo de ser. Las personas que trabajan entre adolescentes saben que no hay que dejarse atrapar por la “expresión”, por como exteriorizan sus conductas, sus reacciones y sus preocupaciones.
- *Saber discriminar*. La mayoría de los adolescentes que acceden a los centros presentan características propias de su momento evolutivo: inconformismo, necesidad de transgredir, de ser aceptados por el grupo... Nos encontramos con una doble dificultad: saber discernir que problemas son típicos de la adolescencia, de otros que son causados por el consumo de drogas y que están dificultando su desarrollo madurativo. Saber diferenciar los conflictos generados por una u otra cuestión y aclarar estos puntos con sus familias y también con los propios menores, es un tema clave en esta fase. Una estrategia eficaz consiste en considerar cada uno de los rasgos definitorios de la condición adolescente y ver como están siendo modificados por los usos de drogas
- *Valorar la situación de riesgo y la vulnerabilidad del menor*, pero sin poner el énfasis en las drogas. Sus problemas son globales e interrelacionados, entre los que el consumo puede no ser lo más importante. A veces el riesgo es mayor en otros ejes que no son sólo las drogas.
- *No etiquetar, ni estigmatizar*. Etiquetar a un adolescente como drogodependiente, conflictivo, fracasado... es contraproducente y puede llevar a que se comporte como se espera de él, precisamente como la etiqueta que le hemos asignado.

A partir de esta valoración, se elabora el *Programa Educativo Individualizado* (P.E.I.). Para Garrido (1989) es un “programa basado en determinar qué es lo que se precisa conocer para especificar los objetivos a alcanzar, así como el modo en que esto se va a llevar a cabo, de forma que se salvaguarde y fomente el desarrollo del menor”.

El proyecto de deshabitación de las drogas, incluso en los casos más complejos, será sólo una parte y no la primera de un *proyecto educativo individual más amplio*, dónde se incluyan aspectos psicológicos, sociales y educativos del menor y su familia. Por tanto, se diseña el Programa con la implicación de los cuatro niveles (individual, familiar, escolar y comunitario).

Obviamente, no todos los adolescentes son iguales, por lo que cada intervención será individualizada, teniendo en cuenta el estadio concreto en el que se encuentra, evolutivo y situacional.

Esta *personalización* requiere un seguimiento del proceso por parte de todos los profesionales implicados. La evaluación de cada caso será continua, con reuniones periódicas de revisión, donde se realice una valoración del proceso para ir reorientando la intervención en función de los resultados.

Aunque el proyecto se realice de forma individualizada no significa que no tenga un carácter *globalizador*; en cuanto que la acción se coordina con los recursos existentes en la comunidad y con la intervención en la propia familia, como veremos más adelante (*capítulo 5*).

En ciertos adolescentes será conveniente un diagnóstico psicopatológico, pues algunos presentan patologías complicadas. El consumo es un síntoma de otras problemáticas: síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y de la alimentación, del pensamiento, agresividad, violencia, insatisfacción personal continuada, nihilismo, dificultades de concentración... Se trata de una serie de trastornos psicopatológicos (tanto previos ligados a una susceptibilidad individual, como posteriores al consumo), ocasionados por el consumo concomitante de varias drogas.

Para estos adolescentes, que acuden a los centros con este tipo de trastornos, derivados o inducidos por el consumo, es fundamental un diagnóstico psiquiátrico y los profesionales han de saber hacer una derivación a Salud Mental, si se estima conveniente.

Los tiempos de mediación hacia otros ámbitos de intervención han de ser razonables y ágiles, para poner en marcha rápidamente las medidas de protección necesarias, para lo cual es fundamental establecer canales de coordinación con los servicios de salud mental de la zona y la conexión de los programas a través de equipos multidisciplinares.

Cada vez hay más casos con problemas psiquiátricos, que requieren una atención individualizada en Salud Mental. En ocasiones, con la medicación apropiada, la sintomatología remite y se pueden iniciar las medidas de apoyo psicosocial pertinentes, pero si no remiten, es preciso valorar la necesidad de derivación a otro centro o equipo cuanto antes, en este caso a los recursos de Salud Mental.

Por último, el diagnóstico debe contemplar la exposición del menor a la sustancia y la relación del sujeto con la misma, hasta poder establecer un diagnóstico de drogodependencia. Se trata de diferenciar entre: abuso de sustancias/trastornos producidos por el consumo y dependencia. Esta concreción es necesaria cuando hay que informar a un juez o a un fiscal.

En menores con problemas penales, el diagnóstico por trastorno de dependencia resulta definitorio toda vez que supone la implantación de un tratamiento propiamente dicho, con un objetivo paliativo y por lo tanto susceptible de ser una medida sancionadora alternativa, tal y como se contempla en la nueva Ley orgánica del menor 5/2000 reguladora de la responsabilidad Penal de los Menores. Reformada por las Leyes Orgánicas 7/2000 y 9/2000 de 22 de Diciembre.

5ª) Fase de acciones socioeducativas de apoyo a los menores

Una vez elaborado el Programa Educativo Individualizado (P.E.I.), se va desarrollando dicho programa en el menor.

Antes de pasar a la fase de asistencia socioeducativa propiamente dicha, conviene precisar que las acciones se pueden realizar en diferentes medios.

Como criterio básico de intervención, ya se ha comentado anteriormente, que es preferible impulsar sistemas de observación, seguimiento y acompañamiento de los adolescentes en su propio medio, pero en ocasiones esto no es viable.

Diferenciamos dos medios de intervención, aunque a caballo entre uno y otro, se realizan también actuaciones en un medio intermedio, es decir, en régimen semiabierto

- Actuaciones en el medio abierto.
- Actuaciones en medio cerrado.

◆ Actuaciones en el medio abierto

Es la intervención con los menores para los que *no es aconsejable* separarles de su medio. El objetivo es que los programas asistenciales les ayuden a superar sus dificultades con la ayuda de profesionales y servicios de atención en un recurso ambulatorio urbano.

Asisten a un “centro educativo para apoyo a los menores” o un centro de atención específico a las drogodependencias, plenamente integrado en la comunidad, donde se realizan actividades educativas de apoyo a su desarrollo personal y a su competencia social.

En este recurso, se articula el proyecto socioeducativo del menor.. El compromiso del menor es:

- Asistir al recurso con la periodicidad establecida por el equipo del centro.
- Seguir las pautas impuestas por el equipo.
- Someterse a determinadas analíticas para detectar si está abandonando el consumo.

◆ **Actuaciones en medio semiabierto**

El objetivo es proporcionar al menor un ambiente estructurado durante buena parte del día, en el que lleven a cabo actividades socioeducativas que puedan compensar las carencias del ambiente familiar y de su entorno social inmediato. Son una serie de recursos que funcionan como centros de día

◆ **Actuaciones en medio cerrado**

La vía de acceso a estos Programas Residenciales se produce a través de los programas ambulatorios que previamente han realizado la valoración del caso.

A veces es necesario ubicar al menor en un lugar diferente a su residencia habitual, bien sea porque éste no existe o no concurren en él posibilidades educativas positivas (la familia está desbordada, es hiperproteccionista, está desestructurada...) o bien, están sometidos a una fuerte presión de grupo y de un entorno nocivo, por lo tanto, conviene alejarlo una temporada del entorno familiar y social en el que viven.

Este alejamiento temporal de su medio habitual de vida, puede repercutir en los menores de forma positiva para el crecimiento autónomo que antes se encontraba bloqueado.

La convivencia en estos espacios residenciales les permite relacionarse en un entorno integrador, alejado de ambientes nocivos para su proceso de socialización y posibilita “centrarse” en sus problemáticas y en encontrar soluciones a éstas.

En estos Programas Residenciales los menores viven en un centro o piso, durante un tiempo determinado, pero con salidas progresivas al medio de referencia y al entorno comunitario, al objeto de irlos conectando de forma gradual con los recursos normalizados.

Los *objetivos* generales que se proponen son los siguientes:

- Fortalecer, a través de la creación de un espacio residencial de contención y educación intensiva, los factores de protección del menor ante el consumo de drogas, con el fin de orientarlo a la abstinencia o reducir los riesgos de sus patrones de consumo.
- Facilitar, a través del trabajo en red, que el menor siga avanzando en su itinerario de incorporación social a partir de otros recursos comunitarios, estableciendo lazos con su comunidad y con la sociedad normalizada.

Dos vías apuntan en este sentido para el tratamiento residencial adecuado de aquellos adolescentes que muestran consumos dependientes de drogas y comportamientos conflictivos: (Knorth, 1992).

- La aproximación mediante proyectos en un ambiente altamente estructurado.
- El trabajo gradual a través de una serie de etapas con el fin de aumentar la competencia social del menor.

