

# GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA SELECTIVA E INDICADA



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS





**GUÍA  
METODOLÓGICA  
PARA LA  
IMPLEMENTACIÓN  
DE UNA  
INTERVENCIÓN  
PREVENTIVA  
SELECTIVA E  
INDICADA**

Autora:

Carmen Arbex Sánchez

Coordinación:

Francisco J. de Antonio Lobo

Mari Paz González San Frutos

Queremos agradecer su colaboración a la Delegación del Gobierno  
para el Plan Nacional sobre Drogas

Maquetación e impresión:



Depósito legal: M-27459-2013

ISBN: 978-84-940849-8-0

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
0 INTRODUCCIÓN .....	10
BLOQUE I. MENORES MÁS VULNERABLES Y CONSUMO DE DROGAS.....	16
1 CONCEPTO DE VULNERABILIDAD Y DE EXCLUSIÓN SOCIAL	
2 LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS.....	30
2.1. RIESGOS DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS DISTALES O MACRO ..	40
2.2. RIESGOS DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS PRÓXIMOS O MICRO..	49
2.3. FACTORES INTERNOS: PSICOPATÍAS Y ALGUNOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL TEMPERAMENTO .....	62
3 EL MARCO DE PROTECCIÓN .....	72
3.1. FACTORES DE PROTECCIÓN DIMENSIÓN EXTERNA.....	78
3.2. FACTORES DE PROTECCIÓN DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS PRÓXIMOS O MICRO .....	84
3.3. FACTORES PROTECCIÓN DIMENSIÓN INTERNA.....	91
4 ¿EN QUÉ CONSISTE LA PREVENCIÓN SELECTIVA Y LA PREVENCIÓN INDICADA? .....	102
4.1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA.....	109
4.2. LA PREVENCIÓN INDICADA.....	110

**BLOQUE II. MARCO CONCEPTUAL. LOS MODELOS  
TEÓRICOS DE REFERENCIA..... 116**

<b>5</b>	<b>MODELOS TEÓRICOS MÁS RELEVANTES SOPORTE DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA SECUNDARIA E INDICADA.....</b>	<b>124</b>
5.1.	MODELOS SOCIOCOGNITIVOS .....	125
	TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA .....	125
	TEORÍA DE LA CONDUCTA PROBLEMA DE JESSOR Y JESSOR.....	131
	TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA DE AJZEN Y FISHBEIN.....	134
	MODELO DEL DESARROLLO SOCIAL DE CATALANO Y HAWKINS ..	137
	TEORÍA DE LA SOCIALIZACIÓN PRIMARIA DE OETTING Y COL. .	139
5.2.	MODELO ECOSISTÉMICO .....	141
5.3.	EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO .....	144
5.4.	MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO.....	148
<b>6</b>	<b>MODELOS TEÓRICOS MÁS RELEVANTES SOPORTE DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN INDICADA .....</b>	<b>152</b>
6.1.	ENFOQUES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y MODELO BIOPSICOSOCIAL .....	153
	BIOLÓGICOS .....	153
	PSICOLÓGICOS.....	154
	INTEGRATIVAS: MODELO BIOPSICOSOCIAL .....	155
6.2.	ENFOQUE TERAPÉUTICO PSICOLÓGICO .....	157
	ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL.....	157
	TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES .....	159
	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y DE AFRONTAMIENTO.....	161

**BLOQUE III. LA EVIDENCIA DE LA EFICACIA  
EN LAS INTERVENCIONES PREVENTIVA  
SELECTIVA E INDICADA.....162**

<b>7</b>	<b>EVIDENCIAS EN RELACIÓN AL GRUPO DE EDAD OBJETIVO, LAS ESTRATEGIAS Y LOS COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS...166</b>
7.1.	LA INFANCIA Y LA PRIMERA INFANCIA ..... 168
7.2.	LA NIÑEZ MEDIA ..... 170
	LA EFICACIA BASADA EN LA EVIDENCIA DE LAS ESTRATEGIAS Y COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS EN LA PRIMERA INFANCIA Y LA NIÑEZ MEDIA .....171
	INTERVENCIONES EFICACES EN EL ENTORNO DE LA FAMILIA .171
	INTERVENCIONES EFICACES EN EL ENTORNO ESCOLAR ..... 179
7.3.	LA ADOLESCENCIA TEMPRANA..... 184
	INTERVENCIONES EFICACES EN EL ENTORNO ESCOLAR..... 185
7.4.	LA ADOLESCENCIA MEDIA Y LOS JÓVENES .....195
	INTERVENCIONES BREVES PERSONALIZADAS ..... 195
	INTERVENCIONES EFICACES EN EL ENTORNO COMUNITARIO.. 197
<b>8</b>	<b>EN RELACIÓN AL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ..... 208</b>
8.1.	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EFICACES DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A FAMILIAS .....211
8.2.	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EFICACES DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A MENORES MÁS VULNERABLES .....213

<b>BLOQUE IV. PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN</b> .....		<b>222</b>
<b>9</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN SELECTIVA</b> .....	<b>224</b>
9.1.	LA PLANIFICACIÓN CON EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO ...	232
	PRIMERA ETAPA: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN: ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN .....	232
	SEGUNDA ETAPA: ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS Y ELECCIÓN DE PRIORIDADES .....	240
	TERCERA ETAPA: DISEÑO DEL PROGRAMA DE ACTUACIÓN IDENTIFICANDO SUS PRINCIPALES ELEMENTOS.....	241
	CUARTA ETAPA: CONCRECIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN ..	245
	QUINTA ETAPA: IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES EXTERNOS ..	247
	SEXTA ETAPA: DISEÑO DE INDICADORES.....	248
	SÉPTIMA ETAPA: COMPROBACIÓN DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN .....	250
	ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA CONOCER EL GRADO DE PREPARACIÓN DE UNA COMUNIDAD PARA IMPLICARSE EN INTERVENCIONES PREVENTIVAS (2010).....	<b>252</b>
<b>10</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN INDICADA</b> .....	<b>264</b>
	PRIMERA ETAPA. DETECCIÓN Y CAPTACIÓN .....	267
	SEGUNDA ETAPA: ACOGIDA Y VALORACIÓN INICIAL .....	268
	TERCERA ETAPA: DISEÑO DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN.....	271
	CUARTA ETAPA: SEGUIMIENTO DEL MENOR/ADOLESCENTE Y FAMILIA.....	275
	ANEXO 2. REGISTRO DE INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR/ADOLESCENTE....	276
	ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DIRIGIDOS A MENORES VALIDADOS.....	286



<b>BLOQUE V. EVALUACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN PREVENCIÓN</b> .....	294
<b>11</b> EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN .....	296
OPTAR POR UN ENFOQUE O MODELO DE EVALUACIÓN .....	300
TIPO DE EVALUACIÓN QUE SE VA A REALIZAR .....	304
11.1. LA EVALUACIÓN DE PROCESO .....	305
11.2. LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS .....	309
11.3. LA EVALUACIÓN DE IMPACTO .....	311
11.4. PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LA EVALUACIÓN .....	313
ENFOQUES PRE-EXPERIMENTALES .....	323
ENFOQUES CUASI-EXPERIMENTALES.....	327
SERIES TEMPORALES .....	331
<b>12</b> LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD .....	340
12.1. SELECCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD CLAVE EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS .....	343
<b>13</b> BIBLIOGRAFÍA .....	354
ANEXO 4. FICHAS CON UNA MUESTRA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA.....	358

# PRESENTACIÓN

**M**ás de cuarenta años de investigación han puesto de manifiesto que no todas las personas son igualmente vulnerables frente al consumo de drogas. Mientras que algunas experimentan con ellas sin sufrir graves consecuencias, otras acaban desarrollando patrones de consumo problemáticos que afectan negativamente no sólo a su salud, sino a otras esferas más amplias de su vida personal y social, provocando sufrimiento, no sólo a ellas mismas sino también a todo su entorno.

Hoy en día vamos conociendo cada vez mejor estas características o factores de riesgo que determinan la vulnerabilidad personal frente al consumo de drogas y otras conductas problemáticas, dadas las bases comunes que subyacen en fenómenos que antes nos parecían inconexos, como son la violencia en la etapa adolescente, el consumo de sustancias con potencial adictivo y/o el abuso de las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el juego.

Estos factores de riesgo pueden ser características de la propia persona o también circunstancias del entorno en el que se desarrollan, aunque la mayoría de las veces es un cúmulo de factores lo que determina la mayor vulnerabilidad.

Mientras que la prevención universal se dirige a toda la población, independientemente del nivel de riesgo de los individuos que la componen, la prevención selectiva y la indicada se ocupan precisamente de trabajar con los más vulnerables. Para ello, tienen en cuenta dichos factores de riesgo a fin de procurar la detección temprana de los casos e intervenir lo más precozmente posible, frenando procesos desviados de desarrollo cuando aún es posible hacerlo, mediante actuaciones específicas centradas en los diferentes perfiles de riesgo y protección. Es, por tanto, un trabajo de crucial importancia.

Si bien es cierto que en los últimos años se ha dado un impulso al trabajo con estos sectores de población más vulnerables, también lo es el hecho de que lo realizado no es suficiente. Es necesario mejorar tanto la cobertura de estos programas para llegar a la mayor cantidad de población posible, como la calidad de los mismos, impulsando programas que hayan demostrado que funcionan y que reducen estas condiciones de vulnerabilidad.

La presente guía nace de esta inquietud por impulsar y mejorar la calidad de las intervenciones selectivas e indicadas. Para ello, ofrece a los profesionales de este campo una amplia revisión actualizada de diversos aspectos que son básicos para el diseño de programas de este tipo; desde los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas, hasta los modelos teóricos que sustentan los programas selectivos e indicados y los criterios de calidad, así como recomendaciones a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar este tipo de programas.

El trabajo de Carmen Arbex, reconocida experta en el tema y a la que hay que agradecer esta revisión, supone un aporte significativo en este campo de la prevención. Con él, esperamos que contribuya a facilitar el trabajo de todas y todos los profesionales que se dedican a trabajar con este colectivo de menores en situaciones de especial vulnerabilidad, en etapas iniciales en las que aún es posible modificar trayectorias vitales, que, de otro modo, podrían verse abocadas al sufrimiento personal y colectivo.

Finalmente, vaya nuestro agradecimiento a ADES por el interés e impulso que supone la publicación de monografías como ésta que hoy se presenta.

**D. Francisco de Asís Babín Vich**

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

# INTRODUCCIÓN



**E**l objetivo básico de la prevención debería consistir en ayudar a los menores y adolescentes para que no se inicien en el consumo de drogas, y si ya han comenzado, para evitar que se desarrollen trastornos, entre ellos la progresión hacia una dependencia. Sin embargo, el objetivo general de prevención de drogas es mucho más amplio ya que se trata de lograr un desarrollo madurativo positivo y equilibrado de los niños/as y de los adolescentes para que lleguen a desarrollar sus potencialidades y se conviertan en personas incorporadas en su comunidad y en su sociedad. La prevención eficaz de drogas contribuye de manera significativa a esta integración positiva de los niños/as y adolescentes en sus familias, escuelas, lugares de trabajo y la comunidad.

Este documento se centra en la prevención del inicio en el consumo de drogas, así como en la prevención de la transición a los trastornos por consumo de drogas entre los menores y jóvenes clasificados como de mayor riesgo o más vulnerables, es decir, aquellos en los que confluyen un mayor número de factores de riesgo y una menor proporción de factores protectores.

No se abordan en este documento otro tipo de intervenciones como por ejemplo, el tratamiento de la drogodependencia. Esto no quiere decir que estos esfuerzos no sean importantes, en este sentido es fundamental subrayar que ninguna intervención de prevención pueden desarrollarse o implementarse de forma aislada si quiere ser eficaz, dada la compleja interacción de factores que hacen a los niños/as y jóvenes vulnerables al consumo de sustancias y otras conductas de riesgo.

Hace unos años, la prevención de drogas se limitaba a advertir a los jóvenes sobre el peligro de las drogas, cuyo resultado era modificar poco o nada su comportamiento. En los últimos años, se ha hecho cada vez un mayor hincapié, tanto por parte de los profesionales como de los ciudadanos, en reconocer la necesidad de que las intervenciones de prevención sean lo más eficaces y eficientes posibles.

La mayor parte de las cuestiones que inquietan en la prevención con este colectivo ponen el acento en el diseño de los programas, sus contenidos y los métodos de implementación, preguntas como: ¿qué componentes de los programas serán más adecuados para estos menores?; ¿qué tipos de actividades son más eficaces?; ¿quién conectaría mejor con ellos/as?; ¿cuáles son las formas más adecuadas para desarrollar actividades preventivas con estos menores para que sean aceptadas y se impliquen en ellas?, etc. Los estudios de evaluación rigurosos, que empleen enfoques metodológicos robustos son clave para responder a todas estas preguntas.

El progreso en el diseño y desarrollo de intervenciones preventivas es evidente en los últimos años, gracias a la aplicación de evaluaciones rigurosas con enfoques metodológicos cada vez más rigurosos, lo cual nos permite contar una buena y abundante experiencia. Las estrategias de prevención, basadas en la evidencia científica, que trabajan con las familias, las escuelas y los entornos comunitarios pueden facilitar que los niños/niñas y jóvenes, especialmente los más vulnerables, puedan llegar a madurar de manera equilibrada y seguros en la edad adulta.

Diseñar y aplicar programas eficaces de prevención depende, por tanto, de un conocimiento sobre los resultados encontrados en los programas de prevención dirigidos a menores vulnerables basados en la evidencia científica.

La mayor parte de las investigaciones en las políticas preventivas se ha concentrado en los programas universales de prevención escolar, existiendo relativamente poca información disponible para los profesionales de la prevención sobre las intervenciones preventivas efectivas dirigidas a jóvenes de alto riesgo, es decir, prevenciones selectivas e indicadas.

Los criterios de eficacia que se presentan en esta publicación tratan de resumir la disponibilidad actual sobre la evidencia científica, describiendo algunas intervenciones y políticas eficaces y sus características.

El objetivo de este informe es proporcionar información **práctica** que pueda ser de utilidad para los profesionales que diseñan e implementan programas de prevención con objeto de fortalecer las intervenciones de prevención dirigidas a jóvenes en situación de mayor riesgo.

## El documento se ha estructurado en siete ejes de contenidos

En un primer bloque de contenidos se contextualiza el tema con una síntesis de los principales factores de riesgo y protección analizados y contrastados por diversas investigaciones que incrementan la vulnerabilidad de menores que están creciendo en entornos y circunstancias de alto riesgo para el consumo de drogas y otras conductas disruptivas. En efecto, la ciencia de la prevención, en los últimos 20 años, ha hecho grandes avances y como resultado, los profesionales en la materia tienen una mejor comprensión de lo que lleva a las personas más vulnerables a iniciarse en el uso de drogas. Resulta fundamental que las intervenciones preventivas con menores y jóvenes vulnerables estén basadas en el conocimiento científico de las vulnerabilidades específicas identificadas, en otras palabras, es fundamental que los programas se diseñen para hacer frente a un conjunto de factores de riesgo o situaciones que han correlacionado con un incremento en el inicio en el consumo de drogas (o la aparición de una prevalencia del consumo de drogas) por la investigación científica. Finaliza esta primera parte definiendo lo que se entiende por prevención selectiva, intervención temprana y prevención indicada.

En un segundo eje de contenidos se han seleccionado y señalado los más relevantes modelos teóricos que enmarcan las intervenciones dirigidas a este tipo de menores.

La tercera parte de este documento, recoge las principales evidencias científicas halladas en los estudios de evaluación desarrollados hasta el momento en las intervenciones de prevención selectiva e indicada, teniendo en cuenta en un apartado las evidencias por grupos de edad, componentes y estrategias más efectivas basadas en la evidencia y en otro, las evidencias relacionadas con el diseño y los procedimientos empleados para la implementación de programas de este tipo.

El cuarto bloque está dedicado a la planificación de los programas y se han subdividido en tres apartados, uno sobre la prevención selectiva y otro sobre la prevención indicada, apostando por un modelo de planificación concreto, el enfoque del marco lógico, y por un modelo de evaluación también

específico, el modelo basado en la Teoría del Programa, también llamado Enfoque Sistémico.

Consideramos que los resultados de una **evaluación rigurosa** permitirán a las personas encargadas de tomar decisiones, conocer los resultados y el impacto de las intervenciones que han diseñado e implementado. Es también fundamental que estas investigaciones y sus resultados sean dados a conocer y discutidos.

Por último, se presentan las principales conclusiones sobre algunas lecciones aprendidas consensuados en la Comisión Europea por un grupo de expertos sobre los estándares clave de calidad para garantizar la eficacia de las intervenciones preventivas.



# ESTRUCTURA DE LA GUÍA

## BLOQUE I.

**MENORES MÁS  
VULNERABLES Y  
CONSUMO DE  
DROGAS**

## BLOQUE II.

**MARCO  
CONCEPTUAL  
LOS MODELOS  
TEÓRICOS DE  
REFERENCIA**

## BLOQUE III.

**LA EVIDENCIA DE LA  
EFICACIA EN LAS  
INTERVENCIONES  
PREVENTIVAS  
SELECTIVA  
E INDICADA**

## BLOQUE IV.

**PLANIFICACIÓN  
DE LAS  
INTERVENCIONES  
DE PREVENCIÓN**

## BLOQUE V.

**EVALUACIÓN  
Y ESTÁNDARES  
DE CALIDAD EN  
PREVENCIÓN**

**BLOQUE I.**  
**MENORES MÁS**  
**VULNERABLES Y**  
**CONSUMO DE**  
**DROGAS**

1

**CONCEPTO DE  
VULNERABILIDAD  
Y DE EXCLUSIÓN  
SOCIAL**

2

**LA  
IMPORTANCIA  
DE LOS  
FACTORES DE  
RIESGO EN LAS  
INTERVENCIONES  
PREVENTIVAS**

3

**EL MARCO DE  
PROTECCIÓN**

4

**¿EN QUÉ  
CONSISTE LA  
PREVENCIÓN  
SELECTIVA Y LA  
PREVENCIÓN  
INDICADA?**

# CONCEPTO DE VULNERABILIDAD Y DE EXCLUSIÓN SOCIAL

**E**l uso de la palabra “vulnerable” indica una exposición de los grupos y/o de los menores a situaciones de desventaja social o desigualdades que pueden dar como resultado una limitación en sus elecciones personales.

El uso de drogas, en determinados casos, no está vinculado a la exclusión social, como por ejemplo el consumo de drogas en entornos recreativos como clubs y festivales de música.

Cuando se define la vulnerabilidad de un grupo, es importante destacar que la pertenencia a un grupo específico no implica relación causal directa con el consumo de drogas o problemas relacionados con las mismas. Vulnerabilidad social se refiere a factores contextuales que puede modular, desencadenar o atenuar los factores de riesgo subyacentes genéticos, psicológicos y/o de entorno personal en los menores.

La vulnerabilidad es un concepto que ayuda a identificar, localizar y contactar con ciertos grupos que tienen un mayor riesgo de usar drogas. Los caminos de la vulnerabilidad al consumo de drogas entre estos grupos están mediados por la exclusión social. En otras palabras, la vulnerabilidad se refiere a la exclusión social y el uso de drogas es una entre varias conductas problemáticas que surgen dentro de estos grupos.

No obstante, el concepto de grupos vulnerables ayuda a identificar y cuantificar las necesidades de las poblaciones que están en situación de marginación y/o exclusión social, donde el uso de drogas es más probable que se convierta en un problema. Una vulnerabilidad en este sentido implica una mayor “susceptibilidad a los problemas de drogas” y es de suma utilidad para guiar las respuestas preventivas apropiadas dirigidas a estos colectivos.

El uso de drogas entre los adolescentes no constituye un riesgo que exista de forma aislada, sino que es sólo una parte de un conjunto de riesgos y problemas con los que los adolescentes se pueden encontrar. Un aumento

o una disminución en el uso de drogas, por lo general, coinciden con un incremento o una disminución en otro conjunto de comportamientos problemáticos. Por lo tanto, los programas de prevención de consumo de drogas han experimentado un cambio en los últimos años hacia el abordaje de no el consumo de drogas por sí solo, sino hacia factores sociales que pueden agravar, predecir o acelerar los problemas relacionados con la salud en los menores más vulnerables.

Por otra parte, reconociendo el papel de los factores sociales en la vulnerabilidad, nos ayudará a comprender que éstos pueden incidir en una restricción o menoscabo en la elección individual, en lugar de constituir una decisión personal libre sobre el consumo de drogas.

En general, en los últimos años, los grupos más vulnerables como los menores infractores, los menores sin un hogar estable, en desventaja socioeconómica y/o perteneciente a etnias minoritarias, etc., han sido definidos como una de las prioridades en un número cada vez mayor de políticas sobre drogas.

El concepto de vulnerabilidad se ha delimitado en numerosas publicaciones producidas por la Unión Europea y la EMCDDA. Para más información se pueden consultar los siguientes documentos y enlaces:

- Drugs in focus 10, a policy briefing published by the EMCDDA entitled 'Drug use amongst vulnerable young people'. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33727EN.html>
- Sections on 'Selective prevention' in the EMCDDA Annual report on the state of the drug problem in Europe published each year in November. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report>
- A 2003 EMCDDA report entitled 'Selective prevention: First overview on the European situation'. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

- A chapter entitled ‘Drug and alcohol use among young people’ in the EMCDDA’s 2003 Annual report on the state of the drug problem in Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37261EN.html>
- Council Resolution 5034/4/03 of the Council of the European Union entitled ‘Resolution of the Council on the importance of early intervention to prevent drug dependence and drug related harm among young people using drugs’ (13 June 2003).
- A 2008 Flash Eurobarometer survey (No 233) entitled Young people and drugs, commissioned by the European Commissions DG Justice, Liberty and Security. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_233\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf)

La vulnerabilidad tiende a congregarse en los suburbios y guetos que han ido creciendo alrededor de numerosas ciudades europeas, en este sentido, es necesario investigar el impacto ambiental de la rápida urbanización de algunas ciudades en los estilos de vida de los jóvenes en relación con la utilización de drogas, sobre todo en los países que han ingresado recientemente en la Unión Europea y en los países del sur de Europa más golpeados por la crisis, en los que está teniendo lugar importantes disparidades en la distribución de los ingresos, un aumento en las zonas urbanas asoladas por la pobreza, profundas alteraciones de la estructura social, la delincuencia y la violencia y una escalada en el abuso de drogas. Todo ello sugiere la necesidad de estrategias macro para prevenir el uso de sustancias y los daños relacionados, incluyendo incentivos de reestructuración económica, la mitigación de la pobreza y la mejora en el acceso a una educación de calidad y a una vivienda y mecanismos de fortalecimiento de la comunidad (Edwards, 2006).<sup>1</sup>

Casi todos los Estados miembros informan de estudios nacionales sobre los grupos vulnerables y los factores de vulnerabilidad en que se encuentran como elementos predictivos para el consumo problemático de sustancias. Sin embargo, resulta complicado establecer comparaciones debido a las di-

---

<sup>1</sup> Citado en European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drugs and vulnerable groups of young people.

ferentes definiciones sobre los grupos vulnerables y los diferentes métodos de recopilación de datos.<sup>2</sup>

La identificación de los grupos de jóvenes vulnerables, no obstante, no establece una rápida ni fácil predicción sobre el consumo de drogas, sino que facilita un importante punto de partida para las intervenciones preventivas.

Un debate todavía no resuelto y una preocupación constante es la conveniencia de identificar a los grupos vulnerables frente al consumo de drogas, ya que puede etiquetar a estos grupos como consumidores de drogas. Sin embargo, la identificación de estos grupos también favorece que reciban prestaciones adecuadas y recursos complementarios.

Algunas intervenciones preventivas dirigidas específicamente a los jóvenes vulnerables (prevención selectiva) favorecen su segregación de los grupos de pares de su misma franja de edad y la inclusión en contextos con otros jóvenes problemáticos en su misma situación. Los efectos positivos de estas intervenciones pueden sin embargo verse afectados por la influencia de los miembros del grupo de pares desviados debido a refuerzos negativos (Gifford-Smith et al., 2005).

Por lo tanto, es un debate con posiciones encontradas, si las intervenciones de prevención selectiva deben llevarse a cabo entre los grupos seleccionados entre jóvenes vulnerables, o debe de ser alentada la integración con la población joven en general.

---

2 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drugs and vulnerable groups of young people.



## Concepto y situaciones de exclusión social

La exclusión es un fenómeno multidimensional vertebrado en torno a los siguientes elementos (SUBIRATS, J. et al., 2005)<sup>3</sup>:

1. La exclusión es estructural, resultado de una determinada estructura social, política, cultural y económica.
2. La exclusión se produce en una sociedad concreta, por lo que para determinar si una persona está o no excluida, hay que contemplarla en relación con el contexto social en el que vive. Debería hablarse más de exclusiones que de exclusión en singular, puesto que cada sociedad o espacio local presenta sus propios umbrales de exclusión e inclusión.
3. La exclusión es un conjunto de procesos dinámicos que afectan, por tanto, de forma cambiante a las personas y a los colectivos. La distribución de riesgos sociales, en un contexto social donde las certidumbres y los anclajes de seguridad se han visto erosionados (BAUMAN, Z. 2007)<sup>4</sup>, se vuelve más compleja y generalizada, pudiendo trasladar hacia zonas de vulnerabilidad o de exclusión a personas y colectivos variables, en momentos muy diversos de su ciclo vital (las fronteras de la exclusión son móviles y fluidas).

El que la exclusión sea un proceso implica que no puede entenderse como una condición estática e inmutable en el tiempo, sino que los sujetos se mueven entre la inclusión/exclusión en ambos sentidos en función de su trayectoria personal y social.

La inclusión y la exclusión social dependen de la influencia de múltiples factores. Los factores que favorecen la inclusión y la exclusión son diferentes en cada contexto social, por lo que las intervenciones pertinen-

---

3 SUBIRATS, J. GOMÁ, R. BRUGUÉ, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña. citado en Sánchez Pardo, L. (2012).

4 BAUMAN, Z. (2007). Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre, Ed. Tusquets, Barcelona, citado en Sánchez Pardo, L. (2012).

tes para prevenir dichos procesos deben identificar, como primer paso imprescindible, los factores presentes en cada contexto concreto.

4. La exclusión es un fenómeno poliédrico, es decir, no responde a una única causa, sino que se está condicionada por el entramado de un cúmulo de circunstancias desfavorables, que a menudo están imbricadas y que están mediatizadas por los recursos personales y sociales que tiene cada persona.

La complejidad de la exclusión, sus múltiples vertientes, supone la imposibilidad de un tratamiento unidimensional y sectorial de la misma, requiriendo de abordajes integrales en su definición y horizontales o transversales en sus procesos de gestión.

5. La exclusión social es posible abordarla de forma estratégica, a través de políticas que promuevan prácticas de inclusión, ya que tiene un fuerte componente estructural. Se puede reducir la cantidad e intensidad de las vulnerabilidades y mejorar los procesos de exclusión a partir de actuaciones integrales que repercutan en los diferentes ámbitos (laboral, formativo, económico, social, etc.) y en los múltiples colectivos.

Los enfoques tradicionales en el análisis de la pobreza y de la exclusión social ponían el acento en los factores relacionados con las desigualdades y la precariedad económica de los sujetos, sin embargo, en la actualidad, el análisis se tiende a tener en cuenta las múltiples esferas de la vida por donde transita una persona, al considerar los procesos multidimensionales, multifactoriales y poliédricos, e interrelacionados.<sup>5</sup>

El número de factores acumulados, su combinación y la forma en la que se retroalimentan determinan un mayor o menor grado de vulnerabilidad, según diversos autores, situando a las personas hacia uno u otro extremo del continuo entre la inclusión y la exclusión, dependiendo de los recursos psicológicos, físicos y sociales de que disponga.

---

5 SUBIRATS, J. et al. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.

La vulnerabilidad es por tanto una consecuencia de la desventaja estructural y personal, donde determinados factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos condicionan decisiones y comportamientos individuales.

Diversos autores (MALGESINI, G. GARCÍA, M. 2000<sup>6</sup>; TEZANOS, J.F. 2001<sup>7</sup>) han identificado distintos ámbitos de exclusión y factores generadores de exclusión.

## Factores generadores de exclusión social

Ámbito	Factores de exclusión
Económico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pobreza.</li><li>• Dificultades financieras en el hogar.</li><li>• Dependencia de la protección social.</li><li>• Ausencia de protección social.</li></ul>
Laboral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desempleo.</li><li>• Desempleo sin protección.</li><li>• Subempleo.</li><li>• Descualificación (ausencia de cualificación laboral).</li><li>• Precariedad laboral.</li><li>• Incapacidad o discapacidad para trabajar.</li><li>• Ausencia de permiso de trabajo en el caso de extranjeros/ inmigrantes.</li></ul>

6 MALGESINI, G. GARCÍA, M. (2000). Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.

7 TEZANOS, J.F. (2001). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis, en J.F. Tezanos (Ed.). Tendencias en desigualdad y exclusión social. Madrid, Editorial Sistema, 11-53.

Ámbito	Factores de exclusión
Formativo/ Educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desescolarización.</li> <li>• No acceso a la educación obligatoria.</li> <li>• Analfabetismo y analfabetismo funcional.</li> <li>• Niveles formativos bajos.</li> <li>• Fracaso escolar.</li> <li>• Abandono del sistema educativo.</li> <li>• Barrera lingüística.</li> </ul>
Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de acceso al sistema sanitario.</li> <li>• Enfermedades crónicas que generan dependencia.</li> <li>• Trastornos y enfermedades mentales.</li> <li>• Adicciones y enfermedades asociadas.</li> <li>• Mortalidad infantil prematura.</li> <li>• Enfermedades que provocan exclusión social.</li> </ul>
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de redes familiares y/o parentales (violencia de género, abusos).</li> <li>• Escasez o debilidad de redes familiares y/o parentales.</li> <li>• Pertenencia a familias de riesgo.</li> </ul>
Socio/ Relacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez o debilidad de las redes sociales de proximidad.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Falta de apoyos sociales.</li> <li>• Rechazo y/o estigmatización social.</li> <li>• Integración en redes sociales “desviadas”.</li> </ul>

Ámbito	Factores de exclusión
Ambiental/ Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No acceso a la vivienda.</li> <li>• Malas condiciones de la vivienda (hacinamiento, carencia de servicios básicos).</li> <li>• Deterioro de edificios, viviendas y servicios.</li> <li>• Deterioro del espacio público.</li> <li>• Estigmatización del territorio.</li> <li>• Inseguridad ciudadana.</li> <li>• Ausencia equipamientos y recursos.</li> <li>• Marginación económica.</li> <li>• Falta de cohesión social.</li> <li>• Deficiencias en la movilidad (ausencia de transporte público).</li> </ul>
Político/ Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No acceso a la ciudadanía.</li> <li>• Acceso restringido a ciertos derechos y servicios públicos.</li> <li>• Limitaciones a la participación política y social.</li> <li>• Privación de derechos por procesos penales.</li> <li>• Privación anterior derechos por procesos penales.</li> </ul>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género (las mujeres tienen mayor riesgo de exclusión).</li> <li>• Pertenencia a determinados grupos étnicos.</li> <li>• Edad (las personas jóvenes y mayores tienen mayor riesgo de exclusión).</li> <li>• Nacionalidad/Extranjería.</li> </ul>

FUENTE: elaboración de Sánchez Pardo, L. a partir de MALGESINI, G. GARCÍA, M. 2000; TEZANOS, FJ. 2001, SUBIRATS, J. et al. 2004.

Se ha constatado una interrelación entre la exclusión social y el abuso/dependencia de distintas drogas (TOMAS, B. 2001)<sup>8</sup>.

La exclusión social constituye un factor de riesgo frente al uso/abuso de drogas y a su vez el uso/abuso de drogas puede conducir a la exclusión social. Sin embargo, conviene subrayar que el consumo de drogas no es sinónimo de exclusión social en todos los consumidores de drogas sino que, incluso en algunos casos, actúa como elemento de integración social en algunos menores (consumo de alcohol y/o cannabis y otras drogas en determinados grupos de iguales, por ejemplo). Lo habitual, sin embargo, es que cuando el consumo llega a convertirse en dependencia, se produce tal deterioro físico y psicológico que se produzca una situación de exclusión social entre los consumidores.

La naturaleza bidireccional de la exclusión social y las drogodependencias implica que tratar la drogodependencia y resolverla facilitaría la reducción del riesgo de exclusión o la superación de este proceso, del mismo modo que la reducción de la exclusión facilitaría el tratamiento y superación de la drogodependencia, así como la prevención de recaídas. (Sánchez Pardo, L. 2012)

Las relaciones entre la exclusión social y las drogodependencias pueden ser representadas del siguiente modo (EMCDDA, 2003)<sup>9</sup>:


---

8 TOMAS, B. (2001). Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen –Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken? (pp. 56–64). Viena: Verein Dialog. Citado por Sánchez Pardo, L. 2012.

9 EMCDDA (2003). Social exclusion and reintegration. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisboa: Autor. Disponible en [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_37285\\_ES\\_sel2003\\_2-es.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37285_ES_sel2003_2-es.pdf).



Figura 1. Relaciones entre exclusión social y drogodependencia.



# **LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS**



**P**ara una adecuada planificación de la intervención preventiva es preciso contar con un sistema de información que nos ayude a analizar y comprender la situación de partida.

En el tema que nos ocupa es clave conocer las diferentes vulnerabilidades de los menores: ¿por qué algunos menores/adolescentes están más predispuestos que otros a iniciar el uso y/o abuso de drogas?, ¿cuál es la situación entre los niños en lo que respecta a los factores que se tiene evidencia científica que están vinculados a drogas o otras sustancias?

La evidencia apunta a procesos genéticos y biológicos, a rasgos de la personalidad, a trastornos de la salud mental, carencias en la crianza o abandono y abuso familiar, falta de apego a la escuela y la comunidad, y al crecer en comunidades marginadas, entre los factores de riesgo más potentes, más que una falta de conocimiento sobre las drogas y sus consecuencias.

Por el contrario, el bienestar emocional psicológico, un fuerte apego y cuidado de los padres, escuelas eficaces y comunidades bien dotadas de recursos y organizadas, son factores que contribuyen a que los menores/adolescentes sean menos vulnerables (factores protectores dirigidas a evitar otras conductas de riesgo).

Las investigaciones indican que los factores que hacen a las personas vulnerables o, por el contrario resistentes a comenzar y a establecer problemas con las drogas, difieren con la edad.

Las investigaciones científicas han identificado los factores de riesgo y los factores de protección durante la infancia, la niñez y la adolescencia temprana, sobre todo en relación con la crianza dentro de la familia y el apego a la escuela. Es obvio que los menores que están creciendo en las comunidades más deficitarias y en situación de exclusión social, con poco o ningún

apoyo familiar y con un acceso limitado y precario a la educación, están especialmente en riesgo.

Los esfuerzos por el conocimiento de las situaciones que incrementan la vulnerabilidad de los menores y los elementos que aumentan la resiliencia, supuso un esfuerzo clave para las intervenciones preventivas, ya que se parte de la premisa de que si las condiciones asociadas con el consumo de sustancias se pueden mejorar, el consumo de sustancias en sí podría ser detenido y/o amortiguado, de ahí la importancia de mantenerlos frente al consumo de drogas y otras conductas problemáticas.

Es importante señalar que algunos de los factores de riesgo mencionados, y que se van a describir a continuación con mayor detalle, están en gran parte fuera del control de las personas (nadie elige ser descuidado por sus padres) y están vinculados a otras muchas conductas de riesgo y trastornos emocionales, tales como: el abandono escolar, la agresividad, la delincuencia, la violencia, la depresión, etc., por ello la prevención sobre el consumo de drogas se ha demostrado también eficaz en intervenciones y políticas que tienen como objetivo dichas conductas conflictivas, de ahí la importancia clave de los esfuerzos para el perfeccionamiento de los instrumentos disponibles para la evaluación de los riesgos entre los menores. En este documento, se presentan algunos instrumentos para valorar los riesgos y potencialidades de una comunidad, así como los riesgos personales.

Es importante señalar que se trata de un tema delicado, al estar relacionado con niños cuya exposición al riesgo no puede justificar su estigmatización como futuros adultos antisociales.

## ¿Qué se entiende por factor de riesgo y por factor de protección?

“Factor de riesgo” es un predictor basado en la evidencia científica de una relación longitudinal positiva directa con problemas y/o una relación negativa con resultados positivos.

“Factor de protección” es un indicador que muestra evidencia de una relación moderadora sobre el resultado del riesgo de problemas o que media el impacto de un factor de riesgo de un problema o una conducta negativa.

“Los componentes mediadores de la intervención” hacen referencia a la promoción, de los factores de riesgo o factores de protección que la intervención tiene la intención de modificar y que están directamente relacionados con los resultados deseados.

Se han realizado numerosas investigaciones partiendo de la hipótesis de que el uso de sustancias y los problemas asociados son parte de un entramado de circunstancias que tienden a ocurrir interrelacionadas. Entre las más relevantes serían: comunidad y el entorno del barrio, las condiciones y el rendimiento escolar, el entorno familiar y, en particular, las actitudes de los pares y sus comportamientos. Se presupone que cada menor/adolescente tiene una “red de influencia” particular compuesta por un conjunto de elementos de riesgo externos e internos y un marco de protección que están relacionadas con el uso/abuso que los jóvenes hacen de las drogas.

Para realizar el diseño e implementación de programas de prevención dirigida a menores vulnerables, es útil categorizar el riesgo y la protección dividiendo los factores en dos grupos:<sup>1</sup>

- Los externos a los menores, es decir, los relacionados con su “ecología social” (Hawkins y Weiss, 1985).

---

<sup>1</sup> La Dirección Nacional de Cross-Site Evaluación de Programas Juveniles de Alto Riesgo es un gran estudio por el Centro de Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP) en el Abuso de Sustancias y Salud Mental de la Administración de Servicios (SAMHSA). El estudio incluye 48 programas financiados por el CSAP originalmente en 1994 o 1995 para implementar programas de prevención para jóvenes en situación de alto riesgo de abuso de sustancias. La muestra de referencia para la Evaluación Nacional de Cross-Site consta de aproximadamente 10.500 jóvenes entre las edades de 9 y 18. Un poco más de 6.000 de estos jóvenes participan en 1 de los 48 programas de prevención de Alto Riesgo en la Juventud Evaluación Cross-Site, y los restantes 4.500 se encuentran en los grupos de comparación de la juventud similar en la demografía y el riesgo (grupo control).

- Los internos a los menores que inciden en la forma en que procesan, interpretan y responden a su ambiente, es decir, están relacionados con su particular resiliencia.<sup>2</sup>

La importancia del riesgo externo e interno y el marco de protección para el desarrollo de intervenciones de prevención efectivas depende de las interrelaciones de estos factores y su asociación con el consumo de drogas, por lo tanto, las consecuencias para los programas serán muy diferentes si se intervienen para el desarrollo de factores internos y/o externos en los menores.

La amplia investigación, Evaluación Nacional de Cross-Site,<sup>3</sup> simplifica el rango de los factores de riesgo y de protección, clasificándolos de la siguiente manera:

- **Riesgos externos y los factores de protección** en la familia de los menores, la escuela o el vecindario en que se están desarrollando los menores.
- **Riesgos internos y los factores de protección** inherentes a las propias actitudes, orientaciones y comportamientos de los jóvenes.
- **Riesgo y la influencia protectora de las expectativas y comportamientos** (entorno normativo percibido) de otras personas importantes en la familia y los grupos de pares.

---

2 Resiliencia entendida en este contexto como la capacidad humana de encajar, resistir y recuperarse de las adversidades (Rojas Marcos, L. (2011) "Superar la adversidad: el poder de la resiliencia". Espasa.

3 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

Numerosos estudios han avalado la hipótesis de que existe una fuerte correlación entre la presencia de trastornos de conducta entre los niños y niñas y el desarrollo posterior de la conducta antisocial, como analizaremos más adelante.<sup>4</sup>

Se trata de un amplio y consistente conjunto de factores de riesgo, así como un conjunto de factores de protección implicados en las causas subyacentes de problemas conductuales durante la infancia, que pueden moderar los efectos sobre los niños a la exposición a múltiples riesgos ambientales y de su entorno más próximo.

Sin embargo, los factores de riesgo y el marco de protección interactúan y se relacionan con el consumo de sustancias de forma dinámica, es decir, se van modificando con la maduración evolutiva de los niños. Así, la adolescencia es la etapa de la vida en la que suele tener lugar la experimentación con drogas. También es importante subrayar que los factores de riesgo y de protección se superponen a otros problemas de conducta más generales, tales como, actividad sexual precoz y de riesgo y el fracaso o abandono prematuro de la escuela, comportamientos violentos, etc. En efecto, los adolescentes son muy vulnerables a las influencias sociales, tienen menores niveles de tolerancia y son más susceptibles a hacerse dependientes con dosis más bajas que los adultos (Fowler et al., 2007).<sup>5</sup>

La concentración de esfuerzos preventivos en los años de la etapa adolescente se refleja en una respuesta planificada a la percepción de que los jóvenes en esta etapa madurativa se encuentran en un punto de transición que los pone en un riesgo especial para comenzar a utilizar sustancias.

---

4 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.

5 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

Sin embargo, la mayoría de los adolescentes que experimentan con sustancias no se convierten en usuarios problemáticos. La trayectoria en el consumo de sustancias suele estar determinada por relaciones poliédricas complejas y cambiantes entre los riesgos y los factores de protección. Durante la etapa adolescente tiene lugar un movimiento constante de las condiciones de riesgo y protección en la mayoría de los factores tanto externos como internos y estos cambios son particularmente grandes en relación a la vinculación con la familia, la adaptación e integración escolar y las actitudes entre pares. Son todos ellos factores imbricados con los entornos sociales en los cuales los menores están interaccionando y creando a medida que van madurando.

A continuación, se presenta una revisión de los factores de riesgo y de protección más significativos entre los menores vulnerables hallados en los numerosos estudios realizados, utilizando como referente central el estudio de Evaluación de Cross-Site que articula los diferentes elementos de riesgo/protección en las dimensiones externa y la interna de los sujetos y que se centran sobre todo en las actitudes y comportamientos relacionados específicamente con el uso de alcohol, tabaco y marihuana/hachís en los grupos de referencia.<sup>6</sup>

---

6 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

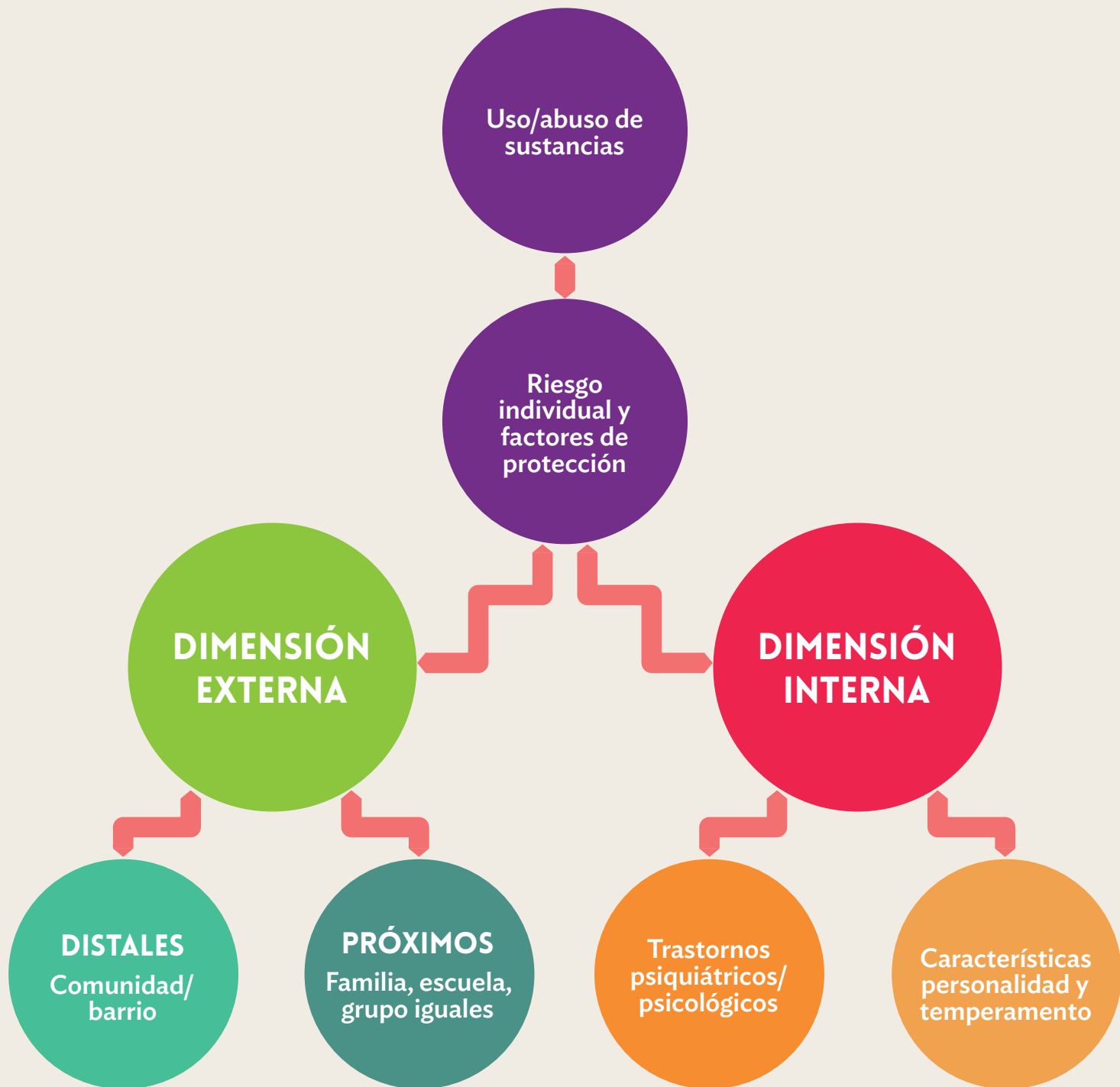


Figura 2. Modelo de interrelación Factores de riesgo/Factores de protección. National Cross Site Evaluation.

El grupo marco de **influencias externas** sobre los menores se articula en cinco áreas o dominios: la familia, el grupo de iguales o amigos, la escuela, la comunidad y la sociedad.

**El riesgo interno** y los factores de protección identificados conformarán la respuesta de cada menor/adolescente a los factores externos de riesgo identificados.

El desarrollo de factores internos de protección puede fortalecer a los menores/adolescentes frente a las influencias externas y, por tanto, pueden ayudarles a resistir las influencias externas que aumentan el riesgo de consumo de sustancias, y viceversa, los factores internos de riesgo (falta de resiliencia) pueden aumentar el efecto de las influencias externas, que aumentan el riesgo o pueden incluso atenuar los factores externos protectores.<sup>7</sup>

Este “marco de red de influencia” bidireccional plantea importantes cuestiones acerca de las maneras en que las influencias externas y los factores internos interactúan para evitar o promover el uso de sustancias entre los menores y lleva a cuestionarse **cómo y por qué** determinados recursos, capacidades y características de la personalidad pueden fortalecer o debilitar la influencia que las circunstancias externas tienen sobre el consumo de sustancias por parte de los menores. Este constructo también orienta las formas en que las diferentes dimensiones externas de influencia pueden interactuar para influir en el riesgo y/o en la protección. El constructo se centra en la complejidad dinámica de desarrollo de los menores en un entorno social determinado.

---

7 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>



En resumen, el valor de este marco es su aportación como estructura organizativa que facilita articular un cuerpo diverso de conocimientos. La investigación “*NCS evaluation*”, proporciona la descripción de las trayectorias de las edades de riesgo, las dimensiones de protección y los usos de drogas en los menores y jóvenes en situación de alto riesgo.

Para identificar las necesidades de diseñar e implementar una intervención preventiva, así como los objetivos de dicha intervención, es fundamental:<sup>8</sup>

- Describir la incidencia y prevalencia de estos factores y los resultados a través de las etapas de desarrollo, las diferentes poblaciones y áreas geográficas.
- Identificar los factores de riesgo y de protección relacionados con resultados positivos y negativos en la salud en una población concreta.
- Entender cómo el riesgo identificado y la promoción de ciertos factores de protección, están relacionados con procesos y mecanismos con resultados positivos y/o negativos relacionados con la salud, así como su peculiar incidencia con las etapas de desarrollo, las poblaciones y las diferentes áreas geográficas y comunidades.

---

8 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

## 2.1. RIESGOS DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS DISTALES O MACRO

La investigación sobre los factores de riesgo y los factores de protección concluye que el riesgo de consumo de sustancias entre los menores y en la adolescencia se relaciona fuertemente con la identificación de las características del entorno en el que viven, entendiendo por tal la comunidad, el barrio y/o la vecindad, es decir, el entorno construido/físico, las tasas de pobreza, la delincuencia, la escasez de recursos comunitarios, etc.

La calidad de vida y las oportunidades para la participación que caracterizan a la comunidad, influyen en el desarrollo de conductas positivas o posibles problema.

Las disparidades en relación a la salud afectan a grupos específicos de la población que se encuentran en una posición de desventaja social o económica relacionada con la discriminación o la exclusión social por razones de género, edad, raza o etnia, educación o ingresos, ubicación geográfica, discapacidad u orientación sexual. Se trata de una serie de circunstancias sociales que producen desigualdades en relación a la salud, incluyendo el estatus socioeconómico, el capital social y la eficacia colectiva. Los factores ambientales tales como el medio ambiente construido y la proximidad a los peligros ambientales también están relacionados con las inequidades en salud.<sup>9</sup>

Los niños que crecen en zonas desfavorecidas, caracterizadas por malas condiciones de vida y altas tasas de desempleo se encuentran en mayor riesgo de implicación en comportamientos antisociales y/o delictivos, incluidos comportamientos violentos (Farrington, 1991; Yoshikawa, 1994). Las

---

9 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

tasas más altas de trastornos en la conducta entre los niños y jóvenes que están creciendo en situación de desventaja social en determinados barrios urbanos de la periferia de las grandes ciudades, es probable que esté mediada por el estrés que se produce en su etapa de crianza y maduración, las relaciones con los compañeros de su mismo entorno y otros factores (Farrington 1996).<sup>10</sup>

Sin embargo, los hallazgos relativos a la persistencia de los comportamientos antisociales a lo largo del tiempo concluyen que sólo se mantienen en una pequeña proporción de los menores/adolescentes jóvenes, es decir que no se mantienen en la mayoría de los niños con trastornos de la conducta durante la infancia.<sup>10</sup>

Los barrios más desfavorecidos se concentran principalmente en las zonas urbanas, a menudo en bloques específicos de edificios habitados por poblaciones de bajos ingresos. La población de estas áreas a menudo desarrollan una identidad cultural, que incluyen relaciones interpersonales, comportamientos y un lenguaje específico, constituyendo una comunidad muy unida (Shildrick, 2006).<sup>10</sup>

Por otro lado, no se ha consensuado una definición común europea de lo que se entiende por zonas desfavorecidas. Varios países identifican las zonas desfavorecidas de acuerdo con el nivel de bienestar general y social junto a otros factores.

Algunos países europeos (Bélgica, Francia, Irlanda, Suecia, Croacia y Turquía) utilizan, para identificar las áreas geográficas o barrios más vulnerables, indicadores tales como: densidad de población, las tasas de delincuencia, la calidad de las viviendas, el nivel de privación económica, el ingreso por habitante, el número de personas en programas de tratamiento de drogas, la prevalencia del consumo de drogas, la disponibilidad de recursos y servicios

---

<sup>10</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

comunitarios, las condiciones de vida de las familias y el número de quejas o reclamaciones de la población.<sup>11</sup>

Algunos países europeos, como Portugal, han comenzado a identificar y mapear barrios vulnerables en un esfuerzo conjunto entre gobierno y las organizaciones no gubernamentales a fin de diseñar respuestas adecuadas en estas áreas geográficas.

El origen étnico suele estar relacionado con la ubicación geográfica. Francia por ejemplo, tiene identificado lo que denominan “*zonas urbanas sensibles*” o escuelas educativas consideradas de zonas prioritarias”, que facilitan la asignación de determinados recursos económicos adicionales.

Sin embargo, los estudios disponibles suelen estar limitados a las áreas geográficas con mayor privación y más desfavorecidas socioeconómicamente, pero pocos países europeos mencionan a los menores y jóvenes vulnerables que viven en áreas específicas del interior de las ciudades o en los planes específicos de vivienda en las periferias urbanas.<sup>11</sup>

Algunos estudios europeos han hallado que la asociación entre el consumo de drogas y menores y adolescentes que viven en zonas desfavorecidas, es menos consistente que la asociación entre el uso de drogas y otras características individuales y sociales y también dependiendo del tipo de sustancia que se trate, así por ejemplo, el consumo de heroína es más común en las zonas urbanas desfavorecidas, mientras que la cocaína se consume con más frecuencia en las zonas más favorecidas. Asimismo, la frecuencia en el consumo de cannabis suele ser mayor en los barrios más favorecidos.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

Por último, las oportunidades para el uso de sustancias entre los niños con alto riesgo están mucho más influenciadas por las circunstancias en sus barrios y comunidades que las de las niñas. Los niños en los barrios caracterizados por un mayor riesgo tienen más probabilidades de asociarse con sus compañeros que consumen sustancias y utilizar las mismas sustancias.<sup>12</sup>

Algunos investigadores en este campo sostienen que los instrumentos de evaluación de riesgos no están lo suficientemente bien desarrollados o no son suficientemente fiables para justificar un uso a nivel individual, en oposición a los disponibles para valorar el riesgo a nivel comunitario (Le Blanc, 1998; Loeber y col, 2003).<sup>13</sup>

Los factores de riesgo y de protección para los niños y las niñas más potentes relacionados con los entornos externos tienen que ver con estar en contacto con ambientes de alto riesgo en el barrio, como por ejemplo, observar el consumo de alcohol u otro tipo de drogas en las calles, ser testigos de peleas, delitos y/o arrestos.

Asimismo, diversas investigaciones en EE.UU. han vinculado la disponibilidad de drogas y alcohol en un barrio, con un mayor riesgo de que los menores y jóvenes las utilicen de manera ilegal (Gorsuch y Butler, 1976) y el acceso de los niños al cannabis a edades tempranas (10 años) y cocaína (14 a 16 años) se ha relacionado con comportamientos violentos a los 18 años (Maguin et al., 1995).

Por otro lado, se han constatado diferencias de género en la exposición a los riesgos en el entorno comunitario entre los niños y las niñas: se sugieren que el grado de riesgo en el entorno vecinal es el riesgo externo más importante

---

12 *Diferencias de género en el uso de sustancias y prevención: cambiando Perspectivas*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 4.

13 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

y de protección entre los niños, sin embargo, este factor es mucho menos importante para las niñas, por varios motivos:<sup>14</sup>

- La participación de las niñas en las circunstancias del entorno comunitario cercano, no cambia con la edad, mientras que la participación de los niños aumenta rápidamente a partir de los 13 años a los 17 años.
- Las niñas tienen una mayor supervisión familiar, mientras que los niños están más involucrados en actividades de la comunidad organizada, en particular deportivas.
- Como los niños se mueven por el barrio con más frecuencia en la adolescencia media, la exposición al riesgo de este entorno es mayor que entre las niñas.

Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en otras investigaciones que concluyen que los niños se inician más a menudo en el uso de drogas a través del contacto con conocidos o desconocidos, mientras que las niñas tienen más probabilidades de iniciar su uso en casa o a través de ofertas de los amigos (Luna et al., 1999).<sup>14</sup>

Esto sugiere que las condiciones en los barrios tienen una mayor influencia sobre el consumo de sustancias en los chicos que en las chicas.<sup>15</sup>

En el ámbito de la comunidad, el riesgo relacionado con el barrio se asocia con el uso de sustancias por parte del grupo de iguales como una influencia en el uso personal, reflejando este hecho la importancia del entorno social en la formación de las conductas adolescentes y juveniles.

---

<sup>14</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

<sup>15</sup> *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

Por tanto, cuanto más fuerte sea el factor de protección externo, los jóvenes experimentarán menos con drogas, por ejemplo, en barrios con una menor presencia de riesgo, los jóvenes son menos propensos a usar drogas que los jóvenes que residen en barrios de alto riesgo.

Las personas sin hogar, que no tienen o corren el riesgo de perderlo o que viven en un alojamiento inestable, se asocian generalmente con la exclusión social, que incluye pobres e insalubres condiciones de vida, desempleo, bajos niveles de educación, barrios socialmente desfavorecidos, problemas de salud mental y abuso de sustancias. La asociación entre el consumo de alcohol y la falta de vivienda y el problema del consumo de drogas es reconocido ampliamente en la literatura (Fountain et al., 2003). La mayoría de los países europeos reportan altos niveles de uso problemático de sustancias entre personas sin hogar, que van desde 30% a 70%.<sup>16</sup>

En los últimos años, entre los menores y jóvenes sin hogar, que viven en la calle, se ha extendido el uso de inhalantes. Se trata de un grupo especialmente vulnerable de niños que están en la calle o pasan de los centros de acogida de menores a convertirse en personas sin hogar. Sin embargo, es difícil obtener datos precisos y comparables sobre jóvenes sin hogar. Por lo tanto, sólo algunos países tratan de estimar el tamaño de este colectivo.

La mayoría de las personas sin hogar que consumen drogas comienzan a consumirlas a una edad temprana, pero se dispone de escasa información acerca de los niños sin hogar y el uso de drogas. No obstante se presupone que el consumo de drogas es un riesgo importante entre los menores de calle y en la calle.

Un estudio realizado en Rumania entre niños de calle concluyó que el 95% de ellos utilizaban el alcohol, el 70% usaban sustancias volátiles y un 13% consumía heroína.

---

<sup>16</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

Algunos países miembros de la UE informan de un aumento en los últimos años, sobre todo desde el inicio de la crisis económica global, del número de jóvenes que no tienen una vivienda estable, que regularmente utilizan drogas y tienen más probabilidades de ser mujeres, inmigrantes, sin documentación de identidad en regla, con dificultades de acceso a cuidados de salud en general, incluyendo el tratamiento de drogas. De perpetuarse la crisis económica, sobre todo en los países del sur europeo como España, este tipo de problemáticas probablemente irá incrementándose con las repercusiones evidentes sobre los niveles de consumo de drogas entre los menores más vulnerables.

En los resultados de un estudio reciente,<sup>17</sup> los niños que crecen en la pobreza tienen más probabilidades que los niños que viven en una situación económica más desahogada de fumar cigarrillos, pero son menos propensos tanto al *binge drinking* como al consumo de marihuana. La pobreza también se relaciona con menor autocontrol, lo que aumenta la probabilidad de consumo de sustancias, pero un mayor autocontrol no disminuye el riesgo de *binge drinking* sino al contrario, se asocia con un ligero aumento. Además, los autores no encontraron ninguna correlación entre los problemas económicos y la mala crianza de los hijos señalando que las estrategias de crianza no se ven seriamente afectadas por la pobreza, aunque ésta sí afecta al autocontrol de los niños.

Por otro lado, en una investigación realizada por Schmid et al. (2006) y por Ford et al. (2007) se concluyó que los niños en acogimiento residencial son más propensos a padecer un trastorno psiquiátrico y a utilizar sustancias que los niños más desfavorecidos que viven en hogares privados. Las variables se relacionaron fuertemente con la salud mental, algunos de estos trastornos serían: estrés postraumático y trastornos de conducta. Las chicas eran más propensas a tener trastorno postraumático de estrés y los niños eran más propensos a ser diagnosticados con trastorno de conducta de oposición desafiante.<sup>18</sup>

---

17 Duke Medicine (2013) La situación económica durante la infancia como predictor del consumo de drogas por los jóvenes”.

18 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>



Por último, se hace referencia a las minorías étnicas e inmigrantes como posibles grupos de menores en situación de vulnerabilidad.

En la Unión Europea conviven diversos grupos étnicos, cada uno de distintos orígenes y culturas. Cada país europeo define estos grupos según diferentes criterios, que están relacionados con el contexto social y los procesos migratorios históricos de cada país. Además, incluso los mismos grupos étnicos pueden diferir en comportamientos si residen en diferentes países, así la comunidad gitana representa un grupo étnico específico con comportamientos diferenciados y tradiciones culturales que varía según el país de residencia.<sup>19</sup>

Es obvio que la etnia *per se* no está relacionada con el consumo de drogas, indica diferencias socioculturales y no debería ser asociada a la pobreza o a la falta de educación. Por lo tanto, el origen étnico no es un identificador lineal de vulnerabilidad, pero es una construcción que permite dirigir las respuestas más específicamente a los grupos étnicos que están por ejemplo en situación de vulnerabilidad, mediante el uso del lenguaje, códigos culturales, normas y liderazgo como recursos, para crear capacidad de recuperación.<sup>20</sup>

En algunos Estados miembros de la UE, sin embargo, algunos grupos étnicos y grupos pertenecientes a minorías o algunas poblaciones inmigrantes que no están bien integradas en el país receptor, se encuentran en condiciones de desventaja social, con un nivel educativo más bajo que la media de los niños del país de acogida, mayores índices de desempleo, trabajos más precarios, malas condiciones de vida, problemas de vivienda, y/o falta de recursos económicos.<sup>19</sup>

---

19 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

20 *Guía para trabajar con familias gitanas el éxito escolar de sus hijos/as: una propuesta metodológica transnacional para profesionales*. (2013) Fundación Secretariado Gitano.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en varios países europeos y en EE.UU. han encontrado una menor prevalencia de consumo de sustancias entre algunos grupos de inmigrantes y de minorías étnicas en comparación con la población general. En la mayoría de los estudios, la etnicidad puede ser un factor protector para el uso de drogas.<sup>21</sup>

Algunas investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, comparando el uso de drogas entre los inmigrantes latinoamericanos y los grupos de jóvenes autóctonos (Marsiglia et al., 2008), muestran que, después de controlar el nivel socioeconómico, los jóvenes inmigrantes tuvieron menores intenciones de usar sustancias que los jóvenes autóctonos. Esto puede estar relacionado con una serie de factores de protección tales como: normas sociales más consistentes, la identidad cultural y una mayor protección de la comunidad étnica en términos de las normas de consumo de sustancias, etc. (Marsiglia et al., 2008).<sup>21</sup>

No obstante, los estudios e investigaciones epidemiológicas sobre consumo de drogas y los problemas relacionados con los migrantes entre niños o los niños pertenecientes a minorías étnicas son muy limitados.

---

<sup>21</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## 2.2. RIESGOS DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS PRÓXIMOS O MICRO

### El ámbito familiar

En numerosos estudios se ha constatado la influencia que la familia sigue ejerciendo en los hijos adolescentes, tanto en su adecuado ajuste psicosocial como en su implicación en conductas problemáticas, entre ellas el consumo de drogas (Dodge et al., 2007; Martínez, Fuentes, Ramos y Hernández, 2003).

Los factores de riesgo del consumo de drogas entre los menores se relacionan con las familias vulnerables. A pesar de la falta de definición europea común sobre lo que se entiende por familias vulnerables pueden ser consideradas como familias donde uno o más miembros familiares abusan de alcohol y/o drogas; familias con altos niveles de conflicto y violencia entre los padres; con mala calidad de relaciones y/o graves problemas económicos.

Existe consenso en la literatura científica y en los informes nacionales señalando que los niños que viven en familias vulnerables están en mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales, incluyendo el uso de drogas. Estos factores de riesgo pueden incrementar el riesgo de los niños y facilitar el desarrollo de un consumo de drogas en el futuro.<sup>22</sup>

Los estudios realizados en los Estados miembros de la Unión Europea asocian más frecuentemente los siguientes factores con el uso de drogas entre los niños: abuso de drogas y alcohol entre los padres, el uso de drogas entre los hermanos mayores, la falta de supervisión de los padres, la baja cali-

---

<sup>22</sup> Velleman and Templeton (2007), and EMCDDA 2003 Annual report section, p. 65, on 'Social exclusion': <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index-37257EN.html>

dad de las relaciones, relaciones familiares problemáticas y las condiciones económicas (Velleman et al., 2005).