La nueva Ley Orgánica del Menor 5/2000 de 12 de Enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, contempla como una de las alternativas a la sustitución de la pena impuesta a un menor, una medida cautelar de tratamiento, a requerimiento de un Informe sobre la situación de consumo de drogas del menor para el Equipo Técnico Interdisciplinar de los Juzgados de Menores, dependiente del Ministerio Fiscal.

Este equipo Técnico de los Juzgados de Menores, elabora un Informe sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social y en general sobre cualquier otra circunstancia relevante, como es la situación del menor con relación al consumo dependiente de drogas.

El Artículo 7 de la citada Ley del Menor hace referencia a las distintas medidas que se pueden imponer a los menores o jóvenes.

Estas medidas requieren el consentimiento del menor, lo que refuerza el éxito de su ejecución, tales como el tratamiento ambulatorio por dependencia a las drogas (LORRPM, artículo 7.1.e) o el internamiento terapéutico para el tratamiento de su dependencia (LORRPM, artículo 7.1.f)

La medida de tratamiento ambulatorio estipula que *“el menor acudirá al centro y desarrollará en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y*

de ocio, contempladas en un proyecto pedagógico individualizado, adquiriendo las capacidades de maduración, autonomía y socialización necesarias”.

La medida de Internamiento Terapéutico “*supondrá que el menor será ingresado en un centro, dirigido especialmente a aquellos que presenten trastornos psíquicos o que tengan dependencia a sustancias estupefacientes, bebidas alcohólicas o alteraciones de la percepción”.*

Ambas medidas son de carácter voluntario. Si el menor rechaza el tratamiento de deshabituación, el juez podrá aplicar otra medida adecuada a la realidad del menor.

La intervención que se lleva a cabo con el menor, sea en régimen ambulatorio o en régimen residencial, tiene un carácter global en cuanto se intenta producir cambios en tres ejes: menor-familia-comunidad. Aunque el programa educativo incida especialmente en el menor, la intervención se distribuye a todo el sistema de interacciones que inciden en su conducta, por lo que se desarrollan actuaciones paralelas en los otros dos ejes.

A continuación pasamos a señalar las dificultades más significativas, así como los objetivos prioritarios y las estrategias más adecuadas en las cinco las áreas sobre las que se va a intervenir de manera prioritaria, al igual que se ha hecho anteriormente en el nivel de Prevención Selectiva.

ÁREA DE DROGAS

Una de las limitaciones más recurrente es que los menores, aunque reconozcan sus problemas con las drogas, piensan que están en condiciones de superarlos cuando ellos lo crean oportuno, de ahí que no quieran iniciar ningún proceso de tratamiento. Así mismo, hay dificultades para que abandonen el consumo de drogas percibidas por ellos como de menos riesgos (hachís y alcohol sobre todo) y para que interioricen hábitos de salud básicos.

Son personas con un escaso tiempo de consumo y en ocasiones no resulta fácil, conocer con exactitud lo que toman en cada caso, las dosis, las mezclas, etc.

La mayoría de los *objetivos* que se plantean en este área ya han sido señalados al referirnos al nivel de Prevención Selectiva, ya que son coincidentes, no obstante se indican algunos más concretos para este nivel de prevención.

La meta u objetivo general es favorecer una reducción/eliminación del consumo a partir de los criterios de evaluación inicial que se hayan realizado, incidiendo fundamentalmente en los siguientes objetivos más concretos:

- Seguimiento de los posibles desajustes orgánicos ocasionados por el consumo de drogas y pérdida de hábitos de salud (alimentación, sueño, higiene...) y recuperación de su equilibrio físico.
- Concienciación de su situación respecto al consumo que están realizando y desarrollo de una actitud crítica respecto a las drogas y su consumo.
- Tratamientos farmacológicos dirigidos al trastorno por uso de drogas (sí se estima necesario).
- Dotar de conocimientos objetivos sobre las drogas y las conductas de consumo: información sobre el síndrome de abstinencia y trabajo sobre los miedos (sí se estima necesario). Reducción de ansiedad.
- Negociación con el menor para aceptar el control familiar, o de la persona o institución a su cargo.
- Detección de las situaciones de alto riesgo y generación de alternativas de afrontamiento ante estas situaciones: trabajar las recaídas como parte del proceso y como algo que posiblemente vaya a suceder.

Hay que dar prioridad a la flexibilidad, huyendo de planteamientos rígidos en los cuales la utilización de drogas es inadmisibles y en donde el objetivo sea la abstinencia total. El modelo debe contemplar propuestas que tengan que ver con la consecución de objetivos intermedios.

Obviamente los objetivos que se planteen dependerán de numerosas variables: drogas consumidas, frecuencia y duración del consumo, grado de deterioro orgánico del menor, conciencia e interés del menor por superar sus problemas, demanda del sujeto, grado de conflictividad familiar provocado por el consumo...

Las metodologías más adecuadas son: las entrevistas individualizadas con el equipo sanitario del programa/centro; el tratamiento médico específico (si el caso lo requiere), la recuperación paulatina del ciclo de vida respecto a horarios, comidas, sueño, etc..., la planificación de actividades saludables grupales (gimnasia, deporte, relajación, sauna, jacuzzi...), y los talleres grupales informativos.

ÁREA DE DESARROLLO/PERSONAL

Respecto a las cuestiones personales se tendrá que intervenir en aquellos factores que con frecuencia se dan en los comportamientos conflictivos en los adolescentes, que están asociados a funcionamientos cognitivos inapropiados, entendiendo el término “cognición” en el sentido que lo plantea Garrido Genovés “como una categoría amplia que engloba muy diversos términos (como razonamiento, solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento lógico, resolución de conflictos, conducta de elección, razonamiento moral, percepción, atribución y abstracción)”.

El objetivo general es conseguir la estructuración personal del menor acorde con el momento evolutivo, familiar y social en que se encuentre, compensando los déficits detectados en la fase de diagnóstico.

Aunque la mayoría de los objetivos son similares a los indicados en la Prevención Selectiva, dentro de esta misma área, es importante recalcar que en este nivel de prevención, los objetivos se trabajan con un seguimiento más personalizado, aunque la metodología combina la intervención individual con la grupal. Se incorporan algunos objetivos, tales como:

- Control de estados emocionales disparadores de riesgo (ansiedad, estrés, sentimientos de soledad, confusión, apatía, aburrimiento.....) y búsqueda de estrategias de afrontamiento adecuadas a estos estados de ánimo adversos.
- Alcanzar un nivel adecuado de estima personal que le otorgue seguridad, confianza y estabilidad emocional, descubriendo los recursos y las habilidades personales.
- Iniciar un proceso de responsabilidad personal, aprendiendo a responder ante determinados actos propios y ajenos, aceptando sus errores y aprendiendo a dar soluciones a los problemas. Se trata de fomentar hábitos de comportamientos responsables (constancia, regularidad, respeto a los acuerdos y compromisos...).
- Desarrollar adecuadamente el sentido de identidad y autonomía frente al entorno.
- Desarrollo del autocontrol en la conducta (capacidad para prever las consecuencias de sus acciones y actitudes) y emocional.
- Atender los trastornos psicopatológicos derivados del abuso de las sustancias en coordinación con los servicios de salud mental (fluctuaciones fuertes en

sus estados de ánimo, depresión, ideas obsesivas, algunas veces esquizofrenias de tipo paranoico o trastornos de la personalidad (sobre todo en consumidores de estimulantes).

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia, tanto desde el punto de vista de la realidad de los menores, como desde las dificultades de los propios profesionales, se podrían resumir:

- Dificultad a la hora de contener conductas muy violentas en algunos menores.
- Complicaciones psiquiátricas que pueden emerger por el abuso de las sustancias.
- Superación por parte de los chicos/as de “bajones” dentro de su propio proceso personal .
- Dificultad para encontrar un sustituto de su identidad que sea tan atractiva como la que ahora tienen. Normalmente su identidad está llena de referencias a las drogas y para poder dejarlas han de tener otros papeles y otros componentes que se la proporcionen, y algunos carecen de ellos. Dejar los usos de drogas puede significar dejar lo poco que ahora son y las únicas relaciones afectivas que tienen (“sus colegas”).

Las *estrategias* que se utilizan y que se han manifestado más eficaces son:

- Autocontrol. Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional.
- Autoestima. Identificación de capacidades y dificultades y valoración en su justa medida y reforzamiento de la implicación del menor en las dinámicas de grupo, las reuniones, las actividades y las responsabilidades.
- Responsabilidad. Participación e implicación del menor en la resolución de los diferentes problemas surgidos en el grupo, propios y ajenos.
- Sentido de identidad. Aprender un procedimiento de toma de decisiones y solución de problemas, despertando su actitud crítica y el pensamiento independiente.

La *metodología* más habitual es: la orientación individual, los talleres o grupos temáticos con diferentes dinámicas de grupo, los grupos de encuentro, de autoayuda y de evaluación y revisión.

ÁREA DE DESARROLLO SOCIORRELACIONAL

El trabajo en este área es prioritario ya que la relación con el grupo de iguales a estas edades es clave y uno de los elementos más influyentes en el consumo de los adolescentes. El éxito de la intervención dependerá sobre todo de la consecución de los objetivos en este área de la intervención.

La meta u objetivo general es el desarrollo de una competencia individual para la interacción social que les permita mejorar las relaciones que establecen con los demás y enfrentarse a los problemas que surgen en sus relaciones personales, actuando de forma adecuada con sus padres, profesores, amigos, compañeros escolares, ...

Los *objetivos* de nuevo son similares a los señalados en el nivel de Prevención Selectiva, dependiendo de las carencias específicas en las habilidades sociales detectadas en el menor. Conviene incidir en:

- Reconocimiento de la dinámica de presión grupal y el sometimiento a la regla de conducta estricta del grupo de iguales y entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la presión de grupo para conseguir desvincularse de grupos desadaptativos.
- Actitud positiva hacia personas y grupos no vinculados al uso de drogas, así como estímulo y participación del menor en grupos normalizados y no consumidores.
- Resolución eficaz de los conflictos interpersonales, mejorando su capacidad relacional a través del entrenamiento en habilidades sociales.
- Orientación del menor hacia una socialización integrada y respetuosa con las normas y límites del entorno.

Las *dificultades* que se presentan con mayor frecuencia son:

- La limitación del espacio de relación grupal y social a los ámbitos donde se produce el consumo y que conduce en muchas ocasiones a mitificarlos e identificarlos como la fórmula idónea, casi la única, de relación con los otros.
- Dificultades para iniciar nuevas relaciones, al no contar con centros de interés específicos que poder compartir.
- Relaciones personales exclusivamente con adolescentes con necesidades y dificultades sociales: parte de sus consumos problemáticos de drogas tendrán

que ver simplemente con el aprendizaje y la relación con “colegas” con similares dificultades.

Buena parte de la intervención consistirá en crear grupos en los cuales se pueda ejercer una acción educativa: grupos de entrenamiento o de actividad. También habrá que contar con los grupos adaptados que rodean al menor

Se trabajan en primer lugar sus carencias y dificultades dentro del propio grupo de iguales, despertando centros de interés partiendo de él mismo. El siguiente paso, es la iniciación e incorporación en un grupo adaptado que cubra determinadas necesidades positivas. Este momento habrá de llevarse a cabo antes de la ruptura con el anterior (a un adolescente no se le puede dejar sin grupo de iguales de referencia).

Las metodologías más eficaces son los talleres de desarrollo de habilidades sociales en diferentes módulos: habilidades sociales básicas, habilidades de comunicación, asertividad y autoafirmación, etc... y la planificación de actividades de ocio y recreativas que permitan el encuentro y el desarrollo de interacciones sociales positivas entre adolescentes.

ÁREA ESCOLAR/FORMATIVA

Las dificultades y los objetivos son similares a los señalados en la Prevención Selectiva, dependiendo de la realidad escolar/laboral del menor.

Se trata de desarrollar un conjunto de medidas orientadas a reinsertar al menor en el sistema educativo y posibilitar la mayor formación posible encaminada a la incorporación al mercado laboral.

Los *objetivos* más concretos en este nivel de prevención son:

- Fomentar que el menor detecte sus dificultades y sus potencialidades e introducir alternativas educativas/formativas que le permitan su normalización escolar o laboral.
- Mejorar la actitud del menor hacia la escuela/trabajo, estimulando el desarrollo de intereses con relación a su capacidad formativa y laboral.

- Establecer hábitos de estudio y ayudar en las dificultades concretas, reforzando capacidades y aptitudes.
- Informar y poner en contacto con las actividades de formación/empleo llevadas a cabo en los recursos de su comunidad.

Se propone la siguiente metodología:

1. **Cursos de mejora en el aprendizaje** para ofrecer, a aquellos adolescentes que lo precisan, un apoyo que les permita proseguir con sus estudios (enseñanza primaria o secundaria obligatoria, programa de garantía social, módulos de F.P...) a través de grupos reducidos que respeten los ritmos de aprendizaje y tengan en cuenta las necesidades educativas especiales del menor.

2. **Talleres ocupacionales-formativos**, compuesto por módulos formativos flexibles que ayuden al menor a abordar actividades varias dentro de un contexto teórico-práctico. La aplicación de los módulos estará relacionada con el entorno directo del adolescente.

3. **Actividades lúdicas-formativas**. Programación de juegos interactivos y didácticos orientados a generar proactividad y autoestima en el menor. Estos juegos representan un método para potenciar las habilidades sociales e interpersonales trabajadas en otras áreas de los programas.

4. **Coordinación con los recursos** educativos/formativos de la comunidad

ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE

El estilo de ocupación del ocio es lo más difícil de cambiar, ya que supone una auténtica adicción a un “estilo de vida” en el que estos factores tienen más peso que las propias sustancias consumidas. Las ocupaciones de ocio han estado casi exclusivamente referidas a contextos donde el uso de drogas es primordial, lo que ha llevado a un empobrecimiento en sus intereses y a numerosas resistencias para cambiar. La finalidad por lo tanto es conseguir que el menor deje de relacionar ocio, consumo y diversión.

Por otro lado, resulta difícil planificar ofertas de ocio con las que ellos se sientan interesados: todo lo que se les presenta como alternativa les parece poco sugerente y aburrido. También resulta complicado desarrollar actividades con su grupo de iguales.

Además de los objetivos coincidentes con los recogidos en el nivel de Prevención Secundaria, convendría hacer hincapié en:

- Cuestionarle positivamente su ocupación del ocio y del tiempo libre, concienciando del empobrecimiento de sus opciones.
- Disminuir la apatía y la falta de interés hacia otro tipo de actividades que no estén relacionadas con el consumo, identificando y motivando hacia actividades nuevas más enriquecedoras y saludables, propias de su edad, sin establecer de antemano cuales van a ser éstas, sino escuchando sus sugerencias y opiniones, de manera que sean actividades que a ellos les “enrollen”.
- Desarrollar actividades en el medio de referencia, favoreciendo el contacto de los menores con los servicios de ocio de su comunidad: que los conozcan, que sepan posibilidades y limitaciones de su propio entorno, requisitos, cómo acceder a ellos... la presencia del profesional ha de tender a desaparecer para facilitar la autonomía de los chavales.

Algunas estrategias idóneas son:

- Recoger sus intereses a la vez que utilizamos a sus iguales en el desarrollo de las actividades.
- Además de ofertar y acompañarlos a descubrir nuevas iniciativas de ocio, es importante que ellos mismos identifiquen y planifique actividades dentro y fuera del centro de atención: actividades deportivas, deportes de riesgo, excursiones, actividades en la naturaleza, salidas, acampadas... con objeto de favorecer su autonomía y su capacidad de opinar, organizar y decidir.
- Conocimiento de las asociaciones y/o entidades de ocio de la comunidad y sensibilización a las mismas sobre la problemática de los menores para su implicación y coordinación

Es muy interesantes la planificación de “*Talleres de gestión del ocio*”, dentro de un contexto en que se analicen las ofertas de ocio para jóvenes desde la sociedad de consumo, con objeto de despertar en ellos la actitud crítica hacia dichas ofertas, así como cuestionar la supuesta rebeldía y transgresión social ante un tipo de ocupación del ocio que asocia consumo con diversión.

4.3.2. Indicadores de Evaluación (*)

Para llevar a cabo un adecuado seguimiento y evaluación de la intervención con los menores, se sugiere recoger una serie de datos de forma sistemática sobre

las actuaciones que se están llevando a cabo, para ello se proponen una serie de Indicadores de Evaluación a cumplimentar por el equipo que está realizando el trabajo de apoyo a los adolescentes.

A partir de estos Indicadores, cada equipo elaborará los instrumentos de registro que mejor se adecuen a sus necesidades y les facilite la recogida de la información necesaria para ir valorando en todo momento la intervención que están haciendo.

◆ Casos atendidos en el centro

- N° de casos nuevos.
- N° reingresos.
- N° total de casos atendidos.
- Edad de inicio de la atención.
- Vía de acceso de los casos nuevos y reingresos.
- Tipo de demanda (a iniciativa de quién).
- Derivaciones para la atención en colaboración durante la estancia en el centro.
- Derivaciones al terminar la atención en el centro
- Número de menores que han salido del Programa de apoyo
- Resultados: Objetivos cumplidos/Objetivos parcialmente cumplidos/Duración insuficiente del apoyo/Cambios no valorables
- Motivos de abandono del programa: Fin del apoyo/ fin de la demanda (salida voluntaria)/ Salida ajena a la voluntad del menor/ Derivación a otro recurso.
- Características de los Menores (ver evaluación del menor en capítulo 5.3. Prevención Indicada en "Fase de Diagnóstico")

(*) Los Indicadores presentados se han seleccionado del diseño de seguimiento y evaluación del Programa de Intervención con Menores del Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Madrid)

5

INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA DEL MENOR

Entendemos por intervención familiar la que se realiza con las personas que conviven con el menor, pudiendo incluir por lo tanto a padres, tíos, abuelos, hermanos mayores, etc... en ocasiones se incorporan personas que, aunque no convivan en la unidad familiar básica, tienen de hecho una influencia importante sobre el menor.