En el estudio “*Interventions for children at risk of developing antisocial*”<sup>23</sup> se señala la asociación entre algunos de los factores de riesgo familiares y el desarrollo de conductas antisociales en el futuro en adolescentes, tal y como se recogen a continuación.

**El bajo peso al nacer** y las complicaciones de todo tipo durante el periodo de crianza se han asociado con problemas posteriores de conducta en los niños en las familias socialmente desfavorecidas (McGee et al., 1984; Kolvin et al., 1990).

**La pobre supervisión de los padres y la disciplina.** Los niños cuyos padres ejercen una disciplina dura y altamente inconsistente o son fríos, negligentes y transmiten rechazo a sus hijos, están en riesgo de trastornos de conducta y de participar en actos delictivos, si mantienen el vínculo con adultos cercanos a la delincuencia (Mrazek y Haggerty, 1994; Rutter et al., 1998; Farrington, 2007).

**Una escasa disponibilidad de los padres para atender al hijo** o una comunicación negativa con los padres o falta de ella (Liu, 2003) y la falta de apoyo emocional (Musitu y Cava, 2003) traducido en: una interacción poco empática, afecto inestable, rechazo paterno o materno, dificultades en la expresión de sentimientos entre hijos y madre/padre, son todos ellos factores que inciden en el desarrollo de problemas conductuales y psicológicos en los adolescentes.

Los adolescentes con insuficiente supervisión fueron significativamente más propensos a beber alcohol en una variedad de situaciones y también más propensos a desarrollar trastorno por uso de alcohol (Clark et al., 2005).

---

23 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

Por otra parte, los adolescentes que perciben altos niveles de apoyo en la familia parece funcionar como un factor protector: se reduce el riesgo asociado con la tensión, y se reducen las expectativas ante las drogas y con las disposiciones de afrontamiento de evitación (Catanzaro y Laurent, 2004).

Los procesos pro sociales familiares (normas, la vigilancia y el apego) tienen un impacto significativo en la asociación del niño con el grupo de pares, disminuyendo la participación con pares antisociales y reduciendo significativamente los efectos negativos sobre la iniciación en el consumo de sustancias (Oxford et al., 2001).

Las diferencias en los patrones de socialización de niños y niñas pueden producir variedades en el impacto de las influencias externas sobre el uso precoz de drogas. La capacidad de gestión familiar de los padres o los tutores familiares, las oportunidades del entorno de la escuela, la calidad de vida y oportunidades de participación de la comunidad, influyen en el desarrollo de conductas positivas o problemáticas durante la adolescencia y pueden influir de manera diferente en los niños y niñas.

La Evaluación Nacional de Cross-Site<sup>24</sup> es el primer estudio que ha proporcionado datos evaluativos teniendo en cuenta la perspectiva de género e indican que, por lo general, las niñas tienen influencias más protectoras que los niños dentro de cada dimensión de factores de riesgo externos.

Las niñas presentan niveles de protección de la familia más altos y están expuestas a menos riesgos (posibilidad de utilizar drogas) en la comunidad, lo que conlleva niveles más bajos de uso, incluso entre los jóvenes de alto riesgo en comparación con la población general.

Así, la supervisión familiar influye en los comportamientos masculinos y femeninos de manera similar, pero cada una de las influencias externas está asociada con el uso de sustancias de manera más intensa para los hombres

---

24 *Diferencias de género en el uso de sustancias y prevención: cambiando Perspectivas*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 4.

que para las mujeres, de manera muy clara con respecto al vecindario de riesgo, como se ha indicado con anterioridad.

La supervisión de la familia, se constata en este estudio,<sup>25</sup> muestra la más fuerte asociación protectora contra el consumo de sustancias. Cuando la vinculación y la supervisión familiar es baja, las actitudes de los padres ejercen una fuerte influencia sobre las asociaciones con el grupo de pares y las drogas que se utilizan.

Respecto a la supervisión de la familia y los límites, los conflictos familiares predicen el riesgo individual de iniciación a las drogas ilícitas durante la adolescencia. Cuando la unión familiar y la supervisión de la familia son altas, las actitudes de los padres tienen un peso específico importante.

Mientras que la falta de supervisión de los padres puede ocurrir tanto en familias monoparentales como en las familias económicamente desahogadas, la disciplina parental y la cohesión, así como el seguimiento y acompañamiento de los hijos en su crecimiento juegan un importante papel protector. Petrie et al., 2007; Sale et al., 2005; McArdle et al., 2002; Velleman and Templeton, 2007).<sup>26</sup>

**La disfuncionalidad familiar** con situaciones de violencia y, en casos extremos, maltrato físico, emocional o psicológico y/o abusos sexuales correlacionan positivamente con el consumo de drogas por parte de los hijos (Muñoz-Rivas, 2000).

**Los niños que han sufrido abusos físicos y abandono** están en mayor riesgo de cometer algún crimen violento (Malinosky-Rummell y Hansen, 1993; Widom 1989). El abuso sexual y la negligencia física infantil también predicen trastornos de conducta durante la etapa adolescente (Widom y Ames, 1994).

---

25 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

26 Citado en David Utting Helen Monteiro and Deborah Gbate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

**La calidad de las relaciones paterno-filiales** ha sido un factor reiteradamente señalado en diversos estudios en relación con los consumos de drogas, ya que la calidad de las relaciones podría incidir en la autoestima familiar y social del menor y/o adolescente.

El modo en que el adolescente se relaciona con los miembros de su familia y la percepción que tiene de la opinión y valoración que tienen de él, y las bajas expectativas paternas hacia el hijo, repercute, en gran medida, en la imagen que elabora el adolescente o joven de sí mismo (Parker y Benson, 2004).

La negligencia, **la falta de vigilancia de los padres, los conflictos familiares y los escasos niveles de interacción** entre los jóvenes y sus familias también se señalan como factores de riesgo de consumo de drogas en los hijos.<sup>27</sup>

**Los conflictos familiares persistentes** entre los padres, ya sea entre parejas que conviven o durante el proceso o después de la separación, se ha asociado con trastornos del comportamiento y trastorno de conducta (Hetherington, Cox & Cox, 1982; McCord, 1982; Mrazek y Haggerty, 1994; Farrington, 2007).

Por el contrario, los menores/adolescentes que informan de mantener unas **relaciones sanas y abiertas de comunicación con sus padres**, y las perciben como de apoyo, están menos involucrados en el consumo de drogas (Stronski et al., 2000).

**La historia familiar de comportamiento antisocial:** los trastornos de la conducta de los niños están altamente correlacionado con padres antisociales (Anderson et al., 2001; Farrington, 2007).

**El abuso de sustancias parental** se ha relacionado con trastornos de conducta (Hawkins et al., 1992), (Loeber y col., 2003) y con abuso de sustancias por parte de los hijos. Los adolescentes cuyos los padres utilizan drogas, son

---

<sup>27</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

más propensos a ser influenciados por los amigos que consumen sustancias que aquellos cuyos padres no las utilizan (Li et al., 2002).

La investigación europea e internacional indica que los hijos de padres drogodependientes tienen un mayor riesgo de consumo de sustancias, de abuso y de dependencia más tarde de la adolescencia (Sumnall et al., 2006).<sup>28</sup>

El consumo de drogas entre los hermanos mayores es otro factor de vulnerabilidad que puede aumentar el riesgo de consumo de drogas entre los menores más vulnerables, por varios motivos: los niños que observan al hermano mayor consumiendo drogas, puede tener la percepción de bajo riesgo y también puede desear imitar la conducta del hermano o hermana mayor. Además, también se sugiere que los niños con un hermano que utilicen sustancias pueden vivir en familias vulnerables y/o entornos sociales o marginados, compartiendo un mismo ambiente de riesgo (Hibell et al., 2004).

**Actitudes tolerantes de los padres hacia la conducta antisocial.** Se han vinculado las actitudes tolerantes hacia la delincuencia y uso indebido de drogas por parte de los padres con las posibilidades de la participación de los niños más tarde en dichas conductas. (Hawkins et al., 1992 y 1995).

Hay que tener en cuenta que estas dificultades mencionadas aumentan con frecuencia cuando los hijos llegan a la adolescencia, sobre todo en su fase temprana y, especialmente, en relación a los conflictos relacionados con la autonomía y el control (Collins et al.; 1990; Steinberg, 1990).

**Las dificultades económicas, la desventaja social, las malas condiciones de vivienda y las familias numerosas.** Crecer en una familia con bajos ingresos y problemas socioeconómicos, se ha vinculado con conductas antisociales más adelante (West, 1982; Utting et al., 1993), (Offord et al., 1992). En el mecanismo de transmisión a los niños es probable el estrés

---

<sup>28</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>



que se respira en la familia cuando sus padres están sufriendo situaciones de pobreza (Larzelere y Patterson, 1990; Conger et al., 1995). En general, las crisis y los cambios fuertes en la estructura familiar y todas aquellas condiciones que supongan altos niveles de estrés en este microsistema, suponen un importante factor de riesgo, sino se afrontan de forma equilibrada, sosegada y competente.

## El ámbito escolar

Con relación al ámbito escolar, se han identificado como factores de riesgo más significativos entre los menores más vulnerables los que se recogen a continuación.

**Bajo rendimiento académico a partir de la escuela primaria,** la falta de integración y de vinculación con las actividades académicas, al valorar poco el aprendizaje y los contenidos que se imparten en la escuela y que provocan el absentismo escolar y que pueden conducir al fracaso escolar: (Costa, Jessor y Turbin, 1999; Díaz Aguado y Martínez Arias, Dirs., 2001, 2003; Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998; Marcos y Bahr, 1995; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Swaim, 1991; Thomas y Hsiu, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000).

Los niños con bajo rendimiento escolar desde la escuela primaria son más propensos a involucrarse en delitos y abuso de drogas que otros (por ejemplo, Kolvin et al., 1990; Yoshikawa, 1994; Hawkins et al., 1995).<sup>29</sup>

**El comportamiento agresivo, incluyendo la intimidación:** los comportamientos agresivos, que se producen con mayor frecuencia entre los varones, es una característica de los niños antisociales (Olweus, 1979; Rutter y Garmez, 1983) que se puede detectar fácilmente en la escuela y que se ha asociado en etapas posteriores con adolescentes y jóvenes con conductas

---

<sup>29</sup> Citado en David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

delinquentes, la violencia y el uso de drogas ilegales (West, 1982; Loeber y Hay, 1996). Los niños identificados como “matones” en la escuela, tienen cuatro veces más probabilidades de convertirse en delinquentes crónicos en la adolescencia. (Olweus, 1991; Farrington, 1993).

### **La falta de compromiso con la escuela, incluyendo absentismo escolar.**

Los niños que se sienten alejados y están poco integrados en la escuela se encuentran en mayor riesgo de delincuencia y otros comportamientos antisociales, incluido el consumo de drogas (Hawkins et al., 1995). El pobre apego con la escuela, percibiéndola como un espacio coercitivo y de insatisfacción se considera un factor de riesgo clave (Costa, Jessor y Turbin, 1999; Díaz Aguado y Martínez Arias, Dirs., 2001, 2003; Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998; Marcos y Bahr, 1995; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Swaim, 1991; Thomas y Hsiu, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000).<sup>30</sup>

Por otro lado, hay evidencias de que estas dificultades de interacción en el sistema escolar emergen con mayor claridad al pasar de la educación Primaria a la Secundaria (Harter et al., 1992; Petterson et al., 1992), lo que podría explicar, en parte, por qué las conductas problemáticas suelen incrementarse también en dichas edades.

**Las escuelas de pobre o baja calidad** constituyen un factor de riesgo clave. La baja calidad de un centro educativo tiene que ver con lo que se ha denominado **bajo sentido de coherencia escolar** (Nash, 2002), caracterizado por la percepción que tienen los escolares de un ambiente poco comprensivo, escasamente manejable y poco atento a sus necesidades, características todas ellas coherentes con la ausencia de control y participación del alumnado en la dinámica del centro y de las aulas.

La baja calidad está también relacionada con la alta ratio alumno/profesor que facilita escuelas despersonalizadas, escasa relación entre profesores y alumnos y, por tanto, un contexto propicio para la intimidación entre estu-

---

<sup>30</sup> *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

diantes y el fracaso académico. Esta pobre calidad de la escuela coloca a los niños en riesgo de múltiples y variados resultados negativos.<sup>31</sup>

**Desorganización de la escuela.** Asistir a una escuela con alumnado que tiene una tasa alta de conductas antisociales y/o delincuentes juveniles, es un importante factor de riesgo. Los alumnos antisociales proporcionan la principal explicación de las diferencias en los niveles de los estudiantes que participan en conductas conflictivas. Sin embargo, hay pruebas evidentes de que el ambiente general y la organización de una escuela, juega un papel clave en la protección de los alumnos o bien en la exposición al riesgo de los mismos (Anderson et al., 2001).<sup>32</sup>

En la Unión Europea numerosos estudios escolares e informes sobre el consumo problemático de drogas, han mostrado una fuerte correlación entre el absentismo escolar y consumo de drogas.

## El grupo de iguales

El campo de la prevención de drogas ha reconocido claramente el poder de las normas sociales de uso de drogas, las actitudes y las conductas percibidas que prevalecen en el entorno social cercano como una influencia clave en el comportamiento de los menores.

Los estudios llevados a cabo sobre el consumo de drogas con adolescentes, proporcionan una evidencia científica sobre algunos factores de riesgos que pueden estar presentes en las relaciones en el grupo de iguales y su relación con los consumos de drogas (Díaz Aguado y Martínez Arias Dir., 2001,2003; Hawkins et al., 1997; Otero, Romero y Luengo, 1994; Patterson et al., 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997; Muñoz Rivas et al., 2000; Jessor, 1992).

---

31 Costa, M y López, E (2008). Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Edt. Pirámide.

32 Citado en David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

“La influencia de los pares” es una razón frecuentemente citada por parte de los jóvenes que comienzan a utilizar drogas y la investigación ha establecido que las actitudes y en particular las expectativas y los comportamientos de los pares como uno de los factores relacionados con el uso de sustancias ejerce una influencia de primer orden, especialmente en la adolescencia, en la que el joven busca normas y valores fuera del ámbito familiar, en un intento de tomar la distancia que facilite su crecimiento. Esta influencia será mayor en la medida en que no se vea contrarrestada por unas relaciones familiares satisfactorias (Akers, 1977; Elliot et al., 1982.; Ford, 1983; Fors y Rojek, 1983; Foster, 1984; Oetting y Beauvais, 1986).<sup>33</sup>

Los adolescentes que durante su infancia han tenido problemas para relacionarse con sus iguales, sostiene como hipótesis Díaz Aguado, M<sup>a</sup>J. (1996), han acumulado una serie de dificultades para integrarse en grupos de orientación constructiva que les ha conducido a formar grupos con sujetos que han vivido experiencias frecuentes de exclusión social y más orientados, en general, a las conductas conflictivas.

En condiciones extremas de oposición a los padres o a otras figuras de autoridad, la atracción y el sentimiento de ser aceptado y comprendido por el grupo, abonará la gran fuerza del modelado de éste sobre sus miembros, pudiendo llegar a todo tipo de conductas conflictivas delictivas grupales, entre las que se incluye el consumo de drogas como norma grupal. Asimismo, una mayor relación con grupos de iguales con actividades antisociales predicen un riesgo significativamente mayor de inicio en el consumo de drogas ilegales.<sup>34</sup>

Varios estudios europeos analizados llegaron a las mismas conclusiones: Preston y Goodfellow (2006); Kuntsche y Jordan (2006); Kokkevi et al. (2007); Engels et al. (2006) que una mayor frecuencia de realización de actividades prosociales por parte de los iguales, predice un riesgo significativamente inferior de iniciación en el consumo de drogas ilegales y que una mayor frecuen-

---

33 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

34 ADES. Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2012). PAD. Servicio de Prevención de Adicciones.

cia de actividades antisociales y/o cercanas al consumo de drogas lo contrario (Guo et al., 2002).<sup>35</sup>

Al igual que con otras dimensiones externas de riesgos y de protección, las percepciones sobre los consumos de drogas por parte de los iguales, es decir, los comportamientos normativos, cambian rápidamente con la edad.

Los niños y niñas más pequeños tienen una influencia alta por parte de los padres y, por tanto, estaría menos aceptado el consumo de drogas.

Estas percepciones son relativamente estables entre las edades de 9 a 12 años con respecto a las actitudes de los padres y los compañeros, pero empiezan a cambiar a los 11 años aproximadamente con respecto al uso de drogas. Las percepciones de las normas cambian rápidamente hacia una mayor aceptación del consumo y un mayor uso a partir de la entrada en la etapa preadolescente y adolescente. Estas tendencias son muy similares para ambos sexos y constituye uno de los cambios más potentes de los identificados frente a otros factores de riesgo y protección.<sup>36</sup>

La importancia de las normas sobre el uso de drogas en el propio consumo es muy consistente, tanto para niños y niñas.<sup>36</sup>

---

35 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

36 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

Las normas sociales más amplias (transmitidas por los medios de comunicación y la publicidad) y las normas de la familia (Newcomb, Huba y Bentler, 1986) también han sido identificadas como correlaciones con el uso o resistencia al uso de drogas, entre los menores. Estas asociaciones son ligeramente mayores entre los hombres que entre las mujeres, en particular con relación a las actitudes positivas hacia las drogas por parte de compañeros y el consumo en el grupo de iguales.

Las normas de uso de drogas por parte del grupo de iguales, es mediadora de otro tipo de influencias. La consolidación de grupos de amistad es una importante consecuencia de diversos factores externos e internos.

Hawkins y Weis (1985) demostraron que las influencias del grupo de pares no explicaba totalmente el fenómeno del consumo de drogas y que otro tipo de factores externos en la familia y en la escuela, desempeñaban un papel clave en la capacidad de afrontar el consumo de drogas (Kumpfer y Turner, 1991), debido a que las relaciones con los iguales están fuertemente mediatizadas por los factores de riesgo familiares, en la escuela y en los entornos comunitarios en los que residen los menores.<sup>37</sup>

Los niños de familias multiproblemáticas a menudo comienzan a relacionarse con menores con conductas conflictivas, exponiéndose a mayores riesgos de estilos de vida poco saludables, incluyendo el abuso de alcohol, el uso de drogas y la participación en actividades ilegales.<sup>38</sup>

Los menores y adolescentes participan en grupos de iguales positivos, porque sus familias y las escuelas han hecho hincapié en la importancia de desarrollar relaciones positivas con sus compañeros. En sintonía con este análisis y modelo interpretativo, el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1991) señala como la causa subyacente del consumo experimental

---

37 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series Nº 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

38 Citado en David Utting Helen Monteiro and Deborah Gbate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

de drogas por parte de los adolescentes, el estrés en general provocado por los cambios que tienen lugar en la adolescencia, a nivel físico, emocional (por la búsqueda de una identidad propia) y social (por la necesidad de aceptación en el grupo de iguales), que tiene lugar en esta etapa evolutiva y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Cuando esto ocurre, el adolescente está en riesgo de implicarse con iguales desviados y producirse el consumo experimental, dado que siente inseguridad sobre sus propias habilidades académicas y percibe la escuela como un ambiente hostil y no reforzante.

En el consumo de drogas compartido coexisten tanto procesos de influencia mutua como de selección de amistades (Dishion y Owen, 2002).

## 2.3. FACTORES INTERNOS: PSICOPATÍAS Y ALGUNOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL TEMPERAMENTO

El creciente cuerpo de investigaciones neurobiológicas y genéticas que se están desarrollando en las dos últimas décadas, está abriendo nuevas vías y perspectivas en el desarrollo de factores de riesgo de carácter individual.

Los trastornos psiquiátricos y el uso indebido de sustancias están relacionados con sistemas de neurotransmisión cerebral, especialmente con el sistema dopaminérgico (el sistema de recompensas en el cerebro), y como resultado, los comportamientos adictivos surgen mucho más rápidamente. Estas vinculaciones con diversos mecanismos neurobiológicos no se van a abordar en detalle en esta publicación, ya que exceden el cometido de esta herramienta metodológica, pero consideramos fundamental tenerlos en consideración, ya que algunos trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia predisponen al sujeto a la adicción a las drogas, al consumo de éstas (alcohol, cannabis, cocaína) y pueden conducir a desatar o a recaer en trastornos psiquiátricos.<sup>39</sup>

Los enfoques más vanguardistas para prevenir la dependencia en las personas, deben ser capaces de tener en cuenta los riesgos biológicos, los cuales tendrán que ser identificados a nivel individual y tendrán que basarse en los conocimientos disponibles que van avanzando con suma rapidez.

---

39 Para más información, consultar David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau



Sin embargo, las influencias ambientales del sujeto también pueden producir cambios en la morfología del cerebro, por tanto, una mejor comprensión de la neurobiología no puede dar lugar a un determinismo biológico, ya que se deben tener en cuenta la función que juegan los factores externos descritos con anterioridad.

El comportamiento antisocial se puede medir de diferentes maneras, y en psiquiatría y psicología clínica, los problemas continuos en adultos pueden ser diagnosticados como trastorno de personalidad antisocial (ASPD). Estos diagnósticos se logran, normalmente, a través de entrevistas/test psiquiátricos con los sujetos (Farrington, 2003). Las personas diagnosticadas deben tener al menos 18 años de edad, con antecedentes de trastorno de conducta antes de los 15 y comportarse de manera antisocial en circunstancias distintas a lo que puede ser un episodio de esquizofrenia o de manía, por tanto, para diagnosticar a un adulto con ASPD se debe, por definición, con DSM-IV, tener un historia previa de trastorno de conducta durante la infancia y la adolescencia.<sup>40</sup>

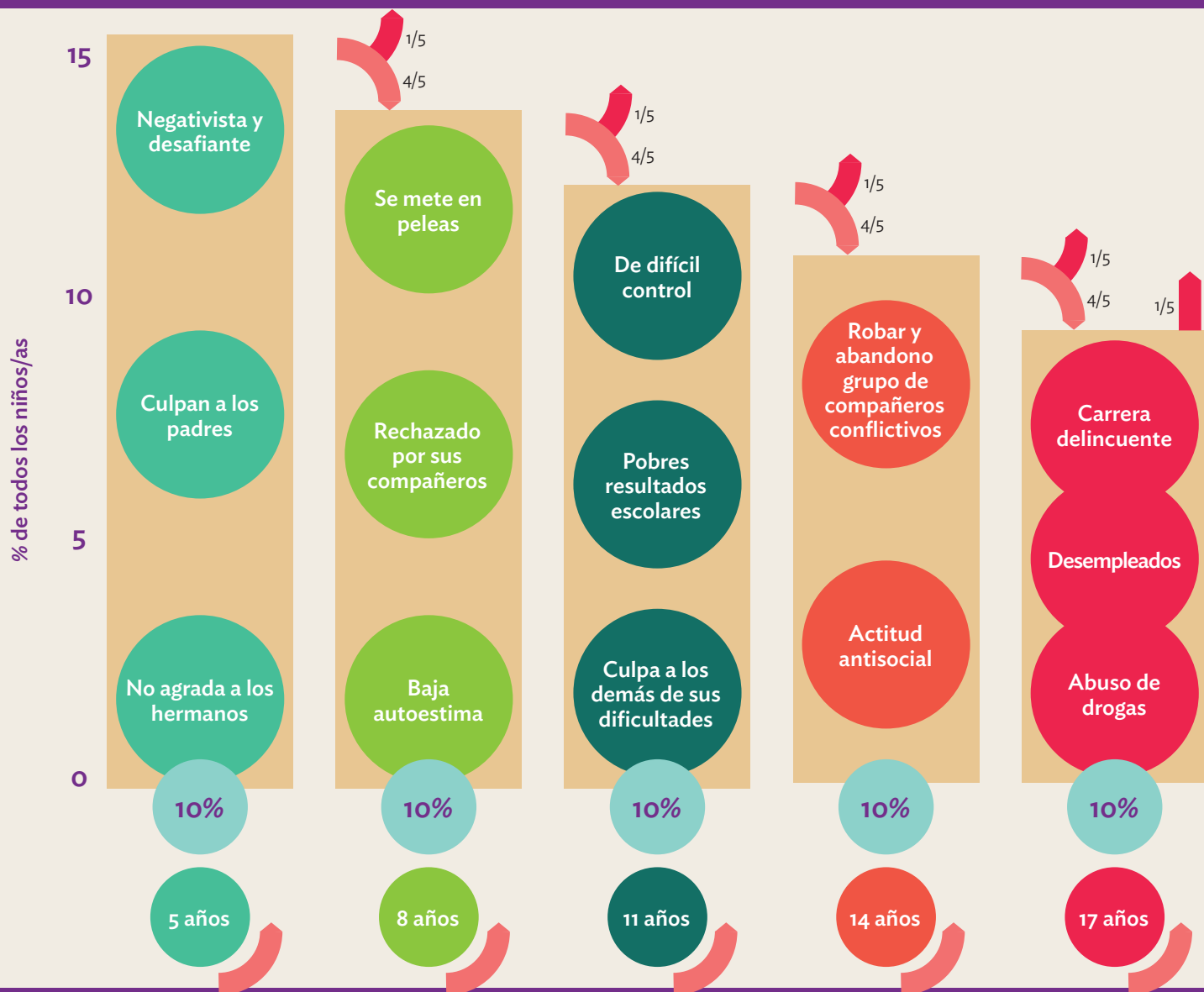
La cuestión de si la personalidad antisocial adulta debe estar siempre precedida por trastornos de conducta durante la infancia/adolescencia, no es del todo sencilla, ya que hay evidencias de que ASPD también a menudo está precedida durante la infancia de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), caracterizado por exceso de actividad, impulsividad y dificultades de atención (Loeber y col., 2003). Las relaciones entre los dos diagnósticos no deben, sin embargo, desviarnos del tema preventivo central que nos ocupa.

El gráfico adjunto proporciona una estimación de la proporción de niños y jóvenes que manifiestan persistentes conductas antisociales en la franja de edad entre los 5 años y 17 años.

---

<sup>40</sup> David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

# EVITACIÓN



## SIN COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL EN EL PASADO

Figura 3. Continuity of antisocial behaviour from age 5 to 17. Source: Research conducted by Stephen Scott (2002) for the Home Office (unpublished), cited and reproduced in *Every Child Matters* (2003) (p.19).

La investigación psiquiátrica menciona la relevancia de la psicopatología en el desarrollo del niño, como individuos con un alto riesgo de no cumplir con las tareas de desarrollo, por ejemplo en la escuela o en el contacto con sus iguales, y están a menudo más predispuestos a un elevado riesgo de desarrollar abuso de sustancias en el futuro.

Muchos trastornos psiquiátricos infantiles muestran una fuerte correlación con el desarrollo de una futura dependencia y también pueden entorpecer el desarrollo de un vínculo saludable con la escuela, el juego cooperativo con sus compañeros, el aprendizaje adaptativo y la autorregulación. Habrá que prestar especial atención a dichas psicopatologías y/o trastornos psicológicos individuales, como describiremos a continuación, asociadas con un mayor riesgo de desarrollar abuso de sustancias más adelante.<sup>41</sup>

En el desarrollo del uso/abuso de drogas, los problemas de salud mental y los trastornos psiquiátricos durante la infancia/adolescencia se asocian fuertemente con el desarrollo de los trastornos por consumo de sustancias, tanto como factores de riesgo premórbido, así como con las secuelas (Merikangas y Avenevoli, 2000). La prevalencia de los problemas de comportamientos tales como el comportamiento antisocial, anteriormente señalados, la depresión y los intentos de suicidio se elevan claramente entre los consumidores de cannabis en comparación con los no consumidores, y el aumento es aún mayor entre los usuarios de drogas ilícitas distintas del cannabis (Stronski et al., 2000). Incluso los comportamientos mentales infantiles predicen posibles problemas con el alcohol durante la etapa adolescente (Clark, 2004).

Por otro lado, la investigación sobre los trastornos psiquiátricos comórbidos ha demostrando un modelo de doble vía en la que el uso de las drogas y los trastornos por su consumo, se alcanzan a través de los dos comportamientos desviados (particularmente trastornos de conducta) y alternativamente, a través de la internalización de los trastornos (incluyendo ansiedad y la depresión) (Merikangas y Avenevoli, 2000); (Bukstein et al., 2005).

---

41 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. Policy Research Bureau.

## ¿Cuáles son en concreto los trastornos psiquiátricos y/o psicológicos que se asocian en la literatura con mayor frecuencia a los problemas por consumo de drogas?

La evidencia ha constatado que la externalización de una psicopatología, especialmente el inicio temprano con problemas de conducta, aumenta la vulnerabilidad individual al consumo de cannabis en edades más adultas (Pedersen et al., 2001); los trastornos de conducta, el comportamiento antisocial (Kokkevi et al., 2007), el comportamiento agresivo y la delincuencia, están relacionados con un mayor riesgo de tener trastornos por uso de sustancias y el comportamiento precoz de consumo de sustancias.

**La depresión** puede predecir el inicio del consumo en la adolescencia temprana de una droga ilegal (King et al., 2004). Los trastornos del estado de ánimo (incluyendo el trastorno bipolar y los trastornos de hipomanía y manía) predicen mayores tasas por consumo de cannabis y trastorno por el consumo de cannabis (Wittchen et al., 2007).<sup>42</sup>

La intoxicación por alcohol a edades tempranas se asoció con el abuso del alcohol o la dependencia y los trastornos depresivos posteriores (Spak et al. 2000). En una muestra de adolescentes con desórdenes concurrentes de depresión y trastornos por uso de sustancias, los que experimentaron mayor depresión fueron significativamente más propensos a tener dependencia del cannabis (Libby et al., 2005). Asimismo, los trastornos depresivos tienen una asociación con el abuso de alcohol y/o la dependencia y la dependencia al cannabis. (Fergusson et al., 2002).

---

42 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>). Prevención Indicada UE web 3.

El mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de alcohol por los jóvenes en la edad adulta se asoció con síntomas depresivos y con trastornos de conducta (Pardini et al., 2007).

El comportamiento delincuente también es un fuerte predictor del consumo de drogas (Fernando et al., 2001), así lo demuestran los historiales de los detenidos delincuentes juveniles que muestran una mayor proporción de abuso de sustancias y trastornos en este colectivo, en comparación con la población general.

Estos subgrupos de alto riesgo constituyen una población diana clave para la prevención indicada con enfoques de intervención personalizados.

También se han de tener en cuenta, algunos factores especiales de riesgo de la personalidad o del temperamento.

Algunos de estos problemas de conducta temprana y algunos factores de riesgo parecen estar implicados, directa o indirectamente, en los problemas de conducta y los consumos abusivos de drogas entre los menores más vulnerables, otros son síntomas o “mediadores”, por tanto, a medida que la evidencia muestra que las variables individuales pueden tener una gran influencia en el desarrollo del uso y abuso de drogas, parece necesario centrarse en los conocimientos sobre las trayectorias individuales en el consumo de sustancias.

**La hiperactividad e impulsividad:** una condición que puede ser observada tempranamente en la enseñanza preescolar, incluyendo los casos diagnosticados formalmente con los déficits de atención por hiperactividad (TAH). La investigación sugiere un fuerte componente genético hereditario y se asocia de forma consistente con el comportamiento antisocial en la edad adulta (Rutter et al., 1998; Hawkins et al., 1998; Farrington, 2007).

**Deterioro cognitivo:** la alteración en la capacidad de prever las consecuencias de las acciones o para comprender los sentimientos de otras personas se asocian con riesgos posteriores de conductas conflictivas (Dodge et al., 1997; Rutter et al., 1998; Farrington, 2007).

**Una mala salud crónica:** los trastornos de conducta son más frecuentes entre los niños con problemas de salud crónicos, sobre todo en niños con patologías que afectan al sistema nervioso central (Mrazek y Haggerty, 1994).

**Algunos trastornos como** el estrés post-traumático o acontecimientos que llevaron a este trastorno producido por el maltrato infantil, el abandono, el abuso en la niñez, el descuido, el fracaso escolar o los comportamientos disociales o la delincuencia en el entorno más cercano, así como los trastornos de ansiedad que tienen su inicio durante la infancia, están asociados con el consumo de sustancias y el abuso (Bergen et al., 2004); (Vaughn et al., 2007); (Evren et al., 2006a, b).

**Trastornos por déficits de atención/hiperactividad (TDAH)** han sido identificados por algunos investigadores como un factor de riesgo para desarrollar el uso o abuso de sustancias.

Gran parte de la asociación entre el TDAH temprano y más tarde el uso de sustancias puede ser explicado por la asociación entre el TDAH y problemas de conducta que han demostrado influencias posteriores al uso y abuso de sustancias (Lynskey y Hall, 2001).

La excesiva necesidad de búsqueda de sensaciones correlaciona positivamente con el hábito de fumar y el consumo de cannabis (Stephenson y Helme, 2006), mientras que tener un carácter tímido es protector frente al consumo de cannabis (Ensminger et al., 2002). Las chicas tímidas son menos propensas a ser consumidoras de cannabis en la edad adulta que las que no son tímidas.

La escasa capacidad para enfrentarse al estado de ánimo negativo, Catanzaro y Laurent (2004) y las fuertes expectativas de reducción de la tensión a través del alcohol, es decir, las expectativas frente al consumo de alcohol con una función “escapista”, aumenta el riesgo de beber alcohol (Barnow et al., 2004).

En la Encuesta Nacional de Juventud CSAP, NCS monografía 2, se hallaron también una serie de factores de riesgo/protección en la dimensión de la personalidad de los menores.<sup>43</sup>

La pobre autoeficacia o alta autoeficacia percibida, es decir, el grado en que el menor/adolescente está convencido de que puede hacer frente a tareas significativas y en que cree que sus esfuerzos serán recompensados.

El pesimismo sobre el futuro frente a la creencia y el sentimiento positivo hacia uno mismo y el optimismo.

La incapacidad/capacidad con que el menor o adolescente actúa sobre sí mismo y controla los impulsos agresivos (autocontrol).

La desconfianza/confianza social, entendida como el grado en que el menor cree que se lleva bien con los demás, contribuye al grupo social, es de confianza y es respetado por sus compañeros y hace amigos con facilidad.

En algunos estudios recientes se ha constatado una relación diferente en función de los dominios específicos de la autoestima que se esté considerando (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006; Wild, Flisher, Bhana y Lombard, 2004). Una consideración multidimensional de la autoestima incluye cinco factores: autoestima académica, autoestima familiar, autoestima física, autoestima emocional y autoestima social, entendida esta última como la opinión que el adolescente tiene de su capacidad para desenvolverse en el ámbito de las relaciones sociales con sus iguales.

Mientras que en el microsistema familiar y escolar, la autoestima parece ejercer claramente un rol protector. Sin embargo, durante la adolescencia media (15/17 años) la influencia de las relaciones familiares parecen reducirse al dominio familiar de la autoestima, es decir, la calidad de las relaciones familiares ya no inciden directamente en la autoestima social de los hijos.

---

43 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

Es precisamente en la adolescencia media cuando la autoestima social parece conformarse como un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

El muy bajo nivel de asociación entre la confianza social y el consumo de sustancias sugiere que la confianza personal es la propia capacidad para relacionarse socialmente y no es por sí misma un factor de protección sino más bien al contrario, el análisis detallado de este factor afectivo indica que está asociado con el consumo de sustancias entre los menores de mayor riesgo.<sup>44</sup>

En esta etapa, los adolescentes con un mejor concepto y valoración de sí mismos en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran competentes socialmente, que tienen facilidad para hacer amigos son, precisamente, los que presentan mayor consumo de sustancias (Cava, M<sup>a</sup>J., Murgu y Musitu, G., 2008). El resultado de estas recientes investigaciones, cuestiona la inicial consideración de cualquier tipo de autoestima como factor de protección y obliga a replantear algunos aspectos relacionados con el consumo de drogas en adolescentes.

Una posible explicación, a juicio de estos autores, es que los adolescentes con mayor autoestima social podrían derivar parte de su identidad de la importancia que en su grupo de amigos se conceda a implicarse en conductas que implique riesgos o conflictivas y/o relacionadas con el consumo de drogas y con una identidad rebelde y transgresora.

El adolescente o joven que vive estados carenciales en los microsistemas más próximos (familia y escuela), es en los espacios en los que se va a sentir bien, porque por fin percibe que tiene habilidades para “algo”, porque sabe desenvolverse en un ambiente abierto y “peligroso” y exhibir que “juega con los riesgos”, lo cual le proporciona prestigio y liderazgo dentro del grupo.<sup>45</sup>

---

44 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

45 ADES. Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2012). PAD. Servicio de Prevención de Adicciones.



Por último, consideramos fundamental remarcar que ningún factor de riesgo se puede erigir en la “causa” de los trastornos de la conducta, delincuencia o abuso de drogas, pero los análisis estadísticos y los constructos realizados han servido para reducir el campo e identificar que algunos niños y niñas tienen más probabilidades de contribuir a las cadenas entrelazadas de los factores de riesgo individuales (véase, por ejemplo, Mrazek y Haggerty, 1994; Rutter et al., 1998; Anderson et al., 2001; Loeber y col., 2003; Farrington, 2004 y 2007). Asimismo, es obvio que las diferentes combinaciones de los factores de riesgo contribuyen a diferentes efectos acumulativos y que los riesgos generales de trastorno de la conducta y de comportamientos antisociales pueden aumentar de manera exponencial en función de la cantidad de factores y situaciones de riesgo a las que los menores vulnerables están expuestos (Rutter, 1979).<sup>46</sup>

Se necesita la cooperación entre la psiquiatría, la pedagógica y la psicología para resolver los desafíos de la evaluación temprana y el diagnóstico y el estudio de la prevención del abuso de drogas entre los niños y adolescentes más vulnerables, que están creciendo en un contexto multiproblemático.

La tarea de desarrollar instrumentos robustos para un diagnóstico precoz de trastornos o dificultades psicológicas durante la infancia está plagado de dificultades, sobre todo por los problemas relacionados con la importante cuestión de los “falsos positivos” que pueden llegar a estigmatizar a los niños con etiquetas que involuntariamente puedan dañar sus oportunidades de vida.

Sin embargo, la existencia de niños de alto riesgo cuyas necesidades se pasan por alto hasta que comienzan a manifestarse serias dificultades es un problema importante para la sociedad. Aunque una intervención posterior es mejor que ninguna intervención, la investigación está constatando con tozudez que si se espera hasta que los problemas son graves y están arraigados, estamos esperando demasiado.

---

<sup>46</sup> David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister’s Strategy Unit. Policy Research Bureau.

# EL MARCO DE PROTECCIÓN



**L**a comprensión de los factores de protección en cada una de las dimensiones abordadas en el capítulo anterior, ayuda a avanzar hacia estrategias preventivas coherentes y eficaces.

Los **factores de protección** se definen como algo más que los factores opuestos simplemente a los de riesgos conocidos (como la disciplina parental coherente y no violenta o el alto rendimiento en la escuela). Sin embargo, los factores de protección ayudan a explicar **por qué** algunos niños/as que están creciendo en entornos y circunstancias muy desventajosas, no realizan comportamientos antisociales y/o consumen drogas.<sup>1</sup>

El conocimiento sobre los factores de protección y la resiliencia es menos extensa, es más difusa y está bastante menos desarrollada en la investigación científica que el riesgo (Lösel y Bender, 2003), pero lo que está claro, acerca de los factores de protección, es que representan las influencias, las orientaciones y los comportamientos en la vida de los menores y adolescentes que contribuyen a un desarrollo madurativo positivo y, por tanto, que ayudan a prevenir comportamientos negativos y sus consecuencias, como puede ser el consumo de drogas entre otras.<sup>2</sup>

Los factores de protección se pueden trabajar para prevenir los riesgos que se pueden producir en la vida de un menor, interactuando con un factor de riesgo para atenuar sus efectos o mediante la ruptura del encadenado

---

1 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.

2 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

de los riesgos que puede conducir a un comportamiento negativo (Coe et al., 1993); (Farrington, 2000).<sup>3</sup>

Algunos factores de protección con un fuerte componente genético, no se prestan de forma inmediata a la acción preventiva, ni van a ser objeto de esta publicación, sin embargo, otros factores que se inscriben en lo que podríamos denominar un proceso de protección hacia los menores más vulnerables para amortiguar los posibles trastornos de conducta y otras formas de conducta antisocial, van a ser abordados en este apartado.

Una de las contribuciones más importantes de la Evaluación Nacional Cross-Site ha sido analizar la relación entre los riesgos y el marco protector externo e interno dirigido a los menores en situación de mayor riesgo. Para ello, se hizo una distinción clara entre los riesgos y los factores de protección que son “externos” a los menores (en su medio ambiente) y de los internos de los menores (la forma en que ellos interpretan y responden a su entorno).<sup>4</sup>

Los factores de riesgo/protección externos se pueden definir como las características de las circunstancias de los menores que les proporcionan oportunidades o influencia para evitar usar drogas.

El estudio midió 4 factores externos de protección:

- La supervisión, el acompañamiento familiar.
- La integración y/o la promoción escolar.
- La participación en actividades de prevención organizadas en comunidades.
- Desorganización/organización social y riesgos en el barrio o vecindario.

---

3 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.

4 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs”. Monograph Series n°1.- <http://www.samhsa.gov>

Los menores/adolescentes se mueven desde la protección hacia los riesgos a medida que van creciendo, con un pronunciado descenso en dos de estos factores clave de prevención: la supervisión familiar y la prevención escolar.

Cuando los menores se vuelven más independientes, están más influenciados y establecen más vínculos con su entorno comunitario. La apuesta de la prevención con estos menores es ayudarles a establecer relaciones positivas con su entorno.

Los factores de protección internos se refieren a los procesos de desarrollo madurativo y emocionales de los menores. El estudio National Cross-Site Evaluation midió seis factores de protección en la dimensión interna de los menores:

- Vínculo con la familia y con la escuela.
- Confianza en uno mismo.
- Autocontrol.
- Autoeficacia percibida.
- Autoconfianza/autoestima social.

El estudio analizó la asociación entre este conjunto de factores de riesgo y protección con el consumo de drogas, concluyendo que las influencias de la familia y la escuela son clave en la prevención con estos grupos de menores.

El análisis sugirió que los factores de protección individuales están mediados por la influencia de los factores de protección externos identificados (vínculos con la familia y escuela), que están más fuertemente asociados con menores niveles de consumo de drogas que otros factores internos analizados en el estudio (confianza en uno mismo, autoeficacia, autocontrol y autoestima).

El modelo proporciona una plausible comprensión de los factores de riesgo/protección de las diferentes dimensiones en la red de influencia. Estas relaciones que son consecuentes con los datos producidos por la National Cross-Site Evaluation, apoyan la siguiente interpretación:

La unión familiar es la clave en la prevención del uso de drogas. El vínculo familiar, la supervisión y las actitudes de los padres, tienen una gran influencia en los grupos de iguales en los cuales los menores se relacionan y también en la decisión de utilizar o no drogas.

La escuela es también un espacio crítico para desarrollar comportamientos saludables en los menores más vulnerables. Cuando el vínculo con la escuela y el éxito están unidos, normalmente, son factores que influyen en que los menores mantengan relaciones con menores que no usan drogas y también deciden no utilizarlas ellos mismos.

Los iguales tienen una directa relación en el consumo/no consumo de drogas. Los menores cuyos mejores amigos son consumidores, tienen muchas probabilidades de usar drogas también. Además, gran parte de la influencia de la familia, la escuela, y la comunidad en el consumo individual de drogas está mediatizada por la selección de las amistades.

En la dimensión comunitaria, el riesgo del consumo de drogas en el barrio, las condiciones del barrio, el vecindario... también influyen en el uso personal de drogas, por lo tanto, involucrarse en actividades comunitarias protectoras, está asociado con una mayor participación en el entorno escolar.

Aunque parece evidente que algunos factores, como las carencias y los aspectos negativos en la crianza de los hijos son muy relevantes desde el inicio de la vida de los niños, mientras que otros, como la asociación con grupos de iguales negativos, tienen una mayor importancia más cerca de la adolescencia (Sutton et al., 2004).

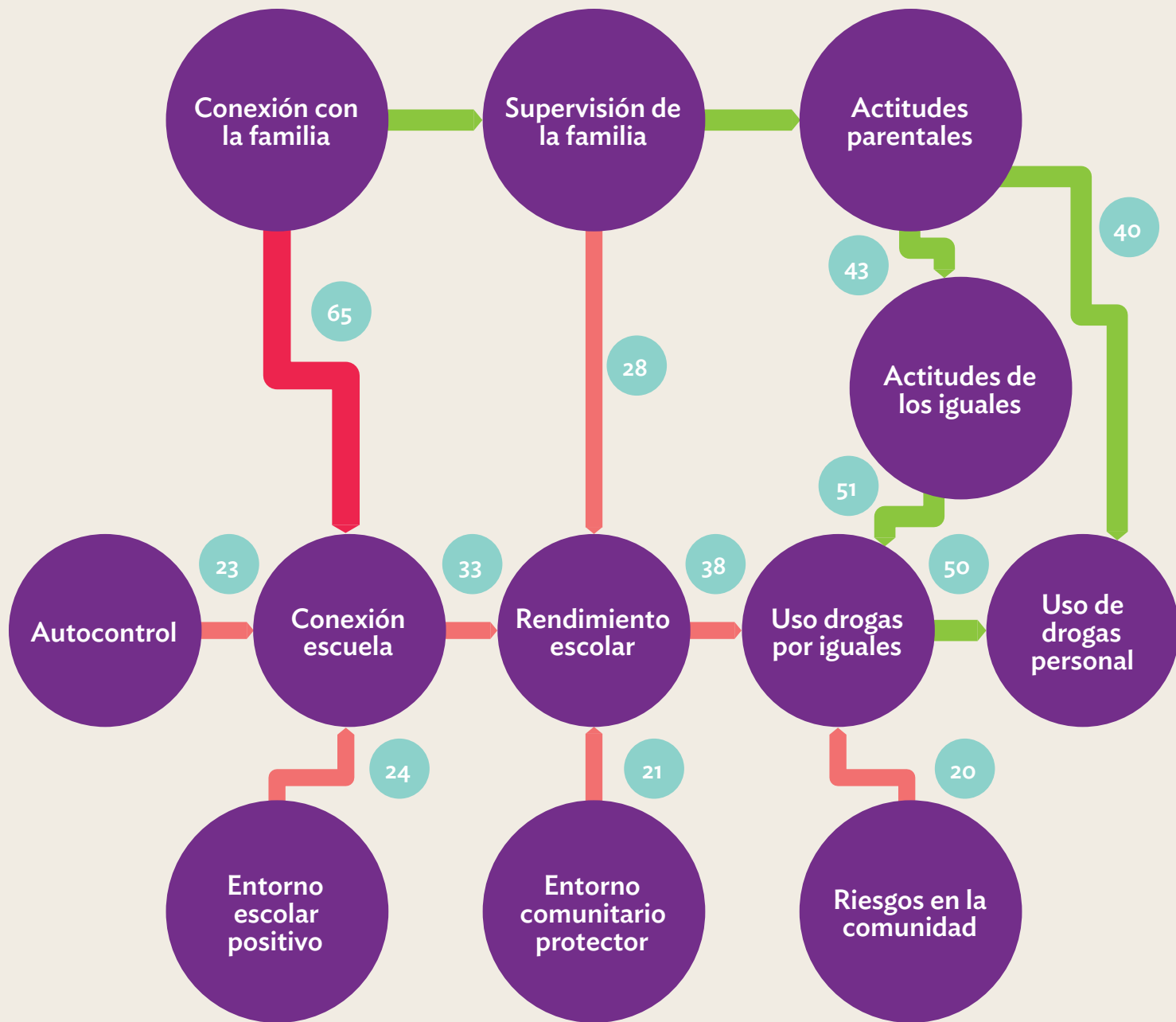


Figura 4. Modelo de relación factores de riesgo/protección analizado en el estudio National Cross-Site Evaluation. (La anchura de las flechas refleja la fuerza de la asociación. Los números junto a las flechas indican la fuerza de la relación. Flecha más ancha (■): fuerte influencia. Flecha media (■): influencia media. Flecha estrecha (■): ligera influencia. Números altos indican relaciones más potentes).

## 3.1. FACTORES DE PROTECCIÓN DIMENSIÓN EXTERNA

Las respuestas preventivas, ideal y utópicamente, deberían dirigirse a resolver los problemas subyacentes de la exclusión social, tales como la carencia de vivienda, los conflictos familiares, las desigualdades sociales y educativas, las carencias de los barrios, etc., pero las condiciones sociales adversas suelen ser difíciles de cambiar. Sin embargo, los estilos de crianza de las familias o en el ámbito de la comunidad, la cohesión y la organización de la comunidad, por ejemplo, pueden constituirse en espacios que proporcionen protección a los menores, al igual que la intervención a nivel individual, incrementando su resiliencia.

Así, la familia, la escuela, los compañeros y la comunidad pueden proteger contra el abuso de drogas a los menores en situación de riesgo, si sabemos crear una red protectora que desempeñe un papel importante en los esfuerzos por una prevención coherente y eficaz. Se trata de una “red de influencias” específica para cada niño, una especie de “telón de fondo” que influye positivamente en la vida de cada menor. Este “paraguas” de protección (personal, familiar o comunitario) contra las condiciones sociales adversas en que están creciendo algunos menores se denomina “resiliencia” (Dillon et al., 2007).

El entramado de elementos externos que favorecen la resiliencia de los niños/as vulnerables consta de cinco dominios: comunidad y sociedad, familia, escuela y compañeros, confirmando que tienen importantes influencias sobre el abuso de drogas entre los menores expuestos a mayor riesgo.

Los menores que están vinculados con entornos sociales positivos utilizan menos drogas frente a los que carecen de tales conexiones, por lo tanto, entrelazar claramente estos cinco dominios desempeña un papel fundamental en los esfuerzos eficaces de prevención dirigida a estos menores,



sobre todo la conexión afectiva a la familia y a la escuela constituye el núcleo clave de esta protección.<sup>5</sup>

Estos factores de protección que ayudan a mantener la conexión con entornos externos positivos (vínculos familiares y apego a la escuela) están más fuertemente asociadas con niveles más bajos de consumo de drogas entre los menores en situación de riesgo, que otros factores internos como la autonomía, la percepción de autoeficacia, el autocontrol y/o la confianza o autoestima social.<sup>5</sup>

El concepto de *vinculación social* ligado al marco protector, se relaciona con la asociación con compañeros con comportamientos prosociales y relaciones con profesores y otros adultos que proporcionan modelos positivos a los niños. Los niños y los jóvenes con sentido de pertenencia y que se sienten valorados en sus familias, escuelas y las comunidades en las que viven serán menos propensos a poner en cuestión estos vínculos positivos, a través de comportamientos antisociales (Brewer et al., 1995; Catalano y Hawkins, 1996).<sup>6</sup>

Las intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables y los socialmente excluidos, han de partir de la premisa de que el uso de las drogas es solo un comportamiento entre numerosos problemas de desarrollo, pues los factores de riesgo y de protección se superponen ampliamente para otros problemas de conducta como: conductas antisociales, fracaso o abandono de la escuela, etc. La intervención preventiva selectiva e indicada debe basarse básicamente en apoyar y desarrollar un marco protector clave para el desarrollo positivo de los niños y las niñas en los entornos de alto riesgo.

---

5 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs”. Monograph Series nº1.- <http://www.samhsa.gov>

6 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister’s Strategy Unit.

**La supervisión por parte de la familia y las actitudes de los padres** son fuertes predictores de la conducta de consumo de drogas entre los menores vulnerables de menor edad. Sin embargo, la familia continúa desempeñando un importante papel protector también durante la adolescencia, a pesar del hecho de que los adolescentes informan de una disminución de la supervisión y de la conexión con la familia a medida que crecen.

**Las creencias, actitudes y percepciones de los compañeros/as del grupo de iguales** son mejores predictores del consumo de sustancias entre los adolescentes mayores, que entre los que son menores de 12 años.

**El vínculo con la escuela y el rendimiento escolar** es un factor de protección más potente para los más pequeños frente al grupo de mayor edad. Esto sugiere que la escuela juega un papel crítico en la influencia en los comportamientos negativos que pueden llevar al consumo de drogas entre los menores vulnerables de menor edad.

**El rendimiento escolar** es un fuerte predictor de la conducta de consumo de drogas entre los más mayores, más que entre los más pequeños.

Las consecuencias inmediatas de estas conclusiones son dos: por un lado que las intervenciones han de ser específicas para las diferentes franjas de edad y han de implementarse acordes con los diferentes momentos del proceso de maduración, ya que de este modo se conseguirá un mayor impacto y una mayor eficacia y por otro lado, que los vínculos significativos con la familia y la escuela deberían ser focos de atención destacados de las intervenciones preventivas protectoras con los menores más vulnerables.

## Resiliencia a nivel de la comunidad/barrio

En el dominio de la comunidad, la residencia y la convivencia en un vecindario de riesgo y abuso de sustancias por parte de los iguales y/o de alta disponibilidad de drogas, constituye una influencia clave en el uso de drogas por parte de los menores.<sup>7</sup>

Los programas de prevención deben dirigirse a modificar comportamientos en los menores que ya han comenzado a usar drogas, no sólo a disuadir a aquellos que aún no han comenzado y a priorizar el apoyo social, los cuidados y la protección a los menores más vulnerables, anticipándose a la aparición de problemas futuros.

Entre los menores de alto riesgo, los hallazgos indican que las acciones de prevención disponibles en una comunidad en las que los menores tienen más oportunidades de participar en diferentes tipos de programas de prevención, reducen el grado en el que comienzan y/o aumentan el consumo de drogas en los años críticos de la adolescencia. Los factores de protección se incluyen en programas de prevención escolar, fortalecimiento de las familias, y participación en actividades organizadas por la comunidad, tales como: actividades extraescolares, actividades deportivas, lúdicas, asociaciones juveniles, etc.<sup>7</sup>

Las estrategias y las posibles intervenciones para ayudar a los menores a manejar con éxito las influencias y los riesgos del medio ambiente, deben ser adecuadas a la relación cambiante entre éstos y sus entornos a medida que maduran, y se vuelven más autónomos. La supervisión de la familia y la participación suponen cambios dirigidos a fomentar mayores responsabilidades en su vida cotidiana, a través de su participación en actividades comunitarias positivas o en su percepción e implicación en la búsqueda de soluciones a la posible desorganización social en el barrio.

---

7 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. "Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs". Monograph Series n°1.- <http://www.samhsa.gov>

Las intervenciones a nivel comunitario tienen por objeto aumentar la resiliencia en barrios desfavorecidos y marginados mediante la mejora del entorno social general de los menores. Este fortalecimiento de la comunidad se puede lograr mejorando la cohesión social y la identidad de grupo, el prestigio social de las organizaciones no gubernamentales, la comunicación interpersonal, las habilidades sociales, la expresión de los sentimientos y el apoyo social a través de la movilización de la comunidad y a través del acercamiento a las familias que lo necesitan.

Uno de los retos de la prevención en estos entornos es ayudarles a constituir asociaciones y formas de participación positivas en la comunidad, pero es preciso realizar una evaluación de las necesidades de la población objetivo y una preparación de la comunidad para la intervención (por ejemplo, fuentes de oposición o de apoyo a la intervención), con objeto de seleccionar el mejor programa de prevención para una comunidad concreta.

Los estudios de intervención que contemplan la movilización de la comunidad y de las familias, la formación de los menores junto a recursos comunitarios de intervención temprana y de seguimiento de gestión de casos de menores conflictivos concretos, han demostrado efectos positivos en los menores y la resistencia de las familias moderando los efectos sobre la aparición y la frecuencia de los abusos de alcohol y drogas (Johnson et al., 1996). Además, la participación de la comunidad organizada, a través de asociaciones comunitarias, actividades extraescolares e instalaciones o organizaciones estudiantiles se han asociado con menores niveles de consumo de alcohol en exceso (Vanderwaal et al., 2005).<sup>8</sup>

---

8 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville,MD,2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”.

En síntesis, el marco protector que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los menores y adolescentes en el entorno comunitario se caracteriza por:<sup>9</sup>

- El desarrollo de políticas normativas locales de protección y control.
- El desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria en relación a las drogas.
- La promoción de un contexto social integrador que asegure la disponibilidad de recursos sociales de protección e integración para los grupos sociales más vulnerables junto a estrategias para dar a conocer y difundir el acceso a los recursos de protección social disponibles.
- La celebración de eventos especiales puntuales que complementan y se relacionan con las acciones anteriores y que contribuyen a incrementar o mantener la sensibilización pública en relación a las drogas y los menores más vulnerables.

---

9 De Silva, A., Salvador, T. (2012). “*Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*”. Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Murcia.

## 3.2. FACTORES DE PROTECCIÓN DIMENSIÓN EXTERNA: CONTEXTOS PRÓXIMOS O MICRO

### El ámbito familiar

La implicación de los padres/madres en la educación de sus hijos y la supervisión, parecen ser una de las estrategias más efectivas entre menores vulnerables para aumentar la resiliencia y reducir la vulnerabilidad a los factores de riesgo.

Las intervenciones tienen como objetivo clave minimizar los daños ocasionados por familias multiproblemáticas para mejorar las condiciones para un desarrollo saludable de los niños durante los primeros años de su vida hasta la adolescencia.<sup>10</sup>

Los esfuerzos para fortalecer a las familias (mediante el fomento de la comunicación, la supervisión y el establecimiento de normas positivas) aumentan la protección de los menores frente al consumo de drogas. La supervisión por parte de la familia es mayor en las niñas que en los niños, en todas las edades y a través de los años de la adolescencia, lo cual se ha constatado que constituye un elemento de protección importante.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

<sup>11</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention”. Monograph No. 4.

Cuando la interrelación con la familia es frecuente y sólida, la supervisión familiar y las actitudes de los padres tienen una fuerte influencia en que los menores opten por asociarse con determinados compañeros, incluso cuando las actitudes y los comportamientos de éstos sean conflictivos y también para influir en la decisión de utilizar o no drogas. Estos hallazgos demuestran el papel clave que los padres juegan en las asociaciones de sus hijos con su grupo de iguales y la capacidad para influir directamente en su comportamiento.<sup>12</sup>

La conexión con la familia influye en el consumo de drogas fundamentalmente por dos elementos protectores: la supervisión y el acompañamiento positivo de los hijos y la actitud de los padres.

La compenetración familiar incluye el grado en que el menor tiene una orientación positiva hacia la casa y los padres e incluye el orgullo hacia su familia, un sentido de contribución y disfrute en el entorno familiar. El concepto de conexión familiar implica algo más que una actitud positiva y de unión familiar, incluye una participación significativa, es decir, una comunicación efectiva que facilita la autoeficacia y las habilidades necesarias para alcanzar la inclusión positiva en el entorno.<sup>13</sup>

---

12 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs”. Monograph Series nº1.- <http://www.samhsa.gov/Monografia> 1.

13 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention”. Monograph No. 4.

En síntesis, el marco protector que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los menores y adolescentes en estos entornos de mayor riesgo, además de los ya mencionados, integra los siguientes **rasgos protectores**:<sup>14/15</sup>

**La presencia de adultos disponibles que acompañen el crecimiento madurativo del menor**, proporcionando seguridad y una disciplina consistente que enseñe a los niños/niñas a autocontrolar su propia conducta, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia (Brody y Forehand, 1993); Díaz Aguado y Martínez Arias, 2001; 2003; Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Petteerson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Kumpfer et al., 1998).

Unas relaciones paterno-filiales afectivas y cálidas, caracterizadas por **la aceptación y la comunicación positiva**, cumplen una función protectora clave, al tener un papel fundamental en la configuración de la autoestima personal en las primeras etapas adolescente (McCord, 1982; Garmezy, 1985; Brook et al., 1990), (Martínez Robles, 2001; Muñoz Rivas y Graña, 2001).

**El apego emocional seguro con adultos** durante los primeros años de vida. Mantener una relación positiva, significativa y continuada en el tiempo con un adulto que proporciona cuidados (padres, otro adulto significativo, un hermano mayor, un tutor, un consejero...).

Disponer de **modelos de identificación positivos y fuertes de apoyo** fuera de la familia. En efecto, el modelado es uno de los procesos de aprendizaje básico para los niños/as, ya que éstos aprenden mediante la imitación, no solo de las conductas, sino también de los discursos y las actitudes. Por lo tanto, las actitudes negativas hacia el consumo de drogas por parte de los padres/madres, así como la no implicación de éstos en su consumo, se ha identificado como un elemento protector muy importante (Hawkins et al.,

---

14 Costa, M. y López, E. (2008). Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Edt. Pirámide.

15 Díez-Aguado, M<sup>a</sup>J., Martínez Arias, R. (2003):Prevenir en Madrid. Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos del Ayuntamiento de Madrid. Volumen 1: Investigación. Madrid. Ayuntamiento de Madrid.



1992). Es importante concienciar a los padres y hermanos mayores de su responsabilidad como modelos de comportamiento ante situaciones de violencia en el hogar, la no expresión de sentimientos o la expresión de los mismos de forma agresiva o los estilos de comunicación pasivos o agresivos, en la resolución de conflictos y/o crisis familiares, etc.

En conclusión, un entorno familiar afectivo, caracterizado por un fuerte vínculo con los familiares y con un nivel de conflicto familiar controlado, de supervisión, con normas familiares claras sobre el comportamiento de los niños, de acompañamiento y de apoyo, reduce significativamente el riesgo de iniciación de drogas ilegales entre los menores vulnerables.

## El ámbito escolar

La escuela es un espacio importante para el desarrollo de la eficacia personal. La conexión y el vínculo (entendido como el grado en que los menores perciben a la escuela como un lugar que merece el esfuerzo y del que reciben recompensas) constituye un factor de protección fundamental para vincular a los menores más vulnerables a un entorno social positivo que puede ofrecerles oportunidades para la participación y la recompensa, por tanto, los esfuerzos para fortalecer a las escuelas como comunidades de atención (escuelas para mejorar las oportunidades para el apego y el logro significativo) aumentan la protección contra el uso de drogas.

La integración y adaptación a la escuela y el éxito en la misma están vinculados entre sí y está asociado con la elección de compañeros que no usan drogas y, por tanto, optan por no utilizarlas ellos mismos.<sup>16</sup>

La escuela como un importante espacio para el desarrollo de la percepción de autoeficacia y para el desarrollo positivo de los menores, puede cumplir un papel más importante entre las niñas de alto riesgo que entre los niños

---

<sup>16</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. "Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention". Monograph No. 4.

de alto riesgo ya que está más asociado con el rendimiento escolar entre las niñas que entre los niños.<sup>17</sup>

Sin embargo, aunque las niñas más vulnerables obtienen un fuerte beneficio de protección por la conexión y vinculación con la familia y la escuela, los niveles de conexión de las niñas con la familia y la escuela disminuyen de forma rápida y de manera más pronunciada al comienzo de la adolescencia más que entre los varones. Este hallazgo sugiere que el mantenimiento de la conexión y el vínculo con la familia y la escuela podría ser un enfoque particularmente importante en el trabajo de prevención con las chicas.<sup>17</sup>

Para aumentar la influencia protectora de las escuelas, los estilos educativos que dominen en las escuelas ubicadas en contextos desfavorecidos, deben centrarse en la construcción de relaciones positivas entre los menores vulnerables y los adultos, proporcionando a éstos un espacio solidario en el que pueden sostener relaciones significativas, ya que la combinación de “apego a la escuela” y “autoeficacia percibida”, son dos factores de protección clave de una escuela que actúe como espacio de equilibrio para lograr la eficacia entre los menores más vulnerables. La conexión e integración con la escuela está asociado con el reconocimiento de la propia capacidad para alcanzar los logros académicos.<sup>18</sup>

---

17 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention”. Monograph No. 4.

18 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville, MD, 2002. Monograph Series No. 3. “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”.

En resumen, el marco protector escolar que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los menores y adolescentes, integra los siguientes rasgos protectores:

**Vínculo e integración adecuada al sistema educativo al favorecer los sentimientos de autoeficacia y capacidad de logro.**

**Clima escolar positivo y que proporcione seguridad.** Un entorno escolar de apoyo, que proporciona oportunidades, alienta a los niños y adolescentes a desarrollar sus propios intereses contribuyen a desarrollar el sentido de pertenencia, con expectativas positivas respecto al rendimiento de sus alumnos/as, en un entorno normativo coherente.

**Escuelas de calidad que supervisan y realizan un seguimiento y acompañamiento** de su alumnado, potencian su participación en la dinámica del centro, ratio/alumnos equilibrado, comunicación asertiva entre profesores y alumnos/as y la potenciación de inteligencias múltiples<sup>19</sup>, e intereses particulares.

## Grupo de iguales/compañeros

El entorno del grupo de iguales está altamente vinculado con el consumo de drogas. Los menores cuyos compañeros no utilizan drogas, tienden a no utilizarlas y viceversa, los menores cuyos mejores amigos utilizan drogas, muy probablemente ellos mismos también las utilizaran. Asimismo, los menores cuyos amigos desaprueban el uso de drogas, también tienen un menor uso de las mismas.

---

<sup>19</sup> Howard Gardner (2011) “Inteligencias múltiples”. Define la inteligencia como la capacidad para resolver problemas o para elaborar productos que son de gran valor para un determinado contexto comunitario o cultural y localiza siete inteligencias: la lingüística, la espacial, la corporal y cinética, la lógico-matemática, la musical, y dos formas de inteligencia personal la interpersonal y la intrapersonal. Las siete inteligencias tienen para este autor el mismo grado de importancia. Las implicaciones para la educación son fundamentales.

Debido a que las relaciones entre iguales están fuertemente asociadas con la familia, la escuela y los entornos de la comunidad en la que residen los menores, los cambios positivos en los entornos externos pueden afectar al medio ambiente de los iguales y tener un impacto en el uso de drogas individual.<sup>20</sup>

Además, gran parte de la influencia de la familia, la escuela y la comunidad en el uso de las drogas, está mediatizada por la influencia de la selección de los compañeros.<sup>21</sup>

Las condiciones protectoras relacionadas con el grupo de iguales son las siguientes:

**La integración en grupos de amigos heterogéneos y constructivos**, donde las señas de identidad no estén sustentadas en el consumo de drogas.

**Estilos de vida del grupo no cercano a las conductas de riesgo** y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre que no facilitan el consumo de drogas, tales como: actividades deportivas, culturales, en la naturaleza, altruistas, religiosas, cooperación al desarrollo, etc.

**Conocimiento y acceso a los recursos y equipamientos comunitarios y/o del barrio.**

**Refuerzo de habilidades para la interacción positiva** en el grupo, con capacidad para resistir la presión del grupo y tomar decisiones autónomamente.

---

20 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs.. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

21 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs”. Monograph Series n°1.- <http://www.samhsa.gov>

## 3.3. FACTORES PROTECCIÓN DIMENSIÓN INTERNA

Las predisposiciones de los menores, que se pueden expresar como actitudes o comportamientos, filtran la forma en que viven su ambiente externo.

Los objetivos clave de desarrollo para la primera infancia son el desarrollo del apego seguro a los cuidadores, habilidades de lenguaje y otras funciones cognitivas ejecutivas tales como la autorregulación y las actitudes pro-sociales y habilidades apropiadas para la edad. La adquisición de estos recursos y habilidades se adquieren con mayor facilidad en el contexto de una familia y una escuela de apoyo y la comunidad.<sup>22</sup>

Los menores que tienen un temperamento extrovertido y “amistoso” tenderán a mantener relaciones personales y sociales positivas en el hogar y en la escuela con más facilidad que otros, aumentando su sentido de la autoestima y la percepción de autoeficacia (Werner & Smith, 1982; Rutter, 1985; Quinton y Rutter, 1988; Lösel y Bliesener, 1994). El sentido de autoeficacia se asocia con la capacidad de los niños a planificar su futuro, anticipar consecuencias y resolver problemas. El bienestar psicológico y emocional y la tendencia al optimismo es otro de los factores que contribuyen a las personas de ser más resilientes y menos vulnerables ante el consumo de drogas y otras conductas negativas (Werner y Smith, 1982; Quinton y Rutter, 1988; Bandura, 1995).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.

La resiliencia frente a las drogas es el resultado de una compleja interacción de factores que se considera que están interrelacionados con creencias y actitudes tales como “las drogas no son para mí” y/o “las drogas son incompatibles con mis objetivos personales”, junto con las habilidades interpersonales y la capacidad de resistir (Brown, 2007).<sup>23</sup> En este sentido, muchas estrategias de intervención preventiva selectiva e indicada se basan en el modelo de desarrollo “social” de Hawkins y Catalano, que sugiere que los menores vulnerables que tienen oportunidades significativas para sentirse dignos de ser amados, capaces e importantes, son más resistentes frente al consumo de drogas.<sup>24</sup>

Así pues, la razón de ser de muchas de las respuestas preventivas, es mejorar las habilidades personales y recursos de las personas vulnerables o grupos para que puedan hacer frente mejor a sus condiciones sociales adversas.

Muchos menores/adolescentes crecen y tienen un desarrollo positivo en entornos de alto riesgo. Estos menores, cuyos recursos personales de protección superan la influencia del riesgo externo, se les denomina como menores “resilientes”.<sup>25</sup>

Explorar y definir lo que hace resistente a menores se ha convertido en un tema de prevención clave, especialmente para los profesionales que quieren ayudar a estos menores a superar altos riesgos ambientales que no pueden controlar.

---

23 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

24 Ver Bloque II “Marco conceptual”.

25 Para una mayor profundización en este concepto consultar Cyrulnik, B (2002). “Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.

Aunque no existe un consenso unánime entre los investigadores y los profesionales en lo que hace a un menor vulnerable resistente, a menudo se menciona la creencia en su propia capacidad para alcanzar un futuro significativo y valioso como un componente clave de la protección.

Algunos investigadores enfatizan la importancia de las influencias sociales positivas, como tener cerca un acompañamiento de un adulto de confianza y que acoja y acompañe al menor (Benard, 1991).

La resiliencia es una competencia compleja y multifactorial, en nuestro caso referida a los niños y adolescentes más vulnerables, hace referencia a la fortaleza para afrontar entornos con numerosos factores de riesgo y experiencias adversas (acontecimientos vitales estresantes, situaciones de alto riesgo, transiciones evolutivas especialmente convulsas, crisis fuertes, violencia...).

El interés reciente por la resiliencia tuvo sus inicios en los estudios longitudinales de Werner y Smith, 1982-1992, sobre un grupo de niños expuestos a múltiples y acumulativos factores de riesgo. Desde entonces se han realizado numerosos estudios sobre este concepto y sigue siendo abundante la literatura sobre el mismo.<sup>26</sup>

---

26 Rutter,1987; Garmezy,1985; Anthony y Cohler,1987; Demos,1989; Masten, Best y Garmezy,1990; Rutter,1990; Bernard,1991; Cowen, Work y Wyman, 1992; Luthar,1993; Egeland, Carlson y Sroufe,1993; Cicchetti y Garmezy, 1993; Vanistendael, 1995; Cyrulnik, 2002; Olson, Bond, Burns, Vella-Bodrick y Sawyer, 2005.

Los factores de protección, que son el resultado de la interacción biográfica del menor con su entorno social y familiar, que son interdependientes y que actúan de forma sinérgica y dinámica, potencian y apoyan un afrontamiento positivo de los riesgos y de las dificultades, amortiguando, contrapesando y compensando los factores de riesgo, en definitiva, potenciando la fortaleza personal frente a las dificultades (Costa, M. y López, E., 2008). Pero la resiliencia, como señalan estos dos autores, no es un atributo personal con el que se nace, sino que se va desarrollando evolutivamente en las transacciones proximales de afrontamiento. El proceso y los resultados de la resiliencia se pueden ver representados en la siguiente figura:



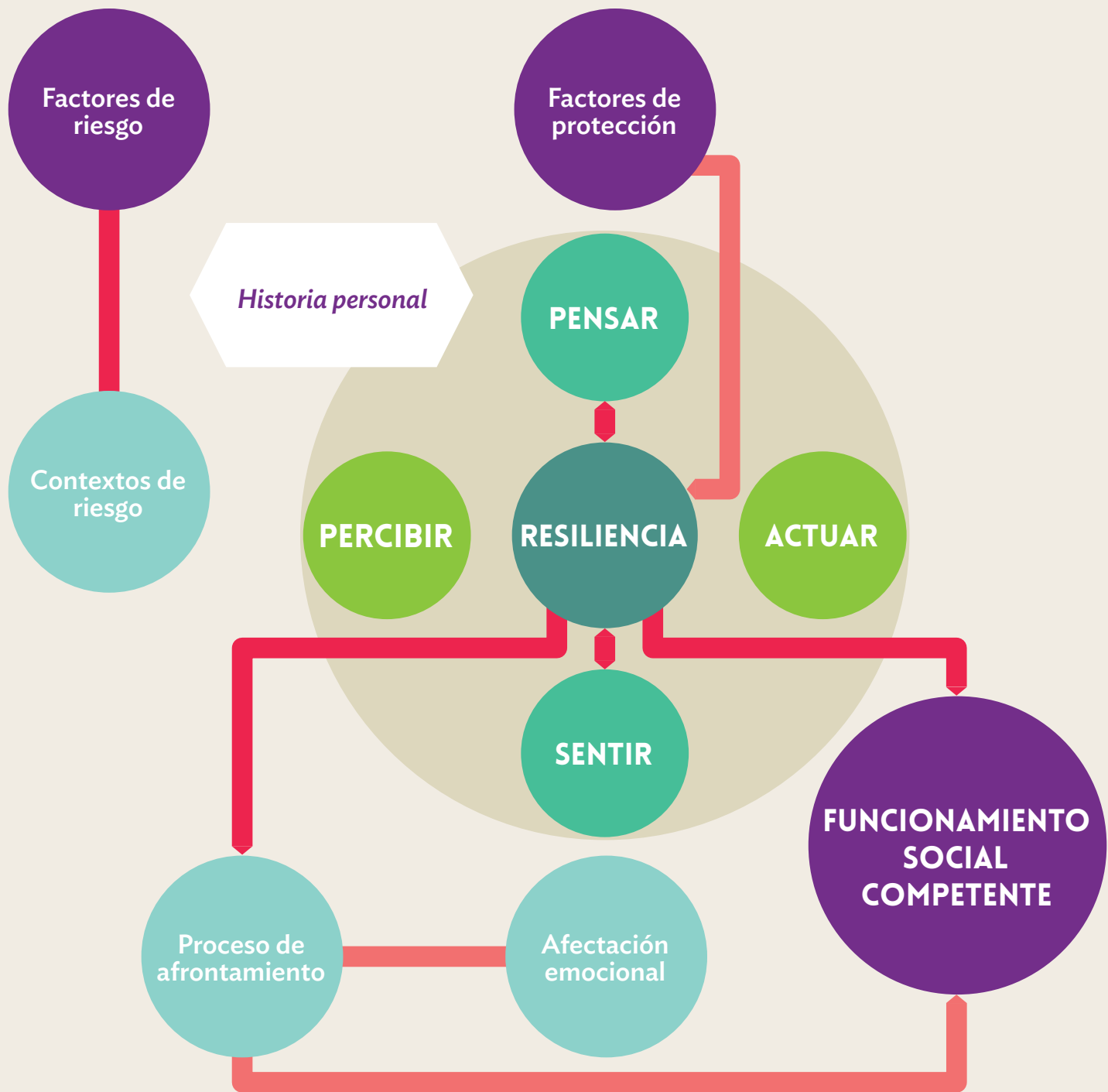


Figura 5. El proceso y los resultados de la resiliencia. Educación para la Salud (2008). Costa, M. y López, E., pp.274).

La aplicación de este enfoque a la prevención de las adicciones y otros problemas derivados de las conductas de riesgo, puede enriquecer la perspectiva tradicional orientada hacia la disminución o amortiguación de los factores de riesgo.

Un cuerpo creciente de investigación sobre cómo los menores gestionan los riesgos ambientales y los desafíos, proporciona pruebas de los factores de resiliencia, tanto externos como internos, que influyen en la evitación de los problemas. Existen revisiones e investigaciones sólidas de autores como: Benar, 1991, 1995; Glantz y Johnson, 1999; Masten y Coatsworth, 1998; Resnick et al.,1997; Scales y Leffert, 1999; Tolan et al., 1995; Werner y Smith,1992).<sup>27</sup>

A comienzos de 1998, el módulo opcional de California Health Kids Survey (CHKS) convocó un panel de investigación sobre la Evaluación de Resiliencia para ayudar a desarrollar y validar un nuevo módulo sobre la resiliencia juvenil. El encargo al panel de investigadores fue seleccionar y desarrollar una evaluación comprensiva basada en la investigación de factores de resiliencia externos e internos.

Partiendo de estas investigaciones, el panel desarrolló una fundamentación teórica que articula una representación comprensiva, multidimensional de factores de resiliencia y sus relaciones mutuas.

El marco consiste en seis grupos de activos: tres externos y tres internos. Dentro de estos grupos de variables, 19 están referidas en la investigación científica, como demostradamente asociadas con resultados positivos y de protección de riesgos para la salud física y psicosocial de los adolescentes.

---

<sup>27</sup> Citado en: PAD. Servicio de Prevención de Adicciones. ADES y Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

Los tres factores protectores (activo externo) son: **las relaciones de cuidado, altas expectativas y la participación significativa**. Cada uno de ellos incluye su referencia a dentro de casa, en la escuela y en la comunidad. El activo adicional que implica a pares es incluido en la escuela de relaciones de cuidado y de altas expectativas. La teoría de la resiliencia postula que el poder explicativo y predictor de estos tres factores reside en su capacidad de cubrir necesidades humanas básicas.

Por otro lado, los tres rasgos de resiliencia (activo interno) son: **la competencia social, la autonomía y el sentido de uno mismo (identidad)**. Cada uno de los factores protectores externos representa la oportunidad o el espacio propicio para influir en el proceso de desarrollo adolescente psicosocial, manifestado por rasgos de resiliencia internos. En resumen, los rasgos de resiliencia internos son vistos como resultado, no causas, del proceso de encontrar las necesidades básicas humanas cubiertas.

Los rasgos de resiliencia identificados por este panel de expertos se recogen el cuadro adjunto, con sus correspondientes correlaciones.



Figura 6. Marco teórico sobre la resiliencia relacionada con la salud de los menores: principios. Las relaciones primarias supuestas entre el activo externo e interno son indicadas en la figura que se adjunta por flechas de color lila (■), mientras otras hipotéticas relaciones importantes se indican con flechas finas de color verde (■).

## Rasgos de resiliencia: apoyos y oportunidades externas

Apoyos externos	Rasgos de resiliencia específicos externos
<p><b>1. Relaciones de cuidado</b></p> <p>Contacto y relaciones interpersonales con personas significativas que ejercen un modelado positivo y apoyo para un desarrollo saludable y un sentimiento de satisfacción y bienestar.</p>	<p><b>Relaciones de cuidados con.....</b></p> <p>Adultos en casa (hogar).            Adultos en la escuela.            Adultos en la comunidad.            Grupo de iguales.</p>
<p><b>2. Altas y realistas expectativas</b></p> <p>La comunicación consistente de mensajes directos e indirectos sobre las posibilidades del menor y su responsabilidad.</p>	<p><b>Expectativas positivas y realistas desde...</b></p> <p>Adultos en casa (hogar).            Adultos en la escuela.            Adultos en la comunidad.            Grupo de iguales.</p>
<p><b>3. Implicación y participación significativa</b></p> <p>La implicación y la participación de los menores en actividades que favorecen el desarrollo de la responsabilidad y el compromiso.</p>	<p><b>Implicación, participación y compromiso en...</b></p> <p>Casa (hogar).            Escuela.            Su comunidad/barrio.</p>

## Rasgos de resiliencia: resultados de desarrollo interno positivo

Factores protección	Rasgos de resiliencia específicos internos
<p><b>4. Competencia para la interacción social</b></p> <p>Habilidad para comunicar adecuadamente y de manera efectiva, para demostrar atención, flexibilidad y responsabilidad en las situaciones sociales.</p>	<p><b>Cooperación y comunicación:</b> Flexibilidad en las relaciones y habilidad para trabajar eficazmente en equipos, para intercambiar información e ideas y expresar sentimientos y necesidades a los otros.</p> <p><b>Empatía y respeto:</b> Capacidad para comprender y aceptar otras experiencias y otros sentimientos.</p> <p><b>Resolución de problemas:</b> Habilidad para planificar, ser resolutivo, pensar crítica y reflexivamente y ser creativo a la hora de examinar múltiples perspectivas y puntos de vistas antes de tomar una decisión y actuar.</p>
<p><b>5. Autonomía y seguridad en uno mismo</b></p> <p>Sentimiento de identidad propia y seguridad en uno mismo.</p>	<p><b>Convicciones personales:</b> Convicción solida de lo que está bien o lo que está mal (clarificación de valores) y capacidad de luchar por las propias creencias.</p> <p><b>Percepción personal de autoeficacia:</b> Creencia en las propias competencias.</p> <p><b>Percepción de uno mismo:</b> Capacidad de conocerse, entenderse y aceptarse uno mismo.</p>
<p><b>6. Sentido del significado y propósito de uno mismo</b></p> <p>Creencia y percepción de tener una vida propia, diferente a la de cualquier otra persona y coherente.</p>	<p><b>Optimismo:</b> Creencia en el potencial positivo y la fuerza propia y en el futuro.</p> <p>Metas y aspiraciones: deseos concretos y planes de futuro. Altas expectativas en uno mismo.</p>

En resumen, la evidencia, teniendo en cuenta los grupos de edad de los menores en situación de riesgo, sugiere que entre las niñas se produce una mayor disminución de la protección en los riesgos internos y los factores de protección entre las cohortes más jóvenes. La diferencia es más clara sobre todo en la creencia en una misma, en el que las niñas mayores puntúan mucho más bajo que los varones, es decir, se muestran bastante más inseguras y con menos autoestima que los chicos.

También resulta interesante constatar que mientras que los chicos muestran una mayor vulnerabilidad a los riesgos externos en el barrio en los grupos de mayor edad, las niñas tienden a experimentar una mayor disminución de la protección interna que los niños a través de los años madurativos cruciales abarcados por la Evaluación Nacional de Cross-Site, especialmente con relación a la autoestima de las niñas.<sup>28</sup>

Estas diferencias encontradas en las franjas de edad, así como de género son fundamentales para hacer hincapié en determinados componentes preventivos.

En resumen, las intervenciones centradas en el desarrollo de “habilidades para la vida” se centran en las actitudes y habilidades específicas de comportamiento que se han identificado como factores protectores, estas habilidades incluyen fundamentalmente: habilidades de rechazo al ofrecimiento de drogas, control de la ira, habilidades de comunicación, de toma de decisiones y el establecimiento de metas, habilidades académicas y profesionales y otras habilidades sociales. En concreto, el desarrollo de habilidades de control sobre el comportamiento es clave en estas edades, junto con la toma de decisiones y resolución de las dificultades y/o problemas.

---

<sup>28</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. “Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention”. Monograph No. 4.

**¿EN QUÉ CONSISTE  
LA PREVENCIÓN  
SELECTIVA Y LA  
PREVENCIÓN  
INDICADA?**



**U**na intervención preventiva diseña e implementa un conjunto de estrategias y actividades para prevenir la conducta de consumo de sustancias entre otros problemas. El objetivo es reducir los factores de riesgo y mejorar o incrementar los factores de protección.

La prevención se logra mediante la aplicación de estrategias múltiples; puede ser realizada en diferentes contextos y con diferentes métodos y contenidos y la duración puede variar entre actividades puntuales y proyectos a largo plazo.

Un sistema eficaz de prevención debería ofrecer una amplia gama de intervenciones y políticas basadas en la evidencia dirigidas a la población en general (prevención universal), pero también intervenciones que favorezcan el apoyo y el acompañamiento de las personas y/o comunidades que se encuentran particularmente en riesgo (prevención selectiva), así como llegar a las personas que ya han comenzado a usar drogas o abusar de ellas, pero no han progresado en la dependencia (prevención indicada).

Definir con precisión los grupos destinatarios de las diferentes intervenciones sobre la base de su nivel de riesgo es un factor clave para determinar la eficacia de las intervenciones, sin embargo, las fronteras entre las diferentes estrategias de intervención, en ocasiones, son difíciles de delimitar, como se puede observar en el gráfico adjunto.

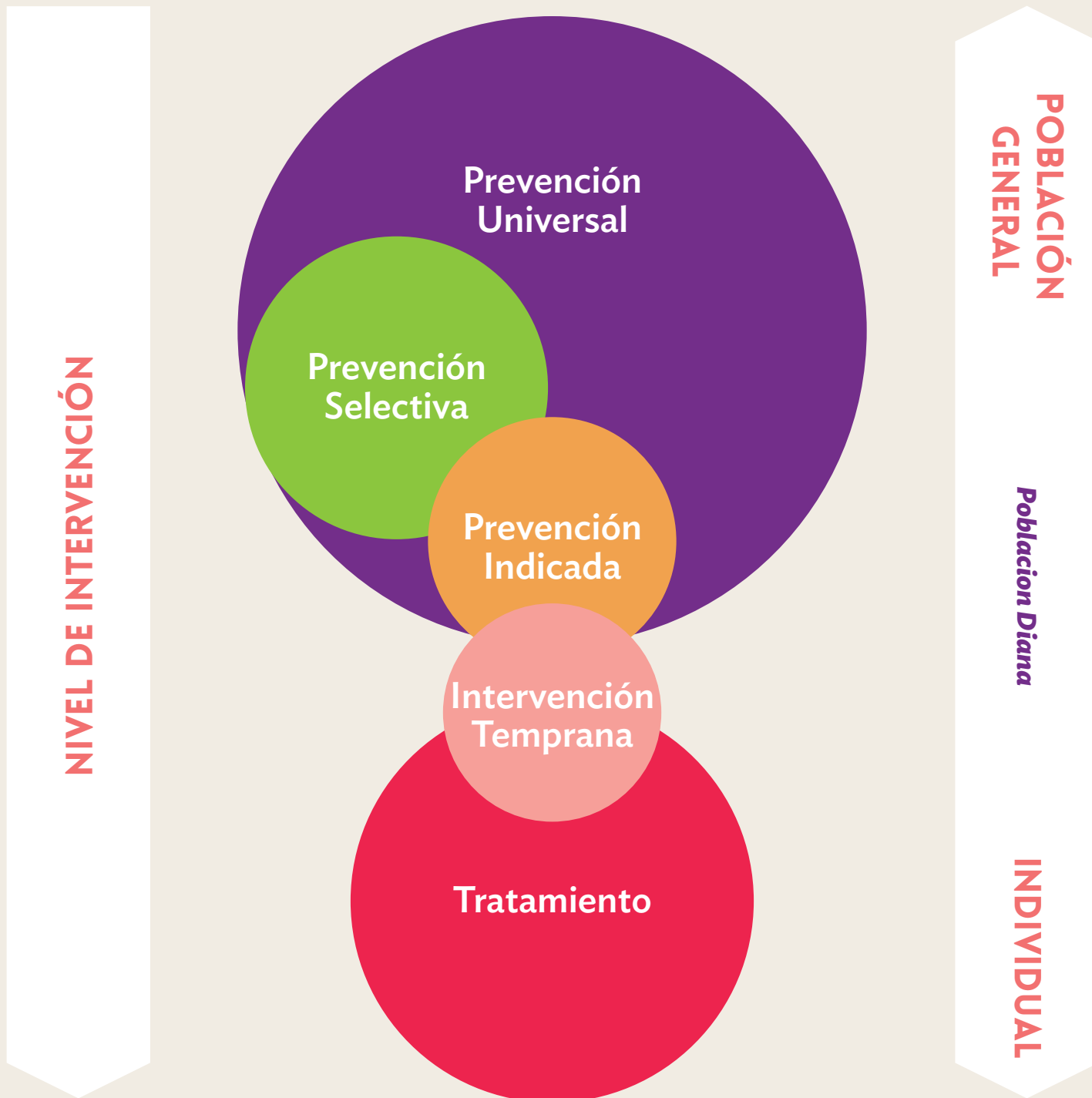


Figura 7. Tipos de prevención según nivel de riesgo de los grupos.

**La prevención universal** se dirige a la toda la población, mientras que algunos programas de prevención de drogas tienen como objetivo evitar que las drogas se utilicen entre subpoblaciones de jóvenes. La selección de los participantes en estos programas no está a menudo basada en la presencia de factores de “riesgo” asociados con el uso de drogas, sin embargo, es importante tener en cuenta que la presencia de uno o más factores de “riesgo” de una persona no significa que vaya a realizar un consumo de drogas inevitablemente.

**La prevención selectiva** se basa en la premisa de que los grupos vulnerables pueden ser identificados por sus características sociales y demográficas y que estos grupos pueden recibir intervenciones que reduzcan el riesgo de su potencial futuro consumo problemático de drogas. Se trata de identificar y captar a los grupos que son vulnerables a los problemas relacionados con las drogas, independientemente de su nivel actual de consumo de drogas, con objeto de intervenir lo antes posible.

La premisa de partida es que solo una minoría de los que experimentan con drogas desarrollará problemas con el paso del tiempo. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la prevención universal, dirigida a un amplio abanico de jóvenes de la sociedad, la prevención selectiva se centra en grupos o individuos vulnerables, es decir, subgrupos de la población que se consideran se hallan expuestos a un conjunto mayor de factores de riesgo asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales) que el resto de los menores y jóvenes. Estos subgrupos de población pueden definirse por su edad, género, historia familiar, lugar de residencia (barrios donde existe mayor privación social, barrios donde se produce el tráfico de drogas, etc.), hábitos de ocio en los que intervienen el consumo de drogas, etc. Es un tipo de intervención sustentada en los conocimientos existentes (preferentemente en los entorno más cercanos) sobre los factores de riesgo, los grupos vulnerables y los barrios desfavorecidos, para ofrecer respuestas allí donde el riesgo de tener problemas relacionados con las drogas es mayor.

El reto clave es seleccionar cuáles son las dimensiones y los elementos de vulnerabilidad que ayudarían a identificar y a dar más atención y apoyo a estos grupos.

Es fundamental partir de una identificación y una detección de las necesidades y de los problemas, de modo que la selección de los grupos o comunidades, se base en datos científicos y los objetivos de las intervenciones puedan definirse e interconectarse.

Los proyectos tienden a ser más eficientes cuando la prevención se contempla como un componente más del trabajo con los jóvenes, especialmente en los proyectos destinados a los jóvenes de alto riesgo.

Algunas de las características de los programas preventivos selectivos son las siguientes:<sup>1</sup>

- Están diseñados para prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. En comunidades de alto riesgo, los programas de prevención deben cambiar el comportamiento en los jóvenes que ya han comenzado a usar sustancias, no sólo disuadir aquellos que aún no han comenzado.
- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad **personal** de los miembros del grupo en situación de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él, por ejemplo, niños/as creciendo en entorno de pobreza y marginación social.
- El conocimiento de los factores de riesgo **específicos** a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores, por ejemplo, menores inmigrantes con problemas de integración social.

---

1 Adaptado de Criterios grupo de evaluación (2010). “Guía de Buenas Prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Murcia”. Plan Regional sobre drogas de Murcia.

- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales, de este modo, para ser efectivos, los programas de prevención selectiva deberían ser más largos y más intensos que los programas universales y deberían incluir actividades que estén directamente focalizadas a reducir los factores de riesgo identificados y a incrementar factores de protección encontrados en el grupo.
- Las actividades están más relacionadas con la vida cotidiana de las personas e intentan modificar aspectos concretos de su realidad asociados al uso de drogas; por ejemplo: pertenecer a una familia con problemas de gestión familiar, integración en un grupo de iguales con conductas antisociales y altos índices de agresividad, falta de interiorización de normas, bajo rendimiento escolar, inicio experimental temprano con las drogas, etc.

Pueden desarrollarse en diferentes entornos: escolar, comunitario, familiar o de ocio y tiempo libre:

**Entorno familiar:** la prioridad es acceder y trabajar con familias problemáticas a las que resulta difícil contactar a través de los programas de nivel universal y necesitan una intervención más intensa. Estos programas emplean estrategias específicas para promover la participación familiar, tales como: visitas y actuaciones en el propio domicilio o en lugares a los que acuden los padres; incentivos para la participación; se facilitan servicios de guardería, etc.

**Entorno escolar:** la prioridad es identificar y apoyar a los menores con necesidades educativas especiales, sean actitudinales, comportamentales y/o de rendimiento académico y, por tanto, con riesgo de ser excluidos del sistema educativo.

**Entornos de ocio y tiempo libre:** intervenciones desarrolladas en contextos de ocio donde existe consumo de drogas, como por ejemplo: clubes, discotecas, bares, fiestas, festivales y otros eventos festivos de carácter puntual. Puede tratarse de intervenciones informativas sobre reducción de riesgos entre las que se incluye el testado de determinadas drogas, generalmente pastillas.

**Entorno comunitario:** basados en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diversos recursos comunitarios (centros educativos, servicios sociales, sistema sanitario, sistema judicial, etc., con el objetivo de favorecer la detección precoz de situaciones de riesgo y de consumo de drogas.

## 4.1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA

Ventajas	Desventajas
<p>Los programas de prevención universal pueden requerir más recursos económicos que los de prevención selectiva o indicada, ya que se dirigen a un conjunto de población (por ejemplo, todos los alumnos de una escuela).</p> <p>Sin embargo, en los programas de prevención selectiva e indicada, al estar el contenido más adaptado al riesgo específico o a factores de protección del grupo, se incrementa la eficiencia. Además, es más fácil medir las mejorías de un programa de prevención si los participantes tienen más serios factores de riesgos de entrada.</p> <p>Generalmente, la efectividad de los programas universales de prevención es más pequeña que aquella de los programas de selección para participantes de alto riesgo porque menos participantes han mostrado mejoras.</p> <p>Evaluaciones llevadas a cabo en programas de prevención universal, se han encontrado efectos más duraderos del programa en los jóvenes y familias de alto riesgo.</p>	<p>Identificar, reclutar y atraer jóvenes de alto riesgo puede ser más difícil que proporcionar programas universales para todos los estudiantes en escuelas, por ejemplo.</p> <p>Los costes por persona participante son mayores y requieren personal con una formación más específica que los programas de prevención universal.</p> <p>Los programas de prevención universal tienen la ventaja de evitar un posible estigma de los menores.</p> <p>El criterio para designar el estatus de riesgo puede ser muy amplio y algunas veces no muy bien definido, por tanto se aumenta el potencial riesgo de etiquetas y estereotipos negativos de los niños a una edad temprana como un “potencial delincuente “o” adultos antisociales futuros “(Utting et al., 1993; Sutton et al., 2004).</p> <p>Por ejemplo “minoría” los jóvenes son retratados como un grupo homogéneo con riesgo para el uso/abuso de sustancias, cuando de hecho, la juventud es bastante heterogénea.</p> <p>Aunque los programas de prevención universal pueden ser muy susceptibles, los programas de prevención selectiva podrían pasar por alto o fallar por voluntad propia al reclutar algunas familias y jóvenes en riesgo.</p>

## 4.2. LA PREVENCIÓN INDICADA

La **prevención indicada** describe un enfoque preventivo individualizado dirigido a personas de alto riesgo susceptibles de desarrollar un abuso o dependencia de sustancias en el futuro.

Se dirige a menores que, aunque estén realizando un uso de drogas, no presentan suficientes criterios de dependencia, pero muestra indicadores que correlacionan altamente con un riesgo personal de abusar de sustancias más adelante en su vida, como pueden ser los trastornos psiquiátricos infantiles o los comportamientos antisociales o disociales. La detección precoz es clave ya que permite la definición y la orientación de los menores y adolescentes que aún no han comenzado a utilizar drogas. Sus características más significativas son:

- El objetivo de la prevención indicada no es necesariamente prevenir la iniciación del uso o el abuso de sustancias, sino impedir el desarrollo de la dependencia, disminuir la frecuencia y evitar el consumo problemático y abusivo de sustancias (por ejemplo, un consumo moderado de alcohol en lugar de borracheras). La necesidad de prevención se define por la existencia de fuertes indicadores para el desarrollo de un posterior (todavía no está presente) trastorno por uso de sustancias.
- La intervención tiene como objetivo detener la crisis inmediata y evitar que el problema se reproduzca en el futuro, es precisamente prevenir la progresión a un trastorno por dependencia definido (DSM-IV). Un ejemplo de prevención indicada es una intervención para reducir el consumo de cannabis en los usuarios no dependientes de esta droga.
- Se diferencia del tratamiento por el requisito de no cumplir los criterios del DSM-IV o la CIE-10 para el abuso de sustancia y, por tanto, necesitados de recibir tratamiento. El consumo de sustancias no es una condición necesaria para inclusión en las intervenciones preventivas.



- La intervención se suele dirigir a múltiples conductas de riesgo simultáneamente.
- Las intervenciones preventivas son personalizadas. El sujeto es identificado y valorado a nivel individual, a través de la evaluación en profundidad de un profesional. Se trabajan por tanto específicamente los factores de riesgo individuales. Se diferencian de la prevención selectiva por la fuerte correlación y la naturaleza individualizada de los indicadores para el desarrollo de un abuso o dependencia de sustancias.
- Requieren personal especializado que tenga un adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con suficiente conocimiento sobre las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia y/ o los problemas mentales a abordar.
- Suelen desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados y requieren, al igual que los programas selectivos, estrategias de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

El sujeto se puede presentar voluntariamente al recurso o es remitido por un experto o un agente educativo, por ejemplo, padres, maestros, trabajadores sociales, pediatras. Esto es lo más frecuente en el caso de los menores y/o adolescentes.

La prevención indicada se puede observar que se ubica en un lugar intermedio entre el tratamiento y la prevención selectiva, por ello es necesario identificar los puntos en los que estas definiciones se superponen.

En la prevención indicada los indicadores deben correlacionar con el abuso de sustancias más fuertemente que los indicadores utilizados en la intervención selectiva, por lo tanto, es necesario un instrumento de evaluación o procedimiento para identificar con la mayor precisión posible a las personas en situación de riesgo.

Los límites entre la prevención indicada y el tratamiento son de especial de interés, ya que puede crear dificultades fundamentalmente a la hora de las aportaciones de recursos humanos y materiales para hacerse cargo de esta población, sobre todo teniendo en cuenta que el tratamiento en sí entre los menores rara vez es definido con claridad.<sup>2</sup>

En “Orientación para la medición de la demanda de tratamiento de drogas”, publicado por las Naciones Unidas en colaboración con el OEDT (ONUDD, 2006) “se considera tratamiento de drogas cualquier intervención estructurada destinada específicamente a abordar el consumo de drogas de una persona”. Sin embargo, en su aplicación práctica, esta definición sigue siendo confusa ya que, por ejemplo, las compañías de seguros pagarán por un tratamiento cuando la persona haya sido clasificada y definida con trastornos (CIE-10 o DSM-IV), pero no para un tratamiento en otro tipo de condiciones. Cabe destacar, sin embargo, que siempre que se define un trastorno en este caso, un trastorno por abuso de sustancias, el “tratamiento” es necesario.

Dentro del grupo que pueden ser identificados como necesitados de una prevención indicada, hay una franja de población para la cual es apropiada la intervención temprana; **¿qué se entiende por intervención temprana?**

La intervención temprana describe un enfoque situado entre los campos superpuestos de la prevención indicada y tratamiento y, por lo tanto, tiene una fuerte asociación con el campo médico. Incluye a las personas con indicadores de riesgo fuertes e indicadores potentes de probable abuso de sustancias en un futuro durante el desarrollo de su vida y que consumen drogas (pero que no justifican una DSM-IV o el diagnóstico ICD-10).

En comparación con otros enfoques de prevención, la intervención temprana está más cerca del tratamiento y, por lo tanto, a menudo requiere los servicios de un equipo médico.

---

2 EMCDDA. THEMATIC PAPERS 2009. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention.

Las cuestiones éticas que se plantean en **la prevención indicada** han de considerarse cuidadosamente, ya que el objetivo de este enfoque es intervenir en los individuos con un riesgo definido de adquirir un trastorno por uso de sustancias a lo largo de su vida.

Ventajas	Desventajas
<p>La identificación de las personas con un riesgo mayor que favorece una intervención más individualizada ajustada a sus necesidades y más intensa.</p>	<p>El hecho de informar a los adolescentes de que tienen un riesgo elevado de desarrollar un trastorno más tarde en su vida, puede en sí mismo aumentar el riesgo de que esto suceda (profecía autocumplida).</p> <p>El problema de estigmatizar niños, niñas y adolescentes a través de un proceso de selección. Las intervenciones son construidas para identificar a las personas en alto riesgo, en un primer paso para ingresar, y en otro paso para tratarlas. Los que son elegidos para una intervención preventiva pueden estar en riesgo de ser socialmente excluidos de sus coetáneos, como resultado de ser identificados como pertenecientes a un grupo de riesgo.</p> <p>Suelen ser intervenciones más extensas en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivas. Lo cual hace que se precise una importante implicación y un mayor esfuerzo de las personas participantes.</p> <p>Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.</p>

Una de las obras más conocidas de las cuestiones éticas en la medicina es el de la Comisión Nacional para la Protección de los Derechos Humanos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento, el cual en abril de 1979 publicó el “Informe Belmont”, una serie de principios éticos y directrices para la protección de los sujetos humanos de la investigación.<sup>3</sup>

Uno de los principios éticos básicos definidos en este informe sostiene que el individuo debe ser entendido como un agente autónomo y los que tienen la autonomía disminuida, como los menores, deben ser protegidos. Este punto es esencial al considerar la cuestión de quién es el que toma la decisión de si un menor participa o no en una intervención preventiva indicada.

Como existe la posibilidad de un resultado perjudicial, la inclusión en una intervención preventiva debe ser considerada con sumo cuidado, sobre todo porque las personas que necesitan una amplia (lo cual es cierto para los niños y adolescentes) protección “deberían excluirse” de actividades que puedan dañarlos.

Sin embargo, la intervención preventiva indicada tiene por objeto reducir el riesgo de una situación aunque aún no se haya alcanzado un trastorno causado por el uso de las sustancias. Desde una perspectiva de abuso de sustancias, estos sujetos todavía han de ser considerados como personas sanas. Por ello, en las intervenciones de **prevención indicada** en menores de edad, surgen algunas preguntas clave que es preciso tener en cuenta, tales como:<sup>4</sup>

*¿Quién puede y debe dar su consentimiento para llevar a cabo la intervención?*

*¿Qué importancia tiene el consentimiento de la persona (en este caso del menor) que tiene que incorporarse a una intervención?*

---

3 Available at: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>

4 EMCDDA. THEMATIC PAPERS. 2009. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention.

*¿Los padres pueden decidir sobre las intervenciones preventivas si los niños son demasiado jóvenes para expresar su voluntad?*

*¿Quién está capacitado y legitimado para definir los problemas? ¿Quién decide sobre el tipo de “tratamiento”?*

Todos estos temas deben ser tenidos en cuenta en las intervenciones de prevención indicada.

Para menores de edad, la decisión sobre la participación en las intervenciones preventivas no puede basarse únicamente en el consentimiento de los padres o tutores legales, también debe incluir el consentimiento informado del niño o adolescente (de acuerdo a las regulaciones de la UE sobre ensayos clínicos, se necesita la aprobación de los niños de 7 años o más). La inclusión de los menores en la toma de decisiones sobre el proceso también es un paso importante para favorecer la motivación.

Hay evidencias de que no todas las intervenciones preventivas indicadas focalizadas en adolescentes son beneficiosas, por ejemplo, algunas acciones en grupos han sido criticadas por su potencialidad para incrementar, más que reducir, el comportamiento antisocial. Se han observado, puntos de revisión recientes que el 7-15% de pacientes empeoran durante el tratamiento (Moos, 2005).

Los adolescentes de alto riesgo tienden a formar grupos y parece que son especialmente vulnerables a la influencia de los compañeros. Este tipo de efectos negativos deben ser considerados y ser seguidos muy de cerca, especialmente en situaciones de grupo. Tales grupos pueden proporcionar al participante un modelo de comportamiento, por ejemplo de abuso de sustancias, es decir, las influencias de los compañeros desviados podría amortiguar los efectos positivos de la intervención (Moos, 2005).

**BLOQUE II.**  
**MARCO**  
**CONCEPTUAL**  
**LOS MODELOS**  
**TEÓRICOS DE**  
**REFERENCIA**

5

**MODELOS  
TEÓRICOS MÁS  
RELEVANTES SOPORTE  
DE LA INTERVENCIÓN  
PREVENTIVA  
SECUNDARIA E  
INDICADA**

6

**MODELOS  
TEÓRICOS MÁS  
RELEVANTES  
SOPORTE DE LA  
INTERVENCIÓN  
TEMPRANA Y  
PREVENCIÓN  
INDICADA**

**L**as intervenciones de prevención de drogodependencias necesitan contar con un marco teórico de referencia como soporte clave de los programas. Se trata de modelos teóricos lógicos que permitan constatar que la intervención que se pretende implementar se sustenta en un conjunto coherente de componentes interconectados lógicamente entre sí.

Este marco teórico ayudará a identificar tanto los componentes que se incluyen en el proyecto diseñado, como los que pueden estar ausentes. Asimismo, al facilitar que se pueda tener una idea general de la interconexión de sus diferentes componentes, aumentará el potencial de eficacia de una intervención. Por contra, su ausencia afecta al diseño de los mismos, porque si no se conocen los factores o las situaciones carenciales en las que se basa el consumo de drogas, el análisis de la realidad previo a cualquier intervención será más difícil al no conocerse en profundidad las necesidades y, por lo tanto, los aspectos clave sobre los que intervenir (Moncada, 1997; Becoña Iglesias, 1999).

La mayoría de las intervenciones preventivas y sus problemas asociados deben, por tanto, basarse en modelos de probada eficacia para promover la adopción de estilos de vida saludables entre los menores más vulnerables. Son planteamientos teóricos respaldados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ampliamente evaluados y con evidencia de efectividad para la prevención del uso de drogas y los problemas relacionados con dicho uso (De Silva Rivera, A., Salvador Llivina, T. 2010).

No obstante, en el campo de las drogodependencias, “aunque se dispone de un gran número de teorías, algunas contrapuestas y otras complementarias para explicar los consumos de drogas y las drogodependencias, no siempre se han utilizado para la elaboración de los programas.



La selección de un modelo teórico explicativo de los problemas de drogas y del cambio en el comportamiento es un aspecto esencial de cualquier programa o intervención dirigida a la reducción de la demanda de drogas por varias razones:<sup>1</sup>

- Es esencial en el diseño de las intervenciones ya que permite identificar las variables que se relacionan con el consumo de drogas y/o la adicción y que por lo tanto deben ser modificadas por la intervención.
- Permite organizar de forma coherente toda la información disponible sobre los consumos de drogas y las drogodependencias y sus diferentes dimensiones, tratando de explicar las relaciones existentes entre todos los factores que confluyen en el mismo, explicando los motivos que llevan a las personas a consumir drogas y a mantener estos consumos.
- Sirve para identificar los posibles cambios o resultados que se generarán con la intervención, a corto y largo plazo, sobre las poblaciones en las que se incide.
- Es esencial para la correcta evaluación de las necesidades existentes y el establecimiento de las prioridades que deben ser abordadas con la intervención.

---

1 Sánchez Pardo, L. (2010).

Un modelo teórico es “la representación abstracta de las relaciones existentes entre los componentes lógicos, analíticos o empíricos de un sistema. Se trata de una expresión formalizada de una teoría o hipótesis causal, según la cual se considera que uno o varios fenómenos han generado los datos observados” (ALONSO, C. et al., 2004).<sup>2</sup>

Las aportaciones de los modelos teóricos han sido fundamentales para aportar evidencias que nos permitan afirmar que la prevención del consumo de drogas y de sus problemas asociados no ha sido un fracaso y que es posible conseguir cambios de comportamientos y de estilos de vida a largo plazo.

Un ejemplo evidente ha sido la reducción de la transmisión del VIH, la reducción de la prevalencia del tabaquismo, la reducción del consumo de alcohol antes de conducir un vehículo, etc., logros que han conseguido disminuir significativamente las tasas de mortalidad evitable y de morbilidad y que se han podido conseguir gracias a la puesta en marcha de políticas y de la aplicación de programas que promueven cambios conductuales y en los estilos de vida. En estos casos se dispone de suficiente evidencia para afirmar que estos avances están relacionados con el incremento de la difusión de conocimientos sobre los riesgos asociados con determinadas conductas, junto con los cambios de actitudes en la población y factores de protección encaminados a conservar la salud. Es por esto que los modelos teóricos permiten trabajar la dimensión cognitiva, aportando elementos indispensables para la prevención. Con diferentes énfasis y matices, todos los modelos permiten trabajar los factores cognitivos como elementos que intervienen en el cambio conductual (Mullen, Hersey, Iverson, 1987; Harrison, Mullen, Green, 1992; Glanz, Lewis, Rimer, 1997; Juárez et al., 1999; Soto Mas et al., 2002; Calafat Far et al., 2005<sup>a</sup>; Calafat Far et al., 2005b; Calafat Far et al., 2005c; Becoña Iglesias, 2000). De esta manera, estos modelos permiten utilizar los siguientes indicadores:<sup>3</sup>

---

2 ALONSO, C. et al., 2004. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Prevención de la A a la Z. Madrid. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

3 Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut, (2008). Libre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats.

- Indicadores de carácter conductual personal, como son los hábitos relacionados con la salud: el consumo de drogas (tipos de drogas consumidas, frecuencias, cantidades, edades de inicio, etc.), la asertividad, la capacidad para la toma de decisiones, las habilidades sociales, las habilidades de comunicación verbal, las habilidades de resolución de problemas y el afrontamiento de las dificultades, capacidades para elegir e interpretar indicios de carácter social, las habilidades de resistencia a la presión ambiental o del grupo, el manejo de la tensión o del estrés, la capacidad de adaptación a los nuevos retos, la autonomía, la relación con el ámbito escolar, la utilización del tiempo de ocio, el grado de implicación e interacción social, la utilización de recursos sociosanitarios, etc.
- Indicadores sobre conocimientos y creencias con las creencias relacionadas con los efectos (reales o percibidos) de las diferentes drogas, las creencias sobre la extensión del consumo de cada una de las sustancias psicoactivas (generalmente sobredimensionadas entre los jóvenes), el conocimiento sobre las consecuencias reales del consumo y el abuso de cada una de las drogas, la percepción y la interiorización de los riesgos asociados al consumo de cada sustancia, las creencias sobre las reglas sociales relacionadas con la conducta social, etc.
- Indicadores de carácter actitudinal como son las oportunidades percibidas, las intenciones sobre comportamientos futuros, las habilidades para conocer e interiorizar las normas sociales, el pensamiento crítico hacia las presiones para consumir drogas, las actitudes hacia el consumo de cada una de las drogas, la identificación normativa o que confirman las normas sociales relacionadas con el consumo de las diversas drogas, respecto a la salud personal y el propio cuerpo, respecto a las diferencias que presentan las otras personas (físicas, culturales, religiosas, lingüísticas, etc).

- Indicadores de carácter afectivo y emocional, como el control emocional, la percepción de autoeficacia, la autoestima, las habilidades para identificar, expresar y manejar sentimientos, el control de los impulsos, el desarrollo de vínculos y compromisos emocionales en el entorno propio (familia, amistades, etc.).
- Indicadores de modelado, como por ejemplo la influencia de los modelos del entorno más cercano (padre, madre, grupo de amigos, etc.) la influencia de los modelos de mayor edad (educadores, hermanos mayores u otros adultos relevantes del entorno familiar, etc.) la influencia de los modelos sociales de referencia (cantantes, actores de cine, etc.)
- Indicadores de carácter conductual familiar, como la influencia de estilos de gestión familiar de los padres hacia los hijos, la consistencia de las normas en las relaciones familiares, la disponibilidad de dinero por parte de los hijos (cantidad de asignación económica y condiciones relacionadas con la paga semanal), el tiempo de ocio compartido con los pares de amigos y las actividades a las que se dedica, etc.

Es habitual que los programas de reducción de la demanda de drogas se apoyen en varios modelos teóricos ya que no se dispone de teorías capaces de explicar en su totalidad el comportamiento humano.

A continuación se describen brevemente los modelos teóricos que se consideran más relevantes para explicar el consumo de drogas entre los menores vulnerables y la influencia que sobre esta conducta ejercen los diferentes factores de riesgo y protección.



# MODELOS TEÓRICOS MÁS RELEVANTES SOPORTE DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA SECUNDARIA E INDICADA

(Resumen adaptado de Sánchez Pardo, L. (2012); (De Silva Rivera, A., Salvador Llivina, T. 2010); Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008) Libre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats).

# 5.1. MODELOS SOCIOCOGNITIVOS

El marco teórico socio-cognitivo es el que mayor número de modelos e influencia ha tenido en la comprensión de los comportamientos relacionados con las drogodependencias. Todos estos modelos han ido surgiendo a partir o en relación al modelo general sobre el aprendizaje social propuesto a mediados del s. XX (Miller & Dollard, 1941) y ampliamente desarrollado desde los años 60 (Bandura, 1963).

## Teoría del aprendizaje social de Bandura

Parte del modelo genérico de la influencia social, propuesta por (Bandura & Walters, 1963; Bandura, 1977; 1982) y desarrollado ampliamente durante cerca de 30 años en el ámbito específico de la prevención del consumo de drogas por (Botvin et al., 1990; Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996; Oetting, Donnermeyer, Deffenbacher, 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting et al., 1999; Becoña, 1990; 2002).

### Premisas fundamentales de la teoría

El modelo explica el comportamiento humano como el resultado de una interacción continua entre influencias de carácter cognitivo, comportamental y ambiental. Se reconoce y enfatiza el peso clave del entorno social en las decisiones sobre el consumo de drogas. Parte de la premisa de que los humanos somos seres cognitivos (procesadores activos de información), que pueden pensar sobre las relaciones entre su comportamiento y las consecuencias del mismo.

Los procesos que condicionan el aprendizaje humano son observacionales, e incluyen:

- A. **Atención:** para distinguir, dar valor emocional, medir la complejidad, valorar la extensión, medir la funcionalidad y observar las características y el impacto de cualquier evento.
- B. **Retención:** de la información observada, incluyendo códigos simbólicos, organización cognitiva, así como ensayo simbólico y motriz.
- C. **Reproducción motriz:** de la información procesada, incluyendo capacidades físicas, auto-observación de lo reproducido y observación de las consecuencias de la acción realizada.
- D. **Motivación:** para repetir la conducta aprendida, incluidas la motivación externa, la vicaria y la interna (auto-refuerzo).

Esta teoría comprensiva de la conducta humana considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario u observacional), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona. La conducta sería el resultado de la interacción de estos tres factores, actuando todos a un tiempo.

Considera las actitudes y las conductas del entorno inmediato en que se desenvuelve la persona desde su nacimiento hasta la adolescencia como un proceso compuesto por varias etapas en las cuales se establecen los vínculos emocionales. Además de considerar estas influencias, se tienen igualmente en cuenta aquellos factores que pueden interactuar con otros aspectos de la personalidad, tales como: la autoeficacia percibida o factores contextuales más generales como pueden ser el precio de las sustancias, la accesibilidad y otros factores macrosociales relacionados con las drogas.

La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.



Estas cogniciones se acumulan a través de la interacción social a lo largo del desarrollo y mediante las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo.

Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (ej., para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.

Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas.

### Componentes del modelo

- Conducta.
- Factores personales y cognitivos.
- Influencias ambientales externas.

### VARIABLES QUE PERMITE TRABAJAR EL MODELO

- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el entorno familiar.
- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el grupo de iguales.
- Disponibilidad de las sustancias.
- Habilidades sociales y personales que mejoran la competencia social de las personas.
- Conocimientos: información sobre los principales determinantes de la salud, los estilos de vida que la fomentan y aquellos factores que la ponen en riesgo.

- Percepciones sobre las sustancias y sus efectos.
- Corrección de ideas erróneas o mitos sobre la salud y las drogas.
- Expectativas y atribuciones sobre el consumo de drogas.
- Valores (promoción de la salud, cuidado de la salud, respeto a las diferencias, etc.).

## Implicaciones para la prevención

El modelo propone adoptar un enfoque multidimensional y pluridisciplinar. El objetivo del modelo es trabajar valores, habilidades para la vida y conocimientos.

**Conocimientos:** permite incluir la información clave sobre los principales determinantes de la salud; sobre estilos de vida que fomentan los factores que la ponen en riesgo; sobre la corrección de ideas erróneas o mitos y la identificación de influencias externas que pueden empeorar o poner el peligro una vida más plena y autónoma.

**Valores:** permite integrar la promoción y el respeto hacia la salud personal y con el propio cuerpo; la consideración y el respeto a la diferencia (cultural, religiosa o física de cada persona, etc.), el respeto a los valores democráticos que fomentan respetar el punto de vista de los otros; atención a la igualdad entre los géneros y la consideración de la perspectiva de género.

**Habilidades:** con relación al entrenamiento en habilidades sociales y de vida, permite trabajar aspectos como: la asertividad, la autonomía personal, la toma de decisiones y la comprensión de las consecuencias esperables de las decisiones adoptadas, la autoeficacia, la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones o retos, el conocimiento de los recursos y limitaciones propios, la empatía, el manejo de los sentimientos y las emociones, el pensamiento creativo, el pensamiento crítico, la identificación de presiones externas, la responsabilidad personal, la autoestima, la capacidad para la resolución de problemas o conflictos, la tolerancia, la cooperación y en

general todas aquellas habilidades que mejoran las competencias sociales de las personas.

El entrenamiento de estas HHSS se realizará utilizando métodos interactivos de educación, es decir, utilizando técnicas que requieran la implicación activa de los jóvenes para lograr el aprendizaje: considerando los intereses de los jóvenes como punto de partida para iniciar el aprendizaje, la experimentación empírica, el trabajo de campo, la consulta de fuentes primarias de información, la mediación de los educadores, el fomento del espíritu crítico, las actitudes democráticas, la incorporación de actividades participativas y del trabajo en grupo, etc.

Se trata de un modelo que, ha constituido la base directa o ha servido de referencia, para un amplio número de propuestas teóricas en prevención del abuso de drogas y problemas asociados (Becoña Iglesias, 1999; Becoña Iglesias, 2002b). Entre ellos destaca:

- La teoría cognitiva social (Botvin et al., 1990).
- El modelo evolutivo de Kandel (Kandel, 1975; Kandel & Davis, 1992).
- El modelo general integrado del uso de drogas (Botvin, 1999).
- El modelo de desarrollo social (Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996).
- La teoría de la socialización primaria (Oetting, Donnermeyer & Deffenbacher, 1998; Oetting, Deffenbacher & Donnermeyer, 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting, 1999).
- La teoría de la influencia triádica (Flay & Petraitis, 1994).

Se señalan a continuación las teorías más relevantes que enmarcan las intervenciones preventivas selectivas e indicadas.

Aunque con diferentes énfasis, estas teorías ofrecen un marco conceptual comprensivo y multicausal –sin negar una base biológica en las conductas humanas– que explica cómo, fundamentalmente, las dinámicas implicadas en el inicio y mantenimiento del uso de drogas son de carácter cognitivo y, se presentan mediadas, por la influencia de factores interpersonales, sociales y culturales que modelan las conductas mediante procesos motivacionales, aspectos de personalidad y auto-eficacia percibida (De Silva Rivera, A., Salvador Llivina, T. 2010).

Por ello, se trata de modelos que incorporan:

- El entrenamiento en habilidades sociales (cognitivo-conductuales).
- La intervención en el entorno inmediato de las personas (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad).
- La educación en valores de respeto (propio y hacia las demás personas).
- El conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de drogas.

## Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor

JESSOR, R. y JESSOR, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. Nueva York: Academic Press.

JESSOR, R. (1992). Risk behavior in adolescence: Psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), Adolescent at risk: Medical and social perspectives (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.

### Premisas fundamentales de la teoría

El consumo de drogas y otras conductas problemáticas se explican en base a tres sistemas básicos: la personalidad, el ambiente y la conducta, cuya interrelación genera un estado dinámico denominado “predisposición a la conducta problema”.

Se señala también la importancia de las variables antecedentes que influyen en los distintos sistemas y que incluyen tanto variables sociodemográficas (tales como la educación de los padres, su ocupación, la religión y la estructura familiar) como el proceso de socialización (que incluye la influencia de la ideología de los padres, el clima familiar, así como la influencia de los iguales y de los medios de comunicación).

Generalmente las conductas problemáticas de los adolescentes están interrelacionadas, formando parte de un mismo “síndrome de desviación” o de un mismo estilo de vida, por lo que es necesario no parcializar esfuerzos y de abordar la intervención sobre el conjunto de conductas problemáticas de un modo unificado.

## Componentes del modelo

La red causal que puede explicar la conducta de riesgo en los adolescentes está constituida por cinco dominios, cada uno de los cuales incluye factores de riesgo y de protección:

**Características demográficas:** educación, ocupación y religión del padre; educación, ocupación y educación de la madre; estructura familiar.

**Socialización:** ideología parental; clima familiar; influencia de los iguales; influencia de los medios de comunicación.

**Sistema de personalidad:** Estructura de instigación-motivacional; estructura de creencias personales; estructura de control personal.

### Sistema del ambiente percibido:

Estructura distal (apoyo parental, controles parentales, apoyo de los amigos, etc.).

Estructura próxima (conducta problema aprobada por los padres o los amigos, etc.).

Sistema de conducta: estructura de la conducta problema y estructura de conducta convencional.

## VARIABLES QUE PERMITE TRABAJAR EL MODELO

- Clima familiar.
- Expectativas de éxito en el sistema escolar y rendimiento escolar.
- Autoestima.
- Inconformismo.
- Alienación (“alejamiento”) respecto de la sociedad convencional.

- Tolerancia hacia la desviación.
- Apoyo percibido por parte de los padres.
- Apoyo percibido por parte de los amigos.
- Control percibido por parte de los padres y por parte de los amigos.
- Influencia ejercida por parte de los padres y los amigos.
- Presencia de consumos de drogas y otras conductas desviadas en contextos psicosociales próximos.
- Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas prevalencia y otras conductas desviadas en contextos psicosociales próximos y a la aceptación de la conducta problema.
- Disciplina familiar.
- Variables relacionadas con el autocontrol: impulsividad, búsqueda de sensaciones y demora de la gratificación.

### Implicaciones para la prevención

Modelo multivariado en torno a la conducta desviada que considera los factores de riesgo y los factores de protección que se asocian a cada componente y pueden atenuar la acción de aquellos, permitiendo explicar por qué algunos adolescentes situados en altos niveles de riesgo no llegan a implicarse en conductas de este tipo o las abandonan antes de que lleguen a causar problemas graves.

# Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein

FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1972). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.

FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.

## Premisas fundamentales de la teoría

Se argumenta la relación existente entre las actitudes de una persona y sus comportamientos.

Plantea que el factor determinante de las conductas son las intenciones de la persona de realizarlas y esta intención es el resultado de la interacción entre:

- La actitud personal que va a hacer que se lleve a cabo la conducta (basada en las creencias sobre las consecuencias que se pueden producir, es decir, en las expectativas).
- La percepción personal sobre la presión social (también denominada la presión normativa para realizar la conducta).
- El sentimiento de control percibido sobre la propia conducta sin el cual los dos factores anteriores no determinarían la conducta.

Así, la percepción de poder desenvolver la conducta o la creencia de controlar la misma es un elemento tan importante como los dos anteriores.

En este marco, las creencias devienen en relaciones estables entre el objeto de la actitud y sus atributos (expectativas) las cuales unidas a la valo-



ración de estos atributos conforman lo que esta teoría denomina componente actitudinal.

Mientras la percepción de control está integrada por un conjunto de variables personales externas e internas como son:

La oportunidad de actuar, el momento en la conducta se puede llevar a término, las facilidades o los obstáculos que otras personas pueden interpretar... (Variables externas a las personas).

La percepción de las habilidades propias, la eficacia percibida para realizar el comportamiento, la seguridad en las habilidades personales de carácter general y social, etc. (Variables internas).

### Componentes del modelo

La actitud (determinada por las creencias o la información que tiene la persona sobre las drogas).

- Las creencias conductuales.
- La evaluación de las creencias conductuales.
- La norma subjetiva.
- Las creencias normativas.
- La motivación a acomodarse.
- La intención conductual.
- La conducta.

## Variables que permite trabajar el modelo

- Factores cognitivos: conocimientos (nivel de información) sobre las sustancias y las consecuencias de su uso y abuso.
- Normas reguladoras de los consumos (en particular del tabaco y el alcohol).
- Creencias normativas sobre el consumo.
- Actitudes personales hacia las sustancias y su consumo (aceptación o rechazo).
- Actitudes dominantes en el grupo de iguales hacia el consumo de drogas.
- Aceptación del consumo por parte de los pares.
- Atribuciones asociadas al consumo (consecuencias positivas y negativas atribuidas al consumo).
- Percepción sobre las normas sociales existentes en relación al consumo.
- Expectativas de consumo (propias o de otras personas relevantes).
- Conductas de consumo de drogas.
- Percepción del control sobre la conducta.

## Implicaciones para la prevención

Actuar sobre el componente de las actitudes, proporcionando información que pueda cambiar las creencias sobre las consecuencias del uso de las sustancias y modificar las creencias normativas de los adolescentes y jóvenes hacia las drogas.

## Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins

CATALANO, R.F. y HAWKINS, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp.198-235). Nueva York: Cambridge University Press.

### Premisas fundamentales de la teoría

Este modelo intenta dar explicación a un amplio conjunto de conductas antisociales, entre ellas el uso de drogas ilegales.

La conducta prosocial y la conducta problema, para este modelo, se originan a través de los mismos procesos y dependerán de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando el individuo adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial y si ocurre a la inversa aparecerá un comportamiento antisocial.

Dos premisas son clave en este modelo: las personas buscamos la satisfacción y nos implicamos en unas conductas u otras en función de la satisfacción que esperamos obtener de ellas y, por otro lado, en la sociedad existe un consenso normativo.

El niño/a aprende los patrones de conducta, ya sean prosociales o antisociales, de los agentes de socialización (la familia, la escuela, el grupo de iguales, el grupo religioso y otras instituciones comunitarias) y va generando vínculos con entornos prosociales que ayudan a inhibir la aparición de conductas desviadas, pero también se crean lazos con medios antisociales que promueven la aparición de conductas problema. El resultado final dependerá de la fuerza relativa de esos dos procesos: si los vínculos prosociales tienen más peso no se desarrollan conductas antisociales, si los vínculos antisociales son los predominantes, aparece la conducta desviada.

## Componentes del modelo

Oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial.

- Implicación en actividades y/o conductas e interacciones (prosociales o antisociales).
- Habilidades para la interacción e implicación.
- Refuerzo percibido de las actividades y conductas (prosociales o antisociales).
- Apoyo y compromiso hacia otros prosociales/antisociales y actividades prosociales/antisociales.
- Creencia en el orden moral o en los valores antisociales.

## Variables que permite trabajar el modelo

- Interacción e implicación con el medio social.
- Habilidades y recursos personales para desarrollar esas interacciones.
- Relación/interacción con personas con conductas desviadas.
- Habilidades cognitivas, emocionales y conductuales.
- Habilidades sociales y de afrontamiento.
- Vinculación afectiva con los padres.

## Implicaciones para la prevención

Cada ingrediente o paso del modelo pueden ser elementos potenciales de intervención. Para intervenir se requerirán actuaciones multicomponentes, que afecten a los distintos constructos/componentes de influencia. Las intervenciones deben adecuarse a cada etapa del desarrollo madurativo de los niños y adolescentes.

## Teoría de la socialización primaria de Oetting y col.

OETTING, E.R. y DONNERMEYER, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. Substance Use & Misuse, 33, 995-1026.

### Premisas fundamentales de la teoría

La premisa fundamental de esta teoría es que, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, la conducta humana es esencialmente aprendida o tiene componentes esenciales que son aprendidos, incluidas las conductas antisociales o desadaptadas como el uso de drogas. Por lo tanto, la desviación no es simplemente una situación anómala que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales, sino que tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de socialización primaria.

La socialización es el proceso por el que se aprenden normas y conductas sociales, que se realiza a través de la familia, la escuela y el grupo de iguales, siendo la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria la que determina las conductas normativas o desviadas.