La familia y el entorno más próximo del menor son de vital importancia pues es donde tiene lugar el inicio de su integración a la sociedad y su autonomía personal. Es el primer contexto socializador donde el adolescente empieza a adquirir identidad propia, donde se encuentran las figuras de modelaje de las que el niño/a y el adolescente van a aprender las pautas básicas de socialización.

La familia es una institución estructurada y dinámica. Es estructurada porque en ella existen diferentes roles que caracterizan a cada uno de los miembros y que a su vez forman distintos subsistemas (padres, hijos, abuelos...) que suelen estar bien definidos por sus límites (dentro de la familia) y fronteras (delimitan a la familia como tal). Es dinámica, porque se trata de una estructura viva, con una serie de procesos tanto en su ciclo vital, como en las adaptaciones a los sucesivos momentos y crisis por las que ha de pasar en busca de un equilibrio.

Al tratarse de un sistema abierto, con interacciones mutuamente influyentes entre sus miembros y el exterior, lo que conlleva a un movimiento constante en la evolución de cada familia, sus miembros no cesan de comunicar sobre las experiencias y cambios a los que están sujetos cotidianamente.

Por otro lado, la familia va evolucionando en relación con el lugar y el momento en el que le ha tocado vivir. Actualmente dos características significativas vienen enmarcando la realidad familiar:

- ampliación del número de años que los hijos/as permanecen en el hogar derivado de varios factores: la situación del mercado laboral, la extensión del periodo de formación, las dificultades para lograr la independencia económica...
- necesidad de relacionarse en su labor socializadora cada vez con más instituciones. Además de la escuela, se han añadido otras instancias, básicamente los medios de comunicación (sobre todo la televisión), la calle y los grupos de iguales.

A pesar de todo, se constata la importancia fundamental que la familia continúa teniendo en la sociedad española. Aunque ha podido perder protagonismo, sigue manteniendo una de sus principales funciones: dotar de identidad a las personas, transmitir un modelo de comunicación, un estilo de vida, unos valores, unas actitudes...en definitiva, un ser y un estar en la sociedad.

Como primera instancia socializadora del ser humano, precede en su influencia a otras instancias de socialización secundarias. Puede por tanto equilibrar y contrarrestar la influencia de estos otros medios ya que los padres/madres actúan como agentes educativos que tamizan lo que sus hijos ven, escuchan y perciben en la sociedad.

Algunas variables relacionadas con el ámbito familiar tienen una incidencia clave en el tipo de relación que los menores establezcan con los usos de drogas. Una de las principales son los estilos educativos dominantes en la familia, a través de tres grandes aspectos implicados en los mismos: la calidad de las relaciones padres/hijos, el control de los padres sobre las conductas de sus hijos y el modelado que ejercen los padres.

Algunos padres actuales, aunque conscientes de la problemática general existente con respecto al abuso del consumo de drogas, parecen delegar la responsabilidad en otras instancias y en las instituciones. Perciben el hecho y sus riesgos, pero no quieren asumir la responsabilidad, delegando en terceros. ¿Por qué ocurre esto?

En algunas ocasiones se delega y se inhiben por no aparecer como demasiado estrictos (la tolerancia se ha convertido para algunos padres en un valor absoluto). Otras veces, se sienten desorientados y no saben como actuar correctamente, por falta de información o preparación ante unos cambios sociales que han acontecido con demasiada rapidez, sintiéndose desbordados. También, las constantes críticas que en ocasiones se han ejercido sobre la familia, desde algunas instancias, han producido inseguridad y desorientación en muchos padres/madres que en lugar

de aprovechar el apoyo que se les ofrece desde algunas instituciones, han delegado funciones, dimitiendo de su labor fundamental.

Ya nadie cuestiona que los padres son los grandes moldeadores de la personalidad de sus hijos en los primeros años de su vida, pero lo que es más difícil de concretar es lo que tienen que hacer exactamente para atender de modo idóneo las diferentes peculiaridades con las que cada persona viene al mundo, pues niños/as diferentes, requieren respuestas diferentes. Dos requisitos son básicos: primero, únicamente se puede educar si se quiere y segundo, si se sabe como hacerlo.

Esta perspectiva lleva implícita la necesidad material de apoyo a las mismas, tanto desde un punto de vista técnico como por razones éticas. No parece aceptable cargar a la familia con cuidados estresantes para los que no están preparados, sin prestarles servicios de apoyo. (Casado, D.1993).

La familia aparece pues como la instancia prioritaria que hay que sensibilizar, motivar, informar y formar para que pueda desarrollar sus funciones, tanto preventivas como asistenciales. Además, la idea apuntada a lo largo de este trabajo de mantener en su propio medio a los menores, requiere inevitablemente del concurso de las familias o adultos responsables de ellos, ya que siguen siendo un espacio socioeducativo no especializado lleno de posibilidades positivas para enseñar y acompañar el desarrollo del menor.

La intervención con familias por lo tanto es imprescindible, tanto si se trata de una familia con alto o con bajo riesgo. Es necesario contrarrestar los factores de riesgo existentes, así como la puesta en práctica de acciones encaminadas a dotar a los padres de información y de estrategias educativas efectivas, en este sentido se identifica a este colectivo como sujeto y objeto de intervención, tanto en el ámbito de la Prevención Selectiva como en el de la Prevención Indicada.

5.1- Actuaciones con la familia en la prevención selectiva

Se dirige a las familias que están teniendo dificultades en el desarrollo de su tarea educativa con sus hijos adolescentes, inmersos en situaciones que favorecen los factores de riesgo y que dificultan la posibilidad de que el menor adquiera una autonomía personal equilibrada y saludable. Asimismo, se dirige a familias "seleccionadas" por estar inmersas en unas condiciones de especial riesgo, tales como desestructuración/exclusión social, minorías étnicas o inmigrantes con problemas

de integración social, residentes en zonas o barrios con alto índice de marginación social....

Se van a revisar a continuación las dificultades más significativas que suelen presentarse en las distintas fases de intervención con las familias, así como las estrategias que resultan más idóneas para solventarlas.

1º) Fase de análisis de la realidad

La intervención se ha de realizar partiendo de la realidad de las familias. Este análisis de una realidad concreta y definida, permite establecer prioridades en la intervención y unas líneas de actuación, una vez identificados los grupos de riesgo y los contextos/escenarios de riesgo.

Es importante que los municipios que conforman un territorio trabajen con una base común ante el fenómeno, ya que aunque las características de la intervención puedan ser desde una planificación global similares, van a verse mediatizadas por las características particulares de los padres y la comunidad en la que se ubican.

Son muchos los aspectos de las familias que podrían tenerse en cuenta a la hora de realizar una valoración de los consumos problemáticos de los menores. Algunos indicadores relevantes son:

- Información que poseen sobre las drogas: sustancias que conocen, efectos, consecuencias, opiniones, creencias, estereotipos, percepción de sustancias que usan sus hijos....
- Motivaciones más extendidas para el consumo de los adolescentes
- Nivel de conocimiento sobre cómo detectar un consumo sistemático y abusivo y reacción ante el mismo
- Especiales situaciones de riesgo para el consumo dentro de las familias: abuso o dependencia de drogas en los miembros de la unidad familiar y actitudes respecto al uso/abuso de sustancias en el hogar
- Relaciones familiares: habilidades de comunicación, clarificación de roles y reparto de autoridad

- Clima afectivo y lazos familiares: compartir actividades, intereses, aficiones, planes familiares, apoyo en las dificultades de sus miembros, expresión de quejas, expresión de sentimientos y estados de ánimo....
- Manejo de los límites y las normas de disciplina y coherencia en la aplicación: capacidad de control y contención de los menores
- Capacidad de las familias para adaptarse a la etapa adolescente de sus hijos: nivel de conocimiento sobre la adolescencia, temores, resistencia para aceptar los cambios en el menor, pautas para la relación con los adolescentes...
- Grado de conocimiento que las familias tienen respecto a los comportamientos del menor (positivos y negativos). Seguimiento y control (adecuado/inhibición)
- Actitud frente al consumo de drogas de los menores: negación del problema y evasión, sobreprotección, alarmismo y dramatización, capacidad de respuesta y responsabilidad...
- Ocio y tiempo libre: modelo de ocupación del ocio de la familia, intereses, aficiones, etc. Ocio compartido. Seguimiento y control o inhibición sobre la ocupación del tiempo de ocio del menor. Normas sobre las salidas nocturnas (horarios, días de salida, dormir fuera de casa, etc)
- Relaciones con la escuela: seguimiento, apoyo y coordinación con el centro educativo
- Relaciones con el grupo de iguales del menor: seguimiento y conocimiento de amistades
- Disponibilidad para la colaboración e implicación. Actitud y expectativas de los padres respecto a los Grupos de Encuentros de Padres (Escuela de Padres)

2º) Fase de captación/motivación

Las *dificultades* más importantes para la implicación y participación de las familias son la falta de sensibilización ante la importancia del acompañamiento y seguimiento del hijo/a en la etapa adolescente, el rechazo y la defensa ante el cuestionamiento de su dinámica familiar y su estilo educativo, la ausencia de reconocimiento de las carencias y necesidades formativas, el poco tiempo disponible y la falta de implicación de la figura paterna. La visión del conflicto suele estar focali-

zado en el consumo de sustancias, no queriendo ver más allá y ampliar el área del problema. Los padres suelen buscar soluciones mágicas y rápidas, derivado de la angustia y del desconocimiento de la problemática adolescente.