Los rasgos personales (las características físicas, emocionales y sociales de los adolescentes) ejercen una influencia indirecta en la socialización primaria, actuando como factores de riesgo o protección respecto al consumo de drogas o la conducta desviada. Existen otras fuentes de socialización secundaria (la comunidad, la familia extensa, etc.) que también ejercen influencia en estas conductas.

## Componentes del modelo

*Fuentes de la socialización primaria que influyen sobre el individuo:* familia, escuela y grupo de iguales.

*Influencias indirectas en la socialización primaria:* rasgos de personalidad.

## Variables que permite trabajar el modelo

- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el entorno familiar y en el grupo de iguales.
- Actitudes hacia el consumo de drogas (personales y en el entorno social próximo).
- Relación con iguales con conductas desviadas.
- Relaciones familiares (clima familiar, etc.).
- Normas y valores.

## Implicaciones para la prevención

Analiza la influencia que las distintas instancias de socialización ejercen como reguladoras del consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en distintas etapas del desarrollo, identificando diversas estrategias para lograr el abandono de dichas conductas.

## 5.2. MODELO ECOSISTÉMICO

BRONFENBRENNER, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.

### Premisas fundamentales del modelo

La progresiva y mutua acomodación entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que se desenvuelve, es decir, las interconexiones entre distintos entornos y las influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios.

Permite comprender la compleja y permanente interacción de las personas con su ambiente, operativizada en el concepto de red social. Entiende al sujeto inmerso en una serie de espacios de relación, más o menos cercanos, sobre los que es preciso intervenir de forma conjunta, si se quiere conseguir una mejora en su calidad de vida, y que van desde la familia, la escuela y el grupo de amigos, hasta las condiciones macrosociales, políticas y económicas.

Los espacios más cercanos donde se mueve una persona serían primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y los más lejanos serían las condiciones macrosociales, políticas y económicas. Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de las personas de forma más o menos directa, interrelacionándose entre sí, de modo que el cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los otros. Por tanto, todos tienen que ser considerados para entender un fenómeno con un claro componente social como el de las drogodependencias.

## Componentes del modelo

Existen cuatro niveles o sistemas que operarán en concierto, afectando directa e indirectamente sobre el desarrollo de las personas:

- **Microsistema:** constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia).
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente.
- **Exosistema:** lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo.
- **Macrosistema:** lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

## Variables que permite trabajar el modelo

- **Intervenciones con la familia:** habilidades parentales (comunicación, normas y límites, resolución de conflictos familiares, etc. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el entorno familiar.
- Integración escolar y rendimiento académico.
- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el grupo de iguales. Afrontamiento de la presión del grupo hacia el consumo.
- Disponibilidad de las sustancias en el entorno.
- Habilidades sociales y personales que mejoran la competencia social de las personas.
- Corrección de ideas erróneas o mitos sobre la salud y las drogas y creencias normativas.
- Expectativas y atribuciones sobre el consumo de drogas en el grupo de iguales y en el modelo de ocio dominante.



- Actitud crítica frente a los modelos culturales que incitan el consumo de drogas a través de la publicidad, medios de comunicación, modelos de ocupación del ocio asociados al consumo de drogas...

### Implicaciones para la prevención

Este modelo recoge la importancia de orientar la intervención hacia la interacción de la persona con su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles en los que se desenvuelve. A nivel práctico el modelo persigue:

- Potenciar las características personales que permitan una adaptación y/o modificación del entorno, según las necesidades de cada persona.
- Intervenir en todos los niveles, desde el personal hasta el macrosocial, para potenciar los factores protectores y minimizar los factores de riesgo.

## 5.3. EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

**Modelo PRECEDE** (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) **PROCEED** (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development).

(Prochaska i Di Clemente, 1982; Prochaska i Di Clemente, 1983; Prochaska & Prochaska, 2004).

Prochaska et al., 1982; Prochaska & Velicer, 1997; Grimley et al., 1997; Prochaska, 1999; Redding et al., 2000; Velicer et al., 2000; Prochaska, Prochaska, Levesque, 2001; Cummins et al., 2004; Prochaska & Prochaska, 2004).

### Premisas fundamentales de la teoría

Modelo validado durante más de dos décadas, especialmente en el campo de la prevención selectiva, indicada y determinada del consumo de drogas.

También denominado Modelo de los estadios del cambio, considera el desarrollo de un comportamiento relacionado con la salud y el consumo de drogas como un proceso cíclico en el cual la persona pasa de una fase de consonancia de la conducta a modificar, a una fase de disonancia hacia aquel comportamiento y que poco a poco se acabará produciendo el cambio esperado.

Parte de la premisa de que los resultados de la educación para la salud, entendidos en términos de conocimientos y comportamientos esperados, dependen de variables de participación, determinación y cooperación voluntaria por parte de cada persona. Al mismo tiempo, la intervención educativa ha de realizarse partiendo del diagnóstico de la situación problema que se quiere modificar en un grupo de población concreta.

Este enfoque conceptual es multidimensional y utiliza los principales métodos aportados de la ciencia del comportamiento, la epidemiología, la planificación, la gestión y la educación.

Como tal, considera que los comportamientos saludables son el resultado de múltiples factores (del entorno y de la persona) que hay que evaluar antes de iniciar cualquier intervención preventiva, sea universal, selectiva o indicada.

La fase de disonancia está integrada por cinco estadios, pasos o subetapas consecutivas:

1. Precontemplación (el cambio puede tener alguna cosa positiva).
2. Contemplación (probablemente el cambio será bueno para mí).
3. Preparación (valdría la pena intentar cambiar, qué podría hacer para intentarlo).
4. Acción (inicio de un intento serio y planificado de cambio que puede ser único y reiterado para si no se ha conseguido el cambio en el primer intento).
5. Mantenimiento (desarrollo de estrategias para mantener y consolidar el cambio).

Desde el punto de vista operativo, el modelo propone 9 etapas para su aplicación organizadas en una secuencia lógica.

Los 5 primeros son de diagnóstico (PRECEDE):

1. Diagnóstico social sobre las necesidades preventivas percibidas en el entorno.
2. Diagnóstico epidemiológico de la situación y los problemas relacionados con las drogas más frecuentes en la población diana.

3. Diagnóstico de los comportamientos y de los entornos donde se producen.
4. Diagnóstico de los condicionantes de las conductas, es decir, de aquellos factores que los predisponen, los refuerzan, los facilitan y les afectan: necesidades, percepciones, conocimientos, creencias, valores y actitudes de la población con que se va a trabajar.
5. Diagnóstico de las políticas y de las capacidades institucionales (gerenciales y administrativas) disponibles para desarrollar las actuaciones y los programas preventivos.

Las 4 etapas restantes se corresponden con la ejecución y la evaluación de la intervención (PROCEED):

6. Implementación de las acciones preventivas.
7. Evaluación de los procesos.
8. Evaluación de los resultados.
9. Evaluación del impacto.

## Componentes del modelo

Diagnóstico de la situación problema que se quiere modificar en un grupo de población concreta.

- Factores del entorno y personales.
- La participación, determinación y cooperación voluntaria por parte de cada persona para lograr el cambio.
- Estadios del cambio.
- Utilización de métodos aportados de la ciencia del comportamiento, la epidemiología, la planificación, la gestión y la educación.

## VARIABLES QUE PERMITE TRABAJAR EL MODELO

- Factores cognitivos: conocimientos (nivel de información) sobre las sustancias y las consecuencias de su uso y abuso.
- Normas reguladoras de los consumos.
- Creencias normativas sobre el consumo.
- Actitudes personales hacia las sustancias y su consumo (aceptación o rechazo).
- Actitudes dominantes en el grupo de iguales hacia el consumo de drogas.
- Aceptación del consumo por parte de los pares.
- Atribuciones asociadas al consumo (consecuencias positivas y negativas atribuidas al consumo).
- Percepción sobre las normas sociales existentes en relación al consumo.
- Expectativas de consumo (propias o de otras personas relevantes).
- Conductas de consumo de drogas.
- Percepción del control sobre la conducta.

## IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

Este modelo ofrece un marco para el desarrollo sistemático y la evaluación de actuaciones y programas de educación para la salud. Es útil para la planificación y la aplicación de estrategias de prevención selectiva, indicada y determinada, ya que permite promover cambios culturales globales hacia la adopción de estilos de vida más saludables, tanto como el soporte para el cambio en el ámbito individual.

## 5.4. MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO

Room, 1980; Rinaldi et al., 1988; Goodstadt, 1989; Jonas, 1991; Watson, 1991; Newcombe, 1992; Petosa, 1992; Reuter & Caulkins, 1995; Drucker, 1995; Leschner, 1997; Marlatt, 1998).

UCHTENHAGEN A., SCHAUB M. (2011). Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS – Final report. Research Institute for Public Health and Addiction a WHO collaborating center affiliated to Zurich University.

FINEBERG, 1988; MARSHALL & JOSEPH, 1988; CATANIA, KEGELES, COATES, 1990; EHRHARDT ET AL., 1992; BANDURA, 1994; LACOSTE, 1995; STRYKER ET AL., 1995; FISHBEIN, 1998; FISHBEIN, 2000).

### Postulados básicos del modelo

Con el incremento del consumo de drogas en contextos de ocio en los últimos años, este planteamiento ha evolucionado hacia una concepción que se extiende más allá del objetivo estricto de la reducción del daño y se plantea la reducción o minimización de los riesgos asociados al consumo.

Parte de la consideración de que, por razones diversas, algunas personas quieren consumir drogas asumiendo los potenciales riesgos que dicho consumo pueda conllevar. Y ante este hecho hay que promover el desarrollo de estilos de vida y de conductas que contribuyan a que el consumo resulte lo más seguro y lo menos arriesgado posible, y no llegue a plantear daños irreversibles. Se desarrolla como una alternativa propuesta desde el campo

de la salud pública a una política punitiva y sancionadora del consumo de drogas y basada en la utilización de criterios morales.

Propone, por tanto, una aproximación éticamente neutral al uso de drogas, así como de respeto, aceptación, apoyo y promoción de las capacidades personales de quienes consumen sustancias psicoactivas. Dicha aproximación no plantea como objetivo principal la abstinencia y se centra en la prevención, entendida como la minimización de los problemas relacionados con el uso de drogas. Reconoce que para conseguir dichos objetivos, juegan un papel clave las personas consumidoras.

Las intervenciones de reducción de los riesgos se dirigen a los consumidores de drogas que aún no son adictos. Se excluyen las intervenciones destinadas al conjunto de la población o a grupos específicos de la misma que tienen por objetivo reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección para evitar, retrasar o reducir el consumo de drogas entre otros problemas, al considerar que tales intervenciones forman parte del campo de la prevención. También se excluyen las intervenciones dirigidas a los drogodependientes, que se enmarcarían en el ámbito del tratamiento o de la reducción de los daños, según el énfasis que se ponga en el abandono o en la disminución del abuso de drogas o de los problemas que éste ocasiona.

## Componentes del modelo

Dentro del modelo de reducción de riesgos es posible diferenciar dos enfoques, en función del grado de riesgo de los destinatarios de las acciones, que por lo general se utilizan de forma combinada para potenciar sus efectos:

- Políticas, programas y actuaciones cuyo objetivo es reducir la probabilidad de consecuencias o efectos no deseados por el consumo de drogas (riesgos) en el conjunto de la población, independientemente de su nivel de riesgo.
- Intervenciones que pretenden reducir riesgos en consumidores de drogas, modificando su comportamiento.

## Variables que permite trabajar el modelo

Se plantea como un modelo de intervención en el ámbito del uso de drogas y en este campo, hasta ahora, se ha utilizado para:

- La prevención de la infección por VIH relacionada con el uso de drogas y las prácticas sexuales de riesgo.
- La minimización de los riesgos asociados al uso de drogas legales, especialmente del alcohol; siendo ejemplos de ello los programas que promueven la modificación de pautas de consumo de tabaco o alcohol, la reducción de las cantidades de alcohol y tabaco consumidas, la práctica del “conductor designado”, la provisión de transporte público nocturno y alternativo al uso del vehículo privado, la formación preventiva de los responsables de locales de dispensación de bebidas alcohólicas, la creación de espacios libres del humo del tabaco, las prácticas sexuales de riesgo bajo la influencia del alcohol u otras drogas, la restricción de la oferta de bebidas alcohólicas.
- La minimización del riesgo asociado al uso de drogas recreativas en contextos de ocio.

## Implicaciones para la prevención

Desde el punto de vista operacional, la finalidad del modelo es reducir las consecuencias más graves e inmediatas del consumo de drogas entre las personas consumidoras y articular un enfoque multisectorial y multidisciplinar para:

- Hacer llegar las intervenciones preventivas allí donde las personas consumidoras se encuentran.
- Ofrecer servicios y recursos preventivos atractivos y de baja exigencia, adaptados a las características de la población beneficiaria.
- Priorizar el bienestar de las personas consumidoras y que les ofrezca información objetiva sobre todo lo relacionado con las drogas y su uso.



- Considerar y promover, a través de la educación, la provisión de recursos y servicios, el desarrollo de las capacidades personales de valoración, cambio de actitudes y toma de decisiones de las personas consumidoras (empowerment).
- Desarrollar medidas para ayudar a las personas en situación de riesgo.
  - Proporcionar servicios y recursos atractivos y adaptados a las necesidades, estilos de vida, entornos y características de las personas consumidoras.
  - Ofrecer servicios y recursos de baja exigencia en contraposición con los servicios tradicionales de alta exigencia (abstinencia).
  - Ofrecer opciones preventivas sobre la base de una jerarquización de riesgos.

**MODELOS TEÓRICOS  
MÁS RELEVANTES  
SOPORTE DE LA  
INTERVENCIÓN  
TEMPRANA Y  
PREVENCIÓN  
INDICADA**

# 6.1. ENFOQUES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Las intervenciones individualizadas con un enfoque más terapéutico (prevención indicada) se han sustentado en tres tipos de teorías o enfoques fundamentalmente:<sup>1</sup>

## Biológicos

### Origen de las adicciones

Factores de carácter biológico, muchos de ellos de tipo genético.

### Explicación de la dependencia a las drogas

Determinados déficits o trastornos endógenos de tipo biológico, que directa o indirectamente abocan a ciertas personas al consumo de sustancias, como forma de aliviar o paliar ciertos síntomas producidos por estos trastornos (“hipótesis de la automedicación”).

La predisposición genética (“Modelo de enfermedad”) que provoca una mayor susceptibilidad de determinadas personas a la dependencia a las drogas.

Los efectos farmacológicos de las sustancias sobre el cerebro, a través de su acción sobre los sistemas de recompensa cerebral (“Modelo de exposición”) y la neuroadaptación.

---

1 Sánchez Pardo, L. 2011.

## Aspectos centrales de la intervención terapéutica

El uso de fármacos, en particular para el manejo de los procesos de desintoxicación y deshabitación, así como para el tratamiento de ciertos síntomas asociados a la dependencia a las drogas (tratamiento de la comorbilidad de tipo físico o mental asociada).

Los tratamientos farmacológicos facilitan la desintoxicación de los pacientes, tratan síntomas provocados por la intoxicación, apoyan la deshabitación (prevención de recaídas, control del craving, etc.), se utilizan para provocar la aversión al consumo o el bloqueo de ciertos efectos de las drogas, sirven de base a estrategias de sustitución del consumo de drogas obtenidas en el mercado ilegal por otras sustancias controladas y también para tratar determinados problemas de tipo orgánico o mental asociados a la dependencia o derivados de la abstinencia a las mismas.

## Psicológicos

### Explicación de la dependencia a las drogas

- Determinadas características o rasgos personales.
- Los procesos de socialización.
- Los aprendizajes sociales.
- Las dificultades de adaptación al entorno social.

### Aspectos centrales de la intervención terapéutica

Tratamientos de las adicciones de carácter conductual que persiguen: incrementar la motivación de los sujetos para abandonar el consumo de drogas; lograr que se comprometan con el proceso de tratamiento y se mantengan abstinentes; modificar sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de drogas e incrementar sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que puedan desencadenar una recaída.

## Integrativas: Modelo Biopsicosocial

ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

### Origen de las adicciones

Consideración de la drogodependencia como un fenómeno con un origen multifactorial, una conducta regulada por factores biológicos, psicológicos y sociales y un impacto multidimensional.

La conducta adictiva o la drogodependencia es el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado, que ejercen una influencia diferencial en cada sujeto.

El sujeto en constante interacción con el entorno aprende comportamientos que con el tiempo consolida en forma de normas de actuación, de tal manera que su evolución tienda a ser adaptativa.

En ese proceso de aprendizaje interactúan tres variables fundamentales: biológicas, psicológicas y sociales.

La dependencia no sólo comporta problemas físicos, sino que tiene importantes repercusiones en el ámbito psíquico individual, así como en el ámbito familiar y socio-laboral.

### Explicación de la dependencia a las drogas

Se superan visiones reduccionistas sobre la génesis de las adicciones y se apuesta por teorías integradoras: resultado de la interacción, en un determinado momento, de factores biológicos o genéticos, psicológicos, sociales y culturales, que ejercen una influencia específica en cada sujeto.

En las drogodependencias intervienen tres actores básicos: la persona, la sustancia y el entorno que deberán ser tomados en consideración a lo largo de la intervención, tomado en consideración no sólo al individuo, sino también la familia y su entorno social más inmediato.

### Aspectos centrales de la intervención terapéutica

Se destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social.

Es necesario intervenir en todos los factores o elementos que condicionan la dependencia a la sustancia y que inciden en la continuidad o superación de la misma.

En cada persona, los factores que están en el origen de la adicción, tendrán una influencia o peso cambiante. Por tanto, las intervenciones preventivas indicadas deben ser personalizadas.

Se precisa un abordaje interdisciplinar de las drogodependencias, por tanto, con equipos multidisciplinarios y debe complementarse con la asistencia a los problemas sanitarios, sociales y psicológicos que presenten los sujetos.

El proceso de incorporación social lo realiza el sujeto con el acompañamiento y el apoyo social necesario, correspondiendo a los profesionales que colaboran en el mismo una labor de acompañamiento y asesoramiento, dirigida a ayudar a la persona afectada a hacer un buen uso de sus propias capacidades.

## 6.2. ENFOQUE TERAPÉUTICO PSICOLÓGICO

Las principales modalidades de intervención indicada desde un **enfoque psicológico** utilizadas en el campo de las drogodependencias (BECOÑA, E. CORTÉS, T. et al.)<sup>2</sup>, y que resultan más pertinentes y efectivas con los menores vulnerables y que pueden ser desarrolladas en distintos entornos (centros ambulatorios, centros residenciales, etc.), se señalan a continuación (Sánchez Pardo, L. 2012).

### Entrevista y Terapia Motivacional

#### Premisas fundamentales del enfoque

Estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norsross 1992)<sup>3</sup>.

La entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de elección.

Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas personales, haciendo que perciba su posible beneficio y que el cambio se podrá afrontar con ciertas expectativas de éxito.

---

2 BECOÑA, E. CORTÉS, T. et al. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

3 PROCHASKA, J.O. DICLEMENTE, C.C. y NORCROSS, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114.

## Componentes clave de la técnica

Evitar la confrontación con el sujeto y facilitar que verbalice motivos de preocupación por su conducta.

Se trata de un enfoque poco directivo que propone la identificación de los problemas, estimular la motivación, la colaboración con el sujeto en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de sus puntos de vista del paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del sujeto, y un proceso progresivo de cambio respetando el ritmo de cambio del propio sujeto (fases del cambio secuenciadas con objetivos a corto plazo consensuados).

## Evidencia sobre el enfoque<sup>4</sup>

La entrevista motivacional es más eficaz que la ausencia de tratamiento, si bien sus efectos decaen con el tiempo. A los 12 meses tiene una pequeña pero significativa eficacia.

Está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio antes de iniciar una intervención, por lo tanto, es muy pertinente en menores vulnerables con consumo de drogas normalmente reacios al cambio. Asimismo, puede estar más indicada para cierto tipo de sujetos como es el caso de consumidores con un mayor deterioro cognitivo, con carencias extremas que no tienen hogar, o consumidores de drogas por vía intravenosa que no tienen intención de abandonar el consumo, disminuyendo en estos dos últimos casos el consumo de drogas y mejorando los síntomas psicopatológicos de los pacientes.

Este tipo de intervenciones no son suficientes por sí solas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados, siendo los pacientes menos motivados los que resultan más beneficiados del uso de estas técnicas.

---

4 Adaptado de BECOÑA, E. y CORTÉS, T. 2011, citado por Sánchez Pardo, L. 2012.



# Terapias cognitivo-conductuales

## Premisas fundamentales del enfoque

Se basan en los principios derivados de la Teoría del comportamiento, la Teoría del aprendizaje social y la Terapia cognitiva.

Suponen un enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados de la dependencia a las drogas consistente, básicamente, en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma contemplando las siguientes características:

Se centran en el abordaje de los problemas actuales; establecen metas realistas y consensuadas con el paciente; buscan resultados rápidos para los problemas más urgentes y utilizan técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

## Componentes clave de la terapia

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en manejo del estrés.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades para la vida.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en manejo de la ira.

## Evidencia sobre la terapia<sup>5</sup>

Son más efectivas que el tratamiento farmacológico y que otras modalidades de tratamiento psicológico por separado, aumentando su eficacia tratamientos multicomponentes que combinan la terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas y farmacológicas).

A mayor tiempo de exposición a la terapia se obtienen mejores resultados a largo plazo, aunque en algunas circunstancias y para algunos sujetos, como puede ser el caso de los menores y/o adolescentes, las intervenciones breves pueden resultar eficaces.

Los efectos persisten después de haber finalizado el tratamiento pero decaen con el tiempo, siendo importante contar con programas de seguimiento para consolidar los logros conseguidos con la terapia.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios. Este abordaje, cuando forma parte de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en el resultado del tratamiento de personas con dependencia del alcohol y/o de la cocaína.

La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de la dependencia de las drogas, cuando se utiliza dentro de programas de tratamiento más amplios.

Las terapias centradas en la familia muestran sus mejores resultados en la intervención en adolescentes con problemas de consumo de drogas.

---

5 BECOÑA E, CORTÉS, T. (coordinadores) et al. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica Valencia: SOCIDROGALCOHOL. Disponible en: [www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=19](http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=19).

BECOÑA, E. y CORTÉS, T. 2011. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. SOCIDROGALCOHOL; Valencia, 2011. Disponible en: [www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=34&Itemid=4](http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=34&Itemid=4)

En el tratamiento de la dependencia del alcohol y de la cocaína, el formato de terapia de grupo obtiene resultados similares al individual, con la ventaja de que la relación coste-eficacia es mucho mejor en el formato de grupo (GUARDIA, J. et al., 2010; TERÁN, A. et al., 2008). En el caso de la dependencia de la nicotina, hay pruebas de que la terapia grupal intensiva obtiene mejores resultados de cesación tabáquica que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas para ayudar a las personas a dejar de fumar (AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS, 2003; LANCASTER, T. y STEAD LF. 2005).

## Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

### Premisas fundamentales de la terapia

Conjunto de técnicas diversas basadas en la teoría del aprendizaje social cuya finalidad es aumentar y reforzar las habilidades de las personas para afrontar las situaciones de alto riesgo, tanto ambientales como individuales, que inician y mantienen las conductas de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales.

Las técnicas más extendidas son: el entrenamiento en prevención de recaídas, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en manejo del craving y el entrenamiento en manejo de los estados de ánimo.

Estas técnicas pueden desarrollarse en contextos individuales o grupales y ser utilizadas de forma independiente o combinadas dentro de una misma intervención. Con menores y adolescentes se utilizan sobre todo las técnicas grupales.

### Componentes clave de la terapia

Las habilidades sociales clave que se entrenan son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás.

**BLOQUE III.**

**LA EVIDENCIA DE LA  
EFICACIA EN LAS  
INTERVENCIONES  
PREVENTIVA  
SELECTIVA E  
INDICADA**

7

**EVIDENCIAS EN  
RELACIÓN AL GRUPO  
DE EDAD OBJETIVO,  
LAS ESTRATEGIAS Y  
LOS COMPONENTES  
DE LOS PROGRAMAS**

8

**EN RELACIÓN  
AL DISEÑO Y LA  
IMPLEMENTACIÓN  
DE LOS  
PROGRAMAS**

**P**ara los profesionales que diseñan y desarrollan programas de prevención, la utilidad de la evidencia basada en las investigaciones de carácter científico es clave para poder llegar a identificar cómo trabajar con los menores vulnerables. No sólo para identificar qué objetivos formular en los programas, sino para conocer las estrategias, componentes y procedimientos que resultan más eficaces.

El desarrollo de las investigaciones sobre la prevención de los últimos años, ha permitido disponer de un amplio conjunto de evidencias acerca de lo que es eficaz para prevenir el consumo de drogas y lo que no lo es.

Es importante tener en cuenta que la ciencia no descubre sus hallazgos de forma espontánea, sino que, lo que sabemos en estos momentos, se lo debemos a la dedicación y los esfuerzos de los investigadores/as y profesionales que han evaluado rigurosamente los programas de prevención y a organizaciones y entidades que financiaron estas investigaciones. Sin embargo, todavía existen muchas lagunas en la prevención, de las cuales es preciso ir tomando nota para futuras investigaciones y/o estudios y también es fundamental el compromiso de tenerlas en consideración a la hora de diseñar e implementar los programas.

La mayoría de las evaluaciones, sobre todo en nuestro país, se han limitado a realizar evaluaciones de proceso. Los estudios evaluativos sobre la “eficacia”, es decir, que examinan el impacto de las intervenciones, son muy limitados y mucho menos todavía se valora si son eficientes, es decir, si son rentables en base a la relación coste-beneficio. También se ha observado que pocos estudios realizan una evaluación de los programas desde la perspectiva de género, más allá de proporcionar información sobre los datos desagregados por sexo.

Asimismo, los estudios también son insuficientes para poder identificar de manera clara y concluyente “el componente o componentes que son realmente necesarios para lograr una intervención o la política eficaz con determinados colectivos, como por ejemplo los menores vulnerables.

En este apartado, se van a recoger las conclusiones más significativas encontradas hasta el momento sobre la eficacia, basada en la evidencia, de las intervenciones preventivas dirigidas a menores vulnerables, tratando de dar respuesta a: ¿qué intervenciones son más eficaces según la franja de edad?, ¿qué componentes son mejores?, ¿qué métodos resultan más efectivos?, ¿qué tipo de personas serían más adecuadas para desarrollar este tipo de programas?, ¿con qué capacidades y con qué tipo de formación?, etc.

La mayoría de las investigaciones se han realizado en EEUU y algunos países europeos, pero son fundamentales los esfuerzos de evaluación robusta en países con bajos y medianos ingresos, ya que los sistemas de prevención en todos los países deben invertir para avanzar en el rigor de la evaluación de sus programas y políticas y así contribuir a una base de conocimientos a nivel mundial sobre la prevención basada en la evidencia. Es sobre todo imperioso en el caso de las intervenciones y políticas que aborden las vulnerabilidades, que son importantes en todas las culturas y en todos los países.

En este subapartado, se han identificado las estrategias y las principales actividades más extendidas en el tipo de prevención selectiva e indicada teniendo en consideración la edad del grupo objetivo, los componentes y algunas características de los diseños y de los procesos de implementación.

**EVIDENCIAS EN  
RELACIÓN AL GRUPO  
DE EDAD OBJETIVO,  
LAS ESTRATEGIAS Y  
LOS COMPONENTES  
DE LOS PROGRAMAS**



La investigación ha demostrado que cuando los riesgos en la vida de un niño se reducen, este es menos vulnerable al consumo de sustancias y los problemas sociales y de salud conforme va madurando, (Hawkins, Lishner, Jenson, y Catalano, 1987), por tanto, las intervenciones preventivas deberían realizarse a edades tempranas para reducir los problemas de conducta y emocionales que puedan surgir en la adolescencia, ya que los comportamientos conflictivos y las conductas antisociales tempranas son altamente predictivas del desarrollo de conductas problemáticas en la juventud, entre ellas del consumo de drogas.<sup>1</sup>

Estas indicaciones, no obstante, es preciso ponerlas en relación con la necesidad de evitar un posible etiquetado contraproducente y la estigmatización de los niños catalogados como “en riesgo”. Sin embargo, los beneficios de la prevención dirigida a este tipo de menores resaltan la importancia de facilitar y apoyar el desarrollo constante de herramientas sensibles y exigentes para la evaluación de riesgos, por ello es tan importante conocer la efectividad de las intervenciones dirigidas a los niños cuyos trastornos de conducta puedan suponer un riesgo de desarrollar patrones persistentes o problemas de comportamiento más adelante.<sup>2</sup>

---

1 González Menéndez, A. et al. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo”. Colegio Oficial de Psicólogos.

2 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standars on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

Anterior a la publicación del Gobierno británico del “Plan de Acción británico para la Inclusión Social (Grupo de Exclusión Social, 2006), se llevó a cabo una revisión selectiva de los programas realizados enfocados a la prevención de la “exclusión profunda” entre una pequeña minoría de niños/as que corren riesgos mucho mayores que otros de sufrir una serie de problemas sociales crónicos en la vida adulta, incluyendo mal estado de salud física y mental y/o comportamiento delictivo, junto a la pobreza económica. Dicho plan destaca propuestas para poner en marcha y evaluar una serie de servicios de prevención, tales como: la educación de los padres, las visitas a domicilio, proporcionar cuidados de crianza y la terapia familiar que numerosas investigaciones internacionales han demostrado ser formas muy prometedoras para reducir la exposición de los niños/as al riesgo.

En esta revisión se sostiene que el consumo de sustancias es muy bajo hasta alrededor de los 12 años y entonces se eleva rápidamente a través de los años de la adolescencia. Los consumos son algo más bajos para las niñas, sobre todo después de los 14 años.

Apoyar a los niños/as y a los adolescentes en su desarrollo y, en particular, en las etapas de transición en que son más vulnerables, por ejemplo, lactancia y la primera infancia, así como en la transición de la infancia a la adolescencia es clave.

Señalamos a continuación algunas conclusiones de investigaciones basadas en la evidencia sobre la prevención que resulta más eficaz según los grupos de edad.

## 7.1. LA INFANCIA Y LA PRIMERA INFANCIA

Las primeras interacciones de los niños tienen lugar en la familia, antes de incorporarse a la escuela. Los menores, en estos primeros momentos de su vida, ya pueden encontrarse con situaciones de riesgo que aumenten su vulnerabilidad, como ya se ha analizado en el apartado dedicado a los factores de riesgo, tales como: padres/madres o cuidadores que no pueden alimentarles adecuadamente o que tienen habilidades de crianza ineficaces o que están creciendo en un entorno familiar caótico y multiproblemático o con progenitores que usan drogas o que pueden sufrir algún tipo de trastorno de salud mental, etc. En estos casos, a los 2 o 3 años, los niños pueden empezar a manifestar comportamientos negativos tales como; rabietas, rebeldía, desobediencia o demuestran comportamientos destructivos y/o agresivos.<sup>3</sup> Si no se tratan adecuada y precozmente, estos rasgos de personalidad pueden llegar a constituir serias problemáticas en el futuro. Un nivel de intervención selectiva fundamental es la educación temprana que contribuye al desarrollo social y cognitivo de los niños preescolares (de 2 a 5 años de edad) de las comunidades desfavorecidas.

---

3 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.

## ¿Cuál es la evidencia de la eficacia de los programas preventivos en estas edades?<sup>4</sup>

La oferta de servicios de educación temprana para los niños que viven en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de marihuana a los 18 años y disminuye también el uso de otras drogas ilícitas y el tabaquismo. Asimismo, la educación temprana ha demostrado su eficacia sobre la prevención de otros comportamientos conflictivos y contribuye a favorecer la salud mental y el éxito en la inclusión social y académica.

Asimismo, la investigación ha avalado que las intervenciones eficaces que afectan a los menores en situación de alto riesgo, deben tener en cuenta su singularidad, su momento evolutivo, su experiencia con las drogas, su sexo y sus circunstancias culturales, es decir, las estrategias deben incluir mensajes y actividades que sean significativas para las circunstancias particulares de los niños y jóvenes, ya que los objetivos de prevención que son apropiados para los adolescentes, cuando se empieza a experimentar con el tabaco y con el alcohol, no son apropiados para los niños/as de 9/10 años,<sup>5</sup> y los riesgos de las niñas y las adolescentes y las influencias de protección son diferentes, por lo tanto, son necesarias diferentes estrategias basadas en el género.

## ¿Cuáles son las características que la evidencia disponible indica que están asociadas a programas eficaces en estas edades?

La mejora de las habilidades cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños/as desarrolladas en sesiones diarias impartidas por profesores capacitados y la oferta de apoyo a las familias en otras cuestiones socioeconómicas.

---

4 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

5 *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth*. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series N° 2.- <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>

## 7.2. LA NIÑEZ MEDIA

Aunque la familia sigue siendo el agente clave de la socialización en estas edades, se produce un alejamiento de ésta, dedicándose más tiempo de permanencia en la escuela y con los grupos de compañeros de la misma edad, comenzando por tanto a ganar importancia para llegar a alcanzar un desarrollo emocional, cognitivo y social saludable y equilibrado, las normas sociales del entorno, la cultura escolar y la calidad de la educación.<sup>6</sup>

En esta etapa se desarrollan las habilidades y las actitudes prosociales que constituyen factores protectores fundamentales y que inciden también en el grado en que el niño/a en edad escolar va a establecer una integración escolar y un vínculo adecuado con la escuela.

Los estudios de seguimiento a largo plazo (estudios de más de 2 años) sobre los efectos en los programas dirigidos a escolares de la etapa de Primaria, llegaron a la conclusión de que existe cierta evidencia que sugiere que los programas para jóvenes son más eficaces cuando se desarrollan con los alumnos de edades comprendidas entre 11 y 14 años (Gottfredson y Wilson, 2003).<sup>7</sup>

---

6 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

7 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

# LA EFICACIA BASADA EN LA EVIDENCIA DE LAS ESTRATEGIAS Y COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS EN LA PRIMERA INFANCIA Y LA NIÑEZ MEDIA

## Intervenciones eficaces en el entorno de la familia

### Los programas de habilidades para padres y madres

#### ¿En qué consisten?

Los programas de habilidades para padres tratan de apoyarles para que sean competentes y adquieran habilidades parentales.

Están basados en la convicción de que un estilo de crianza afectivo, donde los padres establezcan normas y límites consistentes y claros sobre los comportamientos que se consideran aceptables y los que no, donde los padres lleven a cabo una supervisión sobre el proceso madurativo de sus hijos, con un seguimiento sobre la utilización de su tiempo libre y de sus amistades, que ayuden a los hijos en la adquisición de habilidades para tomar decisiones informadas y resolver sus conflictos y sean modelos positivos de conducta. Todo ello, se ha demostrado que constituye uno de los factores de protección más potentes contra el consumo de drogas y otras conductas de riesgo.<sup>8</sup>

La capacitación ofrecida a la familia ofrece a los padres la oportunidad de poner en práctica sus habilidades con sus hijos. Este tipo de programas de formación está también dirigido a los padres/madres de los adolescentes.

---

8 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

El Informe Kumpfer y Alvarado (2003) sugiere que cada componente de la formación tiene diferentes efectos de prevención (por ejemplo, la capacitación para padres disminuye los trastornos de conducta) y funciona mejor para los niños de primaria y secundaria (6-13 años edad).

Estos autores formulan una serie de elementos clave para el contenido de una intervención efectiva centrado en la familia. Los más relevantes son los siguientes:<sup>9</sup>

- Los programas de multicomponentes integrales son más eficaces que los programas de un solo componente para la modificación de una gama más amplia de factores de riesgo y la potenciación de la protección.
- Los componentes deben incluir estrategias para la mejora de las relaciones familiares, la comunicación y la supervisión de los padres. Además, los programas para la familia tienen resultados más duraderos si producen cambios afectivos y de las dinámicas de funcionamiento y gestión de la familia y en el medio ambiente.
- Los programas han de ser sensibles a la edad y al nivel de desarrollo de los niños y deben ser culturalmente sensibles para mejorar la captación, la retención y los resultados eficaces.
- Se necesitan programas de alta intensidad para las familias de alto riesgo, más centrados en la familia en su conjunto que en padres o hijos únicamente. Asimismo, las intervenciones tempranas son clave con los niños de las familias más disfuncionales.
- Mejoran la relación familiar, la comunicación y la supervisión parental.
- Usan incentivos para mejorar el reclutamiento.
- Se aplican por personal capacitado que utiliza métodos de enseñanza interactivos.

---

9 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

- Se desarrollan procesos de colaboración para que los padres identifiquen sus propias soluciones.

### ¿Cuál es la evidencia disponible sobre la eficacia de estos programas?

Existe una fuerte evidencia de que la intervención dirigida a la familia puede ser potencialmente más eficaz, en comparación con los programas universales, con los grupos más vulnerables de menores y adolescentes que presentan múltiples factores de riesgo con el objetivo de reducir el uso de sustancias a largo plazo. Producen importantes mejoras a largo plazo en relación con el funcionamiento familiar (incluida la aptitud de los padres y el comportamiento infantil).<sup>10</sup>

La formación de los padres, no asociada con el entrenamiento de los niños/as, contribuye a reducir los comportamientos problemáticos, pero no influye en el consumo de sustancias.<sup>11</sup>

La construcción de relaciones familiares intensas y dotar a los padres de las habilidades necesarias para una buena crianza son componentes esenciales en un programa de prevención selectiva e indicada que tenga como objetivo evitar problemas de conducta problemáticas en los jóvenes (incluidos los del consumo de drogas). El impacto de dichos factores de protección familiares sobre la conducta es mayor entre los jóvenes de minorías étnicas y entre la población femenina. Además, se recomiendan programas de alta intensidad para familias de alto riesgo e intervenciones tempranas para los niños/as con familias disfuncionales (Kumpfer y Alvarado, 2003).<sup>12</sup>

---

10 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

11 Bühler, A. y Kröger, C. (2006). Report on the prevention of substance abuse. Federal Centre for Health Education BZgA, Bühler, A. y Kröger, C. (2008). EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

12 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

En la revisión llevada a cabo por el Centro para la Prevención del Abuso de sustancia en los EE.UU, en la cual se evaluaron un total de 108 programas basados en intervenciones familiares (citado Kumpfer y Alvarado, 2003) se concluyó que la efectividad más elevada se encontraba en tres tipos de enfoques: la capacitación de los padres, la formación de habilidades conductuales por profesionales y la terapia familiar, ya que eran las intervenciones que más contribuían a lograr un fortalecimiento familiar eficaz de acuerdo a la evidencia (Kumpfer y Alvarado, 2003, Shepard y Carlson, 2003).<sup>13,14</sup>

### **¿Cuáles son las características de este tipo de programas asociadas con los programas eficaces?**

La evidencia disponible indica que el trabajo con las familias sobre los siguientes aspectos se asocian con programas eficaces.<sup>15</sup>

Mejorar la unión de la familia, es decir, la unión entre padres e hijos; Apoyar a los padres sobre cómo tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, por ejemplo, el seguimiento de sus actividades y amistades y participar en su aprendizaje y la educación; apoyar a los padres sobre cómo proporcionar disciplina apropiada y positiva y concienciar a los padres sobre su papel como modelo positivo a seguir para sus hijos.

---

13 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

14 Para mayor información consultar: UNODC (2010), *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria y UNODC (2009), *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

15 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *International Standards on Drug Use Prevention*. Final draft (2013).



Con respecto al diseño y a la implementación de estos programas, las siguientes características también parecen estar asociados con programas eficaces<sup>16</sup>



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- Organizar la capacitación de los padres/madres de manera que se les facilite al máximo las posibilidades de participar, por ejemplo: horarios después de la jornada laboral, alimentación y/o cuidado de niños/as, transporte, pequeños incentivos para completar las sesiones, etc.).
- Incluir un número determinado de sesiones (a menudo entre 5 y 10 sesiones).
- Incluir normalmente actividades para los padres, los hijos y para toda la familia en conjunto.
- Desarrollar las sesiones por profesionales bien entrenados y capacitados.



### Características de estos programas que merman su eficacia

- Cuestionar la autoridad de los padres/madres.
- Utilizar únicamente la docencia en el desarrollo de las sesiones; actividades unidireccionales.
- Proporcionar información a los padres acerca de **todas** las drogas conocidas para que puedan hablar de ello con sus hijos.
- Centrarse exclusivamente en el niño/a.

<sup>16</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

Sin embargo, la mayoría de las intervenciones dirigidas a las familias más vulnerables no se evalúan y, por lo tanto, hay poca información disponible sobre su eficacia. Además, la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea tienden a informar y centrarse en las familias con problemas de consumo de drogas. Esto puede ser atribuido a la deformación profesional de los recursos de tratamiento o al hecho de que las familias con problemas de abuso de sustancias son más fáciles de identificar y acercarse a dichos servicios.<sup>17</sup>

### Los programas de capacitación de los padres/madres

Estos programas ponen el foco en el entrenamiento conductual dirigido solo a los padres/madres en grupos pequeños conducidos por un educador/a que tiene como objetivo llevar a cabo cambios cognitivos, afectivos y conductuales en los padres, a través de juegos de rol y otro tipo de actividades interactivas. Los padres aprenden estrategias de comportamiento para llevar a cabo interacciones positivas con sus hijos a través del juego. La evidencia sugiere que este tipo de programas fueron más efectivos con los niños más pequeños (3-10 años de edad) (Kumpfer y Alvarado (2003)).<sup>18</sup>

Es preciso tener en cuenta que pueden ser necesarias algunas modificaciones en el desarrollo de este tipo de programas para las minorías étnicas cuyos hijos tengan problemas de conducta y también que los principios relacionados con la efectividad, no son específicos ni exclusivos para la prevención o la reducción del consumo de drogas, sino que son válidos para la cobertura de problemas de conducta más amplios entre los menores.

---

17 The American Journal of Drug and Alcohol Abuse . Consultar también: <http://www.vulnerablepeople.org/manual.html>

18 Kumpfer, K.L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58, 457-465

Las recomendaciones para la implementación efectiva de este tipo de intervención son:<sup>19,20</sup>



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- La utilización de los incentivos para el reclutamiento y retención de las familias que facilita desarrollar un apoyo a la relación y disminuye la resistencia de los padres y las tasas de desconexión y/o el abandono.
- Los enfoques interactivos de capacitación.
- Una cuidadosa selección de los facilitadores, con características tales como eficacia personal y la confianza.
- Promocionan la interacción positiva de padres e hijos.
- Forman a los padres en los principios del reforzamiento social y en la aplicación de la disciplina constructiva.
- Tienen una base teórica confirmada empíricamente.

---

19 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

20 Bühler, A. y Kröger, C. (2006). Report on the prevention of substance abuse. Federal Centre for Health Education BZgA ; Bühler, A. y Kröger, C. (2008). EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.



## Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- Disponen de evaluación.
- Son intervenciones comprehensivas que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos.
- Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo.
- Atienden al contexto comunitario y cultural.
- Tienen una cantidad de tratamiento y seguimiento suficientes.
- Debe incidirse en los objetivos de: reducir los problemas conductuales de sus hijos, mejorar la relación inter-generacional, establecer un modelo de convivencia respetuosa y controlar las actividades de sus hijos durante la adolescencia.
- Incluyen componentes educativos para padres con información específica sobre drogas.
- Facilitan el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

# Intervenciones eficaces en el entorno escolar

## Aprendizaje y entrenamiento en habilidades personales y sociales

### ¿En qué consisten?

En este tipo de programas, los profesores/as son capacitados para que los niños/as participen en actividades interactivas de aprendizaje y práctica de una serie de habilidades personales y sociales. Se desarrollan normalmente a través de una serie de sesiones estructuradas que ofrecen la oportunidad de aprender recursos y entrenar habilidades sociales para hacer frente de una manera positiva a situaciones difíciles y adversidades de la vida cotidiana.

Se trata de entrenar en el desarrollo de competencias sociales generales que favorezcan el bienestar emocional, ayudando a los niños/as a interiorizar normas y las actitudes prosociales.

### ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de programas preventivos en estas edades?<sup>21</sup>

El desarrollo de habilidades sociales en las aulas escolares puede evitar un uso posterior de drogas legales e ilegales durante la infancia y la adolescencia media. También son eficaces para:

- La integración y el compromiso con la escuela.
- Mejorar el rendimiento académico.
- Incrementar la autoestima académica y el bienestar emocional y mental.
- Desarrollar habilidades de resistencia y otras habilidades sociales.

---

<sup>21</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

Existe una fuerte evidencia de que los programas que se centran en mejorar **el autocontrol** en los niños menores de 10 años son eficaces para reducir en general los problemas de conducta.



#### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones<sup>22</sup>

- Mejora una serie de habilidades personales y sociales.
- Se desarrollan a través de una serie de sesiones estructuradas, a menudo proporcionando sesiones de refuerzos durante varios años.
- Sesiones impartidas por profesores o educadores capacitados.
- Las sesiones son fundamentalmente interactivas.



#### Características de estos programas que merman su eficacia

- El uso de métodos no interactivos como procedimiento principal, tales como conferencias, charlas, etc.
- Proporcionar información sobre las sustancias específicas, incluyendo la estrategia de “meter miedo” exagerando los efectos y las consecuencias.
- Centrarse únicamente en la construcción de la autoestima y la educación emocional.

## Programas de mejora del clima del aula y del ambiente escolar

### ¿En qué consisten?

Estos programas tratan de fortalecer las capacidades de gestión del aula por parte de los profesores/as y alumnos/as de apoyo (mediación entre iguales) para socializar en el papel como estudiantes, favoreciendo la reducción de comportamientos negativos y agresivos tempranos.

<sup>22</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

Los profesores/as suelen implementar un conjunto de procedimientos didácticos en las prácticas del día a día con la finalidad de transmitir comportamientos prosociales, así como la prevención y reducción de los comportamientos inapropiados.

### ¿Cuál es la evidencia de la eficacia de los programas?<sup>23</sup>

Existe una fuerte evidencia de que las prácticas de gestión y los procedimientos didácticos cooperativos consiguen reducir significativamente las conductas problemáticas en el aula, incluyendo las conductas disruptivas y agresivas y fortalecer el comportamiento prosocial y el rendimiento académico de los niños/as. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no está claro, pero se consigue mejorar tanto el nivel académico como el aprendizaje socio-emocional.



#### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- Se desarrollan durante los primeros años de la escuela.
- Se diseñan y ponen en práctica estrategias para: responder a un comportamiento inadecuado; reconocer el comportamiento apropiado; y comentarios sobre las expectativas.
- La participación activa de los estudiantes es clave.



#### Características de estos programas que merman su eficacia

- Se desarrollan durante la etapa secundaria.
- El alumnado no participa activamente en las actividades.

<sup>23</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

## Las estrategias para prevenir el absentismo y/o abandono escolar

### ¿En qué consisten?

Se dirigen a niños/as que abandonan prematuramente la escuela o son absentistas. Puede haber un abandono de la escuela prematuro o una falta de asistencia muy continuada por lo que, en ocasiones, puede haber una necesidad de acercarse a ellos fuera del entorno escolar.

Los alumnos con problemas académicos o sociales constituyen un grupo vulnerable que tiene un alto riesgo de abandonar la escuela. El objetivo fundamental de las intervenciones es prevenir una mayor marginación social.

Las intervenciones de prevención secundaria se centran en el trabajo con los niños/as, los padres y los profesores/as, utilizando tanto estrategias individuales como grupales, para abordar los problemas encontrados en las características de personalidad y el desarrollo de la conducta problemática, para prevenir el fracaso escolar y para corregir los trastornos de la conducta.

Se han desarrollado en países con ingresos bajos y medio una variedad de intervenciones de este tipo, con objeto de apoyar la asistencia de los niños/as y mejorar sus resultados educativos, especialmente entre los menores en situación de riesgo.



## ¿Cuál es la evidencia de la eficacia de los programas?<sup>24</sup>

Una cierta evidencia sugiere que los programas de prevención escolar que se dirigen a los estudiantes en situación de mayor riesgo, son más eficaces que los que tienen como grupos diana a los estudiantes en general (prevención universal) (Gottfredson y Wilson 2003).<sup>25</sup>

Hay una evidencia sólida de que aumentar las intervenciones para favorecer la asistencia de los niños en la escuela tales como: la alimentación en las escuelas y/o ayudar a las familias en la gestión de becas, ayudas, apoyos para el logro de servicios sociales, etc., sin embargo, la provisión de beneficios financieros no resulta eficaz. El plazo para la sostenibilidad de los resultados no está claro.

---

<sup>24</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

<sup>25</sup> Citado en National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

## 7.3. LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

La adolescencia es un período del desarrollo madurativo en que los jóvenes están expuestos a nuevas ideas y comportamientos, con un incremento de las relaciones con personas y organizaciones que trasciende el ámbito de crecimiento experimentado durante la infancia, fundamentalmente la familia y la escuela. Se trata de una etapa de cambios significativos, idónea para “experimentar” los roles adultos, una mayor independencia y las responsabilidades y en las que las intervenciones pueden reforzar o modificar las experiencias anteriores. Una etapa caracterizada por el deseo de “jugar” con los riesgos y en la que se pueden tomar decisiones equivocadas como puede ser la participación en conductas potencialmente perjudiciales para el desarrollo madurativo de los adolescentes, como las conductas sexuales de riesgo, la conducción de motos y/o vehículos de forma imprudente, actos de transgresión de normas sociales y/o el consumo de alcohol o drogas ilícitas.

Las actitudes negativas hacia las drogas y las creencias normativas sociales contrarias al uso de drogas, proporcionan importantes factores protectores en contra de su consumo. Asimismo, contar con un adecuado desarrollo de habilidades sociales y de resistencia ante las presiones del entorno, junto con el equilibrio emocional siguen siendo un factor protector clave durante esta etapa.

Los tipos de intervención utilizados en prevención selectiva en estas edades, se pueden ubicar en un continuo desde las mejoras estructurales sociales y comunitarias para la inclusión social, como ofrecer oportunidades de trabajo y favorecer la utilización de un tiempo libre enriquecedor de los jóvenes en los barrios desfavorecidos, a intervenciones intensivas personalizadas.

Las intervenciones de prevención selectiva en los diferentes grupos de edad son muy similares a las descritas anteriormente para los grupos de menor edad, con las adaptaciones correspondientes al estado madurativo de los menores.

Existen fuertes evidencias de la eficacia en Europa de la prevención selectiva basada en la familia con un enfoque centrado en los estilos educativos. Los mejores resultados se han hallado, hasta el momento, en las intervenciones realizadas a través de las familias de los menores que involucran a sus familias junto a otros componentes, tales como la escuela o la comunidad (Velleman et al., 2005; Velleman y Templeton, 2007).<sup>26</sup>

## Intervenciones eficaces en el entorno escolar<sup>27</sup>

### Los programas de prevención basados en habilidades personales y sociales

#### ¿En qué consisten?

Estos programas basados en los enfoques de las teorías de la influencia social, sostienen que el consumo de drogas está mediatizado por influencias sociales directas o indirectas de los compañeros, del entorno y/o los medios de comunicación (Botvin 1999, 2000).

Varios componentes del modelo de la influencia social tienen por objeto aumentar la conciencia de dichas influencias sociales sobre el consumo de drogas y también enseñar habilidades para hacer frente a tales influencias o presiones, por ejemplo, la educación normativa, tiene como objetivo corregir la idea errónea que la mayoría de los menores/adolescentes de su entorno consumen drogas. Los modelos de influencia social sugieren que unas expectativas normativas inexactas, en última instancia, pueden conducir al consumo de drogas.

---

<sup>26</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

<sup>27</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *International Standards on Drug Use Prevention*. Final draft (2013).

Además, tienen como objetivo dotar a los menores, adolescentes y jóvenes de habilidades para reconocer, enfrentar y/o evitar situaciones en las que exista presión de los compañeros para consumir. La evidencia ha demostrado que estos enfoques sociales tienen un impacto positivo en el consumo de drogas, incluido el consumo de cannabis (ver Botvin 1999, 2000).<sup>28</sup>

Este enfoque basado en la influencia social, a veces se combina con la mejora y/o enseñanza de habilidades personales y sociales genéricas.

El ejemplo paradigmático de este tipo de programas es el “*LifeSkills*” que desarrolla las habilidades cognitivo-conductuales a través de métodos de formación, como el ensayo de comportamiento (Botvin 2000; Coggans 2003).

Los hallazgos demuestran que, cuando el programa de formación *LifeSkills* se implementa con una alta fidelidad a su diseño, puede tener un impacto positivo pequeño, pero duradero en el consumo de drogas, incluido el cannabis (Coggans 2003) y que resultan claramente más eficaces que los programas que enfatizan otro tipo de contenidos.

Los profesores y/o educadores una vez capacitados realizan con los alumnos actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una serie de habilidades personales y sociales.

Hacen hincapié prioritariamente en las habilidades de rechazo que permitan a los menores contrarrestar las presiones sociales para el uso de drogas y, en general, para hacer frente a las situaciones difíciles de la vida de una manera positiva.

Además, favorecen la reflexión y un debate apropiado para su edad, sobre las diferentes normas sociales, actitudes y expectativas positivas y negativas asociadas con el consumo de drogas, incluidas las consecuencias del uso de las mismas. También tienen como objetivo modificar las creencias

---

<sup>28</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

normativas del grupo sobre el consumo de drogas, frente a la banalización y la aceptación del uso de drogas entre los compañeros.<sup>29</sup>

**Estos programas** de prevención basados en la mejora de las habilidades y las influencias sociales **son especialmente relevantes para los menores y adolescentes en situación de riesgo.**

### ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones?

Proporcionar a los menores y adolescentes vulnerables información por sí sola no es eficaz para el cambio con relación a los consumos de drogas, o en actitudes relacionadas (Roe y Becker, 2005), sobre todo porque los adolescentes vulnerables, a veces, ya muestran un considerable uso de drogas. En su lugar, las intervenciones que no se limitan solamente a abordar el uso de drogas, han demostrado ser más eficaz, ya que también se ocupan de las necesidades pertinentes que se conectan al consumo de drogas (Steiker, 2008).<sup>30</sup>

La debilidad de las intervenciones que hacen hincapié en los conocimientos, o se centran solamente en los componentes afectivos, ha sido reconocida en la investigación de prevención y se confirma de nuevo en los estudios de los programas de atención a menores en alto riesgo.

Los programas que hacen hincapié en la promoción de actitudes y de comportamientos las habilidades para la vida, son más eficaces en reducir el uso de sustancias frente a los programas que ponen en foco en los objetivos afectivos, tales como la autoestima. Este hallazgo confirma que los programas dirigidos a este colectivo basados en el desarrollo de las destrezas de la vida que se habían demostrado eficaces en estudios previos (Tobler, 1986;

---

<sup>29</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

<sup>30</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

Tobler y Stratton, 1987; Tobler et al., 2000) también son eficaces para reducir el uso de sustancias de los jóvenes de alto riesgo.<sup>31</sup>

En los programas que se centran en los componentes afectivos que tienen que ver con la autoestima, el cambio de actitudes fueron significativamente menos eficaces que otros programas, estos resultados son consistentes con los recientes meta-análisis de los programas de prevención (Tobler et al., 2000).<sup>32</sup>

De manera similar, las intervenciones son efectivas cuando se dirigen a la motivación, habilidades y la toma de decisiones, así como a las creencias normativas erróneas, de manera similar a la eficacia de las intervenciones universales (Sussman et al., 2004). La efectividad de las intervenciones también está vinculada a los programas que ofrecen un desarrollo fuerte de habilidades de vida, a través de métodos y enfoques introspectivos de aprendizaje centrados en la auto-reflexión, junto a la comunicación interpersonal (Sale et al., 2005; Springer et al., 2004).

Los programas basados en enfoques de influencias sociales (Tobler, N.S. et al., 2000; Cuijpers, P. 2002b) inciden positivamente en algunas importantes variables mediadoras del uso de drogas, como la educación normativa, el compromiso de los estudiantes con el no uso de drogas y la intención de no usar drogas en el futuro.

Existe evidencia empírica de la efectividad a largo plazo de los programas basados en la influencia social en la prevención o reducción del consumo de sustancias, especialmente si han incluido sesiones de recorda (Skara, S. y Sussman, S. 2003).

---

31 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville, MD, 2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”.

32 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Asimismo, las intervenciones preventivas con el objetivo de aumentar la vinculación y compromiso con la escuela suelen ir acompañadas de reducciones en los comportamientos problemáticos (Najaka et al., 2001).

Existe evidencia de que las sesiones de refuerzo, o componentes adicionales similares que tienen como objetivo reforzar los efectos de un programa, tienen un impacto positivo en los resultados pre-especificados (Mcgrath, Y. et al., 2006).

Se han obtenido buenos resultados con programas multicomponentes que incluyen una intervención escolar junto a otros componentes comunitarios (Pentz, M.A. 2001).

En la investigación National Cross Site Evaluation sobre programas de prevención escolar dirigidos a menores de alto riesgo, se resalta la eficacia entre los menores de alto riesgo de:

Los programas de habilidades para la vida que se centraron en el desarrollo de habilidades sociales y de comportamiento incluyendo habilidades de rechazo, manejo de la ira, resolución de conflictos, toma de decisiones, habilidades sociales y las intervenciones para la mejora del rendimiento académico.

El conocimiento de programas enfocados a enfatizar el aprendizaje sobre el alcohol, las drogas, y otros temas relacionados como el embarazo adolescente, las presiones del grupo de iguales y el VIH/SIDA.

Los programas de ocio y tiempo libre enfocados a dedicar un tiempo considerable a actividades de ocio enriquecedoras libres de drogas, por ejemplo, excursiones, actividades artísticas y artesanías, así como deportes.

Aunque la mayoría de las evidencias científicas se han desarrollado sobre los programas universales, **hay evidencias también de que los programas de prevención selectiva e indicada basados en el entrenamiento de habilidades sociales pueden ser efectivos también en los grupos de alto riesgo**, aunque las intervenciones específicas integradas dentro

de esas iniciativas universales, podría tener mayores beneficios para los grupos vulnerables.<sup>33</sup>

La eficacia de los programas de prevención basados en la escuela que **incorporan una participación de los padres como componente clave de los programas**, llevado a cabo por Shepard and Carlson (2003) llegaron a la conclusión de que no hay estrategias únicas para implicar a los padres y es posible que un programa de cabida a más de una (por ejemplo, educación de los padres y actividades para padres con hijos).<sup>34</sup> Los autores proporcionan algunas pruebas de un valor añadido por la participación de los padres en los programas multicomponentes, pero se necesita más investigación, porque factores tales como las altas tasas de deserción y el sesgo en la selección, especialmente entre las familias más disfuncionales, puede afectar los resultados de los programas.<sup>35</sup>

Los programas basados en actividades extraescolares, es decir, **después del horario escolar, entre los jóvenes que se encuentran en** situación de riesgo, son más eficaces para reducir el uso de drogas para este tipo de jóvenes que aquellos desarrollados exclusivamente dentro del horario escolar.<sup>36</sup>

---

33 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

34 An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents (Shepard and Carlson 2003). *Review, category 2* citado en NHS Drugs use prevention a review of reviews.

35 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

36 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville,MD,2002. Monograph Series No. 3. “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”.





### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones<sup>37</sup>

- Un abordaje complejo, multicomponente y con más de un dominio de actuación (curricular, entorno escolar y/o comunitario).
- La utilización de procedimientos interactivos, es decir, procedimientos que implican la interrelación con otras personas, frente a procedimientos de aprendizaje introspectivos o auto-reflexivos.



### Características de estos programas que merman su eficacia<sup>38</sup>

- Utilizar métodos no interactivos, como el método o estrategia fundamental; tales como conferencias, charlas, etc.
- Modelos basados exclusivamente en la transmisión de información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas, sin acompañamiento de otras estrategias como la capacitación de habilidades sociales y para la vida en general: la autoestima, el autocontrol emocional o la resolución de problemas, entre otras.

---

<sup>37</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

<sup>38</sup> Para mayor información: UNODC “*Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention*” CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention.



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- Resultan más efectivas las intervenciones que combinan la adquisición de conocimientos mediante métodos interactivos, con modelos de influencia y aprendizaje social.
- Desarrollados a través de una serie de sesiones estructuradas (por lo general entre 10 y 15 sesiones), a menudo con sesiones de refuerzos durante varios años.
- A cargo de técnicos/educadores capacitados (incluyendo también la educación entre iguales previa capacitación).
- Proporciona oportunidades para practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, en particular para hacer frente a las presiones del grupo y, en general del entorno, tomar de decisiones y habilidades de resistencia en concreto en relación con el consumo de drogas.
- Haciendo hincapié en las percepciones de los riesgos asociados con el consumo de drogas, resaltando las consecuencias inmediatas.
- Modificando las creencias erróneas sobre la naturaleza normativa y las expectativas relacionadas con el consumo de drogas.
- Intervenciones que se complementan con otro tipo de acciones, como programas comunitarios y políticas globales de amplio alcance.



### Características de estos programas que merman su eficacia

- Atender solamente la toma de decisiones o de valores ético/morales.
- Uso de ex-usuarios de drogas como testimonios.
- Utilizando agentes de policía para impartir el programa.
- Sin sesiones de repaso o de recorda posteriores de afianzamiento.
- No prestar una atención adecuada a la formación del profesorado (así como a otro/s agente/s implicado/s en el programa) y a la provisión de aquellos recursos necesarios para su implantación.

## Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales a través de la tutoría, la supervisión, el seguimiento y el control de los alumnos de mayor riesgo<sup>39</sup>

### ¿En qué consiste?

Algunos rasgos de la etapa adolescente como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la predisposición a la ansiedad o la desesperanza, se asocian con un mayor riesgo de utilizar drogas. Estos programas de prevención selectiva ayudan a los menores/adolescentes que se encuentran en mayor riesgo a manejar las emociones de manera constructiva, en lugar de utilizar las estrategias de escapistas y/o negativas, como puede ser el uso abusivo de alcohol y/o otras drogas.

La supervisión y el acompañamiento de las relaciones e interacciones entre niños/adolescentes y adultos (profesores, monitores de tiempo libre, deportivos, líderes de la comunidad, etc.) se han identificado con una reducción de los índices de consumo de drogas y la violencia.

Este tipo de intervenciones son clave con los menores en situación de riesgo, o en exclusión social, al relacionarse con adultos positivos que actúan como modelos y acompañan su crecimiento, comprometiéndose en organizar actividades y dedicar parte de su tiempo libre con estos menores de manera regular. Se suelen proporcionar tutorías para los alumnos de entornos socio-culturales desfavorecidos, con el objetivo de prevenir tanto el absentismo como el abandono escolar para mejorar el éxito académico de los niños.

---

<sup>39</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

### ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de iniciativas?<sup>40</sup>

Numerosas investigaciones han hallado que la tutoría puede prevenir el consumo de alcohol y drogas con resultados sostenidos un año después intervención.

Una significativa conexión y supervisión por parte de la escuela está relacionada con una menor relación con el uso de drogas por los niño más vulnerables, así como una mayor frecuencia de utilizar el entorno de la comunidad.<sup>41</sup>

### ¿Cuáles son las características que han de darse para que los programas sean eficaces?

 Características que incrementan la eficacia de las intervenciones	 Características de estos programas que merman su eficacia
Basados en un programa muy estructurado de actividades. Proporciona capacitación y apoyo a los tutores adecuados.	

<sup>40</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

<sup>41</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville,MD,2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk.*”

## 7.4. LA ADOLESCENCIA MEDIA Y LOS JÓVENES

A medida que crecen los adolescentes, las intervenciones se han de desarrollar en espacios distintos de la familia y la escuela, espacios como el lugar de trabajo, los centros de salud, los locales y espacios de ocio y la comunidad, se vuelven más relevantes.

### Intervenciones breves personalizadas

#### ¿En qué consisten?

Son sesiones de orientación dirigidos a los adolescentes que podrían estar en riesgo debido a su consumo de drogas y que pueden incluir sesiones de seguimiento o información adicional para llevar a casa. Se pueden realizar por una variedad de profesionales de la salud y/o psicopedagogos o trabajadores sociales capacitados.