Gran parte del trabajo con adolescentes es el trabajo con los padres, para ayudarles digerir la adolescencia de sus hijos, vivirlo de una manera más relajada y adquirir estrategias de relación no conflictivas o menos conflictivas, partiendo de la base de que vivir con adolescentes supone asumir ciertas situaciones de conflicto.

Los padres/madres de adolescentes con usos problemáticos de drogas, pueden ser captados por diferentes vías, cualquiera de ellas resulta interesante si se consigue su implicación:

- a través de los centros escolares en los que estudian sus hijos, como miembros de la comunidad educativa. Normalmente se contacta con ellos por contar con un espacio organizativo, a través de las Asociaciones de Padres, plataforma a partir de la cual se organizan las intervenciones.
- como padres/madres que han acudido a un centro a solicitar ayuda o simplemente orientación
- han sido derivados de otro recurso de atención a menores
- como ciudadanos de una comunidad concreta, son convocados desde el Municipio.

La capacidad de respuesta en esta primera fase de la intervención condiciona el trabajo posterior, en la etapa más formativa.

No hay que perder de vista nunca que los padres acuden buscando soluciones y no únicamente un diagnóstico sobre los problemas de sus hijos, por ello es preciso ser creativos a la vez que prácticos en la presentación de soluciones. La familia tiene que percibir que "este es su lugar", que este es el sitio que ellos buscaban, porque es un lugar en el que se les escucha y se les entiende, solamente de esta forma volverán.

La respuesta ha de ser rápida. Una buena estrategia es realizar pequeñas intervenciones breves, en unas pocas sesiones (dos como mucho), suficientes para orientar y propiciar un cambio y conseguir "enganchar" a los padres. Asimismo, son muy útiles las actuaciones puntuales tipo servicio de llamadas de orientación

telefónica, sesiones de radio, programas de televisión, utilización de nuevas tecnologías (Internet), etc...

La flexibilidad y la disponibilidad de horarios para atender a los padres ha de ser también otra de las prioridades.

3ª) Fase de actuaciones preventivas

En esta fase se desarrollan las actuaciones formativas tipo que son predominantes en las intervenciones que se llevan a cabo con las familias de menores en situación de riesgo. Se pueden diferenciar diversas áreas de intervención

3.1. Acciones de información/asesoramiento

Hay una demanda creciente por parte de los padres y educadores de información y de abordaje de diversas situaciones de consumo adolescente y de cómo actuar al respecto. Suelen ser demandas de asesoramiento y orientación para abordar situaciones concretas de consumos de drogas y conflictividad en grupos de menores.

Aunque la solicitud de información y orientación se refiera a los consumos específicos de sustancias, hay otros aspectos que coinciden en mayor o menor medida y que resultan ser objeto prioritario de atención como son los problemas comportamentales; escasa asunción y control de normas, comunicación familiar conflictiva, actos delictivos, carencias de recursos personales y de competencias sociales, ocupación inadecuada del tiempo libre, dificultades formativas profesionales....

Las *estrategias* más adecuadas son:

La disponibilidad y flexibilidad para recoger demandas variadas ha de ser total. El motivo de la consulta seguramente sea el consumo de drogas, pero es necesario hacer lecturas desde contextos más amplios, poniendo el foco en sus comportamientos.

Es importante informar y ayudar a situar el conflicto en un plano objetivo, reconvirtiendo la demanda si es preciso, ya que a menudo los padres acuden con una información sesgada y probablemente en exceso alarmista sobre el tema drogas. Se trata de atender y ayudar a los padres que acuden solos, sin sus hijos, pero con demandas muy claras, hacer una definición adecuada y realista del problema,

intentando centrarlo en su justa medida, desangustiendo y desdramatizando en lo posible.

Facilitar a las familias un espacio de escucha, encuentro y análisis de actitudes y relaciones con los hijos resulta fundamental, para lo cual es importante empatizar con los padres.

Esta escucha tiene que consistir, en el primer contacto, en ayudarles a conseguir que digieran adecuadamente la adolescencia de sus hijos, que puedan analizar objetivamente los usos de drogas y en que puedan pensar por sí mismos, unas primeras estrategias de actuación.

Estas acciones de información y asesoramiento, normalmente a través de charlas puntuales a los padres, se llevan a cabo en un momento concreto y no tienen una continuidad en el tiempo. Se trata de una intervención que se agota en sí misma, pero que es sumamente importante.

3.2.-Acciones de formación

Son actividades continuadas, en varias etapas o momentos, con un número determinado de sesiones, para la consecución de unos objetivos definidos y el desarrollo de unos contenidos.

El trabajo con los padres supone habitualmente, el abordaje y resolución de otros conflictos familiares: dinámica familiar deteriorada, problemas de comunicación, ausencia de normas y límites...

Se apuesta por la intervención grupal con el colectivo de padres/madres, (sin que esta prioridad implique dejar de lado, si se estima necesario, el seguimiento y la intervención individualizada con alguna familia). Se utiliza al grupo pequeño como contexto y como medio a la vez, es decir, el grupo como vehículo de crecimiento y de cambio.

En el grupo se comparten opiniones y debates que les permite conocer ideas distintas a las propias y diferentes puntos de vista. Asimismo, posibilita el intercambio de experiencias, al relacionarse con padres y madres que viven situaciones similares, sienten que no son los únicos que están viviendo determinadas preocupaciones o conflictos y pueden compartir con otros sus experiencias. Les anima a encontrar e implantar distintas estrategias para la resolución de las situaciones por las que están pasando y a mejorar sus habilidades de comunicación en la relación

con sus hijos, al escuchar las estrategias que han utilizado otros padres/madres con resultados positivos.

El trabajo conjunto incrementa las expectativas de eficacia de los padres, sintiéndose más seguros en su tarea educativa diaria.

Las actuaciones de los grupos deberán ser guiadas, coordinadas o seguidas por una persona, normalmente un profesional, que hace el papel de conductor del grupo, potenciando la participación y detectando en una primera fase las necesidades o carencias que cada uno de los miembros del grupo plantea, delimitando la situación/problema y articulando las sesiones de trabajo para paliar o dar una respuesta a las mismas.

Los tipos de intervención más frecuentes son los encuentros de padres/madres, normalmente organizados en escuelas de padres o grupos de formación.

Las Escuelas de padres están muy manidas porque suelen contar con una estructura y un programa cerrado, lo que lleva a la desmotivación de los padres para participar en las actuaciones que se programen.

Para que estos encuentros de padres/madres (Escuelas de padres, Grupos de formación, Grupos de crecimiento personal, de apoyo y acompañamiento familiar...) resulten atractivos, hay que potenciar su papel como sujetos activos, como protagonista de los grupos. Es importante favorecer una metodología activa, basada en espacios de diálogo y confrontación, dándoles la oportunidad de expresarse, transmitir sus experiencias y poner en común sus inquietudes. Partir de lo que saben, opinan, sienten, y de lo que desean saber, (sus inquietudes y dudas), resulta fundamental.

Los *objetivos* y contenidos más idóneos para los padres de menores /adolescentes son los de carácter inespecífico, aunque dentro de los mismos se contemplen los de consumos de drogas. Veamos los más relevantes en cada una de las áreas.

ÁREA DE DROGAS

Se trata de un conjunto de acciones que tienen como objetivo formar a los padres sobre el tema específico de la prevención de consumos de drogas.

El *objetivo* principal es objetivar y "normalizar" el fenómeno de las drogas, proporcionando una información realista y objetiva sobre el mismo. Otros objetivos más específicos son:

- Informar sobre las sustancias: efectos positivos y nocivos de las mismas y consecuencias
- Patrones de consumo de drogas por parte de los adolescentes: el consumo de drogas recreativas
- Factores de riesgo y factores de protección en el abuso de drogas en menores
- Detección de consumos sistemáticos de drogas: evidencias y reacción ante las mismas
- Hábitos y costumbres respecto al uso/abuso de sustancias y actitudes ante las mismas en la familia: su incidencia en el adolescente

En las intervenciones con hijos de alcohólicos o drogodependientes, es importante evitar alarmar o angustiar a este colectivo sobre las posibles repercusiones negativas de tener un progenitor alcohólico o drogodependiente, ya que esto puede tener efectos contrapreventivos (como el del autocumplimiento de la profecía). Asimismo, es fundamental hablar a los hijos de la propia experiencia con el alcohol u otras drogas, aprendiendo a manejar la vergüenza y los sentimientos de culpa sobre su dependencia y los trastornos que ha podido ocasionar en la familia. (2002, Programa Alfil y Programa Spott)

ÁREA DE DESARROLLO SOCIOPERSONAL

En este área el objetivo fundamental es ofrecer apoyo y pautas de actuación para la formación sobre aspectos psicopedagógicos y ambientales de la adolescencia. Algunos de los objetivos específicos más relevantes son:

- Ayudar a superar la crisis que conlleva educar en estos momentos, situándose ante los cambios en las relaciones con el adolescente

- Reducir los niveles de ansiedad, desangustiando y eliminando culpas y sentimiento de fracaso como padres
- Mejorar la comunicación desarrollando habilidades de comunicación , comprensión y entendimiento mutuo
- Entrenamiento en resolución de conflictos y manejo de situaciones de desencuentro entre los padres/madres y los hijos
- Proporcionar pautas para el seguimiento y el control equilibrado y efectivo del comportamiento del menor
- Resaltar la importancia de una normativa familiar negociada y acorde con las necesidades de unos y otros: límites y normas claras y coherentes dentro de la familia.
- Favorecer la autonomía de los hijos, evitando la sobreprotección excesiva, enseñando los pasos en la toma de decisiones y el criterio independiente

ÁREA FORMATIVA/LABORAL

- Proporcionar pautas para el seguimiento, motivación y apoyo en los estudios del menor
- Resaltar la importancia y posibilitar encuentros con otros adultos de referencia del proceso de formación de los menores (profesores, tutores...)
- Planificar y organizar actividades de formación y educación no formal con el menor
- Contacto de la familia con recursos comunitarios de formación

ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Analizar el modelo cultural de ocio nocturno consumista: sus causas, qué buscan, qué les aporta a los jóvenes y sus consecuencias
- Reflexionar y tomar conciencia del tiempo de ocio como espacio de aprendizaje social y desarrollo personal

- Pautas para el manejo de las salidas nocturnas de fin de semana de los hijos/as: seguimiento, control y normas.
- Resaltar la importancia de los padres/madres como modelos para la ocupación de un ocio enriquecedor de sus hijos, la importancia de la creación y el mantenimiento de un ocio familiar compartido, proporcionando orientaciones sobre cómo conseguirlo
- Contacto de la familia con recursos comunitarios de ocio y tiempo libre y con programas de alternativas de ocio saludables

5.2. Actuaciones con la familia en la prevención indicada

La familia realiza tareas sumamente variadas e imprescindibles para la marcha adecuada y eficaz del proceso socioeducativo de apoyo al menor consumidor de drogas:

- en la detección precoz de problemas
- en las estrategias de acercamiento del menor a los recursos de atención
- en el apoyo y la complementariedad necesarios en todas las áreas y actividades
- como cauce natural de normalización e incorporación a la sociedad

Las intervenciones, en este nivel de prevención, se realizan directamente con la unidad familiar y están dirigidas de forma personalizada a un menor concreto y a los familiares o adultos que lo tienen a su cargo.

Las estrategias serán tanto grupales como individuales, ya que hay algunas familias tan desestructuradas con las que es necesario realizar una atención más individualizada.

La intervención se lleva a cabo normalmente en el contexto específico del recurso o centro en el cual se está atendiendo al menor, o bien en el contexto asociativo relacionado con los menores o con las drogodependencias (asociaciones o entidades de diverso tipo que aglutinan a padres/madres afectados por la problemática).

A continuación, se exponen las fases en las que se desarrolla la intervención con las familias en este nivel de prevención.

1º) Fase de captación

Dirigida al colectivo de padre/madres cuyos hijos están siendo atendidos en los centros asistenciales o de apoyo a los adolescentes.

En otras ocasiones los padres acuden a los centros derivados de otros recursos. De nuevo hay que resaltar la importancia de la coordinación entre los mismos. Los padres/madres han de poder contar con una información adecuada sobre la vía a donde acudir.

2º) Fase de acogida

Cuanto antes se establezca el contacto con la familia, más probable es que ésta participe y se implique. Desde el primer momento la familia ha de percibir que su colaboración es imprescindible y que no puede desentenderse del menor, para ello, es importante explicar el nivel y el tipo de compromiso que se necesita de ellos, ofreciendo una información básica sobre cómo y dónde se necesita contar con su participación.

En estos primeros encuentros, es preciso que los padres perciban con inmediatez que van a contar con un espacio donde poner en común sus problemas y recibir comprensión, apoyo y la ayuda necesaria. No hay que olvidar que vienen buscando una ayuda profesional y experta, por eso es importante darles una respuesta rápida y que salgan con la sensación de "este es el sitio que buscaba".

3º) Fase de motivación

La intervención con las familias es eficaz siempre que sean susceptibles de intervención. La voluntariedad de los familiares para participar es clave, pero no solo en los meros aspectos formales, sino que una implicación activa y comprometida en el proyecto socioeducativo del menor es el objetivo prioritario a conseguir en esta fase.

Hay muchos tipos de familias, la mayor parte están dispuestas a colaborar, otras tienen una actitud reticente al compromiso responsable y a participar en las acciones socioeducativas y otras se muestran abiertamente desinteresadas por la situación por la que atraviesa su hijo/a. Todas ellas, no obstante, son objeto de

intervención y precisarán objetivos y estrategias diversas adecuadas a su realidad particular y al momento en que se encuentre su hijo/a.

Hemos de tener presente que un porcentaje nada despreciable de menores con problemas no cuentan con un medio familiar o que éste se desentiende completamente del menor, pero no por ello hemos de considerar el caso como inabordable. Contar con el apoyo de la familia es lo más deseable, pero no es un requisito "*sine qua non*". En estos casos se puede contar con el apoyo de algunos recursos dirigidos al menor que permitan sustituir, al menos temporalmente, el medio familiar.

En cualquier caso, es un hecho que muchas familias no llegan a la intervención, y normalmente esto ocurre con las familias que más la necesitan.

¿Cómo se puede incentivar su colaboración?. Se proponen algunas estrategias oportunas:

- En primer lugar, hacerles entender que sin su participación, no se va a poder resolver el problema, es decir, responsabilizarles directamente de los cambios positivos que se pueden producir en sus hijos.
- El proceso de implicar a la familia en ocasiones puede requerir mucho tiempo y esfuerzo, es importante insistir (no tirar la toalla) y encajar los posibles rechazos por parte de los familiares.
- Ser creativos, dinámicos y prácticos con las ofertas e intervenciones
- Marcar metas y objetivos progresivamente, evitando generar ansiedad en los padres (ir poco a poco)
- Facilitarles al máximo su asistencia, ofreciendo un horario flexible, amplio y compatible con su jornada laboral.
- Buscar posibles encuentros fuera del centro, incluso visitas a domicilio si se requieren
- Ofrecer material que se pueda trabajar desde sus casas (folletos, vídeos...)
- La utilización de refuerzos como incentivos para las familias: subsidios familiares, premios, comidas, regalos, permisos laborales...
- Implicar a todos los recursos con los que haya trabajado la familia del menor

4º) Fase de diagnóstico

No todas las familias son iguales, hay que diversificar al igual que diversificamos con los adolescentes. También existen distintos niveles de riesgo de familias, y a veces es mayor la situación de riesgo de la familia que la del menor.

Se requiere un mínimo de estructuración familiar para poder llevar a cabo la intervención. Si no existe una familia de apoyo o el menor carece de un mínimo soporte familiar adecuado o si la misma ejerce una influencia negativa sobre el menor, será necesario la derivación temporal a un piso tutelado o centro residencial.

En la evaluación inicial se detectaran las necesidades de los padres /madres para, a partir de este punto, programar individualizadamente el proceso de aprendizaje que van a desarrollar.