Las sesiones primeras han de identificar las carencias y las oportunidades del menor en su desarrollo madurativo, en las áreas de salud física, familiar, escolar, de ocupación de su ocio, su grupo de iguales y de desarrollo personal y si existe algún tipo de problema de consumo de drogas, con objeto de proporcionar un asesoramiento básico apropiado inmediatamente y/o referencia para una intervención indicada (intervención más intensa) si se considera necesario. Las sesiones se estructuran y pueden tener una duración de entre 15 a 30 minutos.

La intervención breve se realiza normalmente en el sistema de atención primaria ambulatoria (centros de salud) o en las salas de urgencia y/o en también han resultado eficaces cuando se llevan a cabo como parte de los programas de prevención selectiva escolares. En los últimos años son muy importantes este tipo de intervenciones breves utilizando las redes

sociales (a través de una página web se realizan consultas y orientaciones con seguimiento).

En las sesiones de intervención breves también se suele utilizar “la entrevista motivacional”, una técnica en la que el uso de drogas por parte de un menor o un adolescente o joven se somete a discusión, apoyando al adolescente para la toma de decisiones, apoyando el establecimiento de objetivos de cambio a corto plazo (consultar el modelo de la entrevista motivacional en el apartado sobre marcos conceptuales).

La intervención breve se realiza normalmente durante el transcurso de un máximo de 4 sesiones de 1 hora.

### ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervención?<sup>42</sup>

La intervención breve y las entrevistas motivacionales pueden reducir significativamente el consumo de drogas, alcohol y tabaco también a largo plazo.

La fuerza de esta evidencia es muy relevante y los tamaños del efecto para el consumo de sustancias se producen con intensidad inmediatamente después de la intervención, también se mantiene sustancialmente con el tiempo esta eficacia un año después de la intervención.

Incluso una sola sesión de intervención breve o entrevistas motivacionales pueden producir importantes resultados duraderos. Una mayor duración de la orientación no aparece para añadir eficacia adicional.

Las intervenciones breves y las entrevistas motivacionales son eficaces para los adolescentes y adultos por igual, pero para las mujeres, la evidencia sobre la eficacia a largo plazo en el consumo de alcohol no es concluyente y se sugieren efectos mayores entre los hombres.

---

42 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

## ¿Cuáles son las características asociadas para que resulten eficaces?<sup>43</sup>



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- En una o dos sesiones se identifica si hay un problema de consumo de sustancias y se proporciona asesoramiento básico inmediato y/o derivación al recurso que se considere pertinente.
- Se ha de realizar por un profesional capacitado.



### Características de estos programas que merman su eficacia

## Intervenciones eficaces en el entorno comunitario

Las intervenciones pueden desarrollarse en una variedad de entornos (escuela, comunidad y/o eventos juveniles), y se ofrece una variedad de actividades (por ejemplo, puestos de información, la intervención en situaciones de crisis), y se pueden desarrollar por diferentes agentes educativos (adultos mediadores, educación entre iguales, etc.), y dirigirse a diversas subpoblaciones de los jóvenes (por ejemplo, menores en riesgo, aficionados a las discotecas, etc.).

<sup>43</sup> United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013). Para mayor información: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) package for primary health care professionals and their patients.

Los programas de prevención selectiva se proponen favorecer las relaciones entre los jóvenes con ambientes sociales positivos. Mientras que la familia y la escuela son instancias socializadoras muy importantes, el cuidado de otros adultos que no sean los padres y las relaciones positivas con compañeros, comunidades religiosas, asociaciones y otros contextos positivos, tienen funciones similares. Las actividades de los programas deben facilitar que los menores jóvenes se conecten a estos contextos sociales positivos.

Veamos a continuación algunas de estas intervenciones y los hallazgos sobre su eficacia.

## **Iniciativas multicomponentes de prevención comunitaria<sup>44</sup>**

### **¿En qué consiste?**

Son actividades de movilización a nivel comunitario, para crear asociaciones, grupos de trabajo, grupos de acción, etc. con objeto de reunir a diferentes actores de la comunidad para abordar el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Algunas asociaciones de la comunidad son espontáneas, sin embargo, la existencia de asociaciones en la comunidad es normalmente el resultado de una iniciativa para proporcionar asistencia financiera (subvenciones) y apoyo técnico a las comunidades para ofrecer y mantener intervenciones de prevención durante un tiempo.

Las iniciativas comunitarias utilizan normalmente varios componentes y la adopción de medidas en diferentes ámbitos: escuelas, familias, medios de comunicación, recursos de ocio y tiempo libre para los jóvenes, etc.

Acercarse e implicarse a los jóvenes vulnerables residentes en barrios desfavorecidos se ha considerado uno de los principales desafíos en materia de prevención selectiva, en este sentido se suelen ofrecer actividades de educación de calle, actividades de contacto (a través de actividades lúdicas),

---

44 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).



actividades de apoyo y/o talleres dirigidos a los menores más vulnerables. Muchas de estas intervenciones consisten en consultas individuales estructuradas y/o programadas o discusiones espontáneas en grupos, conformados para tal efecto o aprovechando los grupos de jóvenes ya consolidados.

Las discusiones de grupo en su mayoría implican conversaciones dirigidas al autoconocimiento y sobre temas de interés de los menores y adolescentes, tales como: las relaciones entre iguales, la sexualidad y/o el uso de drogas.

Las intervenciones de bajo umbral en clubes o asociaciones dirigidas a los menores y los jóvenes de barrios desfavorecidos, a menudo se utilizan como un puente entre los servicios para la juventud y otros recursos del barrio, debido a que las desarrollan mediadores juveniles y se trata de actividades apropiadas para captar la atención de los jóvenes. También pueden proporcionar asesoramiento y asistencia psicológica y social en situaciones de crisis.<sup>45</sup>

El objetivo de las intervenciones entre los menores en los barrios más desfavorecidos es proporcionar a los niños/as y jóvenes actividades de ocio constructivas, tratando de reducir el efecto potencial de la marginación y la exclusión social de este tipo de barrios.

Algunos talleres que se desarrollan en el entorno comunitario tienen como objetivo evitar la exclusión social de los menores, son buenos ejemplos de cooperación interprofesional y pretenden mejorar la capacidad de gestión de la vida de los menores y, a menudo, han sido eficaces para aumentar la probabilidad de que éstos permanezcan en la escuela. Se sabe poco sobre su eficacia ya que no ha sido evaluada debido a la falta de la recolección de datos estandarizados en los diferentes proyectos.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones?<sup>46</sup>

Hay algunos proyectos dirigidos a niños de alto riesgo en las comunidades que indican que las iniciativas de trabajo con varios componentes de la comunidad puede prevenir el uso de drogas, alcohol y tabaco.

Muchos de los estudios evaluativos disponibles no son enfoques robustos y los resultados hallados, por tanto no son consistentes. Esto también puede ser debido a la heterogeneidad de las iniciativas incluidas en los estudios.

En un metanálisis realizado por Tobler et al. 2000 y varios resultados de las investigaciones primarias de Cuijpers (2002a) concluyeron que habían hallado “pruebas concluyentes” de que la adición de componentes de intervención en la comunidad junto a la escuela reforzaron sus efectos. La participación de la comunidad incluye las intervenciones familiares, campañas en los medios de comunicación y la movilización de la comunidad.<sup>47</sup>

Existe cierta evidencia que sugiere que los enfoques que utilizan la estrategia del *empoderamiento* de la comunidad, enfoques que comprenden diversas estrategias tales como: habilidades basadas en la formación en el currículo, la capacitación de los docentes, la educación para la salud dirigida a diferentes miembros de la comunidad, los cambios en el entorno de la escuela y la atención coordinada de los usuarios, etc., tienen un impacto positivo en los jóvenes en relación al consumo de alcohol y cannabis. Sin embargo, la pobre metodología de los estudios de evaluación, incluyendo la falta de grupos de control, hace que los resultados sobre su eficacia no sean concluyentes.<sup>47</sup>

---

46 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

47 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

Los programas interactivos dirigidos a los jóvenes vulnerables que inciden en el desarrollo de habilidades, el trabajo en equipo, la comunicación interpersonal y la auto-reflexión se han mostrado eficaces en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y marihuana en los últimos 30 días (Springer, J.F. et al., 2004).

A pesar de que muchos de estos programas no han sido bien evaluados, (con control o grupos de comparación) se han encontrado importantes mejorías en muchos factores de riesgo para el uso de drogas. Se trata de intervenciones dirigidas a menores de minorías étnicas, con factores de riesgo como la falta de orgullo étnico y baja autoestima, y se interviene a través de clubes juveniles extraescolares que combinan talleres en grupo, tutorías, entrenamiento de habilidades sociales, actividades de ocio supervisadas y actividades de competencia cultural y de orgullo cultural, proporcionando actividades de orgullo cultural y competencias multiculturales.<sup>48</sup>

---

48 National Institute on Drug Abuse. NIDA . Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012).



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones<sup>49,50</sup>

- Trabaja con las familias y las escuelas de manera conjunta.
- Formación a agentes críticos comunitarios y que se prevean recursos suficientes a las comunidades.
- Las iniciativas se sustentan en el mediano plazo (por ejemplo, más de un año).
- Una amplia colaboración con los líderes comunitarios.



### Características de estos programas que merman su eficacia

Experiencias de algunos profesionales académicos que han intervenido en la comunidad como “paracaídas” para ofrecer un programa de prevención y abandonar la comunidad tan pronto como han recogido los datos. La construcción de una relación de confianza puede requerir algún tiempo para lograr relaciones positivas con la comunidad. Esta recomendación y las posibles implicaciones también son pertinentes para el desarrollo y aplicación de un programa de prevención múlticomponente que requiere la participación y colaboración de diferentes organizaciones.

49 United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

50 Para más información: CCSA (2010), Community-Based Standards, *Canadian Standards for Youth Substance Abuse Prevention*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, Canada.

## Actividades extraescolares o clubes/asociaciones para los jóvenes

Muchos programas de prevención selectiva del consumo de drogas, con base en las escuelas y/o en comunidades, incluyen programación extraescolar para abordar los riesgos más altos entre algunos menores. Estos programas generalmente incluyen un número de actividades, tales como tutorías, enseñanza de habilidades sociales y de vida.

La efectividad de estos programas multicomponentes son mixtos, probablemente dependiendo del nivel de riesgo en los menores, la calidad de la programación, la fidelidad de la implementación y la calidad de la evaluación. Generalmente los diseños de evaluación son débiles, sin evaluación de resultados/impacto con enfoques metodológicos robustos (grupo control o comparación), por tanto, la efectividad a largo plazo no ha sido comprobada.<sup>51</sup>

Se recomiendan que los programas extraescolares hagan un gran esfuerzo para captar y acoger a menores que pasan mucho tiempo solos en casa.

Los programas tipo “clubes/asociaciones juveniles”, han resultado exitosos entre menores de barrios desfavorecidos. Los chicos/as participan en clases extraescolares, en actividades de ocio, educacionales y vocacionales (por ejemplo: el Programa Smart Moves en EEUU) cuya evaluación de resultados informó de reducciones generales del consumo de drogas, el tráfico de drogas y actividades delictivas relacionadas con las drogas entre los participantes en estos clubes juveniles.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> National Institute on Drug Abuse. NIDA . Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012).

## Realización de actividades alternativas<sup>52</sup>

Este planteamiento está basado en la suposición de que involucrando a menores de alto riesgo en actividades libres de alcohol, tabaco y otras drogas, ocuparán su tiempo libre con actividades prosociales y les permitirá relacionarse con compañeros con conductas no problemáticas.

Este tipo de intervenciones proporcionan oportunidades a los menores más vulnerables que pueden estar en riesgo de usar drogas. Se suelen incluir actividades de alta tensión o deportes de riesgo, como escalada de montaña, rafting, actividades de cooperación en la comunidad o actividades de ayuda a los más desfavorecidos. Debido a los elevados costes de las actividades alternativas, en comparación con las actividades de aula, esta estrategia es generalmente utilizada con individuos de alto riesgo. Este tipo de actividades “indirectas” contra el consumo de drogas evita la estigmatización de los menores de alto riesgo porque los programas rara vez mencionan su propósito principal.

De acuerdo con el informe técnico de CSAP<sup>53</sup>, estas actividades probablemente favorezcan el desarrollo de una serie de factores protectores entre los menores más vulnerables:

- Promoción de habilidades y/o actitudes que apoyan a los jóvenes a evitar o reducir el abuso de sustancias en el futuro.
- Ocupación del tiempo libre que podría ser desestructurado.
- Servicio comunitario que proporciona a los jóvenes implicarse en actividades llenas de significado y de responsabilidad social.
- Oportunidades para interactuar de manera positiva con los compañeros.

---

52 National Institute on Drug Abuse. NIDA . Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012).

53 Un estudio de actividades alternativas y programas alternativos en prevención orientada hacia jóvenes (CSAP, 1996).

- Supervisión adulta o desarrollo de relaciones positivas con adultos.

Las evidencias existentes de investigaciones sobre los programas alternativos son limitadas y las investigaciones evaluativas sugieren efectos débiles (Tobler, 1986) de algunos de estos programas alternativos, sin embargo, este tipo de programas pueden ser más efectivos con menores de alto riesgo, ya que pueden ser capaces de favorecer cambios positivos en aquellos que carecen de oportunidades para actividades prosociales.

Suficientes investigaciones entre los menores en situación de riesgo sugieren que varios de estos planteamientos o aproximaciones alternativas son esperanzadoras para proporcionar apego a instituciones sociales, por ejemplo, a la familia, escuela e iglesia, mejora del rendimiento académico y de las aspiraciones educativas, competencia social y actitudes desfavorables hacia el uso de drogas.

El resultado de la investigación sugiere que los programas orientados al servicio de la comunidad producen resultados mixtos y que los programas de competencia cultural son populares entre los participantes y efectivos en varios aspectos.

Los programas alternativos más efectivos son los que involucran a los jóvenes en el desarrollo de las actividades, incluyen el entrenamiento en habilidades sociales y hacen más atractiva la actividad, incluyendo salidas de alto valor recreacional, si las actividades se realizan varias veces a la semana con sesiones, y proporcionan oportunidades para establecer relaciones positivas con mediadores adultos que actúan como modelos de actitudes y comportamiento. El que los menores de alto riesgo estén rodeados por adultos que proporcionan supervisión y acompañamiento es una apuesta interesante, al proporcionar experiencias y oportunidades y, probablemente desarrollarán menos problemas, incluyendo problemas de uso de drogas, que aquellos menores que se las tienen que arreglar por ellos mismos y cuyos contactos con los adultos han sido o son, en la mayoría de los casos, experiencias negativas.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> National Institute on Drug Abuse. NIDA . Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012).

## Intervenciones en los lugares de ocio y tiempo libre

### ¿En qué consisten?

Los lugares de ocio de los jóvenes incluyen bares, discotecas, restaurantes, así como actividades al aire libre o espacios especiales donde se pueden producir eventos masivos (conciertos, raves, etc.).

Estos lugares pueden tener tanto efectos positivos como negativos sobre la salud y el bienestar de los menores, al proporcionar espacios de encuentro social y favorecer el desarrollo de la economía local, pero al mismo tiempo, se les identifica como lugares de alto riesgo para muchos de los comportamientos de riesgo por parte de los menores y adolescentes, tales como el uso excesivo de alcohol, consumo de drogas, conducir vehículos o motos habiendo abusado del alcohol y/o las drogas, actos de violencia, actos de vandalismo callejero, etc.

La mayoría de los programas de prevención que se desarrollan en los espacios de ocio tienen múltiples componentes, incluyendo diferentes combinaciones de formación del personal y directivos responsables del servicio de bebidas y la gestión de las embriagueces, puntos de información para gestión de riesgos, análisis de “pastillas”, etc.



## ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia de este tipo de programas?

La investigación existente reporta una evidencia limitada de que la formación del personal, la política de intervenciones puede reducir el consumo de alto riesgo y los daños relacionados con el abuso, como los accidentes tráfico y la violencia. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es clara.



### Características que incrementan la eficacia de las intervenciones

- Entrenamiento del personal y la administración en el servicio responsable y el manejo de clientes intoxicados.
- Proporcionar asesoramiento y tratamiento para el personal y la gestión de los que lo necesitan.
- Incluye un fuerte componente de comunicación para sensibilizar y la aceptación del programa.
- Cumplir las leyes y políticas existentes sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas en los lugares y en la comunidad.<sup>55</sup>



### Características de estos programas que merman su eficacia

<sup>55</sup> Para mayor información: UNODC, ATS prevention guide for policy makers CICAD report: insights for a drugged driving policy.

# EN RELACIÓN AL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS



**E**l primer paso antes de poner en marcha una intervención preventiva es diseñar el programa o proyecto, es decir, es preciso explicitar en un documento el contenido de la programación prevista de forma ordenada y rigurosa; desde cómo está previsto establecer los contactos con los menores, los objetivos en función de las necesidades detectadas, las estrategias que se van a utilizar, las acciones y actividades que serán desarrolladas para el logro de dichos objetivos, los procedimientos para implementar las acciones, el diseño de evaluación previsto, etc. El proceso de planificación de la intervención será abordado en profundidad en el capítulo siguiente.

Es obvio que las estrategias y los componentes de las intervenciones se ven influenciados por el propio proceso de planificación, incluyendo el grado en que el diseño se ha basado en un marco conceptual sólido y el grado en que los elementos y componentes del programa se explicitan y se articulan entre sí.

Las características del diseño y de la implementación se correlacionan significativamente con los efectos de los programas. De este modo, la evaluación de los programas ha demostrado que, a menudo, se producen desajustes entre lo planificado y las acciones que realmente se ponen en práctica. El proceso de implementación de los componentes del programa, determinará inevitablemente la configuración exacta del programa que recibirán los menores y jóvenes. De ello se deduce que una mejor comprensión de este tema es fundamental para mejorar la eficacia de la prevención selectiva e indicada.

Los programas coherentes, con una organización conceptual (teoría del programa) que incluye vínculos claros entre los objetivos de resultados esperados y el plan de actividades, son más eficaces que los programas que tienen una justificación articulada con menor claridad. Estos hallazgos, constatados por la evidencia científica, ponen el énfasis en que una pro-

gramación clara, con una lógica de las actividades del programa, mejora la eficacia de los mismos y, por tanto, debería ser un aspecto clave en la planificación e implementación de programas de prevención.<sup>1</sup>

Así, cuando el marco conceptual (teoría del programa) se explicita y está articulado y se utiliza para imbricar las actividades correspondientes a los objetivos del programa, la eficacia es mayor.

Algunos programas cuentan con un marco teórico concreto y sus principios rectores y líneas estratégicas se siguen por todos los profesionales implicados en la intervención. Sin embargo, otros programas están estructurados de manera más flexible, donde los técnicos trabajan con mayor independencia, sin una teoría como guía central o método. Los programas estructurados por un propósito y una estrategia clara, son más eficaces en el cambio de los patrones de consumo de drogas entre los menores en situación de riesgo, frente a los programas menos coherentes.<sup>1</sup>

---

1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville,MD,2002. Monograph Series No. 3. “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*” 3.

# 8.1. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EFICACES DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A FAMILIAS

Algunas de las conclusiones de la investigación sobre la eficacia en la reducción del abuso de drogas en la planificación de los programas dirigidos a padres de niños/niñas en situación de mayor riesgo identificados por Moran, Ghate & van der Merwe (2004), se señalan a continuación:<sup>2</sup>

- Las intervenciones con objetivos medibles y concretos.
- Las intervenciones que están focalizadas en grupos de familias o menores considerados con un riesgo particular debido a las dificultades de crianza.
- Los programas que desarrollan estrategias y realizan esfuerzos en “conseguir” y mantener la participación de los padres, es decir, los programas más eficaces dirigidos a las familias vulnerables son los que emplean incentivos para atraer e involucrar a estas familias, a las que normalmente resulta difíciles llegar, por ejemplo: ofreciendo comida, meriendas, transporte, apoyo para la realización de tareas administrativas/burocráticas (solicitud de becas, ayudas para el comedor escolar, etc.) y/o cuidado de niño y la familia.<sup>3</sup>
- Los programas que utilizan métodos de enseñanza interactivos, es decir, métodos que implican activamente a los participantes en lugar de la “instrucción” o recepción pasiva en un aula docente, son más efectivos so-

---

2 David Utting Helen Monteiro and Deborah Ghate (2007). *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister’s Strategy Unit.

3 Kumpfer et al., (2003); Kumpfer and Johnson, (2007); citado en “*Drugs and vulnerable groups of young people*”. <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>

bre todo entre los padres con bajo nivel socio-económico (Tobler, 1986; Tobler y Stratton, 1987; Tobler et al., 2000), (Kumpfer y Alvarado 2003). El trabajo en grupo con los padres/madres, donde pueden beneficiarse de trabajar con otros padres que comparten sus experiencias es clave.

- La intervención individual cuando los problemas son mayores o están arraigados, o los padres no están dispuestos, o no son capaces de trabajar en grupo. Las visitas a domicilio a menudo son importantes siempre que no se vivan como una intromisión en sus vidas y se realicen con la aprobación de las familias.
- Los programas que están estructurados cuidadosamente, con apoyo de algún manual o plan de trabajo para garantizar “la integridad del programa y la fidelidad en su implementación”.
- El desarrollo por personal debidamente capacitado, respaldado además por una gestión eficaz, apoyo y supervisión.
- Los programas que se desarrollan durante períodos largos (por ejemplo, tres o más meses), con sesiones de “refuerzo” para las familias y/o menores con graves problemas).
- Las intervenciones breves, de bajo nivel, para la entrega de información concreta sobre algunos hechos y consejos prácticos sobre el desarrollo y comportamiento del niño.
- En los programas que se centran en las habilidades de crianza específicas, es conveniente proporcionar algunos consejos prácticos para “llevar a casa” con objeto de introducir modificaciones urgentes en los estilos de crianza de los hijos/as que están influyendo en sus comportamientos.
- Los programas “cognitivos” que tienen como objetivo cambiar las creencias, actitudes y auto-percepción sobre la paternidad también han constatado su eficacia en familias de mayor riesgo.
- Los programas que funcionan en paralelo con los padres, las familias y los niños (aunque no necesariamente al mismo tiempo).

## 8.2. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN EFICACES DE LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A MENORES MÁS VULNERABLES

La efectividad de las intervenciones para reducir el consumo de **drogas entre los jóvenes vulnerables** también está vinculada a intervenciones que ofrecen las siguientes características en su diseño e implementación:<sup>4</sup>

- Los programas coherentes, entendidos como los que explicitan una base teórica del programa sólida, claramente articulada y que se utiliza para enfocar múltiples actividades en el logro de los objetivos del programa.
- Intervenciones apropiadas al desarrollo de los menores, es decir, en respuesta a las capacidades de los participantes en función de su edad, su nivel cognitivo y el grado de desarrollo exigido para las tareas más relevantes que se van a desarrollar.
- Las intervenciones que evitan la identificación y el agrupamiento de los menores más vulnerables con problemas de comportamiento en la escuela, ya que se han detectado algunos efectos contraproducentes, como por ejemplo un modelado desviado que incluso podría aumentar el consumo de drogas.<sup>5</sup>

---

4 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

5 Authors on this issue include Dodge et al., 2006; Dishion et al., 1999; Mager et al., 2005; Poulin et al., 2001.

- La colaboración con las familias como un principio básico y fundamental.
- La ejecución de los programas en el entorno comunitario, en lugar de entornos clínicos o espacios alejados de la realidad del menor.
- Las intervenciones que se adaptan a las experiencias e intereses de los menores, evitando los mensajes rígidos orientados a la abstinencia (Steiker, 2008; Lalongo et al., 1999).
- La flexibilidad suficiente dentro del programa, para valorar y atender las necesidades específicas de algunos menores (garantizando la fidelidad para el núcleo principal de usuarios).
- Un enfoque gradual para que el apoyo pueda ser reconsiderado en la siguiente fase o en el siguiente nivel en caso de que la intervención inicial no esté teniendo el efecto deseado, es decir, un enfoque por fases para que los primeros avances se puedan extender al siguiente nivel o bien se vuelvan a plantear las metas si la intervención inicial no ha surtido el efecto deseado.
- La fidelidad en la implementación a la intervención diseñada. Los programas que se están realizando pueden ser muy parecidos a lo que estaba previsto o puede apartarse de lo planificado de diferentes maneras, ya sea intencional o no intencional. Una fidelidad deficiente puede significar que “algo” que no está contenido en el programa tenga un impacto en los resultados, por ello, es clave el seguimiento y la evaluación del proceso, es decir, conocer y hacer un seguimiento constante de lo que algunos autores denominan “*la caja negra de la intervención*” como analizaremos en el capítulo siguiente.

Una fidelidad distorsionada en la implementación puede conducir a pobres resultados y la ineficacia del programa que, en ocasiones, se atribuyen erróneamente a una base conceptual equivocada, por ello es fundamental:

1. Conocer y explicitar la teoría del programa, como se analizará más adelante en el apartado correspondiente a la evaluación (Teoría del Programa/Teoría del Cambio, Weiss, C. 2000).



2. Realizar una evaluación del proceso de implementación con objeto de comprobar que los programas se aplicaron correctamente, es decir, tal y como aparecen en su diseño.
- Los centros educativos tienen ventajas claras de acceso a los menores debido a la retención de éstos en las aulas. Sin embargo, su eficacia para con los menores con mayores niveles de riesgo ha sido cuestionada.

Los resultados de una amplia investigación (*National Cross Site evaluation*) concluyeron que el aula puede no ser tan eficaz en un entorno en el que influye directamente el consumo de drogas entre los menores de alto riesgo. Sin embargo, las intervenciones preventivas en la escuela parecen tener un impacto positivo en la juventud en cuanto a percepciones de integración con la escuela, un factor protector clave con este colectivo de menores.<sup>6</sup>

La eficacia diferencial entre programas preventivos en el horario escolar frente a los programas extraescolares (después de la escuela), puede ser atribuible a las oportunidades y limitaciones que caracterizan a cada entorno. Los programas desarrollados durante el horario escolar se ven limitados por los momentos en los que se desarrollan, mientras que después de la escuela, los programas tienen mayor libertad para dar forma a las ofertas de los programas.<sup>6</sup>

Las características del entorno escolar requieren una planificación y una programación que encaje en las programaciones del centro, del aula, la rutina de las clases y, en general, en el contexto del centro educativo. Las limitaciones de horario y aula pueden por tanto limitar la cantidad de la dedicación total al programa. Asimismo, la interacción entre los iguales podría verse también restringida y podría desarrollarse con mayor intensidad después de la escuela, orientándose hacia métodos más vivenciales y más interactivos.

---

6 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville, MD, 2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”3.

- Resultan más eficaces los métodos interactivos de comunicación interpersonal (Tobler y Stratton, 1997; Tobler et al., 2000)<sup>7</sup> y los enfoques de aprendizaje introspectivos centrados en la auto-reflexión (Sale et al., 2005; Springer et al., 2004) que animan a los menores a examinar sus propias actitudes y comportamientos y cómo éstos influyen en otros contextos sociales que son relevantes para ellos, por ejemplo: los juegos de rol o escenificación de situaciones que ponen a los participantes en hipotéticas situaciones vivenciales, como la presión a consumir, una confrontación violenta o una situación embarazosa, etc., dan lugar a discutir sus actuaciones, sentimientos, resultando actividades muy eficaces entre los menores en riesgo. Otro ejemplo serían las discusiones en grupo entre compañeros o adultos facilitadores en los cuales los participantes reflexionan sobre los comportamientos realizados.
- Los procedimientos de aprendizaje cooperativo incluyen técnicas tales como el trabajo en equipo para ayudar a los menores a conectarse con otros frente a los enfoques de aprendizaje individualista. La característica fundamental de estos métodos de aprendizaje cooperativo es que involucran a los participantes en situaciones en las que sus interacciones con los otros son un punto central para llevar a cabo la actividad.
- Contar con un equipo de profesionales cualificado y capacitado para desarrollar la intervención. En efecto, el logro de la coherencia está estrechamente relacionada con una formación suficiente y adecuada del personal para que los objetivos, procedimientos y fundamentos del programa se entiendan y pongan en práctica adecuadamente en el día al día.

---

7 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville, MD, 2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”<sup>3</sup>.

- Las intervenciones lideradas por grupos de iguales también han mostrado su eficacia en el trabajo con este colectivo. Los trabajadores jóvenes están en una posición privilegiada para dirigirse a menores de alto riesgo, pero necesitan formación, el apoyo y los recursos para desarrollar las habilidades necesarias.

Se proporciona cierta evidencia a favor de la eficacia de los educadores inter pares en los programas de prevención en las escuelas (Cuijpers 2002a/b; Gottfredson y Wilson 2003) y Cuijpers (2002b) encontraron que en los programas implementados por compañeros, las intervenciones en el ámbito escolar eran más eficaces que las intervenciones dirigidas por adultos. Los profesores carecían de todo tipo de credibilidad per se, excepto cuando la credibilidad estaba basada en la cercanía con la persona.<sup>8</sup>

Por otro lado, Shiner (2000) examinó el papel y el valor de los enfoques centrados en la educación entre iguales en la prevención de drogas por medio de una revisión de la literatura existente al respecto y un estudio cualitativo sobre cinco intervenciones desarrolladas por pares británicos (tres basados en la comunidad y dos en las escuelas). El trabajo cualitativo destacó varias cuestiones clave para ejecución de proyectos dirigidos por compañeros:<sup>8</sup>

En primer lugar, es importante apoyar a los educadores inter pares con estrategias educativas esenciales para facilitar dinámicas de grupo y la disciplina sin parecer autoritario.

En segundo lugar, es importante desarrollar una confidencialidad que permita la comunicación sobre el uso de drogas. En este sentido, la intervención debe contemplar un procedimiento para determinar cuándo y cómo intervenir si un miembro del grupo tuviera algún uso de drogas o alguna problemática personal. Es importante que los educadores sean capaces de hacer orientaciones apropiadas y proporcionar ayuda e información.

---

8 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

En tercer lugar, la presencia de un profesor en el aula podría inhibir un diálogo abierto y honesto entre el alumnado, en este sentido, Shiner (2000) señala el desarrollo de las sesiones por personas externas al centro educativo tales como: jóvenes mediadores, técnicos expertos en drogas y/o profesionales de la salud que podrían dirigir y moderar las sesiones, en lugar de un docente.

Este mismo autor, escribe tres aspectos valiosos basados en los enfoques de educación entre iguales:

- Los mensajes de prevención de drogas y la información puede ser difundida con mayor facilidad a través de los educadores iguales o a través de redes informales o amigos de la escuela.
- La importancia de la educación entre iguales a través de mediadores interculturales en el caso de tratarse de una población minoritaria étnica puede aumentar la eficacia de un proyecto de prevención de drogas en la comunidad.
- Los jóvenes consideran habitualmente a los líderes de los grupos más creíbles que a los educadores adultos, favoreciendo por tanto la participación y la retención en las intervenciones.

No obstante, se considera que puede ser más útil examinar qué tipo de capacidades, atributos personales y habilidades constituyen unas características fundamentales de los educadores para implementar eficazmente los programas y cómo el entrenamiento puede mejorar estos atributos, independientemente del perfil profesional de la persona que esté desarrollando el programa. Algunos de los aspectos clave para llegar a ser una persona de confianza entre los menores vulnerables son:<sup>9</sup>

---

9 Adaptación de Costa, M. y López, E. “Educación para la salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables”. Pirámide. pág. 189.

- Para los menores las relaciones con los educadores son emocionalmente gratificantes.
- Los educadores son fieles a la palabra dada y cumplen sus promesas.
- Hacen, dentro de sus posibilidades y limitaciones, todo lo posible para que los menores puedan resolver sus problemas y lograr las metas que desean.
- Lo que hacen es coherente con lo que dicen.
- Los menores pueden acudir a los educadores en busca de apoyo cuando están en apuros, siendo conscientes de que no se les va a rechazar.
- Los menores pueden fiarse de la competencia técnica y profesional de los educadores, ya que transmiten seguridad en que saben de lo que hablan.
- Los menores pueden sincerarse con ellos ya que se mantiene la confidencialidad si se la piden.
- Los educadores difunden información positiva sobre ellos, evitando las etiquetas.
- Los educadores son valedores de los menores ante otras personas.
- Los educadores muestran confianza en ellos: *“Si tú me lo dices, con eso basta”*.
- El valor de los colaboradores externos a las escuelas parece ser el conocimiento especial que tienen y la novedad de su enfoque. Se ha hallado cierta eficacia a corto plazo (por lo general evaluada inmediatamente después del final de la intervención) en algunos programas dirigidos por los agentes de policía y/o personal del sector sanitario (White et

al. (2004).<sup>10</sup> Las intervenciones a través de estas figuras como agentes preventivos, fueron eficaces para aumentar los conocimientos relacionados con las drogas, las actitudes desfavorables hacia éstas y el comportamiento sobre el consumo de drogas. Sin embargo, estos efectos se constató que eran de muy corta duración.

- Un período de intervención relativamente sostenido es fundamental, sobre todo en los enfoques más individualizados (prevención indicada). En relación con este aspecto, se señalan algunas conclusiones investigadas sobre tres áreas clave en la implementación de un programa: sobre la importancia de la cantidad e intensidad del contacto del programa para que la prevención sea eficaz y sobre la importancia de una organización clara y coherente de los diferentes componentes y elementos del programa y la estructura de las actividades para que la intervención sea efectiva.

**Con relación a la cantidad e intensidad de contactos** es obvio que las actividades deben estar organizadas y desarrolladas para que los menores participen lo suficiente como para beneficiarse de las intervenciones. En el estudio National-Cross-Site Evaluation, se analizaron la cantidad (número de horas por semana), así como la duración de éstos contactos.<sup>11</sup>

Los hallazgos de este estudio concluyeron que la intensidad (el nº de horas por semana que los jóvenes han participado en la programa) es un predictor significativo de los efectos en los programas dirigidos a menores vulnerables, mientras que la cantidad total de contacto y la duración del programa no lo eran.

---

10 National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

11 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville,MD,2002. Monograph Series No. 3 “*Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*”3.

La revisión de otras investigaciones arrojó conclusiones similares: los programas con contacto más intenso (es decir, aproximadamente 4 o más horas por semana), lograron obtener mayores resultados positivos que aquellos con contactos menos intensos, es decir, tiene una relación significativa con el consumo de drogas entre los menores en situación de riesgo.<sup>12</sup>

- **Una gestión de los programas eficiente y eficaz** también constituye una característica fundamental para garantizar la eficacia. Los programas cuyos equipos técnicos comprenden claramente sus objetivos, las actividades previstas y la relación entre estos dos factores, fueron más eficaces en el logro de resultados. Asimismo, la claridad en las funciones y las responsabilidades a desempeñar dentro del equipo, el grado en que se explicitan los procedimientos (protocolos de actuación definidos), las oportunidades para que los miembros de los equipos puedan participar en el programa, son ejemplos de gestiones organizativas claves para la implementación efectiva de los programas.

La experiencia de los programas financiados por el CSAP, ha demostrado ampliamente que los programas a menudo fallan debido a la falta de organización y a las dificultades en los equipos (por ejemplo, exceso de trabajo, alta desmotivación y profesionales que están “quemados”).

---

<sup>12</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006).

**BLOQUE IV.  
PLANIFICACIÓN  
DE LAS  
INTERVENCIONES  
DE PREVENCIÓN**




9

**PLANIFICACIÓN  
DE LAS  
INTERVENCIONES  
DE PREVENCIÓN  
SELECTIVA**

10

**PLANIFICACIÓN  
DE LAS  
INTERVENCIONES  
EN PREVENCIÓN  
INDICADA**

# PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES DE PREVENCIÓN SELECTIVA



**L**a acción pública a través de políticas, planes, programas o servicios busca incidir en la sociedad actuando sobre las necesidades y problemas detectados con el objeto de provocar cambios a mejor en esa realidad.<sup>1</sup>

Estos programas de acción deberían:

1. Estar basados o derivarse de un diagnóstico social de la realidad a cambiar y sus causas, los problemas o carencias que deben afrontarse y a qué grupos afectan en mayor medida.
2. En base al diagnóstico, los programas se articulan como propuestas realistas para la acción que pretende cambiar la situación concreta a través de unos supuestos de intervención.
3. Son programas diseñados y planificados con una dirección que es adecuada y coherente, soportados por un conjunto de actividades, procedimientos y recursos como elementos clave de la intervención.

---

<sup>1</sup> Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. Módulo nº6 “Perspectivas sobre el objeto y sistemas de evaluación” Ligeró, JA. (2007).

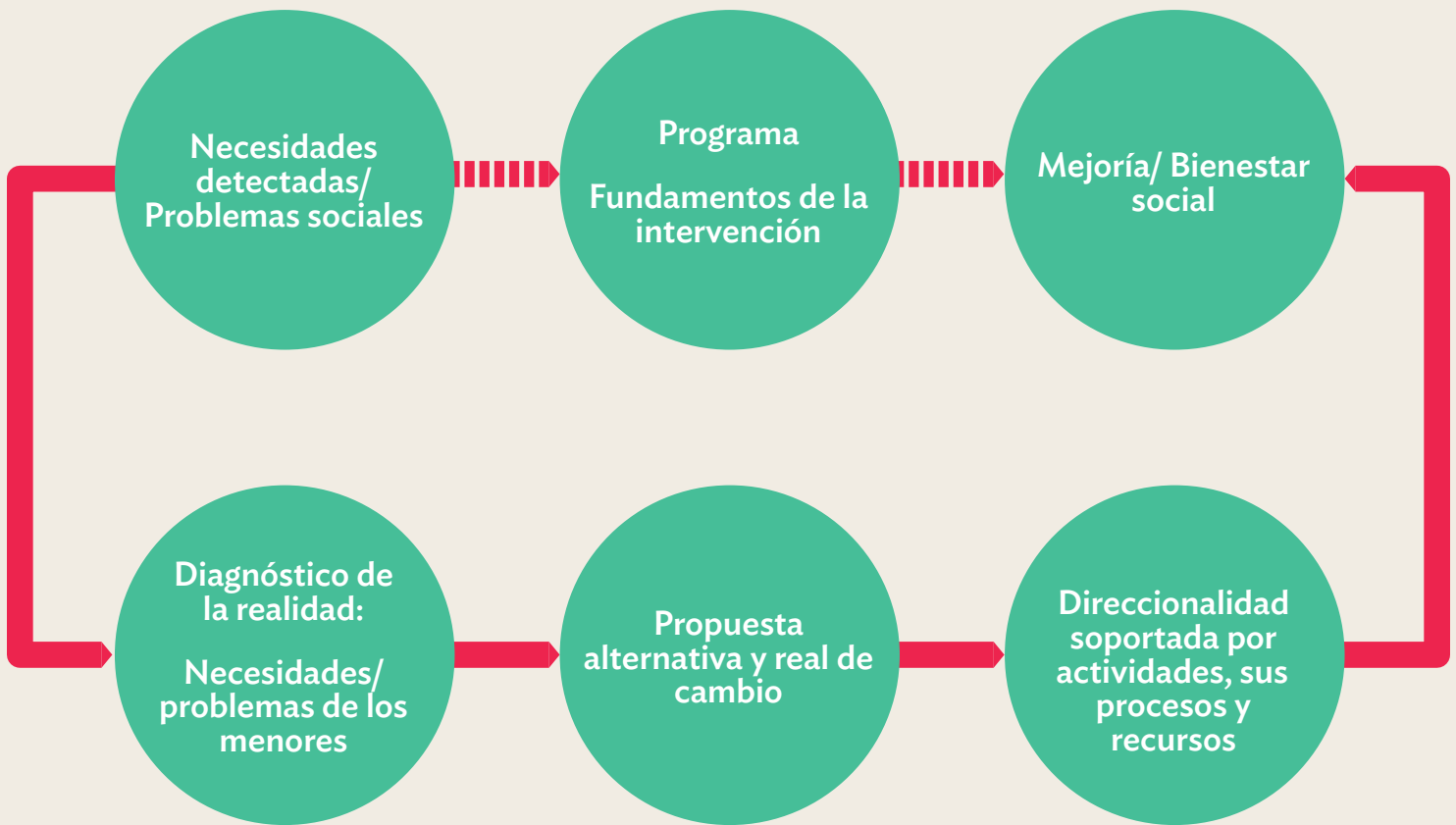


Figura 8. Programación.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Elaboración de Ligeró, J.A. (2007). Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense Módulo nº6 "Perspectivas sobre el objeto y sistemas de evaluación" Ligeró, J.A. (2007).

Para desarrollar una intervención preventiva selectiva es necesario disponer de un modelo lógico de planificación que planifique y diseñe aquello que se pretende hacer y lograr, para ello es fundamental:<sup>3</sup>

- Una relación lógica (coherencia) entre las necesidades de la población destinataria, entre los objetivos que se quieren conseguir y los indicadores que se seleccionarán para poder evaluar la situación de partida y la situación al finalizar el programa.
- Una relación lógica (coherencia) entre los objetivos, los recursos y las actividades planteadas.
- Una relación lógica (coherencia) entre los indicadores con los que se pretende trabajar y el modelo teórico elegido.
- Una relación lógica (coherencia) entre los objetivos y los recursos disponibles para alcanzarlos.
- Una relación lógica (coherencia) entre los objetivos, los indicadores seleccionados desde el inicio y los resultados finales esperados.

Planificar implica organizar, racionalizar y ordenar los procesos de intervención, que se orienta a conseguir unos resultados y unos objetivos (efectos esperados y previamente definidos), en unos colectivos específicos, con unos recursos limitados, en un tiempo determinado y en un área geográfica concreta.

Las intervenciones se concretan en los programas que se definen como “un conjunto de medios, recursos y actividades que se organizan para conseguir unos objetivos previamente definidos para producir cambios en una situación determinada, en una población concreta y en un tiempo limitado”.

---

3 Fuente: Adaptación realizada en base a las necesidades más frecuentes observables en la planificación de programas, a partir del modelo planteado por el Center for Substance Abuse Prevention. *Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention*. Chapter I: Determine Prevention needs and assets. Rockville: SAMHSA, 2002.

Si un programa está desarrollado según el modelo lógico, es más fácil explicar cómo está previsto que funcione el programa, y por tanto, definir los indicadores de evaluación.

En esta propuesta se va a utilizar y describir, como herramienta metodológica de planificación y gestión de proyectos y programas, el Enfoque del Marco Lógico (EML), el cual es una manera de estructurar los principales elementos de una intervención, subrayando los lazos lógicos entre los recursos previstos, las actividades planteadas y los resultados esperados.<sup>4</sup>

El EML es una herramienta de planificación de proyectos orientada por objetivos y que tiene tres aspectos que la definen: la orientación por objetivos, la orientación hacia los grupos beneficiarios y qué es un procedimiento participativo.

El uso del EML ayuda a clarificar el propósito y la justificación de la intervención, identificar las necesidades de información, definir claramente los elementos clave de la intervención, analizar el entorno de la intervención desde el inicio, facilitar la comunicación entre las partes implicadas e identificar cómo habría que medir el éxito o el fracaso del programa.

No existen intervenciones sobre los menores en situación de riesgo en un contexto social aséptico, por lo que es importante describir la situación futura a la que desea llegar, de tal manera que sea posible averiguar posteriormente hasta qué punto la intervención (programa o proyecto) ha tenido éxito en relación a sus objetivos y hacia la mejora de los grupos beneficiarios (en nuestro caso los menores más vulnerables).

---

4 Para describir el Enfoque del Marco Lógico se ha utilizado y adaptado los siguientes documentos:

“Agencia Noruega para la Cooperación para el Desarrollo (NORAD) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Secretaria de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica del Mº de Asuntos Exteriores. (2000). “Enfoque del Marco Lógico como herramienta para la planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos”.

Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. Módulo nº6. “Perspectivas sobre el objeto y sistemas de evaluación” Touza, I. (2007).

El logro de resultados depende tanto de factores que la gestión del programa puede controlar, como de ciertos factores externos. Por ello durante las primeras fases (definir las necesidades y analizar la viabilidad) es importante identificar y analizar los factores externos que pueden entorpecer y hacer fracasar la intervención.

En el EML se parte de la premisa de que la implementación de un programa es consecuencia directa de un conjunto de acontecimientos con una relación causal lineal: objetivo general, objetivo específico, recursos, actividades y resultados. Como no se tiene la certidumbre de que lo que se ha planeado se cumpla en la realidad, el proceso de planificación implica una secuencia de hipótesis de desarrollo que se puede analizar y describir, suponiendo que:

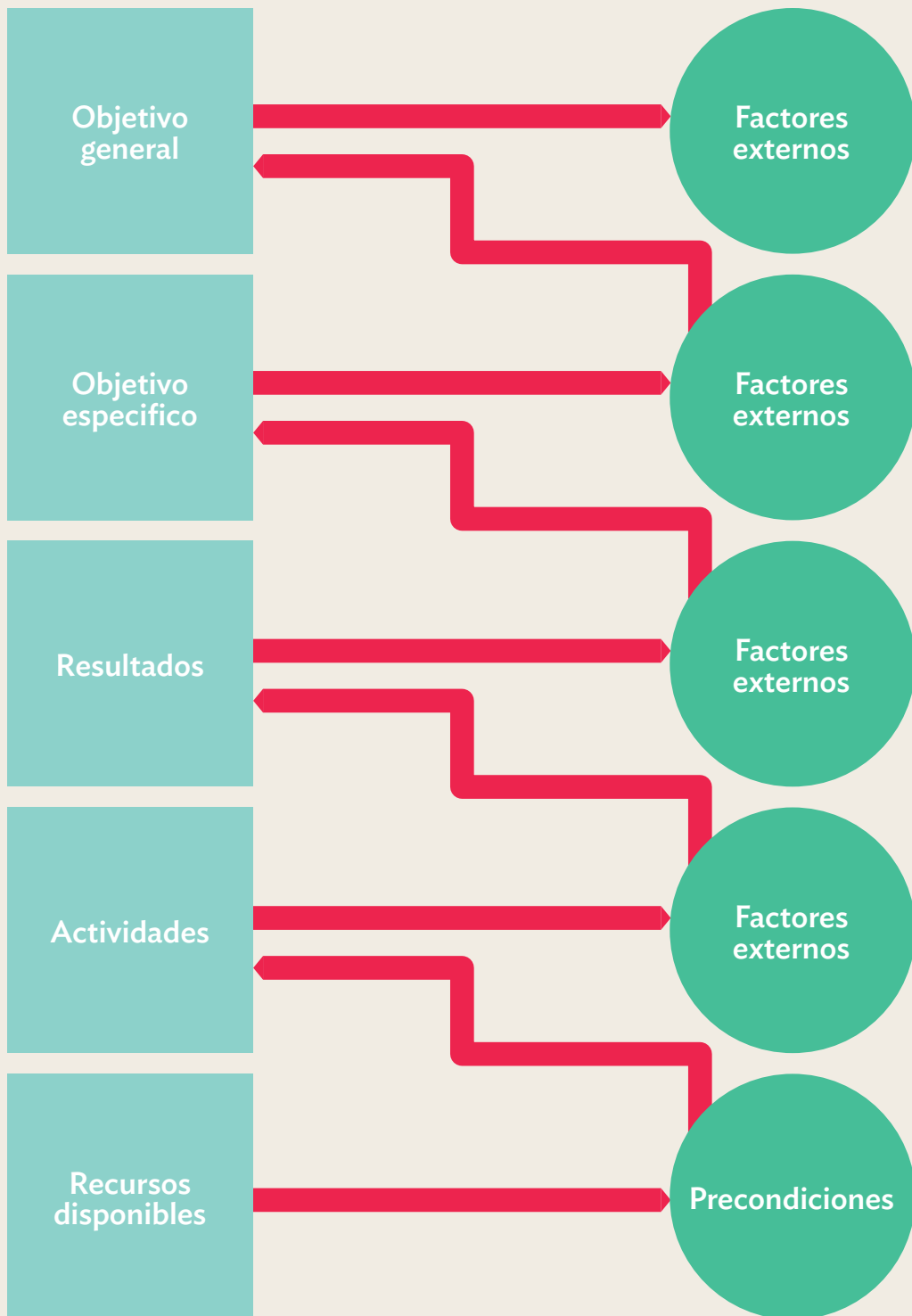
Si los recursos (económicos y humanos) están disponibles, entonces se realizarán las actividades, si las actividades se realizan entonces se producirán resultados, si se producen resultados entonces se lograrán los objetivos específicos a corto y largo plazo y esto contribuirá al cumplimiento del objetivo general.

Las incertidumbres del proceso se explican por los factores externos en cada uno de los niveles ya que estos factores externos escapan al control directo de la intervención o programa.

Además de los elementos descritos, generalmente es aconsejable agregar una columna al lado de cada uno de los objetivos y a los resultados con los indicadores que especifiquen cómo habría que medir el logro de los objetivos. Este elemento es clave para la evaluación.<sup>5</sup>

---

5 Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. Módulo nº6. “Perspectivas sobre el objeto y sistemas de evaluación”, Touza, I. (2007).





### 1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo al cual se espera que el programa vaya a contribuir significativamente.

*(Es fundamental definir los grupos beneficiarios).*

### 1. INDICADORES

Medidas (directas o indirectas) para averiguar hasta qué grado o nivel se ha cumplido el objetivo general.

### FACTORES EXTERNOS

Acontecimientos importantes, condiciones necesarias para sostener los objetivos a largo plazo.

### 2. OBJETIVO ESPECÍFICO

El efecto que se espera lograr como resultado de la intervención.

*(Es fundamental definir los grupos beneficiarios).*

### 2. INDICADORES

Medidas (directas o indirectas) para averiguar hasta qué grado o nivel se ha cumplido el objetivo específico).

### FACTORES EXTERNOS

Acontecimientos importantes, condiciones y decisiones al margen del conjunto del programa que tienen que prevalecer para lograr el objetivo.

### 3. RESULTADOS

Resultados que la implementación y gestión del programa debería poder garantizar.

*(Es fundamental definir los grupos beneficiarios).*

### 3. INDICADORES

Medidas (directas o indirectas) para averiguar hasta qué grado o nivel se producen los resultados.

### FACTORES EXTERNOS

Acontecimientos importantes, condiciones y decisiones al margen del conjunto de la gestión del programa necesarios para lograr el objetivo inmediato.

### 4. ACTIVIDADES

Las actividades que el programa tiene que emprender a fin de producir los resultados.

*(Es fundamental definir los grupos beneficiarios).*

### 4. RECURSOS

Recursos humanos y económicos y servicios necesarios para poder realizar las actividades previstas.

### FACTORES EXTERNOS

Acontecimientos importantes, condiciones y decisiones al margen de la gestión del programa necesarias para producir resultados.

# 9.1. LA PLANIFICACIÓN CON EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO

La planificación utilizando esta herramienta metodológica contempla una serie de etapas consecutivas que se van a ir describiendo y analizando a continuación.

## Primera etapa: Análisis de la situación: estimación de las necesidades de la población

En este momento se analizan cuatro pasos clave para el diseño del programa:

- Análisis de la participación.
- Análisis de los problemas.
- Análisis de los objetivos.
- Análisis de las alternativas.

### Paso 1º. Análisis de la participación

Se trata de componer una imagen global de los grupos de interés, personas y entidades involucradas de la comunidad/barrio en el que se va a actuar: las organizaciones comunitarias, los representantes políticos y los técnicos y los grupos de interés, tienen motivos e intereses diferentes. Un requisito

fundamental de los programas de intervención como poblaciones vulnerables, es que los objetivos reflejen las necesidades de la comunidad y de los grupos de interés, no solamente las necesidades internas de las entidades.

Es necesario, en todos los programas, aclarar quiénes van a ser **los grupos beneficiarios** (grupos diana) y cuáles van a ser los otros grupos de la comunidad que se verán afectados por la intervención, positiva o negativamente.

Por ello es importante realizar una lista de todas las partes cuyos puntos de vista convendría investigar para entender el problema (se trata de reunir datos para definir los problemas), así como de todos los grupos presentes en el entorno comunitario (organizaciones, recursos, personas...) que puedan resultar afectados por un posible programa, tanto positiva como negativamente, directa o indirectamente.

Una vez identificado **el grupo diana final** (los menores vulnerables, por ejemplo), se realiza un análisis detallado en términos de:

- a. Los principales problemas y debilidades que afectan al grupo de menores (identificar los factores de riesgo).
- b. Las principales necesidades e intereses desde el punto de vista del grupo.
- c. Las fortalezas y/o potencialidades del grupo (identificar los factores de protección y/o rasgos de resiliencia).
- d. Los principales conflictos de intereses, estructuras de cooperación o dependencia con otros grupos.

En los programas de prevención suele ser necesario trabajar con otros grupos que están en contacto y tienen influencia en los grupos seleccionados, se les denomina **grupos intermedios** (las familias, los docentes u otro tipo de mediadores). Algunas preguntas a formular en este momento podrían ser, entre otras:<sup>6</sup>

---

6 Adaptado de Salvador, T. (2002). El modelo lógico de un Programa de Prevención.

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Dónde se produce el problema?
- ¿Qué grupo de población es la más vulnerable?
- ¿Cuáles son los grupos que más necesitan la intervención?
- Con los datos disponibles ¿se puede prever que su situación empeore en el futuro?
- ¿Es este problema más prioritario que otros?, ¿por qué?
- ¿Qué grupo de población se beneficiará de participar en el programa?
- ¿Por qué? ¿Cuál es la situación en la que se encuentra este grupo?
- ¿Por qué la situación en la que se quiere intervenir, se considera prioritaria frente a otras situaciones o problemas existentes?

Algunos grupos específicos a los que se dirige la prevención selectiva, señalados en los programas de la Unión Europea son: menores con altos índices de absentismo y/o abandono y/o fracaso escolar, menores con comportamientos violentos, menores acogidos en instituciones de acogida, menores inmersos en procesos judiciales por actos delictivos, menores creciendo en entornos desfavorecidos de alto riesgo (familias multiproblemáticas y/o barrio comunidades socioeconómicamente deprimidas o en situación de exclusión social, menores de calle o que viven en la calle, (homeless), menores pertenecientes a minorías étnicas y/o inmigrantes con problemas de integración en los países de acogida, menores consumidores de drogas recreacionales contactados en zonas de concentración juveniles.<sup>7</sup>

---

7 *Drugs and vulnerable groups of young people*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Paso 2°. Análisis de los problemas

Una vez recopilada la información disponible, se analizará la situación existente, es decir, se identificarán los principales problemas y se visualizarán las principales relaciones causales que existen entre éstos por medio de un árbol del problema. La finalidad de este momento inicial es establecer un panorama de la situación, más adelante se ajustará la perspectiva y se profundizará a la hora de preparar el diseño de la intervención. Se trata en definitiva de identificar los problemas existentes entre los menores en situación de mayor riesgo.

Un problema no es la ausencia de una solución, sino un estado negativo existente, por ejemplo, el problema focal es: *“numerosos menores residentes en el barrio de Valdechopos, están experimentando con drogas legales e ilegales a edades tempranas y algunos de ellos realizan consumos abusivos de las mismas”*.

Los posibles factores de riesgo directos e indirectos del problema focal, se colocan paralelamente debajo de éste y los efectos directos se colocan paralelamente encima de éste. A continuación, se siguen desarrollando los rasgos de riesgo y los efectos siguiendo el mismo principio hasta formular el árbol de problemas.

Veamos un ejemplo de un árbol de problemas donde el problema focal es la experimentación temprana y el consumo abusivo de drogas legales e ilegales entre los menores en situación de mayor riesgo:



Figura 9. Árbol de problemas en un barrio socioeconómicamente desfavorecido.

En síntesis se trata de identificar los elementos de riesgo para el problema, identificar los efectos directos que puede provocar el problema, construir un árbol de problemas que muestre las relaciones entre el marco de riesgos y los efectos del problema y, por último, revisar el árbol de problemas para averiguar si es válido y completo, haciendo los ajustes necesarios. El análisis de los problemas se puede concluir cuando se compruebe que toda la información esencial está incluida en la red, a fin de explicar las principales relaciones establecidas que caracterizan el problema.

Por ejemplo: si se va a intervenir en una comunidad o en un barrio, será preciso conocer su situación e identificar a los colectivos más vulnerables y su relación con las drogas. Este análisis nos permitirá conocer los factores de riesgo y las oportunidades de esa comunidad (barrio, ciudad, distrito) y cómo interaccionan con los diferentes grupos.

Se puede recurrir a fuentes secundarias, tales como: indicadores sociales, estadísticas de población, encuestas ya realizadas u otros estudios disponibles.

Asimismo, se puede realizar una recopilación de información de manera directa a través de entrevistas con informantes clave, grupos de discusión o consultando a las diferentes instituciones que trabajan en el área: servicios de salud, servicios sociales, policía, asociaciones, vecinos, líderes comunitarios, etc.

Asimismo, se debe realizar un análisis de la disponibilidad o predisposición del contexto para actuar en prevención. En el Anexo 1 Planificación prevención selectiva se incluye un cuestionario para identificar el grado de motivación e interés y preparación de una comunidad para implicarse en acciones de prevención de los consumos de droga y otras conductas problemáticas entre los menores más vulnerables.

## Paso 3°. Análisis de los objetivos

En el análisis de los objetivos, se transforma el árbol de problemas en un árbol de objetivos (futuras soluciones de los problemas) y se analizan.

Desde arriba hacia abajo, se vuelven a formular todos los problemas transformándolos en objetivos (condiciones deseables positivas). De igual manera se transforma el problema focal en un objetivo.

En caso de que el problema no pueda resolverse, porque no es factible técnica o socialmente (por ejemplo pobreza estructural en el barrio), o cualquier otra consideración, se mantiene como problema.

Si es necesario, es el momento de revisar los planteamientos, eliminar los objetivos que parecen irreales o innecesarios y/o agregar nuevos objetivos cuando se estime necesario. Es importante trazar líneas de conexión para indicar las relaciones medios-fines.





Figura 10. Árbol de problemas en un barrio socioeconómicamente desfavorecido.

## Segunda etapa: Análisis de alternativas y elección de prioridades

El propósito del análisis de alternativas es identificar las posibles opciones, valorar sus posibilidades de ser llevadas a la práctica adecuadamente y acordar una estrategia de intervención (programa), es decir, se hace una evaluación de la factibilidad de las diferentes alternativas.

Se identifican las posibles ramas medios-fines alternativas en el árbol de objetivos que pueden convertirse en posibles intervenciones preventivas y se traza un círculo alrededor de ellas, es decir, se selecciona una de las alternativas como estrategias del programa. En ese momento **es clave tener en cuenta las evidencias científicas sobre las estrategias y componentes relacionados con las intervenciones dirigidas a los menores en situación de alto riesgo** que se han descrito en el anterior capítulo de este documento. Se trata de revisar la evidencia y adoptar la opción que se considere más pertinente.

Se eliminan los objetivos que obviamente no son deseables o se considera imposible de conseguir y se eliminan los objetivos que persiguen otros programas o proyectos en la misma comunidad.

Es el momento de asegurar la viabilidad de la intervención, valorando y/o adecuando los recursos y la capacidad interna (equipo humano y recursos económicos), identificando los recursos comunitarios susceptibles de ser involucrados en el programa, valorando su posible receptividad y estableciendo cauces y/o una red de colaboración para afrontar el apoyo a los menores más vulnerables.

Es el momento también de plantear una hipótesis de trabajo, apostar por un modelo de cambio y definir las prioridades.

## Tercera etapa: Diseño del programa de actuación identificando sus principales elementos

Una vez escogidas las líneas estratégicas de la intervención que se pretende llevar a cabo, se señalan los principales elementos del programa del árbol de objetivos diseñado y se ubica en la primera columna vertical de la matriz del proyecto.

Es el momento de que el equipo decida: cuál es el objetivo general, los objetivos específicos y los objetivos operativos (resultados).

Los dos primeros niveles expresan hacia dónde se dirige el programa, es decir, qué se quiere conseguir con el programa al implementarlo en las poblaciones destinatarias y en el entorno y el último nivel, los resultados, se centran en las estrategias elegidas, es decir, en las actividades o actuaciones concretas.

**El objetivo general** describe anticipadamente el objetivo a largo plazo al que contribuirá el programa. En otros modelos se denominan Objetivos Finales.

Es el momento de justificar la necesidad de intervenir y del programa.

Es importante que todas las partes involucradas en la implementación de la intervención, definan claramente el objetivo general y que se utilice como uno de los principales puntos de referencia compartida.

Una dificultad, bastante extendida, es que el objetivo general es demasiado amplio y ambicioso o está definido de forma demasiado imprecisa, por ejemplo: mejorado el entorno comunitario en el que viven los menores en situación de marginación y/o exclusión social o mejorado su nivel de vida..., sin embargo, habría que formular un objetivo general menos amplio y específico, ya que esto aumentará las probabilidades de éxito.

Asimismo, es importante definir el objetivo general de forma realista de manera que el o los objetivos específicos contribuyan de manera signifi-

cativa a lograr el objetivo general, esté expresado como una situación ya alcanzada, no como un medio (o proceso), esté expresado en términos verificables y no contenga dos o más objetivos que estén causalmente relacionados (medios-fines).

Ejemplos de objetivos generales:

*“Reducir el consumo de drogas entre el grupo de menores en situación de mayor vulnerabilidad en el barrio marginado y con altos índices de exclusión social de Valdechopos”.*

*“Retrasar la edad de experimentación con drogas entre los menores acogidos en los centros de Protección/Acogida de menores”.*

*“Disminuir los daños asociados al consumo de drogas entre los menores consumidores de drogas estimulantes en las grandes concentraciones de jóvenes o eventos (raves, macrodiscotecas, conciertos, etc.)”.*

**El objetivo específico** describe los efectos esperados del programa (propósitos operativos del programa) para los beneficiarios directos como una condición futura planteada de forma clara, precisa y alcanzable.

Cada intervención tiene un marco conceptual (un modelo teórico) que implicará trabajar determinados componentes para avanzar hacia el objetivo general.

El/los objetivos específicos y sus indicadores deberán especificar los beneficiarios previstos para el grupo beneficiario, hay que asegurarse de que contribuye de manera significativa al cumplimiento del objetivo general, es realista, es decir, es posible que se logre una vez producidos los resultados del programa, es formulado como un estado ya alcanzado, no como un proceso, es definido de manera concreta y es verificable. Por ejemplo:

*“Modificadas las actitudes de los menores más vulnerables del barrio de Valdechopos en relación a las drogas”.*

*“Sensibilizados e informados los menores consumidores de drogas estimulantes sobre sus riesgos”.*

Los objetivos específicos (también denominados objetivos intermedios u objetivos mediadores del cambio) están haciendo referencia a lo que se pretende que cambie en los menores para conseguir los fines generales.

El enfoque metodológico del EML plantea la conveniencia de un único objetivo específico.

**Los resultados** son lo que el programa puede garantizar como consecuencia de sus actividades. El logro de los objetivos específicos presupone que el programa produce ciertos resultados, en diferentes etapas, a lo largo de su implementación.

Los resultados difieren sustancialmente del objetivo inmediato, el cual es el efecto que se espera lograr como resultado del programa.

Los resultados también reciben el nombre, en otro tipo de enfoques metodológicos, de objetivos operacionales u objetivos de proceso, ya que describen los cambios en el proceso que se deben producir para alcanzar los objetivos específicos y el general.

Los resultados se sitúan en los cómo y los cuántos porque no nos orientan sobre los cambios que se pretenden en las personas o grupos, sino que se orientan a guiar las cuestiones relacionadas con el proceso de implementación del programa.

Su impacto combinado deberá bastar para lograr el objetivo inmediato. Mientras que el equipo técnico que dirige el programa debería garantizar los resultados del mismo, y han de ser medibles, el objetivo específico, en numerosas ocasiones, está más allá de su control directo de los equipos.

Un ejemplo: un programa puede garantizar que cierto número de mediadores jóvenes (educación entre iguales) sean capacitados para transmitir los riesgos asociados al consumo de ciertas drogas o un número determinado de profesores sean capacitados para desarrollar sesiones de aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales, por ejemplo autocontrol, en menores vulnerables (presentan numerosos factores de riesgo contextuales, familiares y personales). Estos son resultados **concretos** del programa que determinarán qué se tiene que hacer para implantar el programa. Sin embargo, el programa no puede garantizar que la proporción de estos menores que incrementa sus habilidades de autocontrol aumente en un porcentaje X. Este sería un objetivo específico del programa, ya que el resultado directo del trabajo de los educadores escapa del control directo del programa.