Algunos de los aspectos de la familia que podrían tenerse en cuenta al realizar una valoración inicial son los siguientes: (*)

- Estructura familiar: familia de origen o adoptada/nivel económico y socio-cultural/convivencia familia (biparental, monoparental, acogimiento familiar) /Instituciones de Menores(Centro de Reforma/Centro de Protección)
- Detección del problema y reacción al mismo: petición de apoyo profesional y planteamiento al hijo/a
- Percepción de causas del consumo de drogas por parte del hijo/a
- Cambios de comportamiento, de hábitos, de costumbres, de amistades...en el hijo/a
- Antecedentes familiares de problemas con el alcohol u otras drogas
- Normas en la familia (explícitas e implícitas)
- Reparto de responsabilidades en la familia (tareas en la casa)

*(Protocolo de Evaluación para familias.- Suspertu- Programa de Apoyo a Adolescentes)

- Reacción y consecuencias ante el incumplimiento de las normas y refuerzos ante comportamientos positivos
- Reacciones ante situaciones especialmente conflictivas con los hijos: papeles de autoridad en la familia
- Ambiente familiar: problemática explícita/problemática potencial
- Detección de habilidades de comunicación en la familia
- Expectativas sobre el hijo/a e imagen del mismo: aspectos positivos y negativos que destacan en él /ella
- Percepción sobre el papel del hijo/a en el grupo de amigos
- Actitud respecto a su colaboración e implicación en el plan de apoyo y seguimiento al menor

La evaluación de todas estas variables permitirá ajustar las intervenciones a las necesidades individuales y a los contextos familiares.

Tras la valoración, han de quedar claramente especificadas las metas del proceso socioeducativo: hasta dónde queremos llegar con el menor y qué tiene que aportar la familia, reflejándose en el Plan de trabajo con la familia que ha de coordinarse con el Programa Educativo del Menor. Es fundamental la formación de los padres en paralelo con el proceso que sigue el hijo.

Por otro lado, la evaluación de cada caso será determinante para la configuración de los grupos de padres/madres, determinándose la incorporación a grupos familiares o a un trabajo psicoterapéutico más individualizado (si el caso lo requiere).

En los diferentes grupos que se programen, es fundamental trabajar con talleres prácticos a la vez que dinámicos, generando una actitud activa de los participantes. Dos de las metodologías grupales más eficaces con los padres de adolescentes son:

- **la experimental**, en la que los participantes son los propios protagonistas del grupo, pero tanto dentro del grupo como fuera de él, es decir, dentro del grupo se desarrollan unas exposiciones verbales prácticas, que más tarde tendrán que ser ensayadas fuera del espacio grupal.

- **la vivencial**, los participantes son los protagonistas del grupo a través de sus vivencias personales, que serán trabajadas por el resto de los miembros del grupo y el conductor del mismo (GID 1998)

Por último, destacar la utilidad de los Grupos de autoayuda. Se trata de grupos cerrados, autónomos y con capacidad para decidir y programar sus actuaciones, con una dinámica propia, que se reúnen cada cierto periodo de tiempo, motivados por la necesidad de compartir sus experiencias, para sentirse apoyados en sus actuaciones y para descargarse de la angustia que la problemática conlleva.

5ª) Fase de acciones socioeducativas

El *objetivo* básico en esta fase es proporcionar a los padres espacios de encuentro y formación, para que sepan identificar los comportamientos adecuados e inadecuados, tanto de sus hijos como de ellos mismos y adquieran pautas educativas para el manejo de los mismos.

Son precisos equipos multidisciplinares ya que los aspectos a abordar con las familias son de índole muy diversa, como veremos a continuación.

Otra cuestión importante es que el profesional que trabaje con el menor ha de ser distinto profesional que el que interviene con la familia. La intervención se realiza de manera separada desde un primer momento, aunque debidamente coordinada.

Muchos de los objetivos más relevantes a trabajar en cada una de las áreas ya han sido señalados en el Nivel de Prevención Selectiva, se exponen por tanto únicamente los más específicos de este nivel de prevención y atención más personalizada

ÁREA INFORMATIVA

- Información sobre el funcionamiento y organización del recurso, el modelo de intervención, así como de los recursos existentes en su comunidad relacionados con el menor
- Motivar a la implicación familiar para afrontar el problema

ÁREA DE DROGAS

- Apoyo a la desintoxicación: información sobre las respuestas fisiológicas y cómo actuar ante estas respuestas
- Conocimiento de patologías asociadas al consumo y pautas de apoyo para el seguimiento del menor a nivel orgánico
- Las recaídas en el proceso: cómo detectarlas, analizarlas y qué hacer ante ellas
- Conocimientos básicos de educación para la salud y estilo de vida saludable: prevención de enfermedades, estilo de vida saludable (hábitos de alimentación, de higiene, revisión del estado de salud, medidas preventivas...)
- Acompañamiento del menor en las distintas tareas que tiene que realizar y controlar al mismo para que cumpla las normas establecidas
- Cambios en el estilo de vida : control constante en la aplicación diaria de las normas de convivencia y supervisión del plan de actividades establecido

ÁREA DE DESARROLLO SOCIO/PERSONAL

Los objetivos genéricos en este área son educar en un conjunto de actitudes que favorezcan las relaciones adecuadas dentro de su núcleo familiar posibilitando gestionar las situaciones de conflicto, así como aumentar la capacidad de la familia para facilitar el crecimiento y la individualización de sus hijos en los aspectos que necesiten, mediante un plan de trabajo adaptado a la familia del menor.

Los *objetivos* más concretos con relación a la dinámica familiar son:

- Reducir los niveles de ansiedad, depresión y culpa familiar
- Afrontamiento de situaciones conflictivas en la familia y establecimiento de alianzas positivas para la armonía familiar
- Conocimiento y entrenamiento en habilidades básicas de comunicación
- Habilidades de manejo de contingencias y control familiar del menor durante su proceso

- Orientación y espacios de análisis para revisar actitudes y relaciones con el adolescente: clarificación y ajuste de roles, límites y normas, reforzar y debilitar vínculos, apoyo a los cambios conductuales del hijo/a: (el refuerzo y la extinción).
- Aprender a detectar y a manejar respuestas ante situaciones que desencadenan ansiedad
- Desarrollo de habilidades de competencia social: la escucha activa, las críticas, la solución de problemas

ÁREA FORMATIVA/LABORAL

- Hacer partícipes a los padres de los talleres ocupacionales de sus hijos
- Planificación y organización de actividades formativas con el menor
- Contacto de la familia con recursos comunitarios de formación

ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Planificar y organizar actividades para llevar a cabo en el hogar y en su tiempo libre
- Contacto de la familia con recursos comunitarios de ocio/tiempo libre y con programas de alternativas de ocio saludables

5.2.1.- Indicadores de evaluación de intervención con las familias de menores (*)

◆ Intervención con familias solas

- Motivo de la demanda
- Vía de acceso/contacto con el recurso

* (Programa de Intervención con Menores. Plan Municipal contra las drogas. Ayuntamiento de Madrid)

- Familiares que han participado en las intervenciones: madre, padre, hermanos, abuelos, tíos....
- Tipo de actuación realizada: atención puntual a la demanda/programa de información y orientación familiar/formación
- Derivaciones a otros recursos tras la evaluación inicial
- Tipo y número de intervenciones realizadas: entrevista inicial de orientación/sesiones individuales/incorporación a sesiones grupales
- Resultados: Objetivos cumplidos/Objetivos parcialmente cumplidos/Cambios no valorables /Duración insuficiente de la intervención
- Motivos de abandono del programa: finalización del mismo/abandono voluntario/derivación /otros motivos
- Derivaciones a otros recursos al finalizar la intervención en el programa: número de familias y tipo de recurso

◆ **Intervención con colectivos de familias**

- Trabajo realizado: número de grupos que inician el programa, número de familias que componen los grupos, número total de grupos con los que se ha intervenido, número de sesiones realizadas, características de las sesiones realizadas
- Características de las demandas grupales: procedencia de la demanda (asociación vecinal, cultural, AMPA, colegios, otras asociaciones comunitarias...), tipo de formación solicitada.

6

BIBLIOGRAFÍA

- ARBEX, C. Y COMAS, R. (2001) Percepción de riesgo de las drogas por los escolares. PNSD.
- ARNETT, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- ATICA. SERVICIOS DE SALUD. (1997) Apuntes para la intervención psicosocial con drogas de síntesis. Entre Todos Boletín n14.(1997). Drogas de síntesis: Elementos para el análisis social, la prevención y la asistencia. Coordinadora de ONGs que Intervienen en Drogodependencias.
- BEGOÑA IGLESIAS, B. (1.999). Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- BOTVIN, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*,3, 333-356.
- CASADO, D. (1993). Acción Social y Servicios Sociales
- COLEGIO DE PSICÓLOGOS. Conclusiones del Seminario sobre la Estrategia Informativa para incrementar la percepción de riesgo asociado al consumo recreativo de alcohol. Febrero de 2002 .
- COMAS, D. (1992). Las drogas. Guía para Mediadores juveniles. Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales.
- COMAS, D. (1.994) Los jóvenes y el Uso de Drogas en la España de los Años 90. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- CONDE, F. y SANTAMARINA, C.I.M.O.P (1996). Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- DÍAZ AGUADO, Mª J. (1996). Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. Volumen I Fundamentación psicopedagógica. . Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000.
- ELZO, J. Y OTROS (1999) Jóvenes españoles 99. Fundación Santamaría.
- ELZO, J. (2000) El silencio de los adolescentes: lo que no cuentan a sus padres. Temas de Hoy.
- FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (1999). De Marcha. Dossier.
- FUNES ARTIAGA, J. (1989). Cómo y por qué acercarse a los adolescentes que consumen drogas. en Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Ministerio de Asuntos Sociales Noviembre de 1989. Madrid.
- FUNES ARTIAGA, J. (1990). Nosotros, los adolescentes y las drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y consumo.
- FUNES ARTIAGA, J. (1999). Adolescentes y Jóvenes en situación de conflicto social. Una reflexión sobre las respuestas adultas, incluido el sistema penal.VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- FUNES ARTIAGA, J. (1996). Prevención y Tratamiento: atender a los que tienen problemas con las drogas cuando son adolescentes. Revista Proyecto Hombre nº17 Marzo 1996.
- GARBARINO, J. Y STOTT, F.M. (1993). Lo que nos pueden decir los niños. Ministerio de Asuntos Sociales.
- GARRIDO GENOVÉS, V. Y LÓPEZ LATORRE, Mª J. (1995). La prevención de la delincuencia juvenil: el enfoque de la competencia social. Valencia: Tirant Lo Blach.
- GARRIDO GENOVÉS, V. Y MARTINEZ FRANCÉS, Mª D. (1998). Educación Social para delinquentes. Valencia: Tirant Lo Blach.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, R. (1998). La observación participante en Morales Domínguez, J.F “Metodología y teoría de la psicología”. Madrid. UNED. 1985.
- GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS. (1995). El Educador Social y las drogodependencias.
- GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS. (1995). Materiales de Formación en prevención de drogodependencias para el Programa de Prevención de drogodependencias en centros educativos de la CAM (PPD) Módulo de Contenidos Generales.
- HORROCKS, J.E. (1984). Psicología de la adolescencia. México.Trillas.
- ITACA.(1996) Actas del Seminario sobre la formación de los terapeutas y la adaptación de los tratamientos a los nuevos perfiles de consumo de drogas.
- KONRTH, E. (1992). La toma de decisiones sobre acogimientos e internamientos infantiles, en Anuario de Psicología , nº53. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

- LÓPEZ MARTÍN, E. Y RIPOLL, A. (2001). Justicia de menores e intervención socio-educativa. Ley 5/2000, de 12 de Enero Reguladora de la responsabilidad Penal de los Menores. Consejería de Trabajo y Política Social. Región de Murcia.
- MARINA, J.A. (2000). Crónicas de la ultramodernidad. Anagrama. Colección Argumentos.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S. La entrevista motivacional. Paidós.
- MORIN, E. (1983). El paradigma perdido. Madrid: Kairós.
- MORENO, G. SUSPERTU. Programa de Apoyo a Adolescente. Memoria del año 2000.
- PALMERÍN, A. CAD nº 4 Ayuntamiento de Madrid (1997). Tratamiento de drogas de síntesis en Entre Todos Boletín nº 14 (1997). Drogas de síntesis: Elementos para el análisis social, la prevención y la asistencia. Coordinadora de ONGs que Intervienen en Drogodependencias.
- PLAN MUNICIPAL CONTRA LAS DROGAS. (1995) Área de Servicios Sociales. Familia y Drogodependencias
- PLAN MUNICIPAL CONTRA LAS DROGAS. Programa de Intervención con menores. Memoria 2000. Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Encuesta a Población escolar 2000.
- PINTO, E. (1998) Programa Soporte. Proyecto Hombre de Madrid, en Revista Proyecto nº 25 Marzo 1998.
- REVISTA PROYECTO, “Jornadas de Adolescentes” número 32. Diciembre 1999.
- SÁNCHEZ, M^ªL Y CARRÓN, J (1998). El trabajo grupal con padres y madres en drogodependencias. Documentos Técnicos GID número 6
- ZAZZO, B. (1972). “Psychologie differentielle de l’adolescence”. Paris. P.U.F.

ANEXO.- PROGRAMAS ANALIZADOS

◆ Prevención selectiva

- Prevención entre hijos de alcohólicos y drogadictos. Centro SPOTT Diputación de Barcelona.
- Energy Control = ABS Associació benestar i salut.- (Barcelona, Valencia y Madrid)
- Programa "Soporte" de Prevención Secundaria para adolescentes. Proyecto Hombre de Madrid
- Programa "Encontre" de atención a adolescentes. Proyecto Hombre de Valencia
- Programa de prevención intencionada en Escuelas Talleres, Casas de Oficios y Garantía Social en diferentes ayuntamientos de CAM
- Programa de Prevención Secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis. Equipo de prevención de Etorikintza. Fundación Etorikintza. (Bilbao)
- Programa "Alfil"- Sociodrogalcohol"- Prevención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos (Barcelona)
- "Prevención entre hijos de alcohólicos y drogadictos"- Centro Spott- Diputación de Barcelona
- " Entrenamiento en Habilidades de Vida". Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Córdoba
- Programa de prevención secundaria del uso y abuso de sustancias tóxicas. Centro de Servicios Sociales Comunitarios. Ayuntamiento de Coria del Río. Sevilla.
- " Programa de Habilidades Sociales para la prevención de toxicomanías". Asociación Cultural Norte Joven.
- Proyecto de prevención en barrios de alto riesgo. Federación Asociaciones de Barrios de Zaragoza FABZ. Programa de drogodependencias de la Entidad vecinal. Zaragoza
- " AMADROUI" Organización no Gubernamental. Programa de prevención para menores en situación de alto riesgo. Badajoz.
- Prevención de drogodependencias en centros escolares. Servicios Sociales del Ayuntamiento de El Ejido. Plan Municipal de Prevención de Drogas. Almería
- Alternativas de ocio en lugares de movida juvenil. Concejalía de Asuntos Sociales. Ayuntamiento La Línea de la Concepción.

- Romanó Sastipen. Talleres de prevención para jóvenes de etnia gitana. Fundación Secretariado General Gitano.
- Programa de ocio alternativo para menores de alto riesgo. Ludoteca. Concejalía de Asuntos Sociales. Ayuntamiento La Línea de la Concepción.
- Programa de animación sociocultural en medio abierto. Concejalía de Asuntos Sociales. Ayuntamiento La Línea de la Concepción.
- Talleres ocupacionales con población de alto riesgo social. Concejalía de Asuntos Sociales. Ayuntamiento La Línea de la Concepción.

◆ **Prevención indicada**

- DIANOVA. Centro Residencial para menores con consumo de drogas Zanduetu. Navarra.
- Centro Terapéutico para Menores con problemas de abuso de drogas. C.T. " Isla de Pedrosa"- Plan Regional sobre Drogas. Consejería de Sanidad. Consumo y Servicios Sociales. Dirección General de Acción Social. Gobierno de Cantabria. Santander
- Programa con adolescentes desde el centro de acogida. PH de Sevilla
- Programa educativo para jóvenes. Fundación Monte do gozo- Proxecto Home Galicia

◆ **Programas mixtos (Prevención selectiva e indicada)**

- Programa de Intervención con menores. Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales. Centro de Atención a las Drogodependencias sector 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7
- Proyecto Joven "Candeal". Proyecto Hombre de Burgos.
- Norbera = Programa de Apoyo a adolescentes. Fundación IZAN. PH. (Donosti)
- Hirusta. Fundación Gizakia. (Bilbao)
- Hazgarri. Fundación Jeiki. Proyecto Hombre. (Vitoria)
- Suspertu. Programa de apoyo a adolescentes. Proyecto Hombre de Navarra
- Programa de prevención e intervención con adolescentes en situación de riesgo. Unidad Municipal de Atención a drogodependientes. Plan Autonómico sobre drogodependencias. Concello de Santiago de Compostela
- Kamelamos Guinar (Queremos contar). Estrategia de prevención con menores en situación de alto riesgo en el Barrio de Fontiñas. UMAD. Santiago de Compostela
- Proyecto de Prevención de drogodependencias. Cas Font Santa. Servicio Mancomunado de drogodependencias. Barcelona

- "Prevención relacionada con drogas recreativas".- Equipo de prevención del Plan Municipal de drogodependencias del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet.
- Prevención e Inserción Social en materia de drogodependencias. Concejalía de Servicios Sociales y Mujer del Ayuntamiento de Las Rozas
- " Ciudades son droga". Patronato Municipal de Bienestar Social del Ayuntamiento de Alcalá la Real. Jaen.
- ABEGI EGOITZA.- ONG Agiantza Elkartea. Bilbao. Bizkaia
- Programa de orientación socio- formativa. Concejalía de Asuntos Sociales. Ayuntamiento La Línea de la Concepción.