Es preciso asegurarse que están incluidos todos los resultados fundamentales necesarios para lograr el objetivo específico, que cada resultado es un medio para lograr el objetivo específico, que todos los resultados son factibles de realizarse con los recursos disponibles (tanto humanos como económicos), y que se han definido de manera concreta y verificable.

## Cuarta etapa: Concreción del plan de implementación

**El Plan de implementación** define cómo se van a desarrollar los contenidos del programa, por tanto es sinónimo de plan operativo. La descripción de los métodos, es decir, de cómo se conseguirán los resultados y los objetivos, es otro elemento fundamental de la programación y se concreta en las actividades.

1. **Las actividades** son acciones necesarias para transformar los recursos disponibles en resultados planificados dentro de un periodo de tiempo determinado. Se expresan como procesos. Constituyen el trabajo o las tareas que hay que ejecutar para producir un determinado resultado por parte del equipo técnico del programa y/o otras personas que participan en el programa.

Es importante que para cada resultado previsto, haya una o varias actividades, por ejemplo, un curso, un taller, unas actividades lúdicas extraescolares, etc.

Hay que asegurarse que todas las actividades contribuyan directamente a los resultados; solamente se incluyan las actividades que el programa tiene que ejecutar; estén planteadas en términos de acciones que se emprenden y no en términos de resultados alcanzados; el tiempo disponible para cada actividad es realista y las actividades son adecuadas para la situación sociocultural y de recursos disponibles de la comunidad/barrio.

Por ejemplo: para trabajar como componente de un programa preventivo las habilidades sociales se suelen realizar actividades en grupos pequeños, con procedimientos interactivos y cooperativos durante un número de horas determinadas.

2. **Los resultados** se enumeran y hay que relacionar cada actividad en relación al resultado correspondiente.

3. Se señalan los principales **recursos** en términos de presupuesto, equipo de técnicos/profesionales con que contará el programa y los servicios/recursos necesarios.

El total de los recursos debería reflejar de manera realista lo que es necesario para producir los resultados propuestos: presupuesto, equipo de recursos humanos, infraestructuras necesarias, etc.

Hay que asegurarse que: los recursos sean condiciones necesarias y suficientes para realizar las actividades planteadas, el nivel de detalle sea adecuado y fácilmente comprensible, los recursos estén definidos de manera concreta y verificable (cantidad, calidad, costes).

4. Se explicita el **calendario y el cronograma**.

Las actividades se realizan de acuerdo, normalmente, a un calendario anual que se plasma en un cronograma en el cual, de forma visual y clara se reflejen, organizadas por semanas o meses, todas las actividades previstas.



## Quinta etapa: Identificación de los factores externos

Los factores externos son situaciones, acontecimientos o decisiones que son necesarios para el éxito del programa, pero que escapa, de manera total o parcial, al control directo de la gestión de la intervención.

La mayoría de los programas que se desarrollan en entornos difíciles (comunidades socioeconómicamente deprimidas, marginadas o en situación de exclusión social), los factores externos pueden retrasar o impedir que se alcancen los resultados y los objetivos del programa. Es importante identificar estos factores externos que inciden en la implementación del programa y tomarlos en cuenta cuando se esté diseñando el programa para delimitar los límites de responsabilidad de la gestión del programa, por ejemplo.

Es importante identificar estos factores externos en cada elemento de la matriz de programación hasta el nivel del objetivo general, verificando en todos los niveles si las propuestas siguen un orden lógico y si están completas. Cada nivel debe contener las condiciones necesarias y suficientes para el siguiente nivel superior. Algunos ejemplos de factores externos: las instituciones locales colaboran en la planificación y desarrollo de las actividades, se cuenta con tres voluntarios/as para implicarse en el programa, etc. Se formulan como condiciones positivas que ayudan al desarrollo del programa y se valoran en términos de importancia y probabilidad.

## Sexta etapa: Diseño de indicadores

Este aspecto se considera clave, y la mayor parte de las programaciones carecen de ellos. Se menciona constantemente la importancia de tener prevista la evaluación del programa desde el comienzo, es decir, que se plasme en el mismo diseño de la programación, pero este hecho rara vez se produce. Por tanto, vamos a insistir en esta propuesta en la necesidad de tener diseñados unos indicadores para poder valorar los cambios ocurridos tras la implementación del programa.

Los indicadores se especifican en la segunda columna de la matriz de planificación.

Los detalles de los indicadores determinan cómo vamos a poder valorar y medir hasta qué grado o nivel se han logrado los objetivos en diferentes momentos del desarrollo del programa, ya que especifican el nivel de realización que hay que alcanzar a fin de lograr el objetivo general, el o los objetivos específicos y los resultados esperados.

Pueden ser indicadores directos que reflejan los cambios buscados directamente por el programa, por ejemplo: *retraso en la edad de inicio en el consumo de drogas ilegales entre los menores más vulnerables.*

A veces no es posible medir los cambios directamente, en estos casos se utilizan indicadores indirectos, por ejemplo; *incremento en el nº de menores que obtienen el título de graduado escolar y accede a otros cursos de formación en una zona de alta marginación social.*

Los indicadores nos ayudan a cuantificar los cambios y son la base clave para el seguimiento del programa y la evaluación.

Por ejemplo, para los objetivos específicos se usarán escalas de actitudes y/o de habilidades (dependiendo de los componentes que se trabajen en el programa) que nos permitan identificar cuánto se han modificado estos componentes y para los resultados (objetivos de proceso) también se han de cuantificar, por ejemplo: cuántos docentes o mediadores se han capa-

citado, cuántas actividades formativas se han impartido, cuántas personas han asistido, etc.

Las mediciones pueden ser:

**Cuantitativas:** por ejemplo, descenso en el nº de menores vulnerables que declara haber consumido drogas de inicio (alcohol, tabaco y hachís).

**Cualitativas:** por ejemplo, grado de satisfacción de los menores con las actividades desarrolladas.

**Comportamiento:** por ejemplo, menor absentismo escolar entre los menores vulnerables.

Se diseñarán indicadores de proceso y de resultados y, si es posible, de corto, medio y largo plazo. Es mejor diseñar varios indicadores y no únicamente uno, ya que los indicadores únicos raras veces nos proporcionan una imagen completa del cambio producido.

Algunas características de los indicadores son:

**Objetividad:** cada indicador debería reflejar hechos y no impresiones subjetivas.

**Verosimilitud:** los cambios registrados pueden atribuirse directamente al programa.

**Independientes en los diferentes niveles,** ya que el objetivo general y los específicos son diferentes. Cada indicador es una prueba de logro por lo que el mismo indicador no es válido para más de un objetivo.

Basado en datos fácilmente obtenibles o que se puedan recopilar con un esfuerzo suplementario razonable por parte del equipo técnico que desarrolla el programa.

Una formulación adecuada de un indicador sería por ejemplo:

Identificación del indicador: “descenso en el consumo de drogas”.

Especificar el grupo beneficiario (para quiénes): “entre los menores en situación de alto riesgo”.

Cuantificar (cuánto): “descenso en un 20% de los menores que declaran haber consumido drogas”.

Tiempo (cuándo): “en el último mes”.

Ubicación (dónde): en el barrio de Valdechopos.

## Séptima etapa: Comprobación de las fuentes de verificación

La formulación de indicadores deberá incluir la especificación de sus medios de verificación, es decir, las fuentes de información necesarias para comprobar que la información puede estar disponible, de qué forma, y cómo y quién debería facilitar la información (recogida de datos para la evaluación del proceso y de resultados del programa). Es muy útil tener previsto también en la programación, si es posible, los medios de verificación que se van a utilizar, por ejemplo; datos de encuestas (cuestionarios), fichas de registros, observación, entrevistas, grupos focales, etc.

Si en algunos indicadores previstos no se encuentran medios adecuados de verificación, se sustituirán por otros indicadores que puedan ser verificables.

Es fundamental que figuren especificados en la matriz de planificación, los recursos necesarios para la recopilación, preparación y la elaboración de la información como una actividad dentro del programa.

A continuación se presenta una matriz de planificación, teniendo en cuenta el enfoque metodológico propuesto, sobre un programa de prevención selectiva en el ámbito escolar a modo de ejemplificación.

**Objetivo general: Reducir los consumos problemáticos de drogas en menores y adolescentes en los que se han detectado problemas de adaptación y rendimiento escolar y conductas problemáticas precoces y persistentes a través de la mejora del vínculo con la escuela**

Objetivos específicos	Resultados esperados	Actuaciones y acciones específicas	Indicadores proceso	Indicadores resultados	Fuentes de verificación
<p>Docentes capacitados para establecer normas de conducta y habilidades de autocontrol en los alumnos/as.</p> <p>Conflictos en el aula y en el centro educativo disminuido e incremento del vínculo de los alumnos con la escuela.</p>	<p>Docentes capacitados en habilidades de autocontrol y establecimiento de normas y límites en el aula.</p> <p>Alumnado entrenado en habilidades de autocontrol e interiorización de normas y límites en el aula.</p>	<p>Los docentes de los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) y Aula Taller han recibido formación para el desarrollo de habilidades de autocontrol en sus alumnos/as.</p> <p>Los alumnos de los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) y Aula Taller han recibido un taller sobre autocontrol de 5 horas de duración.</p>	<p>Nº de docentes capacitados.</p> <p>Grado de satisfacción de los docentes con la formación recibida.</p> <p>Nº de alumnos/as entrenados.</p> <p>Grado de satisfacción del alumnado con los talleres recibidos.</p>	<p>Incremento en x puntos en las mediciones de escalas sobre autocontrol antes y después de la intervención.</p> <p>Descenso en el nº de conflictos en el aula y en el centro.</p> <p>Descenso en el índice de absentismo escolar y en el nº de alumnos que abandona los estudios precozmente.</p>	<p><b>Procesos</b></p> <p>Fichas de registros de asistencia y seguimiento.</p> <p>Cuestionarios de satisfacción dirigidos al profesorado y al alumnado.</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>Cuestionario dirigido al alumnado con escala de medición sobre autocontrol y normas y límites (pre/post).</p>

# ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA CONOCER EL GRADO DE PREPARACIÓN DE UNA COMUNIDAD PARA IMPLICARSE EN INTERVENCIONES PREVENTIVAS (2010)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Traducción y adaptación propia de The Communities That Care. Community Readiness Survey (2010). Contact: Professor John Toumbourou, PhD, Chief Executive Officer, Communities That Care Ltd(Australia). Email: john.toumbourou@deakin.edu.au Mobile: 0419582889.

**The Communities That Care Community Readiness Survey**” ha adaptado una encuesta realizada en la Universidad de Washington para medir el grado de organización de una comunidad y su interés por la prevención del consumo de drogas y otras conductas problemáticas entre los niños/as y jóvenes a nivel local. Los profesionales con experiencia en intervenciones y servicios dirigidos a este colectivo pueden aprovechar este cuestionario, que tiene en cuenta asuntos tales como: el nivel de conocimiento y apoyo de la comunidad hacia los servicios e intervenciones de prevención, la capacidad de la comunidad para organizarse y coordinarse y la coordinación entre recursos y organizaciones y la existencia de otras investigaciones y/o intervenciones en prevención de drogas en su comunidad. Este cuestionario que se incluye a continuación incluirá valoraciones y recomendaciones para el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad para comprometerse en el desarrollo de intervenciones preventivas.

La finalidad de este cuestionario es tener un mayor conocimiento acerca de lo que las diferentes comunidades hacen para prevenir los problemas de conducta entre los niños/as y los adolescentes, entre ellas el consumo abusivo de drogas. En este cuestionario se incluyen muchas preguntas sobre la prevención comunitaria.

## LAS RELACIONES CON SU COMUNIDAD

**1** ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta comunidad?

Nº de años

Nº de meses

No vivo en esta comunidad

**2** ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta comunidad?

Nº de años

Nº de meses

No vivo en esta comunidad

## PERCEPCIÓN SOBRE SU COMUNIDAD

Las siguientes afirmaciones se refieren a sus percepciones sobre su comunidad. Por favor, marque el recuadro que indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
3 Se ha creado una red de gente preocupada por los problemas de los niños/as y jóvenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Las entidades y organizaciones de esta comunidad trabajan juntas para solventar los problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 La mayoría de las personas de esta comunidad se preocupan mucho de su comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 La mayoría de las personas en esta comunidad tienden a pensar que este es su hogar, el sitio al que pertenecen, más que únicamente el sitio en el que viven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Es difícil encontrar a personas en esta comunidad implicadas en actividades comunitarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Los residentes de todos los sectores de la comunidad participan en los procesos de toma de decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 La mayoría de las personas tienen un sentimiento de unión fuerte con esta comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La siguiente lista de afirmaciones acerca de esta comunidad, pueden ser ciertas o falsas. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
10 En general, las personas de esta comunidad creen que es posible reducir los problemas de conducta de los adolescentes a través de los esfuerzos en la prevención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Las entidades y organizaciones comunitarias pocas veces coordinan sus actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA PREVENCIÓN

Las siguientes preguntas se refieren a áreas concretas de la salud y de las conductas problemáticas de los menores/adolescentes que a menudo afectan a la comunidad:

- 12** En esta comunidad, ¿qué cree que piensan los adultos sobre algunas conductas de los adolescentes en relación al consumo de drogas....?

	Les parece muy mal	Les parece mal	Les parece un poco mal	No les parece nada	No sabe
a. Tomar medicamentos sin receta médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Beber alcohol en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Fumar cigarrillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Consumir hachís/marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Probar otro tipo de drogas ilegales (cocaína, éxtasis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

El siguiente grupo de preguntas están relacionadas con su opinión sobre el grado de apoyo para la prevención en la comunidad:

- 13** Por favor, indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
a. Existe una perspectiva o idea en la comunidad para prevenir los problemas de conducta y los consumos de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. La comunidad apoya las intervenciones en prevención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Las organizaciones locales están preparadas para implicarse con la prevención con dedicación, tiempo, dinero, facilidades, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 ¿Existe una idea o perspectiva compartida sobre la prevención sobre el consumo de drogas en la comunidad?

- Solo unas pocas personas
- Unas pocas personas que colaboran y tienen influencia en sus respectivas organizaciones y/o sectores
- Muchos líderes de la comunidad y algunos vecinos
- Toda la comunidad en su conjunto
- No sabe

15 ¿La comunidad reconoce que tiene problemas relacionados con el consumo de drogas de sus menores que necesitan una respuesta?

- La comunidad niega los problemas
- La comunidad está vagamente concienciada sobre sus problemas
- Hay un bien nivel de concienciación sobre sus problemas
- La comunidad está muy concienciada sobre sus problemas
- No sabe

16 ¿Ha habido algunos grupos o sectores de su comunidad que han defendido la adopción de una intervención en prevención de los problemas de los jóvenes y que se ha implicado de forma comprometida en ello?

- Nadie
- Un grupo
- Dos grupos
- Más de dos grupos
- No sabe

## ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

El siguiente grupo de cuestiones, preguntan sobre su opinión acerca de los líderes de su comunidad. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

### 17 Líderes comunitarios

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
a. Son capaces de representar a todos los sectores y grupos de la comunidad, incluidos los grupos étnicos y culturales minoritarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Son capaces de llegar a consensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Son capaces de manejar conflictos entre diferentes grupos presentes en la comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Están comprometidos con reducir el consumo de drogas y favorecer el desarrollo positivo de los jóvenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tienen conocimientos sobre los esfuerzos preventivos sobre el abuso de drogas en su comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Creen que los esfuerzos para prevenir el consumo de drogas son efectivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Son capaces de implicar a los miembros de la comunidad en las decisiones que se acuerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 En años anteriores, ¿las organizaciones han estado colaborando para la prevención de los problemas de salud y de conductas en niños/as y jóvenes?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe
a. Asociaciones comunitaria, redes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Escuelas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Centros/servicios de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Centros/servicios sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Administración local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Administración autonómica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Programas de ocio dirigidos a los jóvenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Policía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Tribunales de menores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Medios de comunicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Grupos religiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CONOCIMIENTO SOBRE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN SU COMUNIDAD

*En cuenta una escala del 1 al 10, teniendo en cuenta que 1 = no hay preocupación y 10 = hay mucha preocupación, por favor, responda a estas preguntas proporcionando una explicación en cada una de ellas.*

¿Qué nivel de preocupación representa este problema en su comunidad?

¿Qué esfuerzos están disponibles en tu comunidad para abordar este problema?

¿Qué grado de conocimiento tienen los miembros de su comunidad sobre las intervenciones preventivas?

¿Cuánto tiempo llevan estas intervenciones desarrollándose en su comunidad?

¿Cuáles son los beneficios de estas intervenciones?

¿Cuáles son las debilidades de estos esfuerzos?

¿A quién se dirigen estos programas? (Por ejemplo, edad, etnicidad, etc.)

¿Puede haber algunos segmentos o grupos de la comunidad para los cuales estas intervenciones pueden ser o parecer inaccesibles?

¿Existe una necesidad de difundir estos servicios y/o intervenciones? ¿Por qué?

¿Hay algún plan para difundir mejor estas intervenciones? Si es así, por favor, explíquelo

¿Qué tipo de intervenciones formales o informales, prácticas y leyes tienen lugar en su comunidad para abordar este problema? ¿Cuánto tiempo llevan desarrollándose?

¿Hay grupos de su comunidad en los cuales estas intervenciones podrían no aplicarse, debido al estatus socioeconómico o la etnicidad o a la edad, etc.?

¿Hay una necesidad de difundir estas intervenciones? En caso afirmativo, ¿existe un plan para ello? Explíquelo, por favor

¿Cómo percibe la comunidad estas intervenciones?

## AMBIENTE EN SU COMUNIDAD

Describa su comunidad

¿Ha habido alguna vez o en algunas circunstancias en las que los miembros de su comunidad han sido tolerantes con este tipo de problemas?

¿Apoya la comunidad los esfuerzos en prevención, tales como tiempo, dinero, cesión de espacios, etc., para desarrollar este tipo de intervenciones?

Teniendo en cuenta las respuestas proporcionadas hasta ahora, ¿cuál cree que es sentimiento general entre los miembros de la comunidad con respecto a este asunto? Por favor, explíquelo

## CONOCIMIENTO ACERCA DE ESTE TEMA EN SU COMUNIDAD

En general, ¿qué sabe su comunidad sobre este tema?

¿Qué tipo de información está disponible sobre este asunto en su comunidad?

¿Están los datos locales sobre este tema disponibles en su comunidad? En caso negativo, ¿dónde se puede obtener este tipo de información?

Si los datos están disponibles, ¿cómo se puede obtener este tipo de información?



## RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN EN SU COMUNIDAD

¿Sabría usted a quién podría acudir una persona afectada por este problema en su comunidad?

En una escala de 1 al 10, ¿cuál es el nivel de experiencia y preparación entre los que trabajan en este tema? Por favor, explíquelo

¿Las intervenciones preventivas se apoyan en un número importante de voluntarios?

Los negocios locales y/o la industria ¿apoyan con recursos (tiempo, dinero, espacios) las intervenciones preventivas?

¿Cómo se iniciaron las intervenciones actuales? Por favor, explíquelo

Las evaluaciones de resultados ¿están siendo utilizadas para hacer cambios en los programas, actividades, políticas, etc., o para empezar unas nuevas?

**¡MUCHAS GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO!**

# PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN INDICADA

**S**i la prevención selectiva persigue fomentar la competencia individual y mejorar socialmente las condiciones de vida de los menores en situación de mayor riesgo, **la intervención temprana** tiene el objetivo de detener el deterioro de la situación problemática y abordar los síntomas presentes, modificando las pautas comportamentales inadecuadas del menor o las variables que mantienen o empeoran el problema.

Este tipo de prevención se dirige a menores de alto riesgo, o en los que se ha detectado síntomas iniciales de un problema, aunque todavía no cumplan los criterios de diagnóstico de dependencia a las drogas, según el DSM-IV, por ejemplo, los programas dirigidos a desarrollar el autocontrol para niños/as con problemas de conducta.

Así, la intervención individual estaría dirigida a potenciar los factores protectores personales de protección y a reducir los factores de riesgo y dado que la formación de la personalidad y la adquisición de hábitos comienzan desde el nacimiento mismo, la intervención a nivel individual debería comenzar tan pronto como sea posible.

En determinados casos, a través de los programas de prevención selectiva se detectan casos de menores en los que es necesario realizar un seguimiento o intervención más individualizada aunque breve intervención temprana) o una intervención más frecuente e intensa (prevención indicada).

En resumen, este tipo de intervención está indicada cuando:<sup>1</sup>

- El menor presenta un consumo de drogas, pero no cumple los criterios que identifican una dependencia (según el DSM-IV o de la CIE-10) sin embargo, muestra indicadores que están altamente correlacionados con un riesgo individual de desarrollar abuso de drogas con el tiempo,

---

1 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) muy similar enfoque (NIDA, 1997).

tales como: algún trastorno psiquiátrico, fracaso escolar, comportamiento antisocial, déficits de autocontrol, etc., (ver apartado de factores de riesgo). Los indicadores definidos de riesgo necesitan tener una fuerte correlación con el abuso de sustancias, más que los identificados para la prevención selectiva.

- El objetivo de la intervención es prevenir la progresión a la dependencia y la correlación de trastornos y reducir la intensidad y frecuencia de los consumos de drogas que están exponiendo al menor a numerosos riesgos para su salud y/o psicosociales.
- Se deben determinar los factores de riesgo y de protección **individual** para determinar una intervención específica, sobre la base de una evaluación profesional, es decir, el menor es evaluado y diagnosticado por un profesional o equipos de profesionales expertos.

En resumen, este tipo de intervenciones se diferencian de la prevención selectiva por la fuerte correlación y la naturaleza individualizada de los indicadores para el desarrollo de un abuso o dependencia de drogas y se diferencia del tratamiento por no cumplir los criterios del DSM-IV o la CIE-10 sobre dependencia a una drogas y que, por lo tanto, necesitarían de un tratamiento. La planificación de una intervención temprana y de la prevención indicada requiere, al igual que la prevención selectiva, una serie de etapas o momentos que se van a describir a continuación.

## Primera etapa. Detección y captación

Esta detección se produce en los espacios en los que los menores/adolescentes desarrollan su vida cotidiana: centros educativos (la mayoría de los casos), a través de las familias, los servicios sociales municipales, centros de acogida de menores no tutelados, policía, centros de salud, tejido asociativo comunitario o centros específicos de atención a drogodependientes.

El establecimiento de un vínculo adecuado es imprescindible para poder iniciar cualquier proceso de intervención con un adolescente.

Es fundamental lograr una adecuada motivación y disposición por parte del menor y de su familia para poder realizar el proceso de evaluación e intervención. Esta alianza es clave. Asimismo, el proceso de evaluación debe iniciar una respuesta dinámica a la negación y resistencias del menor al cambio, en este sentido es muy útil y eficaz la utilización de la técnica de la “entrevista motivacional”<sup>2</sup>

Si la captación se produce con éxito, es el momento de llevar a cabo el diagnóstico de la situación problema, el momento más decisivo y delicado en este tipo de intervención.

---

2 Miller y Rollnick, (1999). *“Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.* Paidós.

Miller, W. (1995) *“Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers.* Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), Albuquerque: The University of Nuevo Mexico ([www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org)) agosto de 2007.

Miller, W. (1999) *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias.* Serie de Protocolo para mejorar el Tratamiento, N° 35. U.S. Department of Health and Human Services. 1999.

## Segunda etapa: Acogida y valoración inicial

Una vez que se ha establecido el contacto, en primer lugar se procede a escuchar y atender las necesidades explícitas del menor y/o de las personas que han remitido a chico/as. A continuación se llevará a cabo una detección de las necesidades implícitas a partir de una valoración inicial del caso y de la situación que lo acompaña.

Para alcanzar una valoración comprensiva de la/las problemáticas del menor, la evaluación debería abarcar al menos los siguientes ámbitos:<sup>3</sup>

Áreas de evaluación	Aspectos a valorar
Puntos fuertes y factores de protección del menor.	Resiliencia, autoestima, religiosidad, apoyo familiar y social, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y motivación hacia la intervención.
Historia de uso y abuso de drogas.	Inicio, frecuencia, intensidad, patrón de consumo, vías de autoadministración.  Percepción de riesgo asociado al uso de drogas. Motivación para el uso de drogas/función del uso/abuso de drogas.

3 Fernández Gómez, C. et al. (2004).Capítulo 7. “Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas” en Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. González Menéndez et al. Colegio Oficial de psicólogos del Principado de Asturias.

Áreas de evaluación	Aspectos a valorar
Historia y examen médico detallado.	Síntomas de trastornos afectivos, problemas de conducta, riesgos para el VIH asociados a las prácticas sexuales sin protección y/o uso de drogas.
Problemas en el desarrollo.	Eventos traumáticos, maltrato o abuso/abandono físico, psíquico o sexual, conductas desviadas, etc.
Historia familiar.	Problemas familiares por uso de drogas, salud mental y física familiar, conducta delictiva, patrones y estilos de crianza, puntos fuertes y apoyos familiares a la intervención.
Red social de pares y amigos.	Habilidades sociales e interpersonales, entorno social, implicación en grupos con problemas de conducta.
Historia de desempeño escolar, empleo y vocacional.	Problemas de aprendizaje, necesidades educativas especiales, etc. Proyecto de futuro.
Contacto con servicios e instituciones.	Actos delictivos y antecedentes penales.
Hábitos de ocio y tiempo libre.	Gestión de la vida recreativa: aficiones, intereses, modelo de ocupación de su tiempo libre, aspiraciones.

A modo de ejemplificación, se incluye al final del capítulo, un Anexo 2 Registro de Información sobre el menor/adolescente.

La disponibilidad de esta información inicial será necesaria para elaborar y documentar un primer Plan Individualizado de Intervención (PII).

El evaluador, debería ser un profesional bien entrenado y con experiencia en menores y adolescentes con conductas problemáticas y competencias en la recogida, procesamiento e interpretación de la información obtenida durante la evaluación.

Si en alguna de estas áreas se detecta inicialmente alguna severidad en los trastornos identificados, sería necesario la aplicación de algún instrumento de diagnóstico más preciso que permita profundizar en esas carencias detectadas, valorando su nivel de deterioro.

Como se ha constatado en las investigaciones (ver apartado sobre factores de riesgo, diferentes trastornos durante la infancia constituyen condiciones de riesgo (depresión, ansiedad, conducta agresiva, y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y otros trastornos que pueden conducir a un problema de consumo de drogas más tarde.

Al final del capítulo, se incluye en el Anexo 3 “Instrumentos de diagnóstico dirigidos a menores validados”, donde se han identificado algunos instrumentos de detección y diagnóstico de posibles carencias y/o déficits personales relacionadas con el consumo de drogas, a modo de orientación también se puede consultar la publicación “*Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*” en la que se realiza una revisión de los instrumentos que han sido valorados por su alta calidad para la identificación individual de riesgos de problemas conductuales y de consumo de drogas en los menores.<sup>4</sup>

---

4 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>). (pág 30 a 35).



## Tercera etapa: Diseño de un plan individualizado de intervención

En base a la evaluación de necesidades y problemáticas se realizará la formulación de los objetivos de la intervención, teniendo en cuenta las diferentes áreas. Este plan individualizado de intervención es dinámico, es decir, se trata de un plan que va a ser constantemente modificado y actualizado, de modo que puedan incorporarse en el mismo las modificaciones que se consideren oportunas.

La intervención con menores y adolescentes, que se encuentran en pleno proceso de cambio en su maduración, hace que los profesionales que les atienden estén en alerta constante para tener en cuenta las fluctuaciones que durante la intervención pueden producirse, tanto en el menor, como en su entorno y también por los cambios producidos por la propia intervención, por lo tanto, es preciso en cualquier momento estar atentos para modificar sobre la marcha el plan individualizado de intervención diseñado en un primer momento, tras la detección de necesidades.

Los equipos profesionales que trabajan con este colectivo se tienen que caracterizar por su flexibilidad y su creatividad, ya que, en numerosas ocasiones se proponen una serie de actuaciones que conviene desarrollar y observar cómo reacciona y cómo repercuten en el menor y su entorno.

El diseño de la intervención suele tener un carácter interdisciplinar.

La meta o finalidad es trabajar siempre con las familias del menor, incluyendo al menor en la intervención, ya que la evidencia ha constatado que las intervenciones conjuntas son más eficaces que las separadas.

Los programas dirigidos a los menores más vulnerables están marcados por una intervención fundamentalmente socioeducativa, enmarcada en un modelo de potenciación y fomento de la resiliencia de los menores y sus familias.

En general, las estrategias y las acciones hacen hincapié en: consolidar el vínculo con la escuela y la familia, el entrenamiento en habilidades perso-

nales sobre habilidades de autocontrol y percepción de autoeficacia y autoestima (sobre todo en las edades más temprana) y relacionales (habilidades sociales) y estrategias de aprendizaje para el logro de comportamientos adaptativos. En algunos casos, se requiere la intervención de un profesional más especializado (por ejemplo, en caso de algún trastorno relacionado con la salud mental) y, obviamente, de mayor intensidad, según el diagnóstico realizado.

Es importante que este plan individualizado de intervención, además de tener unos objetivos y estrategias adaptadas a las peculiaridades de cada menor, tenga un planteamiento progresivo de cumplimiento que se negocia y consensua con el propio menor y la familia. Se trata de un plan marcado por “*pasos o etapas*” para el cambio, en función de la motivación y de las necesidades prioritarias. El logro de un pequeño cambio, por pequeño que sea, resultará muy estimulador para el menor y su familia, siempre que el profesional lo resalte y elogie, facilitando de este modo, el paso a un nuevo reto en el camino hacia el cambio.

El equipo de profesionales o el profesional que atiende al menor llevará un seguimiento constante de la intervención, articulando los encuentros con el menor y su familia para el logro de los objetivos socioeducativos previstos.

Las intervenciones dirigidas a este grupo de menores requieren, en general, la participación de la familia como espacio clave de socialización a estas edades, sin embargo, no siempre es posible contar con su colaboración. Se pueden dar tres situaciones diferentes:<sup>5</sup>

1. Intervención con el **joven o adolescente únicamente**, ya sea porque solo haya conseguido captarse al adolescente y no a la familia o porque la demanda sea formulada por el propio adolescente o joven.
2. Intervención con la familia solamente, porque no se ha conseguido captar al adolescente o joven o porque la demanda ha sido formulada únicamente por la familia.

---

5 PAD. Servicio de Prevención de Adicciones. Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2012). Ayuntamiento de Madrid. ADES. M° de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del G° de España.

3. Intervención con el **adolescente o joven junto a su familia**, ya sea desde el inicio, porque la demanda se realiza conjuntamente o porque, a través de intervención con una de las partes (adolescente o familia) se haya conseguido incorporar a la otra parte.

Si bien la tercera de las alternativas (intervención con el adolescente o joven y su familia) es la que se considera más adecuada y, por tanto, aquella a la que hay que tender, cualquiera de las otras dos tiene también una importante entidad en sí misma y permite cumplir importantes objetivos preventivos y/o terapéuticos.

La mayor parte de los programas de prevención indicada encontrados en la literatura se han desarrollado en EEUU o en otros países de habla inglesa. La mayor parte de ellos se diseñaron para adolescentes después de haberse iniciado en el consumo de drogas.

Los programas desarrollados en Europa fundamentalmente se han llevado a cabo en el ámbito escolar, tras la identificación de algunos niños/as con problemas de conducta o trastornos mentales: TDAH, conductas desafiantes negativas, altos índices de agresividad y déficits de autocontrol fundamentalmente.

Numerosas intervenciones se centran también en reforzar la autoestima de los menores, estimular las interacciones positivas que en algunos casos, incluyen contactos individuales y con la familia.

Muchos de estos programas desarrollan sesiones con los menores con una frecuencia alta o intervenciones más estructuradas, como la “entrevista motivacional” o el entrenamiento en modificación de conductas dirigido a padres junto a sus hijos/as.

Los programas de prevención indicada que se pueden considerar como las mejores prácticas, ponen el foco en diferentes grupos de menores entre los que se encuentran aquellos que necesitan unos cuidados intensivos o otros tratamientos médicos relacionados con el uso de drogas, y niños/as de padres drogodependientes o con conductas delictivas y niños/as con antecedentes penales o derivados de un Tribunal de menores por conductas delictivas tem-

pranas. La mayoría de estos menores usan drogas y ya presentan numerosos problemas en sus cortas vidas.

La mayoría de los programas de este tipo no han desarrollado una evaluación con un enfoque metodológico robusto, solo tres programas de este tipo se señalan en el Anexo al final del documento en el que se han incluido algunos programas europeos de la base de datos EDDRA.<sup>6</sup>

En la actualidad, se están desarrollando algunos programas de prevención indicada a través de las redes sociales, a través de páginas web, chats, etc., con una creciente aceptación y una constatación de la eficacia, en aquellos que han sido evaluados con un enfoque metodológico robusto.

Un número demasiado elevado de menores consumen alcohol y cannabis, fundamentalmente, de manera regular y permanente, algunas veces incluso varias veces al día. Una parte de estos consumidores han intentado reducir su consumo, pero han fracasado y, por tanto, algunos de ellos/as buscan consejo y apoyo para afrontar las consecuencias derivadas de su consumo.

Se trata de programas *on line* dirigido a jóvenes consumidores, sobre todo de cannabis, que intentan reducir o abandonar su consumo.

Un elemento central de este tipo de programas es la interacción diaria con el equipo de educadores, donde los consumidores registran su comportamiento de consumo de manera regular, preferentemente todos los días, durante un periodo de tiempo determinado. El equipo de profesionales/técnicos apoya a cada menor/adolescente para lograr su objetivo personal de cambio, al proporcionarles un feed back regular individual, con orientaciones y consejos on line y vía email.

---

6 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

Se trata de programas orientados a menores a los que difícilmente se puede acceder a través de los programas convencionales de prevención y que tienen la ventaja de que el acceso a los mismos (una página web) es sencillo, no requiere mucha dedicación como llamadas telefónicas, citas presenciales y, además, está garantizado el anonimato y la participación es gratuita.<sup>7</sup>

## Cuarta etapa: Seguimiento del menor/adolescente y familia

La intervención con menores y familias se plantea desde su inicio como un proceso y, como tal, debe entenderse su carácter temporal, en el que los plazos formarán parte de los acuerdos establecidos en el diseño de intervención y que el objetivo final es la normalización y la autonomía del menor.<sup>8</sup>

Una vez que se va consiguiendo un cumplimiento adecuado de objetivos, la tarea final del profesional debe contemplar la necesidad de fomentar un progresivo nivel de autonomía.

El equipo de intervención, evaluará la actuación llevada a cabo, para lo que contará con una serie de registros de carácter interno donde se recogerá la información cualitativa y cuantitativa que se considere pertinente en cada caso y que le proporcionará datos relevantes para la evaluación final del proceso y para posteriores mejoras.

En los casos en los que se haya recurrido a instrumentos estandarizados de diagnóstico (ver Anexo 3) estos se volverán a poner a disposición del menor para cumplimentación con objeto de valorar los cambios a través del análisis pre/post.

---

7 Uno de estos programas es el “Quit the Shit” implementado en Alemania, cuya evaluación de resultados ha sido muy positiva. [www.drugcome.de](http://www.drugcome.de) Para más información consultar la ficha de programas europeos reseñados en el Anexo de esta publicación.

8 PAD. Servicio de Prevención de Adicciones. Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2012). Ayuntamiento de Madrid. ADES. Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gº de España.

# ANEXO 2. REGISTRO DE INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR/ADOLESCENTE<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Registro de Información adolescente/joven (RIA). PAD. Servicio de Prevención de Adicciones. Instituto de Adicciones Madrid Salud. ADES. Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fecha  /  /

Nº Registro  /

Código Profesional

Código Registro

El Registro de Información sobre el menor y/o adolescentes es una adaptación para el **Instituto de Adicciones de Madrid Salud** del RIF de la Asociación Proyecto Hombre. El RIF – I.A. es una entrevista estructurada que tiene como objetivo fundamental realizar una valoración inicial de la situación del joven y de su entorno. Los datos obtenidos a través del mismo orientan hacia las necesidades de tratamiento del joven y hacia aquellas áreas que requieren una valoración más detenida, mediante instrumentos de evaluación más específicos.

Datos de las personas **QUE SOLICITAN** la atención.

Nombre y apellidos de las personas que acuden a la entrevista

Teléfono de contacto

Dirección

Distrito

Persona/s atendida/s (\*)

Ambos padres

Padre y pareja actual

Adolescente

Madre

Educador/a

Amigo/a

Padre

Pareja

Otros (especificar)

Madre y pareja actual

Hermano/a

Nombre y apellidos de la persona **PARA LA** que se solicita atención

Fecha de nacimiento  /  /

Teléfono

País de nacimiento

## PROBLEMÁTICA PERCIBIDA

### 1 Motivo principal de la demanda (\*)

- Problemas escolares
- Problemas de conducta social
- Sospecha de consumo
- Consumo de drogas
- Tráfico de sustancias
- Sanción administrativa
- Situaciones judiciales
- Situación familiar
- Recursos preventivos/asistenciales
- Otros (especificar):

### 2 ¿Ha recibido alguna atención o ayuda previa, o la recibe en la actualidad, para la demanda que efectúa?

- Sí
- No (pasar a la pregunta 4)

### 3 Recursos anteriormente utilizados.

- Psiquiátricos
- Psicológicos
- Centro de atención a drogodependientes
- Centro escolar interno
- Centro de protección de menores
- Centro de medidas judiciales
- Gabinete de orientación escolar
- Otros (especificar):



4 ¿La persona para la que se solicita atención ha sido diagnosticada con anterioridad con algún trastorno psicopatológico o de consumos?

Sí  No

Comentarios

5 ¿Algún miembro de la familia **consumió habitualmente** alguna sustancia en el pasado?

No

Sí (señalar con una X donde corresponda)

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Heroína	Otras (especificar)
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 ¿Algún otro miembro de la familia **consume habitualmente** alguna sustancia en la actualidad?

No

Sí (señalar con una X donde corresponda)

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Heroína	Otras (especificar)
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 ¿Por parte del interesado, existen **conductas disruptivas** fuera o dentro del hogar?

Fuera del hogar

Sí  No

Dentro del hogar

Sí  No

Comentarios

8

¿Es consumidor/a de alguna sustancia? (\* Véase *Tabla explicativa de frecuencias*)

Consumo en el último mes	Nunca	Experimental	Esporádico	Habitual	Continuo	Diario
Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éxtasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disolventes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\*Tabla de frecuencias de uso de drogas.**

Nunca	No ha probado esa sustancia
Experimental	La probó y no la ha vuelto a consumir
Esporádico	Menos de una vez al mes
Habitual	1 ó 2 veces al mes
Continuo	3 ó 4 veces al mes
Diario	Más de 4 veces a la semana. Tabaco 1 paquete al día

Observaciones sobre el uso de drogas

## ÁREA FAMILIAR

9 ¿Con quién vive la persona para la que se solicita atención (residencia habitual)?

- Ambos padres
- Madre
- Padre
- Madre y pareja actual
- Padre y pareja actual
- Pareja
- Institución
- Otros (especificar):

10 Número de hermanos (incluida la persona para la que se solicita atención)

11 Mapa familiar

12 Valoración sobre la capacidad de la familia respecto a:

Grado de adaptabilidad	1 (Rígida)	2	3	4	5 (Flexible)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grado de cohesión	1 (Rígida)	2	3	4	5 (Flexible)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones en relación a la existencia y cumplimiento de **normas familiares** por parte de la persona para la que se solicita atención

## ÁREA ACADÉMICO-LABORAL

### 13 Ocupación actual

- Estudia
- Trabaja
- Estudia y trabaja
- Sin ocupación
- Otros (especificar):

### 14 ¿Qué estudia actualmente? (\*)

	Nivel	Curso
Primaria	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Secundaria (E.S.O.)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Módulo Profesional de Grado Medio	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bachillerato	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Módulo Profesional de Grado Superior	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Universidad	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros (especificar):		

### 15 Edad de abandono de los estudios

### 16 Motivo de abandono de los estudios

### 17 ¿Trabaja en la actualidad?

- Sí     No

Observaciones

## ÁREA SOCIAL

(\*) El objetivo de esta área del cuestionario es comprobar el grado de conocimiento que tienen los padres del entorno y la red social de los hijos.

18 ¿Conocen a los amigos/as de la persona para la que se solicita atención?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| A ninguno             | A casi ninguno        | A algunos             | A casi todos          | A todos               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

19 ¿Qué opinión les merecen?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| Muy mala              | Mala                  | Regular               | Buena                 | Muy buena             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Observaciones

20 ¿Tiene pareja estable?

- Sí  No

21 ¿Qué opinión les merece?:

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| Muy mala              | Mala                  | Regular               | Buena                 | Muy buena             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22 ¿Realiza algún tipo de actividad de tiempo libre de forma estructurada (formando parte de algún club, institución, etc.)?

- No  Sí ¿Cuál?

23 ¿Principales actividades de ocio y tiempo libre?

## 24 ESTILO EDUCATIVO PREDOMINANTE EN LA FAMILIA

PERMISIVO					RÍGIDO					ASERTIVO				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comentarios:					Comentarios:					Comentarios:				
<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>				

## 25 VALORACIÓN GLOBAL DEL ENTREVISTADOR

	1	2	3	4	5
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
56 Ansiedad de la persona que consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 Autorresponsabilización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 Delegación de responsabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 Gravedad de la situación escolar/laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 Gravedad del consumo de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61 Gravedad de la situación social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 Gravedad de la situación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MOTIVO DE DEMANDA IMPLÍCITA

COMENTARIOS FINALES DEL ENTREVISTADOR

## 26 INTERVENCIÓN FINALIZADA

Sí  No Derivación a

		CARACTERÍSTICAS PERSONALES	ADICCIONES	VIOLENCIA	FAMILIA	AMIGOS / OCIO Y TIEMPO LIBRE	ESCUELA / TRABAJO
FACTORES DE RIESGO	ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausencia de valores éticos v morales</li> <li>○ Búsqueda de sensaciones</li> <li>○ Salud mental</li> <li>○ Disconformidad con las normas socialmente aceptadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consumo</li> <li>○ Nivel de consumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agresividad</li> <li>○ Trastornos de conducta</li> <li>○ Creencias que apoyan la violencia</li> <li>○ Padecer o ejercer bullying</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conducta disruptiva en el hogar</li> <li>○ No respeta normas y límites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Amigos consumidores abusivos</li> <li>○ Conducta disocial</li> <li>○ Cambio de grupo de amigos</li> <li>○ Aislamiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fracaso escolar y/o laboral</li> <li>○ Falta de apego y ausencia de intereses</li> <li>○ Absentismo escolar y/o laboral</li> </ul>
	FAMILIA		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actitud y patrón de las familias ante las sustancias legales</li> <li>○ Actitud y patrón en cuanto a sustancias ilegales</li> <li>○ Hª familiar de alcoholismo</li> <li>○ Uso / abuso de drogas ilegales parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estilo relacional agresivo de la familia</li> <li>○ Historia familiar de violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inadecuada supervisión y seguimiento</li> <li>○ Conflicto familiar</li> <li>○ Baja cohesión familiar</li> <li>○ Falta de coherencia parental</li> <li>○ Desacuerdo parental</li> <li>○ Hostilidad y competitividad marital</li> <li>○ Pautas de crianza inconsistentes</li> <li>○ Límites poco claros</li> <li>○ Castigo inadecuado e inconsistente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desconocimiento de los amigos</li> </ul>	
FACTORES DE PROTECCIÓN	ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presencia de valores éticos y morales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No consumo y actitud negativa hacia las drogas</li> <li>○ Estilo de vida saludable</li> <li>○ Nivel de consumo bajo</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Respeta normas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apego a los iguales</li> <li>○ Actividades no relacionadas con consumo de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Buen apego con la escuela / trabajo</li> <li>○ Éxito académico / laboral</li> </ul>
	FAMILIA		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No consumo y actitud negativa hacia las drogas</li> <li>○ Estilo de vida saludable</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adecuada supervisión y seguimiento de problemas</li> <li>○ Estructura familiar</li> <li>○ Alta cohesión</li> <li>○ Adecuado manejo de contingencias</li> <li>○ Acuerdo parental</li> <li>○ Coherencia parental</li> </ul>		

**ANEXO 3.  
INSTRUMENTOS  
DE DIÁGNOSTICO  
DIRIGIDOS A MENORES  
VALIDADOS**



ENTORNO FAMILIAR <sup>1</sup>	
DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
<b>INFLUENCIA NORMATIVA</b>	<a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme%20planing/pc3c3.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme planig/pc3c3.shtml</a> Cuestionario sobre drogas: influencias normativas (Traducción de los ítems del EIB). Evaluación de casos. <i>Programa Suspertu</i> . Proyecto Hombre de Pamplona.
<b>SOCIALIZACIÓN FAMILIAR, ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE PADRES</b>	EMBU-89. Escala de estrategias educativas Familiares para hijos/as. Versión española del original de Perris et al. ESPA29. Escala de Socialización Parental en Adolescencia, de Musitu y García. Distribuye TEA.
<b>COHESION FAMILIAR</b>	FACES III (versión española del Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales). Escala FES. Clima Social Familiar de Moos. Validado en España. Distribuye TEA.
<b>PERCEPCIÓN DE CONFLICTO PATERNO/ FAMILIAR</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme%20planing/pcec7.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme planing/pcec7.shtml</a> Escala FES. Clima Social Familiar de Moos. Validado en España. Distribuye TEA.
<b>SATISFACCIÓN FAMILIAR</b>	ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos (Barraca y López Yarto). Distribuye TEA.
<b>APEGO A LOS PADRES Y FAMILIA</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme%20planing/pc3c6.htm">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme planing/pc3c6.htm</a> IPPA. Inventario de Apego a los padres e Iguales de Armsden y Greenberg, utilizado por Luengo y cols.
<b>PROBLEMAS CONDUCTUALES EN EL AULA</b>	CSAT de Servera y Llabrés (2003). EDAH de Farré y Narbona (1997). Evaluación de Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Distribuye TEA.

1 Selección de indicadores llevada a cabo por De Silva, A., y Salvador, T. (2010) en “Manual del Sistema de Evaluación (SIP) del área de Prevención de las Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

## FACTORES DE RIESGO DE TIPO PERSONAL<sup>2</sup>

DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
<b>AUTOESTIMA</b>	<p>Items básicos de EIB.</p> <p><a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c1.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c1.shtml</a></p> <p>Escala de autoestima de Coopersmith. Material de evaluación del programa Suspertu. Proyecto Hombre de Pamplona.</p> <p>AUTE. Escala de autoestima de Rosenberg, adaptada por Luengo y colaboradores utilizado en el Programa “Construyendo Salud”.</p>
<b>AUTOIMAGEN/ AUTOCONCEPTO</b>	<p>Cuestionario de evaluación del autoconcepto. Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993.</p> <p>AFA. Autoconcepto. Autores Musitu, García y Gutierrez. Distribuye TEA.</p> <p>Versión adaptada y reducida del AFA para el programa “Construyendo Salud”.</p>
<b>DEPRESIÓN</b>	<p>CDS. Escala de evaluación de la depresión para niños/as (8 a 16 años) de Lang y Tisher. Validado en España. Distribuye TEA.</p> <p>BDI. Inventario de depresión de Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979. Material de evaluación del programa Suspertu. Proyecto Hombre. Pamplona.</p> <p>Autoescala de depresión de Zung. Material de evaluación del Programa Suspertu. Proyecto Hombre. Pamplona.</p> <p>Escala de depresión infantil de Kovacks, adaptada por Angeles Sanz. Material de evaluación del Programa Suspertu. Proyecto Hombre. Pamplona.</p>
<b>ANSIEDAD</b>	<p>CAS. Cuestionario de ansiedad infantil (6 a 8 años) de Gillis. Distribuye TEA.</p> <p>STAI. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgos de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Distribuye TEA.</p> <p>AS. Escala de Ansiedad Social. Programa “Construyendo Salud”.</p>
<b>AUTOCONTROL</b>	<p>CACIA. Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente. Capafóns Bonet y Silva Moreno. Distribuye TEA.</p>

2 Selección de indicadores llevada a cabo por De Silva, A., y Salvador, T. (2010) en “Manual del Sistema de Evaluación (SIP) del área de Prevención de las Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

## FACTORES DE RIESGO DE TIPO PERSONAL<sup>2</sup>

DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
<b>BÚSQUEDA DE SENSACIONES</b>	BBS. Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman y cols. Utilizada en el estudio psicosocial por Luengo y cols en el Programa “Construyendo Salud”.
<b>ASERTIVIDAD</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c2.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c2.shtml</a>
<b>PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c3.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c3.shtml</a>
<b>PROBLEMAS DE CONDUCTA</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c4.shtml</a> Versión española del inventario de alteraciones de conducta en preescolar (3-5 años) ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory. Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). Listado de problemas adolescents en distintas áreas. <a href="http://www.niaaa.nih.gov/publications/insposit.htm">http://www.niaaa.nih.gov/publications/insposit.htm</a>
<b>CONDUCTA SOCIAL Y ANTISOCIAL</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc3c8.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc3c8.shtml</a> BAS. Bateria de Socialización de Silva y Martorell. Distribuye TEA. AD. Cuestionario de conductas antisociales-delictivas. Autor: Seisedos. Distribuye TEA. CCA. Cuestionario de conducta antisocial. Dimensiones: agresividad, robo, conducta contra normas y vandalismo. Programa “Construyendo Salud”.
<b>HABILIDADES SOCIALES</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Mediating/pc6c5.shtml</a>
<b>AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</b>	ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Frydenberg y Lewis. Validado en España. Distribuye TEA.

## FACTORES DE RIESGO DE TIPO PERSONAL<sup>2</sup>

DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
<b>SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>	SPSI. Inventario de Solución de Problemas Sociales de Maydeu y d' Zurilla, adaptado para el "Construyendo Salud" (orientación negativa ante los problemas, estilo de afrontamiento racional, estilo impulsivo y estilo de evitación).
<b>HABILIDADES SOCIALES</b>	Cuestionario de habilidades sociales de Mariana Segura. Material de evaluación del Programa Suspertu. Proyecto Hombre de Pamplona. EHS. Escala de Habilidades Sociales de Gismero. Distribuye TEA. AECS. Actitudes y estrategias cognitivas sociales, de Moraleda y cols. Distribuye TEA.
<b>PROBLEMAS PSICOSOCIALES</b>	HEADS/S F/FIRST de Goldenring, M.N. y Cohen, E. (1998). Entrevista estructurada que investiga varias áreas: hogar, educación, escuela, abuso físico, identidad sexual, familia y amigos, imagen, ocio y tiempo libre, espiritualidad, amenazas y violencia.  Getting into adolescent heads. Contemporary Pediatrics, 5, 75-90.

## PROBLEMAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS<sup>3</sup>

### Cuestionarios y entrevistas breves

<b>ABUSO DE ALCOHOL Y PROBLEMA ASOCIADOS</b>	Adolescent Drinking Index (ADI) Índice de bebida del Adolescente (ADI). Distribuido por Psychological Assessment Resources, Inc, <a href="http://www.parinc.com/product.cfm?ProductID=143">http://www.parinc.com/product.cfm?ProductID=143</a>
<b>ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS</b>	Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen. <a href="http://eibdata.emcd-da.eu.int/Treatment/Needs/tdap.shtml">http://eibdata.emcd-da.eu.int/Treatment/Needs/tdap.shtml</a>

3 Selección de indicadores llevada a cabo por Fernández Gómez, Calafat Far, A. y Juan Jerez, M. (2002) en Capítulo 7 "Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

### PROBLEMAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS<sup>3</sup>

#### ADOLESCENTES MÁS IMPLICADOS EN CONSUMO DE DROGAS

Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS).  
<http://eibdata.emcd-da.eu.int/Treatment/Needs/tadis.shtml>

#### GRADO DE IMPLICACIÓN CON DIVERSAS DROGAS

Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R).  
<http://www.dusi.com/validation.html>  
 Existe una versión en español en: [www.dusi.com](http://www.dusi.com)

#### PROBLEMAS DE USO DE DROGAS Y AJUSTE PSICOSOCIAL

Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ).  
<http://eibdata.emcdda.eu.int/Pdf/tpesq.pdf>  
 Existe una versión en español.

#### PROBLEMAS ASOCIADOS AL ABUSO DE DROGAS

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).  
 POSIT en español: En la página web de OEDT. [http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tpositf\\_es.shtml](http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tpositf_es.shtml)  
 Teen Addiction Severity Index (T-ASI) En la página web de OEDT.  
<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tt-asi.shtml>

#### ABUSO DE DROGAS

Teen Addiction Severity Index (T-ASI). Entrevista estructurada.  
<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tt-asi.shtml>

### Cuestionarios estandarizados y entrevistas estructuradas

#### PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD). En la página web de OEDT.  
<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/ta-dad.shtml>

#### CRITERIOS DE TRASTORNOS POR USO DE DROGAS SEGÚN CRITERIOS DSM III-R Y DSM-IV Y FACTORES ESTRESANTES AMBIENTALES

Adolescent Diagnostic Interview (ADI).  
 Versión en español. En la página web de OEDT <http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tadi.shtml>

### PROBLEMAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS<sup>3</sup>

<b>AJUSTE PSICOSOCIAL Y CONSUMO DE DROGAS</b>	Adolescent Self-Assesment Profile (ASAP). Solo en lengua inglesa y no de uso público. <a href="http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tasap.shtml">http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tasap.shtml</a>
<b>ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, ACTITUDES Y EVENTOS VITALES ESTRESANTES</b>	Juvenile Automated Substance Abuse Evaluation (JASAE). Distribuido por ADE Incorporated. <a href="http://www.adeincorp.com">http://www.adeincorp.com</a>
<b>ABUSO DE DROGAS Y CONSECUENCIAS Y DIVERSOS FACTORES DE RIESGO DE TIPO PERSONAL Y AMBIENTAL</b>	Personal Experience Inventory (PEI). En la página web de OEDT. <a href="http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tpei.shtml">http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tpei.shtml</a>

### VARIABLES RELACIONADAS CON DROGAS: COGNICIÓN Y CONDUCTA<sup>4</sup>

<b>CONOCIMIENTO SOBRE DROGAS</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c9.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c9.shtml</a>
<b>ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE DROGAS</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c4.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c4.shtml</a> Cuestionario abreviado de la versión de Escámez por Luengo y cols. Para el Programa “Construyendo Salud”. Cuestionario sobre actitudes de Escamez Sánchez y Matínez Mut; Ortega Ruiz y Minguez Vallejos.
<b>CREENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS</b>	Items básicos del EIB. <a href="http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c5.shtml">http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c5.shtml</a>

4 Selección de indicadores llevada a cabo por De Silva, A., y Salvador, T. (2010) en “Manual del Sistema de Evaluación (SIP) del área de Prevención de las Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

## VARIABLES RELACIONADAS CON DROGAS: COGNICIÓN Y CONDUCTA<sup>4</sup>

### INTENCIÓN DE CONSUMO

Items básicos del EIB.

[http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c3.shtml](http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative%20evaluation/pc5c3.shtml)

Cuestionario sobre drogas: Intención de consumo. Traducción de los ítems de EIB). Evaluación de casos. Programa Suspertu. Proyecto Hombre de Pamplona.

CAD. Cuestionario actitudes/intención de consumo. Programa “Construyendo Salud”.

Encuesta sobre drogas a la población escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012).

### PERCEPCIÓN DE RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO

Items básicos del EIB.

[http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c8.shtml](http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative%20evaluation/pc5c8.shtml)

Cuestionario sobre Drogas: opinión sobre drogas. (Traducción de los ítems de EIB). Evaluación de casos. Programa Suspertu. Proyecto Hombre de Pamplona.

Encuesta sobre drogas a la población escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012).

### EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

Items básicos del EIB.

[http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative evaluation/pc5c2.shtml](http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Summative%20evaluation/pc5c2.shtml)

Encuesta sobre drogas a la población escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012).

Encuesta domiciliaria PNSD.

### PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD PERCIBIDA DE DROGAS EN EL ENTORNO

Items básicos del EIB.

[http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme plannig/pc3c9.shtml](http://eibdata.emcdda.org/Prevention/Programme%20plannig/pc3c9.shtml)

Encuesta sobre drogas a la población escolar. PNSD (1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012).

Encuesta Domiciliaria PNSD.

**BLOQUE V.  
EVALUACIÓN  
Y ESTÁNDARES  
DE CALIDAD EN  
PREVENCIÓN**



11

**EVALUACIÓN  
DE LOS  
PROGRAMAS  
DE PREVENCIÓN**

12

**LOS ESTÁNDARES  
DE CALIDAD EN  
PREVENCIÓN**

# EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

**L**a evaluación de programas es el proceso sistemático de recogida de información para emitir un juicio de valor sobre una intervención, para averiguar cómo se está trabajando para lograr los objetivos previstos y cuáles han sido los resultados encontrados. Las funciones fundamentales de la evaluación son<sup>1</sup>:

- **La mejora del programa**, es decir, que, basándose en el aprendizaje de la propia práctica, la evaluación se vislumbra como herramienta de mejora y perfeccionamiento de la praxis social.
- **La rendición de cuentas**, es decir, dar fe sobre los resultados de la gestión del programa o política evaluada, devolviendo a los responsables y a las diferentes partes interesadas información sobre los resultados del programa, señalando la asunción de las diferentes responsabilidades de éste.
- **Iluminar acciones futuras**, que atañe a la parte de responsabilidad y posibilidad que la evaluación tiene de construcción al cuerpo teórico y práctico de las ciencias sociales y que sustenta el aprendizaje aplicado de los propios evaluadores.

Por otro lado, las tres características que delimitan la evaluación y que la definen son las siguientes:<sup>1</sup>

**Su carácter político.** La evaluación viene insertada en un contexto, que enraíza, sustenta y rodea la evaluación, la contextualiza, por lo que no habrá evaluación sin análisis político de cómo influye éste en el programa, pero tampoco habrá evaluación sin decisiones políticas a tomar a partir de aquella, lo que según Monnier (1995) es, *ya en sí mismo*, un acto político.

---

<sup>1</sup> Bustelo, M. (2000). “La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica” Parte I de la Tesis doctoral sobre Evaluación de las políticas públicas.

**El enjuiciamiento sistemático.** Como característica exclusiva de la evaluación frente a otras disciplinas de análisis e investigación, el elemento valorativo hace alusión a una de las metas de la evaluación, que no es otra que determinar el valor de algo que se está enjuiciando. Y obviamente, implica que se ha de proporcionar una base lógica que justifique las perspectivas de valoración utilizadas para interpretar y valorar los resultados.

**Su carácter práctico y aplicado y la importancia de establecer recomendaciones.** La importancia que del uso de la evaluación y los factores que promueven que sea útil a quienes tienen algo que ver con el programa o política evaluada es otra de las características de la evaluación. Por lo tanto, dada la naturaleza de utilidad que toda evaluación tiene, la evaluación cuenta con un último nivel de análisis y exposición de los resultados: las recomendaciones. Y así como se sistematizan de manera lógica la recogida y análisis de la información, así también se realiza una sistematización del nivel de valoración, por lo que las recomendaciones deben estar basadas en la lógica y sistematicidad de los niveles anteriores.

En resumen, las tres funciones básicas de la evaluación, sostienen Stufflebeam y Shinkfield (1987:23) son: perfeccionamiento o mejora (*improvement*), rendimiento de cuentas o responsabilidad (*accountability*) y ejemplificación o alumbramiento para acciones futuras (*enlightenment*).<sup>2</sup>

Lo deseable es que un programa se desarrolle desde su diseño hasta la implementación conforme a lo previsto, pero la mayoría de las veces no sucede de esta manera y hay aspectos que corregir y lecciones que aprender de la experiencia para mejorar en el futuro. La información obtenida a través de la evaluación de proceso permite ajustar el programa cuando se considere necesario o hacer correcciones a medio camino: **¿hay cambios/mejoras que deberían introducir en el programa antes de que éste continúe o se replique en otros lugares?**

---

2 Stufflebeam, D. y A. Shinkfield. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/MEC.

El seguimiento o monitoreo del número y tipo de actividades que se ofrecen, el número y tipo de participantes que se tenía previsto que iban a asistir, así como los gastos relacionados con las actividades, puede ayudar a determinar si realmente se está aplicando el programa según lo previsto: **¿se está haciendo realmente lo que se dijo que se haría?**

Una evaluación de calidad proporciona un modelo para otros compañeros/as, es decir una hoja de ruta a seguir por otros, señalando los posibles obstáculos y dificultades que han ido surgiendo y cómo se han ido solventando.

La evaluación produce unos efectos debido al programa, tanto positivos como negativos, que no se pretendían. Estos hallazgos son tan importantes de identificar y analizar, como los resultados previstos en el programa, es lo que se denomina Evaluación de Impacto: **¿ha habido “efectos” imprevistos que necesitan ser identificados y entendidos?**

Las lecciones que se aprenden a partir de una evaluación pueden ser compartidas con otras entidades, organizaciones y/o comunidades, ya que compartiendo los resultados de una evaluación se contribuirá a la creación de un cuerpo muy necesario de información verificable acerca de lo que funciona y de lo que no funciona en prevención del abuso de drogas.

Antes de comenzar el diseño de cualquier evaluación, es preciso pensar y determinar una serie de aspectos y elementos clave que se van a describir y analizar a continuación.

## Optar por un enfoque o modelo de evaluación

El diseño de la propuesta de evaluación que se presenta se enmarca en la Teoría del Cambio de C. Weiss.<sup>3</sup>

Dentro de los enfoques y modelos de evaluación más comprensivos, que no solo responden a las preguntas relativas al *qué* se ha logrado, sino que indagan sobre los *porqués* y los *cómos*, se encuentra el enfoque de C. Weiss sobre las **Teorías del Cambio** (teoría del programa y teoría de la implementación) que buscan explicar los procesos por los que se producen los cambios y en qué medida éstos son atribuibles al programa. Las teorías sistémicas que sustentan este tipo de evaluación, se basan en un enfoque por los procesos que pretenden dar respuesta a la pregunta relativa a ¿cuáles son los procesos que se hallan en el origen de los efectos observables?

En efecto, este enfoque pretende tener una visión más amplia del programa que aporte información relevante sobre otros efectos del mismo, es decir, que aunque no se cumplan los objetivos iniciales formulados, el programa puede causar un conjunto de efectos beneficiosos, aunque no sean intencionados, que aporten valor y utilidad al programa.

Para Weiss C. los métodos focalizados en los efectos, fallan en la producción de resultados que puedan ser realmente utilizados y en la apreciación de la realidad política y social de las políticas sociales (Shadish, Cook y Levinton, 1991:181). Pueden ocurrir sucesos dentro y fuera del programa, no causados por el mismo, que pueden influir en los resultados. Por ejemplo, algún acontecimiento luctuoso relacionado con el consumo de drogas entre los menores, suele disparar la alarma social provocando que disminuya circunstancialmente el consumo mientras dura el impacto de la noticia. Los resultados del programa no serán por tanto atribuibles a éste, sino a circunstancias externas que hay que conocer y controlar.

---

3 Weiss, C. (1998) Evaluation. Prentice Hall.

Otra de las aportaciones clave de Weiss a la evaluación, es el referido a los límites de la solución de los problemas sociales a corto plazo a través de los programas, ya que los cambios en los problemas, tal y como ocurre con el tema que nos ocupa, son lentos e incrementales. Asimismo, Weiss señala que “todos los programas tienen múltiples agentes críticos que tienen diferentes intereses y diferentes poderes para el uso de los resultados; enfrentan diferentes decisiones y, por lo tanto, tienen diferentes necesidades de información” (citado por Bustelo, M.1987:88). Consideramos clave tener en cuenta estas dos consideraciones, así como su visión sobre el uso de la evaluación dirigida a una mayor comprensión de los problemas sociales.

Para la evaluación de los propósitos de un programa señala Weiss es útil saber no sólo qué es lo que se espera del programa, sino también cómo se va a realizar éste. A partir de las aportaciones de esta socióloga, en la evaluación más reciente, se está incrementando la necesidad de contestar no sólo a la cuestión de si el programa funcionó, sino también contestar a otra serie de preguntas, tales como: ¿qué lo hizo funcionar?, ¿por qué tuvo éxito o fracasó?, y también ¿cómo podemos hacerlo mejor?

C. Weiss, en este sentido, hace hincapié en la importancia de comprender el programa que está siendo evaluado. Pero ¿qué entiende Weiss por definir la teoría del programa? Para esta evaluadora implica dar respuesta a una pregunta clave: ¿qué ideas y presunciones se contemplan en el programa para conseguir los fines/objetivos deseados?

La teoría del programa sostiene una cadena de hipótesis sobre las cuales, se supone que se han diseñado los programas. Se trata de una explicación sobre los vínculos causales que relacionan las ideas entrantes y las salientes, es decir, como Bickman (1987) ha puesto de manifiesto: “*una plausible cadena lógica de cómo interviene supuestamente el programa*”.

Una gran ventaja de entender las “teorías del programa” es que pueden ofrecer una base para la evaluación. El evaluador/a puede organizar la evaluación para seguir el rastro de los desdoblamientos de las premisas. La evaluación puede recopilar información sobre los indicadores intermedios que se espera que aparezcan.<sup>4</sup>

Se presenta, a continuación, a modo de ejemplificación un esquema sobre el proceso de explicitación del modelo de la teoría de un programa cuyo objetivo es retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas entre los menores de un barrio deprimido del extrarradio de la ciudad de Madrid.

---

4 Bustelo, M. (2008). “Teoría del Programa, Teoría de la Implementación” en Módulo 6 Perspectivas sobre el objeto y sistemas de programación. Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.



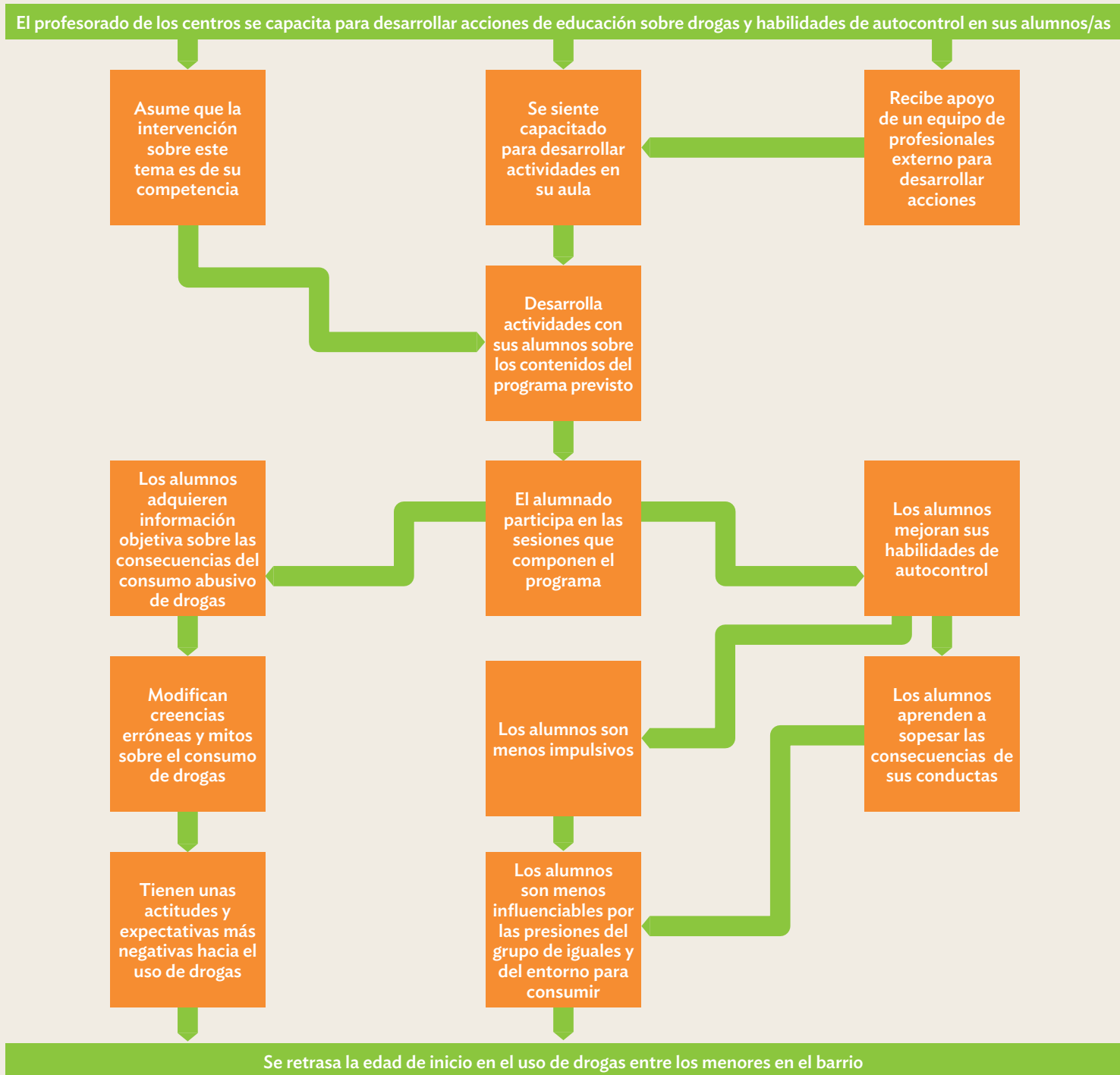


Figura 11. Teoría programática del cambio de un programa implementado en centros educativos del barrio.

## Tipo de evaluación que se va a realizar

Existen diferentes tipos de evaluación y es importante decidirse sobre **exactamente qué preguntas se quiere responder y los cambios que se quieren medir**, por ello es fundamental responder a la pregunta: **¿cuáles son las necesidades informativas más importante que se quiere extraer de la evaluación?**

Por ejemplo: ¿el programa se está implementado como se pretendía?, ¿se están logrando los resultados esperados?, ¿se está logrando captar a los grupos diana identificados como los más prioritarios?, ¿se está logrando un cambio en la población en la que se detectó el problema inicialmente?

Los tres tipos de evaluación que son más apropiados para responder a este tipo de preguntas son:<sup>5</sup>

- La evaluación de proceso.
- La evaluación de resultados.
- La evaluación del impacto.

---

5 Es importante señalar que otro tipo de evaluación es la del **diseño o conceptualización del programa** que estudia y valora cómo está diseñado o formulado un programa, pero no se va a analizar en este documento.

# 11.1. LA EVALUACIÓN DE PROCESO

Una evaluación de proceso describe cómo el programa se está implementado, es decir, analiza todos los aspectos relacionados con el funcionamiento y ejecución de una determinada política o programa.

Este tipo de evaluación es importante por varias razones.

1. En primer lugar, para determinar el grado en que el programa se está implementando como estaba previsto, se suele denominar como fidelidad en la intervención, que es uno de los criterios de calidad de investigación clave.
2. En segundo lugar, una evaluación del proceso puede proporcionar numerosa información sobre el proceso de implementación que puede a su vez ser utilizada para mejorar el desarrollo de un programa y mejorar su calidad.

Los datos del proceso de evaluación son fundamentales también para la interpretación de los datos de resultados. Así, puede ocurrir que un programa no esté logrando los resultados esperados y puede deberse a que **hay problemas con la fidelidad de la intervención**, lo que significa que el programa no está siendo realizado como estaba previsto, es decir, es preciso conocer lo que C. Weiss denomina la “caja negra” del programa.<sup>6</sup>

Una evaluación de proceso puede ayudar a identificar las discrepancias entre el diseño y la ejecución del programa. Una intervención puede ser metodológicamente muy sólida, pero si no se produce una desviación injustificada en la implementación sobre lo pretendido, es probable que no tenga éxito.

---

6 Weiss, C. (1998) Evaluation. Prentice Hall.

Del mismo modo, una incorrecta fidelidad en la implementación, haría difícil llegar a una conclusión sobre qué elementos y componentes han contribuido al éxito si se logran resultados positivos.

3. Los hallazgos de la evaluación del proceso pueden ayudar a otras personas a establecer o realizar intervenciones similares, señalando una hoja de ruta que garantiza los resultados positivos de los programas.

Aunque la evaluación del proceso es importante, y debe ser fundamental en cualquier programa de prevención de drogas, no es suficiente para valorar la eficacia de los programas. En sí mismo, una evaluación de proceso, por lo general, no trata de demostrar si un programa es eficaz, aunque puede dar una idea de por qué un programa funciona o no funciona.

Las preguntas clave a considerar en el diseño de evaluaciones de procesos se incluyen en el siguiente cuadro adjunto.

## Principales consideraciones para la evaluación de un proceso efectivo<sup>7</sup>

Dimensión	Preguntas
<p><b>General</b></p>	<p>¿Qué variables e indicadores proporcionará información útil sobre cómo se llevó a cabo la intervención? ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán? (Entrevistas, cuestionarios, instrumentos de observación). ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos de proceso? (Diseño). ¿Quién proporcionará la información necesaria para la evaluación del proceso? ¿Cómo se analizarán los datos?</p>
<p><b>Implementación de la intervención</b></p>	<p>¿Qué estrategias, componentes y métodos se han aplicado? ¿Cómo se comparan con el plan diseñado original? ¿En qué medida lo están desarrollando o llevando a cabo de acuerdo con como estaba previsto el programa?</p> <p>Los equipos encargados de implementar el programa ¿están recibiendo la cantidad adecuada de formación y supervisión para asegurar la fidelidad de la implementación?</p> <p>¿Qué fuentes de datos e instrumentos se utilizaron para medir la aplicación de la intervención? ¿Qué recursos se utilizaron en realidad?</p>
<p><b>Grupo destinatario</b></p>	<p>¿A cuántas personas se ha llegado gracias a la intervención? ¿Cuáles eran las características socio-demográficas de las personas participantes en la intervención? ¿Cómo se va a recoger esta información?</p> <p>¿Los participantes en el programa son capaces de entender el programa y los objetivos previstos, y son capaces de participar plenamente en los componentes necesarios del programa?</p>

7 SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

Dimensión	Preguntas
<p><b>Grado de exposición al programa</b></p>	<p>¿Cómo se ha valorado y medido el grado de exposición de los participantes en el programa? ¿Se utilizaron las fuentes de datos, instrumentos o indicadores? ¿Cuánto tiempo duró la intervención preventiva? ¿Cuántas actividades de prevención se llevaron a cabo?</p> <p>¿Hay efectos importantes según la intensidad o las diferencias en los resultados basados en la cantidad de módulos de programa o sesiones que se llevaron a cabo, la duración de las sesiones, las tasas de asistencia, u otras variables? ¿Hasta qué punto se ha logrado acceder e implicar al grupo objetivo?</p>
<p><b>Calidad de la intervención: por ejemplo, la aceptación, el grado de identificación, la participación, etc.</b></p>	<p>¿Qué grado de satisfacción mostraron los participantes con el programa y sobre la calidad de la intervención? ¿Qué indicadores e instrumentos se utilizaron para evaluar la calidad de la intervención?</p> <p>¿Cuáles son los resultados de las mediciones de dicha calidad?</p>
<p><b>Conclusiones sobre los hallazgos de la evaluación del proceso</b></p>	<p>Comparar la aplicación efectiva y la evaluación: ¿Hubo discrepancias y ¿cuáles son las posibles razones de ellas?</p> <p>¿Qué aspectos del proceso de implementación están facilitando el éxito o están actuando como “obstáculos en el camino”? ¿Cuál es el impacto de estas diferencias en la intervención? ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la forma en que la intervención se ha implementado? ¿Fueron éstos comparables con los resultados de otras intervenciones?</p>

## 11.2. LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En una evaluación de resultados, resulta interesante distinguir entre productos (lo que produce o genera el programa, lo que corresponde al término outputs) y los efectos (los efectos que tienen dichos productos, tanto esperados como no esperados, lo que equivale al término outcomes).<sup>8</sup>

Entre los efectos, se podría distinguir entre efectos directos (los efectos sobre el grupo destinatario previsto, por ejemplo, los menores vulnerables del barrio de Valdechopos) y los efectos indirectos (los efectos que producen sobre grupos de destinatarios más amplios o en la sociedad en general). La evaluación de esos efectos indirectos, a veces, se denomina evaluación del impacto.

Una evaluación de resultados investiga si se han producido **cambios** en las personas que participan en un programa, se cuantifica la magnitud (cuán grande) y dirección (positiva o negativa) de esos cambios y las circunstancias asociadas con ellos. Asimismo, busca vincular estos cambios a los elementos o componentes específicos del programa. Esta es una manera de comprobar si la lógica del modelo o fundamento teórico del programa es válido. Básicamente responde a la pregunta: “¿ha cumplido el programa con los efectos previstos?, ¿se están cumpliendo los objetivos?”.

---

<sup>8</sup> Bustelo, M. (2000). “La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica”. Parte I de la Tesis doctoral sobre Evaluación de las políticas públicas.

Las preguntas clave en una evaluación de resultados suelen incluir:<sup>9</sup>

Dimensión	Preguntas
Generales	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué efectos está teniendo el programa en los grupos diana o en los participantes (por ejemplo, cambios en los conocimientos, actitudes o conductas)?</li><li>• ¿Qué resultados inesperados, en su caso, han resultado del programa?</li><li>• ¿Qué se puede modificar para que el programa sea más eficaz?</li><li>• ¿Hay alguna evidencia que demuestre que se debe continuar apoyando este programa económicamente?</li></ul>

---

9 SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).



## 11.3. LA EVALUACIÓN DE IMPACTO

Este tipo de evaluación responde a las preguntas: “¿está produciendo el programa a largo plazo, los cambios previstos?”, y “¿se están cumpliendo las metas a largo plazo?”. Para ello, se recogen datos sobre los efectos a largo plazo o de mayor alcance del programa.

A menudo se confunden la evaluación de impacto y la evaluación de resultados.

La diferencia clave es que una evaluación de resultados da cuenta de los resultados a corto plazo o inmediatos, mientras que una evaluación de impacto se centra en el largo plazo, los cambios más globales, previstos e imprevistos.

Por ejemplo, una **evaluación de resultados** podría examinar el grado en que un programa de prevención de abuso de drogas ha producido una disminución en el uso de drogas pasados 30 días entre los participantes del programa. **Una evaluación de impacto**, por otra parte, podría centrarse en los cambios en los informes de uso de drogas pasado de 30 días entre todos los menores y/o adolescentes en un distrito escolar en particular.

Una evaluación de impacto generalmente formula las siguientes preguntas:<sup>10</sup>

Dimensión	Preguntas
<b>Generales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué efecto está teniendo el programa en las metas o finalidades a largo plazo (por ejemplo, el cambio en el número de casos notificados por abuso de drogas entre los menores del barrio de Valdechopos, el cambio en los datos asociados con las consecuencias del consumo entre los menores)?</li><li>• ¿Qué efecto tuvieron las actividades del programa sobre los componentes del sistema en el que se han sustentado las actividades?</li><li>• ¿Ha habido resultados negativos? ¿Son el resultado de fallos en los procesos de implementación del programa o algún aspecto del propio programa?</li><li>• ¿Qué grado de seguridad se tiene de que los resultados están directamente relacionados, es decir, son consecuencia del programa?</li></ul>

<sup>10</sup> SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov)

# 11.4. PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Una evaluación comienza con un proceso de planificación cuidadosa que se plasma en un documento en el que se van señalando las decisiones clave de la planificación y el enfoque acordado.

Un plan específico de evaluación debe recoger lo que se va a evaluar (objeto de la evaluación) y cómo hacerlo. El proceso de planificación de la evaluación por lo general consiste en determinar:

- Las dudas a las que la evaluación debe responder: preguntas de evaluación.
- Los grupos que serán objeto de estudio grupo de intervención y grupo control en su caso.
- Los resultados que se espera obtener, cómo se prevé medirlos (selección del enfoque metodológico).
- Las fuentes de datos que serán utilizadas (fuentes de verificación) e instrumentos que se van a utilizar para la recolección de los datos.
- El análisis estadístico necesario para el análisis de los datos, fundamentalmente si se utilizan técnicas cuantitativas.

El diseño de la evaluación se refiere a la estructura de un estudio de evaluación, que conducirá como último paso a la construcción de la matriz de evaluación y que abarca, de forma resumida, a los siguientes momentos:

1. Detección de las necesidades informativas que se consideren pertinentes para el programa y elaboración de las preguntas de evaluación.
2. Ubicación de la preguntas en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultados.

3. Definición de los grupos que van participar en el estudio.
4. Identificar una muestra de estudio.
5. Elección de resultados.
6. Elección del enfoque metodológico pertinente.
7. Identificación de las fuentes de verificación (fuentes para la recogida de información) en base a los indicadores diseñados en la matriz de planificación previamente diseñada.
8. Selección de los instrumentos para la recogida de la información: cuantitativos y cualitativos.
9. Trabajo de campo.
10. Análisis e interpretación de los datos.
11. Juicios y recomendaciones.

## 1. Detección de las necesidades informativas que se consideren pertinentes para el programa y elaboración de las preguntas de evaluación

Una evaluación debe partir de una serie de preguntas bien definidas que recojan las necesidades informativas. Cuando se mide **la fidelidad de la implementación (evaluación de proceso)**, se estará respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿El programa se está desarrollando tal como fue diseñado? Por ejemplo, ¿los componentes centrales se están implementando en el orden correcto?

¿El programa está llegando a su población objetivo?

- ¿Están recibiendo los beneficiarios del programa la adecuada intensidad y frecuencia de la intervención? Por ejemplo, ¿se han realizado todas las sesiones de formación con la frecuencia y la intensidad previstas?
- ¿La calidad de ejecución del programas es adecuado? Por ejemplo, ¿los técnicos que implementan el programa están capacitados y son expertos en la ejecución del mismo?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos en la implementación del programa?
- ¿Qué estrategias han sido eficaces para superar los obstáculos en la implementación?
- ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción de los participantes en el programa?

Algunos ejemplos de preguntas clave de la **evaluación de resultados**, serían:

- ¿Cuáles han sido los hallazgos con relación al cumplimiento de los objetivos?
- ¿Cuáles son los cambios reales encontrados en los grupos tras la intervención?
- ¿El balance coste-beneficio es positivo?

Las preguntas de evaluación ayudarán a determinar qué tipo de evaluación se desea o se puede realizar, así como la elección del enfoque metodológico de la evaluación.

## 2. Ubicación de las preguntas en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultados

La evaluación orientada por la Teoría del Programa, de forma resumida se puede decir que es un proceso que en primer lugar identifica cómo funciona una intervención y qué resultados pretende obtener (construyendo un modelo teórico del programa) y en segundo lugar, estructura todo el proceso de indagación a través de dicho modelo teórico.

Una gran ventaja de entender la Teoría del Programa que subyace en las intervenciones es que proporciona una base sólida para la evaluación, ya que se puede organizar el diseño de ésta rastreando la cadena de suposiciones, recogiendo los datos que se espera que aparezcan, lo cual permite identificar los aspectos que fallan o que hacen fallar la teoría. También es útil para planificar los aspectos (necesidades informativas) sobre los que es preciso recoger información (datos).

Se trata de seleccionar aquellos datos determinantes para averiguar si el programa se está llevando a cabo en cada una de las fases y acciones previstas y si cada fase conduce a la siguiente. Se va a destacar y, por lo tanto, obtener información sobre tres dimensiones clave: impacto/resultados, procesos y estructura, entendiendo por tales:<sup>11</sup>

### Dimensión estructura

Por este concepto se puede entender la organización relativamente estable de los distintos tipos de recursos necesarios para alcanzar los fines de un proyecto o estrategia (Cohen y Franco, 1993)<sup>12</sup>. Podemos decir que son los múltiples aspectos o elementos de un programa que se necesitan para que los procesos puedan funcionar adecuadamente, en este sentido, se analizan todos los elementos que soportan y permiten ejecutar un programa

---

<sup>11</sup> Weiss Carol, (1988). Evaluation. New Jersey: Prentice-Hall.

<sup>12</sup> Cohen, E. y Franco, R. (1993). Evaluación de Proyectos Sociales. Siglo XXI, México.

tales como: la coordinación institucional, los recursos humanos con que cuenta el programa, la estructura de coordinación de los equipos, el clima y la interacción en los mismos y la organización del trabajo.

### Dimensión procesos

Se centra en el análisis detallado de **todos** los procesos clave y actividades que se implementan en la intervención, por ejemplo: cursos de capacitación para mediadores, padres/madres, docentes, talleres y/o actividades con los menores en el aula, en entornos comunitarios, actividades lúdicas, etc.

### Dimensión resultados

En los resultados se diferencian los dos niveles más importantes de resultados: el **impacto**, es decir, el objetivo general de la campaña y **la eficacia** que se refiere a los objetivos intermedios y específicos que se trabajan para lograr los impactos buscados.

En el cuadro adjunto se presenta un ejemplo de ubicación de las preguntas de evaluación y, más adelante de presentación de los hallazgos, según el enfoque sistémico.

# TEORÍA DEL PROGRAMA- MODELO LÓGICO SISTÉMICO

## ELEMENTOS ESTRUCTURALES

Personal:  
Dirección; Equipo  
técnico

Colaboraciones  
interinstitucionales  
Infraestructuras y  
equipamiento

Recursos  
Económicos

## PROCESOS

Captación de padres/madres para los cursos de capacitación

Realización de un curso de 6 sesiones sobre pautas de crianza  
y educativas para las familias

Difusión y captación de docentes para los cursos de capacitación

Realización de un curso de 10 sesiones sobre aprendizaje y  
entrenamiento del autocontrol en los alumnos/as y sobre  
procedimientos efectivos de información sobre drogas



# NECESIDADES SOCIALES

Prevención del consumo de drogas

## OBJETIVOS/RESULTADOS ESTRUCTURALES

### RESULTADO 1

Capacitados los docentes para el desarrollo de la habilidad de autocontrol en sus alumnos/as y para informar sobre los riesgos del consumo de drogas.

### RESULTADO 2

Capacitados los padres/madres en pautas de crianza positivas y para el desarrollo de la habilidad de autocontrol en sus hijos/as.

### RESULTADO 3

Talleres desarrollados para el aprendizaje y entrenamiento del autocontrol en el alumnado del barrio de Valdechopos en las escuelas.

### IMPACTO-OBJETIVO GENERAL

Reducido el consumo de drogas entre los menores más vulnerables residentes en el barrio de Valdechopos.

### RESULTADO DE EFICACIA-OBJETIVO ESPECÍFICOS

Incrementada la habilidad de autocontrol en el alumnado  
Incrementada la percepción de riesgo por consumo de drogas en los menores  
Mejoradas las pautas educativas y los estilos de crianza de los padres

### 3. Definición de los grupos que van participar en el estudio

La población objetivo en la que se va a basar la muestra del estudio, también debería ser definida al inicio del proceso de planificación, ya que el reclutamiento, sobre todo si se va a necesitar un grupo control, puede ser un proceso que requiera tiempo.

### 4. Identificar una muestra de estudio

Determinar dónde se obtendrán los grupos que van a participar en la evaluación; por ejemplo, los espacios del programa, las ciudades, distritos o barrios, etc.).

Definir los criterios para participar en el estudio, por ejemplo, franja de edad, no estar participando en otro tipo de intervenciones preventivas similares, etc.).

### 5. Elección de resultados

Los resultados que las preguntas de evaluación se han planteado y que se van a medir en términos concreto. La mayoría de los estudios analizan los múltiples resultados que puede alcanzar un programa, esperados e inesperados.

Algunos ejemplos de los resultados son, por ejemplo: “descenso en el consumo de drogas en los últimos 30 días entre los menores vulnerables participantes en el programa o “mejora significativa de la dinámica familiar y del vínculo de los padres con su hijo/a.

Los resultados pueden ser a corto, medio o largo plazo.

**Los resultados a corto plazo** pueden ser evaluados inmediatamente después de la finalización del programa, mientras que los resultados intermedios y a largo plazo podría medirse 6 y 12 meses después de la finalización del programa.

En algunos casos, los resultados a corto plazo (objetivos) pueden ayudar a predecir los resultados a medio y largo plazo, convirtiéndose en las variables mediadoras en la explicación de cómo funciona una intervención para lograr sus objetivos últimos, por ejemplo, la investigación puede hipotetizar que a corto plazo los cambios en los conocimientos y habilidades sociales de los menores, con el tiempo, darán lugar a un cambio de comportamiento (descenso en el consumo).

Los resultados deben ser relevantes para el objetivo general del programa y sus objetivos específicos y asimismo, es fundamental comprobar si el programa es eficaz para alcanzar sus objetivos (resultados) e indicativo de cambios significativos en la población diana (impacto).

## 6. Elección del enfoque metodológico pertinente para la evaluación de resultados y/o de impacto

Existen diferentes **enfoques metodológicos** y algunos suelen considerarse más rigurosos o robustos que otros. Los enfoques metodológicos de evaluación se diferencian por lo menos en tres factores:

- La presencia o ausencia de un grupo de control (o grupos) en el estudio de los resultados e impacto.
- Cómo se asignan a los grupos participantes en el estudio de resultados (es decir, con o sin aleatorización).
- El número de veces o la frecuencia con la que se van medir los resultados.

### La frecuencia de medición de resultados

La frecuencia de la medición de resultados es otro aspecto importante del enfoque metodológico de la evaluación.

- Algunos estudios miden los resultados en una sola vez, después de la intervención (post).

- Otros estudios miden los resultados antes y después de la intervención (pre/post).
- Otros van más allá y añaden una o más semanas de mediciones de seguimiento o meses después de la intervención (series temporales).

La medición de los resultados, antes y después de una intervención permite determinar la cantidad de cambio en los resultados en el transcurso de la intervención y si estos cambios persisten en el tiempo, por lo tanto, es muy recomendable.

Sin embargo, en algunos resultados puede ser más apropiado medir sólo después de la intervención, ya sea porque el resultado podría no ser medible antes de la intervención o debido a que el grado de cambio en el resultado no es tan importante como establecer qué ha ocurrido (o no ha ocurrido) o qué cierto umbral de logro se ha alcanzado una vez se ha implementado la intervención.

Los tres enfoques metodológicos básicos de la evaluación de la prevención de los consumos de drogas, de menos robustos a más robustos son los siguientes:

- Pre-experimental.
- Cuasi-experimental.
- Experimental.
- Series temporales.

A continuación, se analiza brevemente lo que implica cada uno de estos enfoques.

## Enfoques pre-experimentales

Se define por la ausencia de un grupo de control y por la ausencia de asignación al azar. Sólo se realiza un seguimiento con los participantes del programa.

Existen diversas variaciones dentro de la categoría del enfoque pre experimental, que sólo difieren en el número y la temporización de los puntos de medición de resultados.

Estas variaciones incluyen: postest solamente; pruebas/mediciones pre y post prueba, y pre y post-test con seguimiento. Veamos detenidamente cada uno de ellos.

### Enfoque pre-experimental sólo después de la intervención

En este enfoque de sólo postest, se recogen datos de los participantes, una sola vez inmediatamente después de completar el programa. La siguiente imagen ilustra lo que después de la prueba de sólo la recolección de datos se entiende como en un estudio pre-experimental.

	Pretest	Intervención	Postest
Grupo control			
Grupo intervención		X	O

X = se realiza la intervención

O = se realizan mediciones

Inconvenientes <sup>13</sup>	Ventajas
<p>El inconveniente principal es que no proporciona una base de referencia con que se puedan comparar los resultados después de la intervención.</p> <p><b>Para evaluar el cambio</b>, es preciso comparar los datos posteriores a la intervención con una medida de referencia antes de la intervención.</p>	<p>Un diseño sólo post test puede ser apropiado si sólo se quiere saber (o si sólo es factible saber) si los participantes han llegado a un resultado deseado (por ejemplo, aprender una nueva habilidad), en lugar de medir el grado de cambio.</p> <p>Además, si se tienen recursos limitados para invertir en la evaluación o el acceso a los participantes del programa es limitado, esta podría ser la mejor o la única opción.</p>

### Enfoque pre-experimental pretest y posttest

Un pre/post, mide los resultados entre los participantes del programa antes y después de la intervención. La siguiente imagen ilustra lo que pre- y posttest con solo una recolección de datos se ve como en un estudio pre-experimental.

	Pretest	Intervención	Posttest
Grupo control			
Grupo intervención	○	×	○

× = se realiza la intervención      ○ = se realizan mediciones

<sup>13</sup> SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

Inconvenientes <sup>14</sup>	Ventajas
<p>Se debe esperar un tiempo suficiente para que el programa tenga un efecto, pero el tiempo no puede demorarse demasiado para que los efectos del programa no se diluyan o se vean influenciados por algunos elementos que confundan al contaminar los hallazgos, tales como la participación en otros programas o los cambios en las circunstancias psicológicas o ambientales sociales de los participantes. El control de los elementos que introducir sesgos y contaminar los resultados, es una parte importante de la calidad de la investigación.</p>	<p>Este diseño es relativamente fácil de implementar. Sólo se tiene que realizar la misma medida dos veces, antes y después de la intervención.</p> <p>La medida después de la intervención es fundamental.</p>

### Diseño pretest y posttest pre-experimental con seguimiento

El diseño pretest-posttest se puede mejorar complementándolo con puntos de seguimiento para la medición, por ejemplo, a los 3, 6, o 12 meses después, o tal vez antes, dependiendo de la probabilidad de encontrar efectos a corto plazo y a largo plazo. Este enfoque, pre-posttest más seguimiento, permite obtener una mayor perspectiva longitudinal (es decir, con una perspectiva en el tiempo) sobre el programa. El cuadro adjunto ilustra este tipo de diseño.

<sup>14</sup> SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov)

	Pretest	Intervención	Postest	Seguimiento
Grupo control				
Grupo intervención	○	×	○	○

× = se realiza la intervención      ○ = se realizan mediciones

Inconvenientes <sup>15</sup>	Ventajas
<p>A veces es difícil y costoso localizar a los participantes para el seguimiento de las evaluaciones, por tanto, habrá que prever y planificar cuidadosamente cómo se va a garantizar la retención de los participantes durante el período de seguimiento.</p> <p>Cuando el mismo instrumento se administra varias veces, la repetición de la prueba puede llegar a confundir a los participantes en el estudio y/o podrían considerar aburrido o molesto tener que completar de nuevo la misma prueba, o pueden estar menos interesados en participar al cabo de unos meses o años más tarde.</p> <p>Estas situaciones pueden afectar a los niveles de respuesta en el seguimiento, así como a la exactitud y validez de las respuestas que se obtienen.</p> <p>Sin embargo, son problemas que se pueden controlar a través de la planificación y la administración cuidadosa de las pruebas.</p>	<p>Con las mediciones de seguimiento se puede saber si un programa tiene un efecto sostenido en el tiempo produciendo cambios en el comportamiento o en el conocimiento que persisten más allá del periodo inmediato de finalización de la intervención.</p>

<sup>15</sup> SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).



## Enfoques cuasi-experimentales

Mientras que un estudio pre-experimental solamente sigue a un grupo de participantes que recibieron la intervención, un diseño cuasi-experimental utiliza dos o más grupos en el estudio (ver cuadro explicativo abajo).

	Pretest	Intervención	Posttest	Seguimiento
Grupo control	○		○	
Grupo intervención	○	×	○	

× = se realiza la intervención      ○ = se realizan mediciones

Los grupos para el estudio de evaluación, se seleccionan de grupos de personas que comparten una variable común, por ejemplo, los participantes que ya están inscritos en un programa, pueden compararse con las personas que están en lista de espera para recibir la intervención, o con personas que han optado por algún otro tipo de intervención o ninguna intervención. El control de la lista de espera, significa que los participantes del grupo control no reciben nada durante el período de estudio, pero finalmente recibirá la intervención algún tiempo después del período de estudio.

### ¿Qué es un grupo control?

Un grupo de control es un grupo de individuos que participan en el estudio, pero no reciben la intervención principal que se está implementando. Dependiendo de lo que el estudio de evaluación trate de establecer, el grupo de control puede recibir otra cosa en lugar de la intervención o puede no recibir nada.

El uso de un grupo de control señala lo que podría haber pasado con el grupo de intervención durante el período de estudio, en caso de no haber recibido la intervención. Al incluir en el estudio a un grupo de personas que son equivalentes a las del grupo de intervención en casi todos los demás

aspectos de su participación en la intervención, se puede tener mayor confianza en que los resultados que se observan en el grupo de intervención, están de hecho asociados con la intervención y no a otros motivos.

El término “grupo de control” es utilizado comúnmente para describir el grupo de comparación en un diseño cuasi-experimental, sin embargo, algunos investigadores no consideran que los enfoques cuasi-experimentales obtengan un control verdadero, si los grupos de estudio son auto-seleccionados, en lugar de crearse a través de la asignación aleatoria.

El grupo control en un estudio cuasi-experimental puede recibir una intervención diferente a los componentes de la intervención evaluada o algo que simplemente imita la atención que se presta a los participantes, es decir, un placebo.

Inconvenientes <sup>16</sup>	Ventajas
La limitación más importante de este enfoque es que sin asignación al azar, los grupos de estudio pueden diferir en aspectos importantes que representan algunas de las diferencias entre los grupos en los resultados de la intervención. En otras palabras, este enfoque proporciona evidencia comparativamente menos robusta de los efectos del programa que usan la aleatorización.	<p>El diseño cuasi-experimental es a menudo la opción más práctica para llevar a cabo evaluaciones de los resultados en el contexto de los servicios sociales.</p> <p>Mediante el uso de grupos preexistentes de determinados grupos, como las personas que ya están inscritos en un programa, se evitan los pasos adicionales necesarios para la asignación al azar, así como el estudio de las condiciones y sus características y las posibles preocupaciones éticas de retener o retrasar la intervención o la sustitución de un intervención menos eficaz para un grupo de participantes en el estudio.</p>

16 SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

## Enfoques experimentales

Los estudios de evaluación más robustos utilizan un diseño experimental. El distintivo de este diseño es la aleatorización.

### ¿Qué es la asignación aleatoria?

La asignación aleatoria es una forma de distribuir a los participantes en el estudio de evaluación entre los diferentes grupos de estudio, utilizando un proceso aleatorio, en lugar de la asignación de los participantes sobre la base de ciertos criterios.

Cuando se utilizan grupos preexistentes en los grupos de estudio, o se utilizan otros métodos de asignación, puede haber diferencias sistemáticas entre los grupos al inicio del experimento (estudio), que constituyen una fuente de sesgo importante.

La asignación aleatoria permite controlar esta fuente de sesgo y tener más confianza en que, los resultados observados en el grupo de intervención (experimental), están de hecho vinculados con la intervención, al reducir la probabilidad de que los grupos de estudio se diferencian unos de otros antes de la intervención, que puede ser un elemento potencial de introducir confusión. Sin embargo, la asignación al azar, por sí sola, no puede garantizar la ausencia de diferencias entre los grupos.

Para confirmar que la asignación al azar es efectiva, se deben ajustar los grupos después de la asignación aleatoria según las diferencias sociodemográficas o cualesquiera otras diferencias preexistentes que puedan afectar a los resultados. Este procedimiento ayuda a asegurar que los grupos son comparables.

La recogida de datos en un estudio experimental se asemeja a la de estudios cuasi experimentales, pero con la suma de la asignación aleatoria.

El cuadro siguiente ilustra lo que se entiende por un diseño experimental, teniendo en cuenta los momentos de la recogida de los datos.

	Pretest	Intervención	Posttest	Seguimiento
Grupo control	○		○	
Grupo intervención	○	×	○	

× = se realiza la intervención      ○ = se realizan mediciones

Inconvenientes <sup>17</sup>	Ventajas
<p>Algunos equipos de profesionales encargados de implementar los programas, pueden no estar dispuestos a permitir que los participantes se asignen al azar a los grupos experimental y/o control, ya que creen es injusto al negarse un trato igualitario a las personas que lo necesitan (aunque la lista de espera de grupos de control puede solucionar este problema).</p> <p>Otra limitación importante, puede ser el coste más elevado, ya que los diseños experimentales requieren el seguimiento de un grupo de estudio adicional, a través de un período de tiempo en el que no pueden estar recibiendo el beneficio de una intervención.</p>	<p>Un diseño experimental ofrecerá la mejor garantía de que el programa es responsable de los cambios hallados en los resultados.</p> <p>Se utiliza con mayor frecuencia por los investigadores en las ciencias físicas, ya que pueden controlar los entornos del laboratorio, repetir los experimentos, y determinar la causalidad, algo que, obviamente, es mucho más difícil de controlar en los enfoques experimentales realizados en hechos sociales e intervenciones con personas.</p> <p>Como la evaluación se ha vuelto más común en el campo de las intervenciones preventivas, muchos profesionales están dispuestos a colaborar con un equipo evaluador para implementar el enfoque experimental, porque reconocen que es la mejor manera de determinar si el programa está logrando los resultados esperados.</p>

17 SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

## Series temporales

Son mediciones reiteradas antes, durante y después de la realización del programa, permiten comparar al grupo experimental consigo mismo a la largo de una secuencia temporal y también con otros grupos de comparación con mediciones similares. Las series temporales ofrecen una información relevante sobre la relación entre estímulo-efecto y sobre la influencia del contexto, aunque no permite establecer conclusiones totalmente fiables sobre los efectos netos de una intervención. El análisis se basa en el efecto que ha tenido la intervención sobre la tendencia de la serie.<sup>18</sup>

### ¿Cómo elegir el mejor enfoque metodológico de evaluación?

Para seleccionar el enfoque metodológico que mejor se adapte a las circunstancias particulares del equipo evaluador, es clave tener en cuenta las necesidades y los recursos disponibles, a la hora de escoger el enfoque más riguroso y robusto posible. Hay que ser realista sobre el tipo de enfoque que se puede pagar y aplicar. Tres elementos son clave en este sentido:<sup>19</sup>

### ¿Cuáles son las preguntas de la evaluación definidas con anterioridad?

Nos dará pistas sobre las necesidades informativas de la investigación evaluativa que se desea plantear y qué información necesitamos generar desde el estudio, por ejemplo, una evaluación que tiene por objeto establecer el impacto del programa a largo plazo, puede requerir un enfoque diferente que otro que se centra exclusivamente en los efectos inmediatos en los participantes.

---

18 Ligeró, J.A. (2008). Módulo 8 “Elecciones metodológicas” en el Máster de evaluación de Programas y Políticas públicas. Universidad Complutense de Madrid.

19 SAMHSA’s National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher’s Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012). [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

### **¿Se pueden recoger los datos?**

Otra cuestión clave es ser muy realistas sobre la capacidad del equipo de recoger los datos necesarios para un determinado enfoque metodológico.

Los diseños y enfoques de evaluación más complejos requieren diversos momentos de medición para recoger los datos. Esto alarga la fase de recogida de datos y pueden requerir llevar a cabo análisis más sofisticados una vez que éstos han sido recopilados.

Es preciso valorar si se dispone de los recursos económicos suficientes para llevar a cabo un ambicioso estudio de evaluación y, en caso de recursos más limitados, valorar la necesidad de realizar un enfoque metodológico más sencillo.

Si los recursos económicos son limitados, es aceptable comenzar con un estudio más sencillo y plantear un estudio de evaluación más robusto en el futuro, que tenga en cuenta los resultados de la primera evaluación realizada.

### **¿Es factible el enfoque metodológico seleccionado?**

En el contexto de los programas de intervención social, como es el caso de los programas de prevención de drogas, los participantes en el programa pueden no estar dispuestos a permitir que a los participantes se les asigne a una condición de grupo control en las que no se beneficien de la intervención en cuestión, por tanto, los enfoques que requieren establecer un grupo control, pueden no ser factibles en algunos casos.

En cualquier caso, habría que realizar un esfuerzo presupuestario, para implementar el enfoque más riguroso posible. Cuanto más rigurosa sea la evaluación, sobre todo si podemos llevar a cabo un diseño experimental o cuasi-experimental, mejor será para la comunidad científica de la prevención de drogas y el peso de sus conclusiones será más determinante.

## 7. Identificación de las fuentes de verificación (fuentes para la recogida de información) en base a los indicadores diseñados en la matriz de planificación previamente diseñada

La etapa de planificación de la evaluación también requiere la selección de las fuentes de datos adecuadas. Dependiendo de los objetivos marcados, las fuentes de datos pueden provenir de:

Documentación generada por el programa, tanto administrativa como operativa (por ejemplo, registros de actividades, fichas y cuadernos de campo de seguimiento, registros de asistencias, anecdotarios, manuales sobre procedimientos, materiales de capacitación diseñados y/o materiales de difusión del programa, propuestas, planes o informes de evaluación anteriores, presupuestos, organigramas, memorandos).

Información facilitada por las personas que participan en el programa, u otros mediadores que puedan proporcionar información (profesores, padres, agentes comunitarios), y otros stakeholders relacionados o conocedores del programa.

Equipo técnico involucrado en la implementación del programa.

### Técnicas de recogida de datos cuantitativas

La naturaleza de las técnicas utilizadas para la recopilación de datos puede ser cuantitativa o cualitativa, sin embargo, lo más deseable es que se articulen los métodos, es decir cuantitativos junto a cualitativos.

Los registros de actividades, la revisión de los registros, la observación y las entrevistas son algunas de las técnicas más utilizadas para valorar la fidelidad en la implementación de un programa.

Para la evaluación de resultados, si se ha optado por un diseño experimental o cuasi-experimental, se hará más hincapié probablemente en los datos

cuantitativos, que pueden ser más fácilmente que los cualitativos, (aunque cada vez existen más programas informáticos para el recuento de palabras y expresiones en los discursos, contados y expresado en términos numéricos.

Este tipo de fuentes de datos incluyen fundamentalmente encuestas a través de cuestionarios, documentos de archivos o bases de datos.

Siempre que sea posible, es aconsejable utilizar instrumentos cuantitativos estandarizados que han sido bien probados en el campo y cuyas propiedades psico o sociométricas han sido validadas. Si se utilizan escalas no validadas, la confianza en que las escalas están midiendo lo que realmente los investigadores quieren medir (por ejemplo, los índices de autocontrol de los menores), puede ser escasa.

### **Técnicas de recogida de datos cualitativas**

Los datos cualitativos proporcionan la información que es difícil de medir, contar o expresar en términos numéricos y pueden aportar ideas importantes y el contexto (por ejemplo, las actitudes y las perspectivas de las personas que participan en el programa) que no se pueden obtener a través de la recopilación de datos cuantitativos. Las dos técnicas más utilizadas son las entrevistas y los grupos focales aunque hay otras muchas fuentes posibles, como por ejemplo las historias de vida, el análisis de redes, etc.

## **8. Selección de los instrumentos para la recogida de la información: cuantitativos y cualitativos**

Para cada resultado, al menos debería preverse y seleccionarse un instrumento apropiado de medida. Dos características de los instrumentos son clave:

- La validez, entendida como el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir.
- La fiabilidad, que se refiere a la consistencia de un instrumento medición.



Cuando un equipo evaluador puede demostrar que los instrumentos de medición utilizados han demostrado su validez y su fiabilidad, se puede estar mucho más seguro de la calidad de los datos que aportan.<sup>20</sup>

Existen numerosas medidas estandarizadas para evaluar los resultados (indicadores e instrumentos) y, una de las ventajas de usarlas, es que su validez y fiabilidad suele estar establecida y consolidada en la literatura científica. Si no se dispone de este tipo de indicador o instrumento, puede que se tenga que diseñar los propios por el programa, pero es preferible cerciorarse de que no existen para el tipo de datos que se desea recopilar.

El desarrollo de una medida propia de resultado permite adaptar las preguntas a los objetivos del programa, puede ser menos costoso que usar una medida estandarizada, y evita cualquier restricción sobre la cualificación del personal que pueda administrar o analizar el instrumento. Pero, cualquier medida “de cosecha propia” tendrá que ser testado antes de ser utilizada en un estudio de evaluación, para poder determinar su fiabilidad y validez y valorar sus propiedades psicométricas.

---

<sup>20</sup> Algunos instrumentos validados se pueden encontrar EMCDDA Evaluation Instruments Bank (EIB) at <http://eib.emcdda.eu.int>

## Algunas consideraciones finales clave para una evaluación de resultados efectiva<sup>21</sup>

### CUESTIONES GENERALES

¿Se han diseñado y explicitado los indicadores de resultados que van a ser medidos?

¿La información sobre los resultados utilizará técnicas cuantitativas o cualitativas? ¿Qué instrumentos se utilizarán para recoger la información? Por ejemplo:

- Indicadores e instrumentos para medir el comportamiento de consumo de sustancias para el grupo objetivo final.
- Indicadores e instrumentos para medir variables mediadoras relacionadas con el comportamiento de uso de sustancias para el grupo objetivo final.
- Indicadores e instrumentos para medir otras variables mediadoras para el grupo objetivo final.
- Indicadores y los instrumentos para medir los objetivos para el grupo objetivo intermedio: padres, madres, docentes, mediadores juveniles, etc.

¿Qué nivel de calidad tienen los instrumentos? (Objetividad, fiabilidad, validez).

¿Cuándo, con qué frecuencia se recogerá información sobre los resultados y quiénes proporcionarán estos datos? (Diseño).

¿Cómo se va a analizar la información recopilada?  
¿Qué métodos estadísticos son adecuados?

<sup>21</sup> SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation (2012).[www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov).

<p>El logro de la evaluación de resultados</p>	<p>¿Cuál ha sido el enfoque metodológico para la evaluación de resultados?</p> <p>¿Qué instrumentos se van a aplicar?</p> <p>¿Había datos recogidos con anterioridad, quién lo hizo, cuándo y en qué circunstancias?</p>
<p>La muestra</p>	<p>¿Cómo se diseñó la muestra?</p> <p>¿Cuál fueron las características socio-demográficas, el tamaño, etc., de la muestra?</p> <p>¿Cómo se han comparado las características del grupo objetivo y los grupos de comparación (control)?</p> <p>¿Se identificaron abandonos? Si es así, ¿cuáles son sus características?</p>
<p>Los resultados</p>	<p>¿Cómo afectó la intervención a la conducta de consumo de drogas del grupo objetivo?</p> <p>¿Cómo afectó la intervención a las variables mediadoras relacionadas con el consumo de drogas en el grupo objetivo?</p> <p>¿Cómo afectó la intervención a otras variables mediadoras en el grupo objetivo?</p> <p>¿Cómo afectó la intervención a los objetivos del grupo objetivo?, ¿hay diferentes subgrupos afectados de manera diferente por la intervención? (Por ejemplo, chicos/chicas, franjas de edad, grupos de mayor riesgo, etc.).</p>

Conclusiones  
de los  
hallazgos de  
la evaluación  
de resultados

¿La intervención ha logrado los resultados esperados?  
Es importante analizar las discrepancias entre las expectativas y los resultados encontrados, abordando las posibles razones y su repercusión en el estudio.

¿De qué manera los resultados más relevantes y significativos se pueden comparar con los de otros estudios de similares características?

¿Qué certeza hay de que la intervención causó los resultados? ¿Hay explicaciones alternativas para ellos?

¿Hay alguna explicación para los resultados negativos?

Sobre la base de los resultados de este estudio ¿cuáles son las recomendaciones para intervenciones similares?

Para finalizar este apartado, se incluye una ejemplificación de una *matriz de evaluación* de resultado sobre un programa preventivo dirigido a menores vulnerables, articulado en dos componentes: la información sobre drogas y el desarrollo del autocontrol entre el alumnado de un barrio degradado y en situación de desventaja social del extrarradio de la ciudad de Madrid.

Ámbito de actuación educativo	Necesidades informativas/ Preguntas de evaluación	Estándar	Indicador	Fuentes de verificación	Responsable de la recogida de información
Programa educación sobre drogas en centros educativos	¿Se ha incrementado la percepción de riesgo sobre las drogas?	▲ En un 5% en cada grupo de alumnos de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas después de la aplicación de las actividades correspondientes.	% de alumnos que ha incrementado su percepción de riesgo respecto al consumo de drogas.	Cuestionario pretest y postest. <sup>22</sup>	Equipo técnico de Prevención de drogas del distrito.
	¿Se han modificado creencias erróneas sobre las drogas?	▼ En 10 puntos en la escala de creencias erróneas sobre drogas después de la aplicación de las actividades correspondientes.	Puntuación media en la escala sobre creencias erróneas sobre drogas.	Cuestionario pretest y postest.	Equipo técnico de Prevención de drogas del distrito.
	¿Se han modificado las actitudes favorables al uso de drogas entre el alumnado?	▲ En 2 puntos en la puntuación media del conjunto de la escala de actitudes negativa hacia el consumo de drogas.	Puntuación media de la escala actitudinal negativa.	Cuestionario pretest y postest.	Equipo técnico de Prevención de drogas del distrito.
	¿Se ha incrementado la capacidad de autocontrol de los menores?	▲ En 2 puntos en la media de la escala sobre la capacidad de autocontrol del alumnado después de la aplicación de las actividades.	Puntuación media en la escala sobre la capacidad de autocontrol.	Cuestionario pretest y postest.	Equipo técnico de Prevención de drogas del distrito.

22 Para realizar esta evaluación de resultados se aplicará un enfoque metodológico **no experimental, basado en la comparación de un pretest y un postest** con las mismas preguntas para los dos momentos, es decir, con un solo grupo se establece una medición antes y después, la diferencia o variación en los resultados se atribuye a la influencia de la implementación del taller, sin posibilidad de descartar los efectos no atribuibles al taller. En este modelo no se puede desentrañar el efecto neto, solo se puede conocer el efecto bruto. Como indica Ligeró, J.A. (2008) el no poder diseccionar los efectos netos de este taller no debe ser un freno para realizar este tipo de análisis.

# LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

# 12

La investigación evaluativa se ha potenciado y se ha financiado cada vez más con el objetivo de proporcionar una guía sobre “lo que funciona”, y lo que “no funciona” en prevención de drogas con menores en situación de riesgo y un número cada vez mayor de revisiones y guías profesionales ha ayudado a mantener informados a los profesionales y a proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para su trabajo.

La inquietud sobre la calidad en las intervenciones encaminadas a la reducción de la demanda, en un primer momento, se enfocaron en los intentos de formular buenas prácticas o las mejores prácticas en materia de prevención, tratamiento y la reducción de daños.

En este contexto, el OEDT ha definido **los estándares de calidad** como “un conjunto de principios o conjuntos de normas generalmente consensuadas y aceptados por la comunidad científica con objeto de aplicar una intervención de la mejor/más adecuada manera posible”.<sup>1</sup>

Las normas de calidad con frecuencia se refieren a los aspectos estructurales formales que aseguran la calidad, tales como el contexto y la composición de los equipos profesionales. Sin embargo, también pueden referirse a aspectos de los procesos, tales como adecuación de los contenidos, el proceso de la intervención o los procesos de evaluación.

El portal de buenas prácticas del Observatorio Europeo de Drogas se ha convertido en un recurso cada vez más importante para los profesionales, políticos e investigadores en el campo de las drogas. El portal también ofrece una visión general de las normas de calidad y directrices disponibles en la Unión Europea (UE).<sup>2</sup>

El informe de evaluación de la Comisión Europea recomendó que “se debe prestar una mayor atención a la elaboración y aplicación efectiva de las directrices de

---

1 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

2 [www.emcdda.europa.eu/best-practice/standards](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/standards)

calidad y puntos de referencia para las intervenciones eficaces en el campo de la reducción de la demanda”. Esta recomendación se tradujo posteriormente en el Plan de Acción de la UE 2009-2012, mediante la adopción de una acción específica que pretendía: “Alcanzar un consenso en la UE sobre normas mínimas de calidad y puntos de referencia para la prevención, tratamiento, reducción de daños y de las intervenciones de rehabilitación, teniendo en cuenta las necesidades de grupos específicos y el trabajo realizado a nivel nacional e internacional”.

En el Plan de Acción Europeo sobre Drogas 2009-2012 acordado por los países miembros de la UE, los gobiernos pidieron a la Comisión Europea desarrollar un consenso que recogiera **los estándares mínimos de calidad en el campo de la reducción de la demanda de drogas**.

Para sustentar su trabajo, la Comisión Europea contrató al Instituto suizo de Salud Pública y Contra la Adicción (ISGF) para llevar a cabo un estudio para recoger información sobre las normas de calidad y puntos de referencia en los Estados miembros y proponer opciones para los estándares mínimos de calidad para las intervenciones encaminadas a la reducción de la demanda de drogas.

Las opciones propuestas por la ISGF se componen de las tres listas de mínimos propuestos estándares de calidad en prevención, tratamiento/rehabilitación y reducción de daños, y de reflexiones y recomendaciones para la aplicación de esas normas.

Este proyecto se entiende como el inicio de un proceso de consulta a más largo plazo con los interesados para construir un consenso sobre las normas mínimas de calidad para la demanda de drogas en las intervenciones y servicios que los Estados miembros de la UE.

Estos estándares de calidad han sido publicados como un Manual del OEDT para los profesionales de prevención de la drogodependencia en Europa (OEDT, 2011).<sup>3</sup>

Para finalizar, se incluye la lista de 56 estándares de calidad que recogen el análisis y la valoración llevada a cabo por un grupo de expertos en prevención de drogodependencias de la Comisión Europea con **los estándares mínimos de calidad** que alcanzaron un alto consenso.

---

3 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011. (EMCDDA). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*.



# 12.1. SELECCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD CLAVE EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Escala: (1= Imprescindible) (2 = Recomendable) (3 = Prescindible)

ESTÁNDARES	1	2	3
<p><b>P.1.</b> Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable (“indicadores basales”) sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de drogas consumidas.</li> <li>• Tasas y tendencias del consumo.</li> <li>• Edades de inicio.</li> <li>• Percepción del riesgo.</li> <li>• Factores culturales relacionados con el consumo de drogas.</li> <li>• Problemas relacionados con el consumo.</li> </ul>	80,3%	19,7%	0,0%
<p><b>P.2.</b> La organización es consciente/conocedora de los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de drogas.</p>	57,4%	41,0%	1,6%
<p><b>P.3.</b> Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.</p>	60,7%	39,3%	0,0%
<p><b>P.4.</b> La/s población/es objetivo potencial/es es/son elegida/s de acuerdo con la evaluación de las necesidades.</p>	60,7%	39,3%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.5.</b> La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.	70,5%	26,2%	3,3%
<b>P.6.</b> Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que: <ul style="list-style-type: none"> <li>Definan la/s población/es objetivo de manera apropiada.</li> <li>Permitan una diferenciación clara entre poblaciones.</li> <li>Estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.</li> </ul>	80,3%	19,7%	0,0%
<b>P.7.</b> Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.	70,5%	27,9%	1,6%
<b>P.8.</b> Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.	70,5%	27,9%	1,6%
<b>P.9.</b> Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>La población objetivo.</li> <li>Representantes de los organismos financiadores.</li> <li>Responsables de recursos comunitarios (centros escolares, centros sociales, centros de salud, instituciones deportivas, etc.).</li> <li>Representantes del movimiento asociativo y líderes comunitarios.</li> <li>Representantes institucionales (Gobierno local, regional o nacional, servicios sociales, sanitarios, culturales, de juventud, fuerzas de seguridad, etc.).</li> <li>Medios de comunicación.</li> <li>Empresarios, comerciantes, vecinos, etc.</li> <li>Familias.</li> </ul>	63,9%	34,4%	1,7%

ESTÁNDARES	1	2	3
<p><b>P.10.</b> Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización receptora se considera como una parte interesada en el programa.</li> <li>• Las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado.</li> <li>• La información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.</li> </ul>	75,4%	23,0%	1,6%
<p><b>P.11.</b> Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo (por ejemplo, si tienen que participar profesores, debe evaluarse si disponen de las competencias necesarias).</p>	62,3%	32,8%	4,9%
<p><b>P.12.</b> Se valoran los recursos y las capacidades internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos y competencias del personal.</li> <li>• Experiencia previa.</li> <li>• Recursos de la organización.</li> <li>• Los recursos tecnológicos.</li> <li>• Recursos financieros.</li> <li>• Conexiones con la población objetivo.</li> <li>• Red de contactos profesionales.</li> <li>• Otros recursos utilizables en el potencial programa de prevención.</li> </ul>	55,8%	42,6%	1,6%
<p><b>P.13.</b> Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.</p>	68,9%	29,5%	1,6%
<p><b>P.14.</b> Si el personal disponible no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.</p>	77,0%	23,0%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<p><b>P.15.</b> Existe un plan escrito del proyecto que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados.</li> <li>• Describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa (situación que se pretende modificar, finalidad, objetivos, recursos, indicadores de evaluación, actividades, resultados, etc.).</li> <li>• Informa sobre el modelo teórico adoptado.</li> <li>• Detalla: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las estrategias de intervención seleccionadas.</li> <li>• La definición de los escenarios.</li> <li>• Los recursos materiales y personales necesarios.</li> <li>• Los procedimientos para recabar y mantener los apoyos.</li> <li>• Los procedimientos para la selección de los participantes.</li> <li>• Las actividades previstas.</li> <li>• Los procedimientos para efectuar el seguimiento.</li> <li>• El diseño de la evaluación de procesos y de resultados.</li> </ul> </li> <li>• Permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.</li> </ul>	80,3%	19,7%	0,0%
<p><b>P.16.</b> El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).</p>	67,2%	31,2%	1,6%
<p><b>P.17.</b> Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.</p>	88,5%	11,5%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<p><b>P.18.</b> Los objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar).</li> <li>• Son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables.</li> <li>• Mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados.</li> <li>• Tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado.</li> <li>• Están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de “resultados”).</li> </ul>	86,9%	13,1%	0,0%
<p><b>P.19.</b> Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.</p>	52,5%	45,9%	1,6%
<p><b>P.20.</b> En la selección de las intervenciones existentes se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.</li> <li>• Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.</li> <li>• Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.</li> <li>• Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles.</li> <li>• Los beneficios y las desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.</li> <li>• El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.</li> <li>• La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficiente, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).</li> </ul>	60,7%	39,3%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<p><b>P.21.</b> El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las necesidades de los participantes.</li> <li>• El escenario elegido.</li> <li>• El entorno operativo.</li> <li>• La edad de los participantes y su grado de desarrollo.</li> <li>• El género de los participantes.</li> <li>• La cultura de los participantes.</li> </ul>	86,9%	13,1%	0,0%
<p><b>P.22.</b> El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje.</li> <li>• Las actividades y métodos de aplicación.</li> <li>• Los mensajes de la intervención.</li> <li>• La duración, frecuencia y ritmo de la intervención.</li> <li>• El número de participantes por actividad.</li> </ul>	83,6%	16,4%	0,0%
<p><b>P.23.</b> El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El modelo teórico explicativo utilizado para la intervención.</li> <li>• Los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo.</li> </ul>	63,9%	34,4%	1,7%
<p><b>P.24.</b> El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.</p>	60,7%	32,8%	6,5%
<p><b>P.25.</b> Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.</p>	50,8%	44,3%	4,9%
<p><b>P.26.</b> La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.</p>	57,4%	39,3%	3,3%
<p><b>P.27.</b> El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.</p>	60,7%	39,3%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.28.</b> El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.	59,0%	37,7%	3,3%
<b>P.29.</b> La estrategia a seleccionar tiene en consideración las necesidades presentes y futuras y las expectativas de las partes interesadas.	50,8%	47,5%	1,7%
<b>P.30.</b> El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de manera que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables.</li> <li>• Apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud.</li> <li>• Se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.</li> </ul>	59,0%	41,0%	0,0%
<b>P.31.</b> Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.	67,2%	31,2%	1,6%
<b>P.32.</b> Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.	67,2%	29,5%	3,3%
<b>P.33.</b> Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es asequible para la población objetivo.</li> <li>• Ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo.</li> <li>• Garantiza la confidencialidad.</li> <li>• Evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia.</li> <li>• Facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.</li> </ul>	68,9%	29,5%	1,6%

ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.34.</b> Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	86,9%	13,1%	0,0%
<b>P.35.</b> Los materiales de apoyo utilizados en el marco de los programas de prevención han sido previamente validados, asegurando la adecuación de sus contenidos a las características de la población destinataria de los mismos.	49,2%	49,2%	1,6%
<b>P.36.</b> Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	88,5%	11,5%	0,0%
<b>P.37.</b> El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	68,8%	24,6%	6,6%
<b>P.38.</b> La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.	60,7%	39,3%	0,0%
<b>P.39.</b> Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de la aplicación piloto.</li> <li>• Dificultades encontradas y soluciones propuestas.</li> <li>• Modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.</li> </ul>	65,6%	31,1%	3,3%
<b>P.40.</b> La implementación está documentada, incluyendo la misma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación.</li> <li>• Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos.</li> <li>• Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto.</li> <li>• Incidentes extraordinarios, y las respuestas adoptadas para afrontarlos.</li> </ul>	60,7%	37,7%	1,6%



ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.41.</b> Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.	68,9%	29,5%	1,6%
<b>P.42.</b> La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.	67,2%	32,8%	0,0%
<b>P.43.</b> Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.</li> <li>• Los momentos en que se realizarán las mediciones.</li> <li>• Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.</li> </ul>	78,7%	21,3%	0,0%
<b>P.44.</b> Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.	93,4%	65,6%	0,0%
<b>P.45.</b> Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	88,5%	11,5%	0,0%
<b>P.46.</b> Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están claramente descritos.</li> <li>• Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.</li> <li>• Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.</li> <li>• Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).</li> </ul>	77,1%	22,9%	0,0%
<b>P.47.</b> La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.	57,4%	42,6%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.48.</b> Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.	63,9%	34,4%	1,7%
<b>P.49.</b> Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los indicadores que se van a utilizar.</li> <li>• Los momentos en que se van a medir los indicadores.</li> <li>• Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.</li> </ul>	75,4%	24,6%	0,0%
<b>P.50.</b> Los indicadores de evaluación de proceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están relacionados con las actividades realizadas.</li> <li>• Están claramente descritos.</li> <li>• Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.</li> </ul>	77,1%	22,9%	0,0%
<b>P.51.</b> El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.	82,0%	18,0%	0,0%
<b>P.52.</b> El cronograma es: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Claro y comprensible.</li> <li>• Coherente y realista.</li> <li>• Ilustra la secuencia de eventos y acciones.</li> <li>• Distingue entre las actividades de: planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación, y las tareas administrativas.</li> <li>• Ilustra los hitos en el progreso del programa.</li> <li>• Ilustra los plazos aplicables.</li> </ul>	68,9%	31,1%	0,0%
<b>P.53.</b> La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.	72,1%	27,9%	0,0%
<b>P.54.</b> El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.	70,5%	29,5%	0,0%

ESTÁNDARES	1	2	3
<b>P.55.</b> Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.	78,7%	19,7%	1,6%
<b>P.56.</b> Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.</li> <li>• Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.</li> <li>• Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.</li> <li>• Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.</li> <li>• Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.</li> <li>• Si se han modificado determinadas variables mediadoras.</li> </ul>	72,1%	27,9%	0,0%

Estándares considerados imprescindibles por:

- ≥ 60% expertos: 46 estándares.
- ≥ 70% expertos: 25 estándares.
- ≥ 75% expertos: 19 estándares.

# BIBLIOGRAFÍA

13

- BAUMAN, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*, Ed. Tusquets, Barcelona.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. "Preventing Substance Abuse: Major Finding From The National Cross Site Evaluation Of High Risk Youth Programs". Monograph Series nº1.- <http://www.samhsa.gov>
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION. Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Monograph Series Nº 2. <http://health.org/govpubs/FO36/monograph2.asp>
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. SMA-003375. Rockville, MD, 2002. Monograph Series No. 3 "Finding on Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk".
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION. Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth." Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention". Monograph Series Nº 4.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Monograph No. 4.
- COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (2008). *Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Editorial Pirámide.

- DE SILVA, A. y SALVADOR, T. (2012). “Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia” Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Murcia.
- DUKE MEDICINE. (2013). “La situación económica durante la infancia como predictor del consumo de drogas por los jóvenes”.
- EMCDDA (2003). Social exclusion and reintegration. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisboa: Autor. Disponible en [http://www.emcdda.europa.eu/ attachments.cfm/att\\_37285\\_ES\\_sel2003\\_2-es.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachments.cfm/att_37285_ES_sel2003_2-es.pdf).
- EMCCCA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2008). Drugs and vulnerable groups of young people [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) <http://www.emcdda.europa.eu>
- EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (FSG). (2013) Guía para trabajar con familias gitanas el éxito escolar de sus hijos/as: una propuesta metodológica transnacional para profesionales.
- INSTITUTO DE ADICCIONES MADRID SALUD. Ayuntamiento de Madrid. ADES. (2012). PAD. Servicio de Prevención de Adicciones
- MALGESINI, G. GARCÍA, M. (2000). Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.

- ROJAS MARCOS, L. (2011). "Superar la adversidad: el poder de la resiliencia". Espasa.
- SUBIRATS, J.; GOMÁ, R.; BRUGUÉ, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.
- SUTTING, D.; MONTEIRO, H. and GHATE, D. (2007). Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit.
- SUBIRATS, J. et al. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.
- TEZANOS, J.F. (2001). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis, en J.F. Tezanos (Ed.). Tendencias en desigualdad y exclusión social. Madrid, Editorial Sistema, 11-53.
- TOMAS, B. (2001). Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen –Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken? (pp. 56-64). Viena: Verein Dialog.
- VELLEMAN AND TEMPLETON (2007), AND EMCDDA 2003 Annual report section, p. 65, on 'Social exclusion': <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index-37257EN.html>

**ANEXO 4.  
FICHAS CON UNA  
MUESTRA DE  
BUENAS PRÁCTICAS  
EN PREVENCIÓN  
SELECTIVA E  
INDICADA**





**"FRED".  
INTERVENCIÓN TEMPRANA  
ANTE EL CONSUMO DE  
DROGAS**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“FreD”. Intervención temprana ante el consumo de drogas.

## 2 Situación inicial

FredD se empezó a desarrollar a finales de 2000 para abordar el problema de un creciente número de jóvenes consumidores de drogas que no consideraban que necesitaban algún tipo ayuda. Permite llegar a ellos a través de una sesión de orientación, seguido de un programa de intervención breve, en el caso de haber sido detenidos por la policía como los consumidores de drogas ilegales por primera vez (por lo general a causa de cannabis).

Para el desarrollo del programa se debe establecer y mantener a largo plazo, la cooperación entre la policía, las autoridades judiciales y ONGs activas en el campo del abordaje del consumo de drogas.

Se dirige a menores y adolescentes que han sido detenidos por el consumo de drogas ilegales y que han pasado a disposición de los Tribunales de Menores por delitos relacionados con el tráfico de drogas.

La policía les llama la atención antes de que los padres y familiares sean informados. FreD utiliza esta particular situación de tener un acceso a este grupo de personas en riesgo tan pronto como sea posible, para ofrecer un servicio que consiste en una entrevista de admisión y un curso de formación con los profesionales del recurso especializado de drogas.

El proyecto se testó en 15 zonas en el período 2000-02. A finales de 2007, el número de centros en Alemania que ofrecen FreD o proyectos similares se incrementó a 142.

Durante la fase de transferencia del programa FreD en Alemania en 2003/04, varios países europeos imitaron la estructura de coordinación alemana Westfalen Lippe Landschaftsverband - Koordinationstelle Sucht (LWL-KS), y mantuvieron interés en la aplicación de FreD en sus países. Este interés surgió de una situación muy similar a la de Alemania en otros países de la Comunidad Europea: una alta prevalencia de consumidores jóvenes de alto riesgo de drogas y dificultades para establecer el contacto y el acceso a medidas de prevención con este colectivo.

## 3 Modelo teórico

La intervención se basa metodológica y científicamente en: la entrevista motivacional de Miller y Rollnick, 2003, el modelo del cambio de Prochaska y DiClemente, 2002; el concepto de competencia riesgo de Koller, 2005; la génesis de la salud de Antonovsky, 1979. También se basa en las teorías del trabajo en grupo (fases de trabajo en grupo) y tiene en cuenta los elementos de las dinámicas de grupo (Antons y Vopel, 2000) ya que el programa es una oferta para trabajar en grupos.

#### 4 Descripción del Programa

FredD es un proyecto de intervención temprana en delincuentes juveniles con consumos iniciales de drogas.

El uso de medidas de intervención temprana requiere el acceso al grupo objetivo previsto. Esto requiere una estrecha colaboración entre las instituciones que pueden identificar conductas problemáticas entre los menores, por ejemplo, la policía, las escuelas, lugares de trabajo, tribunales de menores, etc., con objeto de realizar una intervención temprana.

La delicada situación de ser advertido por primera vez, se utiliza para motivar a los adolescentes a reflexionar y, si es necesario, a cambiar su comportamiento por medio de una intervención breve (una entrevista y ocho horas de curso en grupo dividido en 2 o 4 sesiones). La participación puede ser voluntaria o motivada por presiones legales.

El programa FreD ha sido implementado en 11 o 12 países pilotos. Alrededor de 17 países de la Unión Europea están implicados actualmente. Este proyecto se ha adaptado según las necesidades de los diferentes países europeos.

El proyecto alemán de intervención temprana es hasta ahora el único proyecto en Europa que ha sido ampliamente evaluado (G. Burkhart, OEDT, 2004).

FreD ofrece un registro, llevado a cabo por los recursos especializados sobre drogas que tengan experiencia en la intervención con adolescentes, sobre el comportamiento de consumo de drogas tan temprano como sea posible en la biografía del joven.

Una vez llevado a cabo la valoración sobre el patrón de consumo de drogas y la posibilidad de determinar el riesgo personal, el proyecto se esfuerza por lograr la motivación de un cambio en el comportamiento, con el objetivo de reducir el consumo y la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas. Las drogas utilizadas son principalmente cannabis y éxtasis.

5 Tipo de Prevención Selectiva.

6 Grupo Diana

Niños/niñas y jóvenes.

7 Franja de edad a la que se dirige de 14 a 21 y si es necesario, de 13 a 25 años.

8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y evaluación de resultados.

9 País Alemania.

10 Fecha de inicio 01 / 11 / 2007

#### 11 Objetivo General

El objetivo principal del proyecto es proporcionar a los adolescentes una medida preventiva y utilizar una medida de intervención temprana para prevenir los posibles problemas derivados del consumo de drogas, entre ellos una adicción.

Otro objetivo del proyecto es establecer una cooperación entre las instituciones y personas involucradas, favoreciendo la estabilidad de la red de apoyo a los menores más vulnerables. En particular, la cooperación entre la policía, las autoridades judiciales, las ONGs activas en el campo de la intervención social y sobre drogas. El apoyo se debe establecer y mantener a largo plazo, algo que hasta ahora no se produce en muchos casos.

#### 12 Objetivos operativos

Captar y acceder al grupo objetivo a través de Fred lo antes posible en una posible escalada en el consumo de drogas en menores detectados con consumos tempranos de las mismas.

#### 13 Resumen de las líneas estratégicas

En el año 2000, el Ministerio Federal para la Salud y la Seguridad (BMGS) lanzó el programa piloto “Early Intervention With First-Offence Drug Consumers - Fred” en cooperación con 8 estados federales (Laender).

El programa piloto se desarrolló en 15 localidades de 8 estados federales. El programa piloto fue dirigido específicamente a proporcionar a corto plazo ayuda específica para los adolescentes de 14 a 21 años de edad, pero también para adultos jóvenes mayores de 25 años, que habían delinquirido por primera vez debido a consumo de drogas ilegales. En el grupo diana desarrollaron el proyecto y se comprometieron a una entrevista individual y 8 horas de curso. Fueron contactados por la policía y el Jurado de Menores según lo previsto en la Sección 31a de la Ley Federal de Fiscalización de Estupefacientes o en conjunción con los artículos 45 y 47 de la Ley de Tribunales de Menores.

El grupo diana del proyecto son los usuarios de drogas de 14-21 años.

#### 14 Acciones llevadas a cabo

El curso (entrevista inicial motivacional y ocho horas de intervención grupal) tiene como objetivo animar a los jóvenes consumidores de drogas (drogas ilegales o legales) a reflexionar y posiblemente a cambiar su comportamiento de consumo con el fin de evitar que derive en dependencia. Las personas interesadas deciden voluntariamente si quieren participar en el programa.

Si es necesario, se puede realizar una entrevista más. Una de las tareas de la entrevista de admisión es determinar si está indicada la participación en el curso o si puede ser más útil otra oferta de intervención.

Los participantes recibirán una confirmación de su participación en el grupo, la cual se enviará a la institución por la que el adolescente ha sido sancionado.

Los padres pueden ser incluidos en la entrevista si se considera conveniente.

El curso aborda los siguientes temas: efectos y riesgos de las diferentes drogas y los aspectos legales, reflexión sobre los patrones personales y motivos del consumo de drogas, consejos prácticos para limitar el consumo o dejar de fumar por completo, información sobre los recursos de ayuda disponibles a nivel local.

El trabajo en grupo se realiza utilizando procedimientos interactivos.

## 15 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
<p>Mejorar el acceso de los más vulnerables y de los adolescentes consumidores de drogas de alto riesgo a programas de prevención de drogas y servicios de drogas a través de expertos de instituciones públicas y sociales que proporcionan servicios de prevención de drogas y medicamentos, con objeto de garantizar una información y unas estrategias de control en sus zonas.</p> <p>Desarrollar y adaptar el programa de prevención selectiva “Intervención Temprana por primera notificación de usuarios de drogas que fue desarrollado, testado y evaluado en Alemania para Europa, adaptándolo a las condiciones específicas de cada país, teniendo en cuenta los modelos de buenas prácticas identificadas.</p> <p>Establecer a nivel regional y local la cooperación entre las entidades de prevención de drogas, los centros de tratamiento y las instituciones públicas (por ejemplo, la policía, las autoridades judiciales) y las instituciones sociales (por ejemplo, la familia, la escuela, servicios sociales, los talleres sociolaborales) y fortalecer esta cooperación mediante la celebración de acuerdos de coordinación estructurados que confirmen la existencia de un buen trabajo en red como base para la aplicación a largo plazo del programa de intervención.</p> <p>Implementar la versión desarrollada de ‘FreD’ como un proyecto piloto en 12 países, teniendo en cuenta las diferencias específicas de cada país, haciendo que el programa esté disponible para su desarrollo en otros países europeos después de la mejora basada en las experiencias europeas.</p>	<p>Número de acuerdos de cooperación y número de valoraciones positivas sobre la voluntad de la aprobación y aplicación del proyecto.</p> <p>Número de usuarios captados en relación al estándar previsto.</p>

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Encuesta a través de cuestionario.	Respuestas al cuestionario por parte de los directores de los proyectos (pedagogos) y/o expertos en prevención, y usuarios de Fred Goes.
Instrumentos cualitativos.	Análisis de fuentes secundarias y evaluación de materiales y encuestas (por ejemplo, RAR (Evaluación Rápida y Respuesta), la observación participativa (por ejemplo, talleres, capacitación, conferencias).

## 16 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico pre-post, sin grupo de comparación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Favorecer la motivación intrínseca dentro del grupo objetivo para cambiar su comportamiento relacionado con las drogas, mejorando su nivel de conocimientos e información acerca de las consecuencias relacionadas con la salud, sociales y legales del uso de sustancias psicoactivas, mejorando los conocimientos especializados en programas comunitarios de prevención y servicios de la droga.	<b>Indicador de resultado 1</b> Porcentaje de declaraciones positivas proporcionadas por los usuarios: debido a la intervención y/o incremento de los conocimientos de los participantes sobre los efectos y los riesgos del uso de drogas.
<b>Objetivo específico 2</b> Cambios de actitud y comportamiento con respecto al consumo de drogas: la reducción del consumo o dejar de fumar, desarrollar competencias de afrontamiento de los riesgos en el uso de drogas basado en la autoevaluación y la percepción del riesgo personal.	<b>Indicador de resultado 2</b> Nº de respuestas positivas proporcionadas por los usuarios: los participantes cuestionan su conducta de consumo de drogas y cambian sus actitudes hacia las mismas.
<b>Objetivo específico 3</b> Proteger a los adolescentes de llegar a desarrollar una drogodependencia.	<b>Indicador de resultado 3</b> Número de respuestas positivas proporcionadas por los usuarios: recomendación a los demás y nº de participantes que finaliza la totalidad de las actividades del proyecto.

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Cuestionarios específicos diseñados ad hoc para el programa.	Cuestionarios dirigidos a los responsables del proyecto (pedagógico) y expertos en prevención y usuarios de la red FreD.
Instrumentos cualitativos.	Análisis de fuentes secundarias y evaluación de materiales (por ejemplo, RAR (Evaluación Rápida y Respuesta), la observación participativa (por ejemplo, talleres, capacitación, conferencias).

## 17 Proceso de evaluación

### Resultados Proceso

Los objetivos principales del proyecto se alcanzaron claramente ya que la transferencia y el desarrollo del enfoque FreD tuvieron éxito. El proyecto tuvo que ser adaptado a las diferencias culturales diversas, a las diferentes políticas y a las condiciones económicas en los países piloto.

Ha disminuido la disponibilidad y el acceso a las drogas que utilizan los jóvenes y se estableció una cooperación con los “nuevos” socios.

Se realizaron ajustes en el programa, por ejemplo se incluyó el alcohol como una sustancia fundamental sobre la que intervenir. El hecho de que el proyecto se ejecutó con éxito en once de los doce países piloto en medio de una crisis económica mundial debe ser considerado como un éxito rotundo de la red Fred Goes y todos los que contribuyeron a ella. En general, los socios cooperaron en el programa piloto con aproximadamente 260 instituciones, para garantizar que los jóvenes que utilizan drogas fueran remitidos a Fred.

Los socios de la cooperación, en consonancia con el enfoque conceptual, estaban representados principalmente por instituciones relacionadas con el sistema policial y judicial, así como las escuelas. Todos los coordinadores de proyectos están bastante satisfechos o muy satisfechos con la implementación de Fred Goes red en su país.

De los doce países piloto, once estados seguirán participando en la red Fred Goes después de que el proyecto europeo se ha completado.

El proyecto, en general, se llevó a cabo según lo previsto. La ejecución del mismo incluyó un evento de lanzamiento, dos talleres con los directores de los proyectos de los países participantes y la gestión continua por el equipo de coordinación central con sede en la Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Se han expedido aproximadamente 110 certificados Fred-Trainer alemanes y 150 de otros países de la comunidad Europea en el año 2011. En el período comprendido entre diciembre de 2008 hasta finales de enero de 2010 se alcanzaron un total de 1.284 Fred Goes usuarios de la red. De ellos 320 (24,9%) eran mujeres y 964 (75,1%) hombres.

En Fred Goes el acceso a la red por parte de los jóvenes que utilizan drogas fue predominantemente a través de la policía (28,8%) y el sistema judicial (7,5%) y las escuelas (31,9%). Otras instituciones y vías de acceso fueron claramente menos importantes. Familia actuó como institución de referencia en el 8,7% de los casos, el lugar de trabajo en el 2,9% de los casos y 7,8% de los usuarios no accedieron a Fred Goes por ninguna institución de referencia.

Estos resultados reflejan las rutas de acceso pre-planificadas de los países participantes y también se puede tomar como una indicación de que las rutas de acceso demostraron ser adecuadas, en general.

Aproximadamente la mitad de los participantes afirmaron que se puso en contacto con Fred a causa de su consumo de drogas ilegales y el alcohol.

El proyecto europeo “Red Fred Goes”, demuestra que la intervención también es capaz de llegar a los jóvenes consumidores de alcohol.



## 18 Evaluación de Resultados

Los participantes fueron encuestados después de completar el curso. Para la mayoría la participación en el curso fue importante: mejoraron su nivel de información y conocimientos sobre el alcohol y el consumo de drogas, también las competencias para la resolución de problemas y los conocimientos sobre los recursos de apoyo disponibles.

La mayoría de los encuestados piensa cambiar su actitud hacia el alcohol y las drogas o el consumo de alcohol y drogas y tienen intención de usar menos drogas en el futuro.

La mayoría también tiene la intención de dejar de consumir drogas, aunque sólo uno de cada cuatro manifiesta la intención de dejar de beber.

Los participantes muestran una mejora en sus competencias para la resolución de problemas y un mayor conocimiento sobre los recursos locales de apoyo disponibles.

Más allá de su uso de drogas actual, la mayoría de los usuarios afirmó que tenían la intención de hacer algunos cambios en su situación personal.

Los resultados del estudio muestran que los efectos en relación con las drogas tienden a ser un poco más fuerte que los efectos relacionados con el alcohol.

El 90,6% de los participantes participó en todas las unidades del curso y finalizó de forma regular el mismo, únicamente el 8,7% abandonaron o fueron expulsados por el director del curso.

A pesar de la presión social y/o institucional para completar el curso, esto puede ser tomado como un indicador de la alta aceptación general de la intervención por parte de los jóvenes consumidores de drogas.

## 19 Organización responsable

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) LWL-Koordinationsstelle Sucht

Dirección Warendorferstraße 27 48133 Münster

Código Postal 48133

Ciudad Münster

País Alemania

Website [www.lwl.org/ks](http://www.lwl.org/ks)

E-mail [kswl@lwl.org](mailto:kswl@lwl.org)

Organizaciones colaboradoras

Como son numerosas organizaciones, se pueden consultar en: [www.fred-goes-net.org](http://www.fred-goes-net.org)

## 20 Referencias

[www.fred-goes-net.org](http://www.fred-goes-net.org) [www.lwl-fred.de](http://www.lwl-fred.de) Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ed.), 2010: Manual FreD goes net. Münster Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ed.), 2010: Project report FreD goes net. Münster (in the annex of this overall project report you will find the specific country-reports of all twelve pilot partners) Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ed), 2010: Evaluation report FreD goes net. Early Intervention for Young drug users. Münster Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ed.), 2011: Together we are successful. Early Intervention in First-Time Drug Offenders. Münster (brochure on FreD (goes net) available as Download on the above mentioned websites).

**"QUIT THE SHIT"**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“Quit the Shit”.

## 2 Situación inicial

Desde un punto de vista epidemiológico, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente utilizada en Alemania. De acuerdo con un estudio representativo, aproximadamente un tercio de las personas entre 12 y 25 años de edad han consumido cannabis y, en base a los conocimientos actuales sobre el cannabis, tienen que asumir que el consumo continuado y regular de cannabis podría conducir a una adicción.

La información y la comunicación demandada por los usuarios es relativamente alta, accediendo al portal un número alto de usuarios todos los días.

Esta apreciación está basada en la información proporcionada por los educadores que registran las preguntas y los temas demandados por las peticiones vía email y durante los chats de asesoramiento. Basado en la mencionada situación The Federal Centre for Health Education diseñó y desarrolló “Quit the Shit”, para ser integrado en la web [www.drugcome.de](http://www.drugcome.de) y de este modo apoyar a los consumidores en la reducción o abandono de su consumo.

## 3 Modelo teórico

El programa está basado en los principios de autorregulación y autocontrol formulados por Kanfer (1986) y el concepto de intervención y el afrontamiento a la solución descrita por De Shazer (1997).

#### 4 Descripción del Programa

Numerosos adolescentes consumen cannabis de manera ocasional, aun así, hay un número de ellos que utilizan esta droga de manera regular y permanente, algunas veces incluso varias veces al día. Una parte de estos consumidores han intentado reducir su consumo, pero han fracasado. Un número creciente de jóvenes buscan consejo y ayuda para afrontar las consecuencias derivadas de su consumo.

Programa *on line* dirigido a jóvenes consumidores de cannabis que intentan reducir o abandonar su consumo. Un elemento central del programa es una interacción diaria donde los consumidores registran su comportamiento de consumo de manera regular, preferentemente todos los días, durante un periodo de 50 días. El equipo de asistencia apoya a cada participante para lograr su objetivo personal al proporcionarles un feed back regular individual, al menos 1 vez por semana.

Esta página web está especialmente orientada hacia consumidores a los que difícilmente se puede acceder a través de los programas convencionales de prevención. Este tipo de programas facilita el acceso a los jóvenes ya que no requiere mucha dedicación como llamadas telefónicas, citas presenciales y, además, los participantes no tienen que acudir a ningún centro.

5 Tipo de Prevención Indicada.

6 Grupo Diana Niños/niñas y jóvenes.

7 Franja de edad a la que se dirige 15 a 17 años.

8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y de resultados.

9 País Alemania.

10 Fecha de inicio 13 / 08 / 2004

11 Objetivo General

Las propuestas proporcionadas por [www.drugcome.de](http://www.drugcome.de) pretenden capacitar a los adultos jóvenes y a los adolescentes para reflexionar críticamente sobre su consumo de drogas y fomentar el desarrollo de acciones de prevención en su rutina diaria y en su tiempo libre, mediante información anónima y asesoramiento.

12 Objetivos operativos

Alta ratio de cumplimiento de metas, comprensión de la información, aceptación de los elementos del programa.

### 13 Resumen de las líneas estratégicas

En agosto de 2004 The Federal Centre for Health Education lanzó la experiencia piloto de “Quit the Shit”, un programa on line para jóvenes consumidores de cannabis, a través de la web [www.drugcome.de](http://www.drugcome.de). de que proporciona una información y asesoramiento on line especialmente para jóvenes consumidores de cannabis que intentan reducir y abandonar su consumo. El elemento clave de este programa es una interacción diaria donde los beneficiarios registran su consumo de manera regular, idealmente todos los días durante un periodo de 50 días. Los usuarios envían sus informes al equipo de educadores a través de internet y el equipo proporciona a los participantes un feed back una vez a la semana, incluyendo información individual, apoyo y motivación para impulsar el proceso de cambio específico de cada usuario en el logro de su meta personal, para ello les feed back regular e individual con consejos on line y vía email. La participación es anónima y gratuita.

### 14 Acciones llevadas a cabo

El programa ofrece un asesoramiento anónimo dirigido específicamente a las necesidades de los adolescentes y de los jóvenes que tienen una motivación y voluntad de reducir o abandonar su consumo. El programa está disponible en información y asesoramiento en el portal [www.drugcome.de](http://www.drugcome.de).

El elemento central es una interacción diaria, donde los adolescentes registran su comportamiento relacionado con el consumo de cannabis de manera regular, preferentemente todos los días y durante 50 días. Los beneficiarios envían sus informes al equipo de técnicos/asesores de [drugcome](http://www.drugcome.de) vía email. Los asesores del programa proporcionan a los participantes el feed back una vez a la semana, incluyendo información individual, apoyo y motivación para impulsar el proceso de cambio en cada uno. El equipo apoya a cada participante en la realización de su objetivo personal.

### 15 Proceso de evaluación

#### Indicadores de proceso

Comprensión de la información proporcionada, uso de los elementos del programa y aceptación del programa. Recomendación a otros usuarios.

#### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos específicos utilizados en el programa diseñados por el propio programa.	
Instrumentos estándares utilizados (un instrumento estandarizado pero adaptado a las necesidades específicas del programa).	Evaluación de escalas (rango 1-5) para la comprensión de la información, uso aceptable de los elementos del programa y recomendación a otros usuarios.

## 16 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Diseño Pre-Post y comparación con grupo control aleatorio.

OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR DE RESULTADOS
1. A largo plazo, la reducción del consumo de cannabis o la abstinencia de consumo (considerando la cantidad y la frecuencia diaria a lo largo de 30 días de consumo).	1. La cantidad de consumo y su frecuencia tres y seis meses después de completado el programa.
2. Aumento de la percepción de autoeficacia.	2. Consideración de autoeficacia relacionado con el consumo de la droga.
3. Aumento del bienestar psicológico.	3. Registro de resultado en el bienestar psicológico.

### Tipo de instrumentos

Instrumentos específicos del programa.

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos cuantitativos estándares validados.	<p>Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8): Sklar SM, Turner NE: A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drugs users. <i>Addiction</i> 1999; 94(5):723-729.</p> <p>Trait Scale of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T): Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberg CD: Das State Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz The GmbH, 1981.</p> <p>General Depression Scale: Hautzinger M, Bailer M: Allgemeine Depressions Skala. Weinheim: Beltz Test GmbH, 1993.</p> <p>Satisfaction with Life Scale: Schumacher J: SWLS- Satisfaction with Life Scale. In <i>Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 2)</i>. Edited by: Schumacher J, Klaiberg A &amp; Brähler E. Göttingen: Hogrefe; 2003:305-309.</p>
Instrumentos cualitativos.	Entradas diarias: registros durante 30 días de consumo: Frecuencia del consumo diario. Gramos de marihuana y hachís consumidos en los últimos 30 días.

### 17 Hallazgos de la Evaluación de Proceso

Más del 90% de los usuarios del programa valoran la información proporcionada para controlar su consumo de cannabis como comprensible y de uso fácil para controlar su consumo.

Valoran satisfactoriamente el contacto con el equipo de asesores.

La web se considera de uso fácil.

El feed back del usuario muestra claramente que, sobre todo los componentes centrales del programa, son altamente aceptados y representan una ayuda eficiente en la reducción del consumo de cannabis. Además, de estas valoraciones positivas de los elementos y componentes del programa, hay que añadir un índice alto de recomendación: el 85% de los participantes dicen que recomendarán el programa a otros menores/jóvenes.

### 18 Hallazgos de la Evaluación de Resultados

Tres meses después de que se registraran los usuarios, muestran reducción significativa de las medidas del consumo (cantidad y frecuencia), utilizando como grupo control a las personas de la lista de espera. Entre los dos grupos los efectos pueden ser considerados moderados y sostenidos en el tiempo (frecuencia: Cohen's  $d=0.60$ ) cantidad:  $d=0.75$ ).

### 19 Organización responsable

Federal Centre for Health Education

Dirección Ostmerheimer Str.220

Código Postal 51109

Ciudad Koeln/Cologne

País Germany

E-mail postelle@bzga.de

**"WAY OUT"**



# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“WAY OUT”.

## 2 Situación inicial

El abuso de las drogas entre los jóvenes se estaba incrementando y no existía una estructura adecuada de asesoramiento para los jóvenes, ni tampoco centros de atención especializados para este grupo de edad. Se parte de la premisa de la conveniencia de afrontar el desarrollo de una adicción a través de una intervención tan pronto como sea posible, para lo cual es necesario un asesoramiento útil y eficaz y centros de atención especializados para jóvenes (14/21 años en riesgo).

En el año 2002 el proyecto se inició desde la Unidad de Prevención de Carynthian en cooperación durante dos años con el programa NeuSTART y se establecieron estructuras de ayuda que proporcionaban asesoramiento y terapia, tanto individualizada como para grupos.

En el caso de jóvenes infractores o delincuentes con consumo de drogas, tienen que someterse a la intervención como prerequisite para una provisional retirada de informes de la policía. Esto se desarrolla de acuerdo a un conocimiento metodológico especializado y se caracteriza por la movilidad del equipo de profesionales.

El marco para las sesiones individuales y/o de grupo están basadas en la interacción y contiene elementos comunicativos así como ejercicios específicos y rol play.

## 3 Modelo teórico

Teoría del aprendizaje social (competencias para la vida). El apoyo y las alternativas pueden prevenir la estigmatización, el etiquetaje y los problemas en el lugar de trabajo así como la caída en una carrera de delincuencia juvenil.

#### 4 Descripción del Programa

El proyecto ofrece orientación, ayuda individual y grupal a los jóvenes. La estructura que se ofrece, durante un periodo de aproximadamente 6 meses, pone el foco en la preocupación por las conductas de consumo de drogas ilegales, los comportamientos relacionados con el consumo de drogas ilegales y en evitar los problemas relacionados con las drogas.

5 Tipo de Prevención Selectiva.

6 Grupo Diana

Niños/niñas y jóvenes.

7 Franja de edad a la que se dirige 13 a 21 años.

8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y evaluación de resultados.

9 País Austria.

10 Fecha de inicio 01 / 03 / 2002

11 Objetivo General

Una estructura adecuada comunitaria de asesoramiento y orientación para jóvenes y centros de atención, se focaliza en los comportamientos de abstinencia con respecto al consumo de drogas. Se desarrolla asimismo la capacidad para un comportamiento autónomo y controlado con respecto a uso de drogas legales y orientaciones para lograr evitar los problemas relacionados con drogas.

## 12 Resumen de las líneas estratégicas

El proyecto “Way out” estableció una red de recursos que proporcionaban asesoramiento y terapia para personas individuales y también grupos de jóvenes.

La duración y la frecuencia de las medidas se fijan de acuerdo con las necesidades de los sujetos. El proyecto se ha desarrollado conforme a conocimientos metodológicos especializados y se caracteriza por la movilidad de los equipos de profesionales.

El objetivo es contar con el apoyo de jóvenes con comportamiento abstinentes de drogas ilegales, y se debería desarrollar la autonomía y el control del comportamiento relacionado con sustancias legales y debería lograrse evitar los problemas relacionados con las drogas. Para lograr estas metas se imparten conocimientos (por ejemplo, acerca de los efectos de las drogas), el nivel de consumo personal reflejado, el fortalecimiento de competencias sociales y se favorece la integración social.

La evaluación demostró que un adecuado recurso especializado dirigido a los jóvenes, puede contribuir en la prevención de posibles dependencias; el 89% de los usuarios mostraron efectos positivos en relación al uso de drogas. Asimismo, se adquirieron avances significativos en algunas características de la personalidad, por ello resulta relevante considerar las necesidades individuales y ofrecer sesiones individuales junto a sesiones grupales. Por otro lado, el 79,5% de las intervenciones destinadas a favorecer la integración social se calificaron positivamente por los usuarios.

## 13 Acciones llevadas a cabo

Orientaciones y apoyo, alternativas al uso de drogas, cuidados, orientaciones en momentos de crisis, educación (habilidades, competencias etc.), organización de eventos culturales, sociales, etc., terapias de grupo, información, grupos de presión positivos, boletines de noticias, reinserción/inserción social, tratamientos breves y servicios sociales.

## 14 Proceso de evaluación

Indicadores de proceso

### OBJETIVOS OPERATIVOS

1. Satisfacción de los jóvenes con el proyecto.

### INDICADORES

Nivel de satisfacción de los usuarios.

Instrumentos utilizados

### TIPO DE INSTRUMENTO

Cuestionarios de satisfacción diseñados ad hoc por el programa.

### NOMBRE DEL INSTRUMENTO

Cuestionarios de satisfacción diseñados ad hoc por el programa.

## 15 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico: diseño pre-post sin grupo de comparación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Impartir conocimientos sobre los riesgos para la salud, desarrollo de una adicción, efectos de las drogas y la situación legal así como a través de una reflexión personal sobre sus consumos y la confrontación con las normas y los valores de su grupo de iguales.	<b>Indicador de resultado 1</b> Reducción del consumo, comportamientos de abstinencia, informes posteriores para la policía. Cuestionario de personalidad y actitudes hacia las drogas.
<b>Objetivo específico 2</b> Aumentar las competencias sociales de los jóvenes a través del desarrollo de estrategias personales y estrategias alternativas, examinando diferentes modelos de gestión de conflictos y mejorando las capacidades comunicativas.  Mejorar la autoconfianza mediante un incremento de la conciencia sobre sus propios recursos personales y apoyando su capacidad de alcanzar las metas que se han propuesto.	<b>Indicador 2</b> Cambios en las características de la personalidad de acuerdo al FSKN (habilidades generales para tratar con problemas y estabilidad emocional).
<b>Objetivo específico 3</b> La integración social de los jóvenes se puede mejorar a través de un fortalecimiento de los vínculos con la escuela o construyendo una red social y reduciendo los comportamientos delictivos.  La prioridad mayor es garantizar el paso a la escuela de secundaria o la cualificación para el trabajo.	<b>Indicador 3</b>

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos específicos diseñados por el propio programa cualitativo.	Observación participante. Informes de la policía.
Recognised (standard) instruments.	Test psicológico estandarizado. (FSKN)FSKN (Frankfurt Self-concept Scale).

## 16 Resultados del Proceso

En el análisis y la observación de los contenidos de las sesiones de grupo se comprobó que los jóvenes, en los rol playing, se mostraban más comunicativos con los demás.

Un 79,5% de los jóvenes valoraron positivamente las intervenciones y se mostraron muy satisfechos con el proyecto.

Se han observado efectos positivos por los trabajadores sociales, tanto en las sesiones individuales como en las sesiones de grupo.

La satisfacción de los jóvenes también muestra el hecho de que todos los grupos permanecen hasta el final de la intervención (el índice de abandono es muy bajo), lo cual significa que los participantes acuden a todas las citas/reuniones.

## 17 Evaluación de Resultados

La mayoría de los jóvenes participantes mostró efectos positivos: un 89% de los usuarios mostró un desarrollo positivo, el 54% se volvieron más limpios, un 35% lograron en parte los objetivos formulados con respecto a la reducción de su consumo.

Informes posteriores a la policía solo tuvieron lugar en un 1% de los usuarios.

Con el test psicológico estandarizado (FSKN), realizando una comparación antes y después de las medidas en algunas características de la personalidad de los jóvenes, se encontraron cambios significativos en las siguientes variables/factores que mejoraron ligeramente: la habilidad general para resolver problemas se incrementó, los jóvenes eran menos influenciados por otras personas, se incrementó su estabilidad y creció también la confianza en sus comportamientos y en su capacidad para tomar decisiones autónomamente.

Se puede esperar que los jóvenes sean más estables en contextos con influencias negativas, rodeados de personas de la misma edad y sean menos susceptibles al consumo de drogas (“capacidad de decir NO”).

## 18 Organización responsable

Department of the Carinthian Government / Sub-department Addiction Prevention Unit

Dirección Bahnhofstr. 24/5. Stock

Código Postal A - 9020

Ciudad Klagenfurt

País Austria

E-mail abt12.spraev@ktn.gv.at

Organizaciones colaboradoras

NEUSTART Kärnten; Fromillerstraße 29; A - 9020 Klagenfurt Amt der Kärntner Landesregierung; UA Drogenkoordination und Sozialmedizin; Hasnerstraße 8; A - 9020 Klagenfurt.

**EMPECEMOS:  
UN PROGRAMA  
MULTICOMPONENTE  
PARA LA PREVENCIÓN**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

EMPECEMOS: UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE PARA LA PREVENCIÓN.

## 2 Situación inicial

La aplicación inicial del programa se realizó a través de un estudio piloto realizado en la Unidad de Investigación en Prevención y Tratamiento de Problemas de Conducta de la Universidad de Santiago en los meses de septiembre a diciembre de 2004. Esta aplicación “piloto” se realizó sobre cinco casos de niños cuyos problemas de conducta habían sido detectados por los orientadores de tres centros educativos de Santiago de Compostela.

El estudio piloto permitió poner a prueba las actividades, y valorar en qué medida los materiales, contenidos y dinámicas propuestos en el programa generaban la implicación adecuada por parte de los participantes.

## 3 Descripción del Programa

En la última década, un amplio número de investigaciones ha permitido constatar la existencia de trayectorias de desarrollo desadaptativas, asociadas a problemas de conducta de inicio temprano. Estas trayectorias, en las que se implica una compleja cadena de factores familiares, escolares y socioemocionales, dan lugar a desajustes comportamentales crónicos y severos, de difícil tratamiento, incluyendo comportamientos antisociales y abuso de drogas. Por ello, la investigación en prevención subraya la necesidad de una intervención temprana que, actuando sobre los individuos en alto riesgo y su entorno, permita detener el avance hacia patrones severos de desadaptación.

En esta línea, se desarrolló EmPeCemos, un programa multicomponente de prevención indicada que se asienta sobre la investigación previa en mecanismos de riesgo y protección y sobre las experiencias previas empíricamente validadas. Está dirigido a niños con problemas de conducta de inicio temprano y consta de tres componentes: 1) Un componente familiar (12 sesiones), que entrena a los padres en prácticas parentales apropiadas y promueve un clima de relaciones positivas en la familia y con la escuela; 2) un componente dirigido a los niños (12 sesiones), para desarrollar habilidades emocionales (identificación y regulación de emociones), cognitivas (toma de perspectivas, resolución de problemas) y sociales (comunicación no verbal, establecimiento de amistades); 3) un componente dirigido a profesores (8 sesiones), para dotarles de promoción de comportamientos positivos en el aula, manejo de las conductas disruptivas y colaboración con la familia.

Los tres componentes se aplican de modo conjunto y coordinado, a fin de generar cambios coherentes en el niño y en su contexto más inmediato.

4 Tipo de Prevención Indicada.

5 Grupo Diana

Niños/niñas.

6 Franja de edad a la que se dirige 6 a 12 años.

7 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y evaluación de resultados.

8 País España.

9 Objetivo General

Favorecer el desarrollo psicosocial armónico de los niños/as identificados con numerosos factores de riesgo de posibles consumos de drogas en la adolescencia.

10 Objetivos Específicos

Romper el ciclo de interacciones negativas entre padres e hijos.

Establecer vínculos positivos y el fortalecimiento de conductas prosociales en los niños a través del refuerzo positivo.

Establecer reglas y expectativas adecuadas a la edad y a manejar los comportamientos disruptivos de sus hijos.

Estrechar la relación con la escuela y fomentar la implicación de los padres en la actividad escolar de los niños.

Conseguir que los niños aprendan a adquirir conciencia de distintas emociones en ellos mismos y en los demás.

Identificar los desencadenantes y las consecuencias de las emociones y regular sus estados emocionales.

Desarrollar en los niños habilidades para reconocer cuál es la perspectiva de los demás.

Entender cómo las situaciones pueden contemplarse desde diferentes puntos de vista.

Desarrollar habilidades necesarias para establecer relaciones positivas con los demás, tales como empatía y comunicación no verbal.

11 Resumen de las líneas estratégicas

Se utilizan estrategias de protección, de reducción de los factores de riesgo y de control, incidiendo en los siguientes componentes: autoimagen y superación; toma de decisiones; control emocional y entrenamiento de habilidades sociales; tolerancia y cooperación.



## 12 Acciones llevadas a cabo

El componente dirigido a niños consta, al igual que el de familias, de 12 sesiones semanales, cuyos contenidos se basan en modelos de intervención bien establecidos.

### ESTRUCTURA DEL COMPONENTE DIRIGIDO A NIÑOS:

1. Presentación y establecimiento de la dinámica del grupo.
2. Técnicas de autocontrol infantil: La tortuga.

### BLOQUE EMOCIONAL

3. Aprendiendo a conocer las emociones (I).
4. Aprendiendo a conocer las emociones (II). La ira.
5. Respondiendo a las emociones negativas (I).
6. Respondiendo a las emociones negativas (II).

### BLOQUE COGNITIVO

7. Toma de perspectivas.
8. Toma de perspectivas y resolución de problemas (I).
9. Resolución de problemas (II).

### BLOQUE DE HABILIDADES SOCIALES

10. Nosotros y los demás.
11. Desarrollando habilidades para hacer amigos.
12. Repaso global.

### ESTRUCTURA DEL COMPONENTE DIRIGIDO A PROFESORES:

1. Presentación del programa.
2. El poder del elogio.
3. La colaboración con la familia.
4. Estableciendo reglas de clase.
5. Instrucciones eficaces.
6. Estableciendo expectativas: premios e incentivos.
7. El uso de consecuencias negativas (I). Consecuencias lógicas y naturales.
8. El uso de consecuencias negativas (II). El tiempo fuera.

## 13 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

#### OBJETIVOS OPERATIVOS

--

#### INDICADORES

Durante la aplicación del programa se realiza una evaluación detallada del proceso de implementación.

La evaluación subjetiva: en qué medida cambian las percepciones de los participantes sobre los problemas objetivo del programa.

La aceptación social de la intervención, es decir, la percepción de adecuación de la metodología y procedimientos empleados.

La satisfacción de los usuarios, es decir, en qué medida los participantes están satisfechos con la intervención y sus resultados.

## Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
	<p>Diarios estructurados de implementación.</p> <p>Plataforma virtual de seguimiento donde se plasman y se discuten las incidencias de las sesiones.</p> <p>Reuniones periódicas de supervisión.</p> <p>Cuestionarios de auto evaluación para los monitores, donde se valora en qué medida la aplicación de cada sesión se está realizando de modo acorde con la racionalidad y la previsión inicial del programa.</p> <p>Grupos de discusión con padres y profesores y entrevistas de evaluación con los coordinadores de centro.</p>

### 14 Evaluación Resultados

#### Diseño de la evaluación

Cuestionarios y escalas pre/post test a corto y medio plazo, y el análisis de su impacto objetivable sobre los problemas de conducta y los factores intervinientes.

Una amplia batería de pruebas (pre/post test) destinadas a conocer múltiples aspectos de la vida familiar (prácticas educativas, clima familiar, problemas de conducta detectados en el medio familiar), escolar (dificultades de los niños en la escuela, estrategias desplegadas por los profesores, comunicación familia-escuela) y cognitivoemocional (habilidades emocionales de los niños, habilidades para resolver problemas, habilidades sociales).

### 15 Objetivos específicos e Indicadores de Resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<p><b>Objetivo específico 1</b></p> <p>Aprender a conocer las emociones: la ira.</p> <p>Responder a las emociones negativas.</p> <p>Aprender a tomar decisiones.</p> <p>Resolución de problemas.</p> <p>Desarrollando habilidades para la interacción positiva con los iguales y hacer amigos.</p>	<p><b>Indicador de resultado 1</b></p> <p>Evaluación de cambio comportamiento en los niños.</p> <p>Evaluación subjetiva de cambio en el comportamiento del niño, tras la evaluación del programa.</p> <p>Percepción de cambio por parte de los niños participantes en el programa.</p>

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

## INDICADOR DE RESULTADOS

### Objetivo específico 2

Fortaleciendo de las relaciones positivas: la supervisión y el elogio.

La implicación en las tareas escolares y cooperación familia-escuela.

Mejorando la comunicación familiar.

Aprendiendo a ignorar.

Manejo del estrés y autocontrol.

Estableciendo límites a la conducta: órdenes eficaces y reglas familiares.

Estableciendo expectativas: los refuerzos tangibles.

Consecuencias sobre la mala conducta: consecuencias naturales y lógicas y tiempo fuera.

Enseñando a los hijos a resolver problemas.

### Indicador de resultado 2

Evaluación subjetiva de cambio en padres/madres, tras la aplicación del programa.

Valorar la importancia del elogio.

La colaboración con la familia.

Estableciendo reglas de clase.

Instrucciones eficaces.

Estableciendo expectativas: premios e incentivos.

El uso de consecuencias negativas: consecuencias lógicas y naturales y el tiempo fuera.

Evaluación subjetiva de cambio en los profesores, tras la evaluación del programa.

### 16 Hallazgos de la Evaluación de Resultados

Alto grado de consecución de los objetivos.

### 17 Organización responsable

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela

Dirección Facultad de Psicología - Campus Sur

Código Postal 15782

Ciudad Santiago de Compostela. Comunidad Autónoma Galicia

País España

E-mail estrella.romero@usc.es

Teléfono 981563100

Fax 981528072

**SUSPERTU.  
PROGRAMA DE APOYO  
A ADOLESCENTES**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

SUSPERTU. Programa de apoyo a adolescentes.

## 2 Modelo teórico

Teoría del aprendizaje social (Bandura).

Modelo de factores de riesgo y factores de protección.

El enfoque con el que se abordan estos problemas viene dado por el modelo de salud que indica que los problemas de salud dependen de múltiples factores de riesgo y factores de protección (características sociales, individuales, y culturales que en conjunción, y en un momento determinado, incrementan las condiciones de vulnerabilidad o de protección de las personas ante distintas conductas de riesgo, aumentando o reduciendo el riesgo de tener un problema de salud), interrelacionados entre sí.

Modelo integrador o biopsicosocial.

Análisis funcional de la conducta de consumo de drogas (Kantor).

## 3 Descripción del Programa

Suspertu es un programa de apoyo a adolescentes y sus familiares, con un enfoque educativo y preventivo.

El programa de atención directa comprende dos itinerarios claramente diferenciados. Por un lado, la intervención con el adolescente, y por otro, la intervención con los padres y madres o tutores a su cargo. Esta intervención se realiza de manera separada desde un primer momento, siendo atendidos el adolescente y la familia/tutores por profesionales distintos, aunque debidamente coordinados entre sí. Esta forma de intervenir facilita el mantenimiento de la confidencialidad entre las dos partes y favorece especialmente la confianza del adolescente, reservándose el responsable de su seguimiento el derecho de romperla únicamente en el caso de existir situaciones de peligro.

El tiempo de permanencia en el programa se establecerá de una manera diferenciada para cada caso, si bien la estancia máxima en el mismo por parte de los adolescentes y de sus familias no deberá sobrepasar nunca el año y medio.

La finalización de la estancia en el programa vendrá determinada por la consecución de los objetivos previstos en la evaluación inicial, o bien en el caso de existir un estancamiento en el proceso hacia la consecución de dichos objetivos.

4 Tipo de Prevención Selectiva e indicada.

5 Grupo Diana

Grupos diana elegidos de acuerdo a la evaluación de necesidades.

6 Franja de edad a la que se dirige 12 a 16 años.

7 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y evaluación de resultados.

8 País España.

9 Objetivo General

Prevenir el consumo problemático de drogas y otras conductas de riesgo entre los usuarios del programa, minimizando los factores de riesgo asociados al mismo, y favoreciendo el desarrollo de factores de protección.

10 Objetivos Específicos

*DIRIGIDOS A LOS/AS ADOLESCENTES:*

#### **Información**

1. Motivar al adolescente para pasar a la fase de evaluación.
2. Conseguir un compromiso de asistencia al centro.
3. Informarle respecto a los objetivos y metodología del programa.

#### **Nivel Personal**

1. Mejorar la autoestima.
2. Desarrollar estrategias de afrontamiento de estados emocionales (autocontrol emocional).
3. Aprender un procedimiento de toma de decisiones y solución de problemas (favorecer actitud crítica y pensamiento independiente).
4. Fomentar la capacidad de autocontrol sobre su conducta.
5. Implicarse en actividades saludables de ocio.
6. Desarrollar habilidades sociales para mejorar la competencia social.
7. Mejorar la relación con la familia (o núcleo de convivencia).

#### **Consumo de drogas**

1. Poseer conocimientos ciertos sobre las drogas y sobre la conducta de consumo.
2. Desarrollar una actitud crítica respecto a las drogas y su consumo.
3. Favorecer una reducción/eliminación del consumo a partir de los criterios de la evaluación individual.

### **Nivel Social**

1. Desarrollar habilidades de afrontamiento de la presión de grupo.
2. Favorecer la puesta en contacto con no consumidores.
3. Favorecer la implicación de amigos consumidores en el programa.

### **Nivel Ocupacional**

1. Favorecer la inserción escolar/laboral; conectar a los adolescentes con los recursos de formación / empleo.
2. Mejorar el rendimiento escolar/laboral.
3. Mejorar la actitud (motivar) hacia la escuela/trabajo.

### **DIRIGIDOS A LAS FAMILIAS:**

#### **Información**

1. Recoger la demanda.
2. Informar respecto a los objetivos y metodología del programa.
3. Establecer una estrategia para implicar al adolescente.
4. Realizar una primera valoración de la adecuación de la demanda al programa.

#### **Programa**

1. Ofrecer una información cierta sobre las drogas y sobre su consumo.
2. Desarrollar habilidades de comunicación y resolución de conflictos con los hijos.
3. Adquirir conocimientos y habilidades de manejo de contingencias.
4. Reducir los niveles de ansiedad/depresión de los padres/tutores.

### **DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD:**

1. Favorecer la puesta en contacto del adolescente con los servicios de ocio/formación para adolescentes en la comunidad.
2. Implicar a los mediadores juveniles de la comunidad en la prevención desde las actividades que desarrollan.

## **11** Resumen de las líneas estratégicas

### **INTERVENCIÓN EDUCATIVA:**

Favoreciendo el desarrollo formativo; potenciando las capacidades personales y desarrollando competencias.

### **INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA:**

Interviniendo sobre aquellos aspectos personales que el adolescente vive de forma problemática.

### **INTERVENCIÓN FAMILIAR:**

Ofertando espacios de análisis y discusión de actitudes y relaciones padres-hijos, y favoreciendo competencias educativas.

## 12 Acciones llevadas a cabo

### Atención de demandas de atención directa:

Actividades de recepción y análisis de la demanda. Propuesta de actuación: redefinición de la demanda o derivación a recursos externos en caso necesario.

### Atención de demandas de Asesoramiento en ámbitos exteriores: Colegios.

Trabajadores sociales, Asociaciones de familias, Colectivos, Parroquias.

### PROGRAMA DE ATENCIÓN DIRECTA

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA:** Favoreciendo el desarrollo formativo; potenciando las capacidades personales y desarrollando competencias.

#### 1. FASE DE INFORMACIÓN

##### Con los adolescentes:

##### 1. Entrevista individual.- Entrevista individual abierta. (1-3)

La fase de información comprende entre una y tres entrevistas de este tipo, realizadas semanalmente. Es realizada por el responsable del seguimiento del adolescente, de cara a conseguir los objetivos de la fase.

##### 2. FASE DE EVALUACIÓN

- Entrevista individual semi-estructurada. (6-8), con periodicidad semanal (aproximadamente mes y medio).

Se trata de entrevistas de evaluación, para lo cual se utiliza el protocolo de evaluación elaborado al efecto a partir de la Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el Ámbito de las Drogodependencias del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, y al que hemos denominado “Evaluación de la Conducta del Consumo de Drogas para una Intervención Preventiva Secundaria”. Dicho protocolo comprende una entrevista semiestructurada y diversas pruebas de evaluación.

Esta fase es eminentemente evaluadora, si bien, y especialmente en la medida en que el adolescente llega al programa escasamente motivado, trata de ser acción desde un primer momento, intercalando elementos de motivación, evaluación y acción. La fase finaliza con la elaboración del informe de evaluación inicial, y el Plan de Trabajo Individualizado (PTI) con los objetivos particulares a perseguir en la intervención.

##### 3. FASE DE PROGRAMA:

- Entrevistas individuales (semanales) encaminadas a conseguir los objetivos planteados en el PTI. Dichas entrevistas tendrán, en un inicio, una periodicidad semanal, si bien tenderán a espaciarse en el tiempo en función de la consecución de objetivos y de la participación del adolescente en otras actividades del programa. Si la intervención lo requiere, las entrevistas pueden ser también con mayor frecuencia.

Las entrevistas son realizadas por el responsable del seguimiento del adolescente, atendiendo en las mismas los aspectos más particulares del caso, dejándose para el trabajo en grupo los contenidos más generales.

**AULA DE APOYO ESCOLAR:** impartidas por voluntarios, ofertan a los adolescentes la posibilidad de recibir clases particulares en las materias en las que encuentran mayores dificultades. Dichas clases son impartidas de forma individualizada, con un mínimo de una sesión semanal.



### Con los padres y madres:

- Encuentros familiares: comprenden una entrevista con el adolescente y con sus padres/tutores. La conveniencia y el momento de la intervención es establecida por los respectivos responsables del seguimiento del adolescente y de la familia. Los encuentros familiares se establecen fundamentalmente en los procedimientos de negociación entre padres e hijos, así como para reforzar los avances en el proceso de unos u otros.
- Escuela de padres y madres (25-30 sesiones, periodicidad semanal, de 90 minutos). Bloques:

Una vez iniciada su participación en el programa mediante entrevistas individuales, los padres de los adolescentes pasan a lista de espera hasta la formación de un grupo de 20-25 padres, comenzando entonces un curso de Escuela de Padres. La escuela comprende un total de 25 sesiones de periodicidad semanal, y en ella se trata de desarrollar, con una metodología dinámica y participativa, habilidades educativas y de comunicación con hijos adolescentes, de cara a favorecer la prevención desde el ámbito familiar.

### Con la comunidad:

Atención a demandas de asesoramiento.

Cursos de formación para mediadores juveniles: con el fin de implicar a los mediadores juveniles (profesores/tutores, monitores de tiempo libre, etc.) en la prevención, el programa oferta un curso de prevención de drogodependencias, a partir de una de las siguientes posibilidades:

- Curso de iniciación a la prevención (3 horas).
- Curso de prevención para mediadores juveniles (10 horas).

Estos cursos son ofrecidos a los centros educativos que acuden al programa en demanda de asesoramiento en materia de prevención, siendo ofrecidos al claustro de profesores. Asimismo, se ha establecido un contacto con el Instituto Navarro de Deporte y Juventud para impartir el Curso de Prevención para Mediadores Juveniles dentro del curso para la obtención del título de Director de Tiempo Libre Infantil y Juvenil organizado por el Gobierno de Navarra.

Asimismo, está prevista la organización de este curso para educadores y responsables de los centros de menores concertados con el Gobierno de Navarra.

## 13 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
	<p><b>Grado de cobertura:</b></p> <p>Asistencia a las sesiones programadas de cada adulto.</p> <p>Asistencia de la pareja (si la hay) a las sesiones programadas.</p> <p>Asistencia a las sesiones del menor que motivó la demanda.</p> <p>Grado de retención y fidelización al programa.</p> <p>Grado de satisfacción con el tratamiento.</p>

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
<p>Hoja de datos personales, que se recogen en la primera entrevista con las familias. Entre ellas se encuentran: el sexo, la edad, la relación con el adolescente que acude al tratamiento y el tipo de familia.</p> <p>Hoja de evolución del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Finalización o no del programa por parte de la pareja (si la hay).</li><li>• Finalización o no del programa por parte del menor que motivó la demanda.</li></ul> <p>Cuestionario dirigido a familias sobre impresión clínica del beneficio obtenido con la participación en el programa. Valoración por parte del equipo de intervención de la medida en que el familiar ha aprovechado la intervención.</p>	

## 14 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Se trata de un diseño cuasi experimental de dos grupos (grupo experimental y grupo de control), con medidas múltiples y repetidas de evaluación (pre, post y seguimiento).

La muestra de este estudio estará compuesta por 80 familiares que acuden en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada, uno de Navarra y el otro de Bizkaia. La muestra estará dividida en dos grupos:

Grupo de Susperthu (Navarra; N = 40) y Grupo de Hirusta (Bizkaia; N = 40).

#### 1) Fase de evaluación:

En una primera fase se evaluarán las diferentes variables seleccionadas para esta investigación en las personas atendidas en los programas de prevención Susperthu e Hirusta. De esta manera, los familiares atendidos en cada uno de los programas pueden servir de control para la otra intervención.

2) **Fase de intervención:** En esta fase los participantes de cada grupo recibirán su intervención específica. Una vez concluida esta fase se procederá a evaluar de nuevo a todos los participantes para valorar los resultados de la intervención.

#### 3) Fase de seguimiento:

A los 6 meses de finalizar el programa se llevará a cabo una nueva evaluación de los participantes en la investigación, con el objetivo de valorar la evolución a más largo plazo.

### Objetivos específicos e indicadores de resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Valorar y afrontar las psicopatologías encontradas en los menores/adolescentes.	<b>Indicador de resultado 1</b> Evaluación de sintomatología psicopatológica general (síntomas de malestar psicológico del sujeto).
<b>Objetivo específico 2</b> Incrementar los factores de protección en los menores en las diferentes áreas de su vida cotidiana en las que se han detectado factores de riesgo.	<b>Indicador de resultado 2</b> Grado en que la situación problemática de cada persona afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.
<b>Objetivo específico 3</b> Mejora en el nivel de estrés parental.	Mejora de los estilos de crianza y los estilos educativos de los padres/madres.
<b>Objetivo específico 4</b> Favorecer el establecimiento del vínculo y la integración del menor/adolescente en el entorno escolar.	Mejora del estilo educativo de los centros educativos.

## Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
<p>Cuestionario autoadministrado de evaluación de sintomatología psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. Está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).</p>	<p>Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1992).</p>
<p>Escala de inadaptación que consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert.</p>	<p>Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).</p>
<p>Escala de estrés parental. Consiste en 12 ítems valorados en una escala tipo Likert de 5 puntos.</p>	<p>Escala de estrés parental (PSS) (Berry y Jones, 1995).</p>
<p>Escala de estilos de comunicación. Consta de 21 ítems de tipo Likert (0-4) relacionados con los estilos de comunicación de tal manera que permite definir el estilo de comunicación predominante.</p>	<p>Escala de estilos de comunicación (Iturain, 2011).</p>
<p>Cuestionario de estilos y dimensiones de crianza. Mide tres estilos educativos: democrático, autoritario y permisivo. Está compuesto de tres escalas primarias y once subescalas o factores. Se presenta una serie de conductas que los padres pueden exhibir cuando interactúan con sus hijos.</p>	<p>Cuestionario de estilos y dimensiones de crianza (PPQ) (Robinson, Mandelco, Olsen y Hart, 2001).</p>

## 15 Hallazgos de la Evaluación de Resultados

La evaluación de la prevención indicada, una vez desarrollado el presente estudio se contará con un conjunto de datos que permitirán, en cada una de las fases del proyecto, acceder a diferentes tipos de conocimiento con una utilidad práctica.

Una vez terminada la primera fase, se tendrá un conocimiento exhaustivo del perfil de los familiares que acuden a los programas evaluados. Estos datos permitirán valorar, en un amplio rango de variables, la situación de los padres, permitiendo la comparación en los perfiles de los asistentes. Las valoraciones podrán realizarse tanto desde la perspectiva de cada uno de los dos grupos estudiados, como en comparación con el otro grupo de referencia.

Una vez concluida la segunda fase, se valorará si existe un perfil específico de los familiares que finalizan el programa. Nuevamente, este análisis se podrá realizar tanto desde la perspectiva del propio programa como comparando los posibles perfiles entre ambas intervenciones. Este tipo de comparaciones se han empleado para encontrar posibles sesgos auto-selectivos de los programas y se han mostrado de gran utilidad en la práctica clínica. Además, permitirán valorar tanto aspectos específicos de cada uno de los programas, como aspectos generales de la intervención con padres de adolescentes en conflicto.

Por otra parte, se podrá identificar la tasa específica de retención y de abandono del programa de prevención, así como los momentos críticos para el abandono. Esto permitirá introducir acciones de mejora, tanto para el manejo de la intervención y la adecuación de la misma a los perfiles diferenciales de los familiares, como para la determinación de la población diana hacia la que dirigir los esfuerzos de intervención para la retención.

Por último, una vez finalizada la tercera fase, se podrá valorar la persistencia de los efectos de la intervención, así como la evolución en la situación de los asistentes a la intervención familiar. Nuevamente estos datos podrían compararse entre ambas intervenciones para obtener una visión más completa de los posibles elementos clave en la intervención.

En resumen, con este proyecto se trata de que los profesionales que trabajan en prevención y que atienden a las familias cuenten con una información valiosa sobre las características específicas de las familias con alta probabilidad de abandono. Ello permitirá el desarrollo de estrategias motivacionales específicas para aumentar la retención en este tipo de familias. Se trata, en definitiva, de adaptar los protocolos de intervención a las características y necesidades específicas de los usuarios.

## 16 Organización responsable

Fundación Proyecto Hombre de Navarra

Dirección Avda Zaragoza nº23. Edificio Padres Paúles Código Postal 31005

Ciudad Pamplona. Navarra País España

E-mail [suspertu@suspertu.org](mailto:suspertu@suspertu.org) Teléfono 948 291865 Ext. 303-310

**"COPING POWER"**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“COPING POWER”.

## 2 Situación inicial

Los problemas tempranos en preadolescentes están asociados con la delincuencia y los problemas de drogas. La realización de intervenciones eficaces en niños/niñas con problemas de conducta reduce los riesgos de resultados antisociales a largo plazo, por ello, este tipo de intervención puede tener un importante efecto preventivo.

## 3 Modelo teórico

Los problemas de conducta tempranos en los preadolescentes y las conductas problemáticas relacionadas con el uso de sustancias están relacionadas con problemas en etapas de su vida posterior. Las terapias cognitivo conductuales para niños/niñas y las intervenciones paralelas con los padres tiene efectos en los comportamientos de los niños/niñas. Lo más probable es que este tipo de intervenciones serán preventivas frente al uso de sustancias y conductas delictivas en la etapa de la adolescencia.

#### 4 Descripción del Programa

Los comportamientos disruptivos en edades tempranas (preadolescentes) es un riesgo de posibles problemas de conducta y abuso de sustancias durante la adolescencia. El entrenamiento de los padres y de los niños/as previene problemas posteriores.

Los padres en el grupo experimental fueron tratados con terapia de comportamiento y sus hijos/as (entre 8 y 13 años) con terapia cognitivo conductual (menos discursiva y más activa, para llamar la falta de atención que se supone tienen estos niños/niñas).

Los padres en el grupo control recibieron apoyos y orientaciones a través terapia comportamental, terapia familiar y orientaciones para los padres.

Cinco años después, los hijos/as mostraron un significativo descenso en sus conductas conflictivas y en el abuso de sustancias.

5 Tipo de Prevención

6 Grupo Diana

7 Franja de edad a la que se dirige  años.

8 Tipo de evaluación

9 País

10 Fecha de inicio  /  /

Fecha de finalización  /  /

11 Objetivo General



## 12 Resumen de las líneas estratégicas

**Coping Power** es una intervención preventiva compuesta de varios componentes dirigido tanto a los hijos/as pre-adolescentes con un alto riesgo de agresividad y de futuro abuso de drogas y delincuencia, como a los padres.

Se trata de un programa para los alumnos del quinto y sexto grado, generalmente desarrollado en la misma escuela después de las clases ordinarias. El entrenamiento enseña a los niños a identificar y a manejar la ansiedad y la ira, a controlar sus impulsos y a desarrollar habilidades sociales, académicas y de resolución de problemas. También se les proporciona entrenamiento a los padres.

Las conductas disruptivas en edades tempranas constituyen un factor de riesgo para conductas problemáticas y abuso de sustancias en adolescentes. El entrenamiento de los padres y de los chicos/as puede prevenir problemas posteriores.

Los padres en el grupo experimental recibieron entrenamiento durante 15 sesiones de una hora y media cada una a través de terapias de comportamiento en grupos pequeños (4-8 padres máximo), durante varias semanas. Las sesiones de padres consistieron en proporcionar habilidades parentales, control y manejo del estrés y resolución de conflictos.

Sus hijos/hijas (con edades entre 8 y 13 años) desarrollaron sesiones de terapia cognitivo conductual durante 23 semanas, de una hora y media cada una (el contacto total fue de 28 horas). La terapia se recibió en grupos pequeños, de 4 chicos/chicas máximo. La terapia dirigida a los niños/as estuvo focalizada en el reconocimiento de sus sentimientos y emociones, el afrontamiento y la búsqueda de soluciones a los problemas sociales y habilidades de comunicación.

Los padres del grupo control recibieron asimismo la atención típica que se ofrece en otro tipo de intervenciones: terapia comportamental, terapia familiar, y orientaciones.

Durante el seguimiento y la medición cinco años después, se hallaron en los niños/as un menor número de conductas problemáticas y abuso de sustancias, comparado con los niños/niñas del grupo control.

## 13 Acciones llevadas a cabo

Intervenciones cognitivo conductuales dirigidas a los niños/niñas e intervención en paralelo con los padres.

**Chicos/chicas:** reconocimiento de emociones, resolución de problemas sociales, habilidades de comunicación (debates y prácticas/ejercicios).

**Padres:** habilidades parentales, control y manejo del estrés y resolución de problemas.

## 14 Proceso de evaluación

### Diseño de la evaluación

**Enfoque metodológico** cuasi-experimental, pre-post con grupo control de comparación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Reducción de los comportamientos disruptivos y el uso de sustancias entre los adolescentes de (13-18 años).	<b>Indicador de resultado 1</b> Índice de delincuencia y uso de sustancias en chicos/chicas de 13 y 18 años.

Instrumentos usados:

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos estándar validados.	DSM-IV; Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Version (DISC 2.3).
Instrumento estándar modificado y adaptado de acuerdo a las necesidades específicas del programa.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Escala de Delincuencia basado en the National Youth Survey Questionnaire (NYS).</li><li>2. Escala de uso de sustancias del National Youth Survey Questionnaire.</li><li>3. Version Youth Self Report Questionnaire (para el grupo control).</li></ol>

## 15 Evaluación de Resultados

El grupo experimental (UCPP) fumaba menos que el grupo control que recibió un cuidado y un acompañamiento típico. Este grupo también consumió menos marihuana.

El resultado separando grupo experimental y grupo de control (población general) cuadran en la serie de los resultados de grupo, mostrando que los resultados en el grupo experimental están en concordancia con los datos de los adolescentes que no muestran a priori conductas disruptivas.

#### 16 Organización responsable

University of Utrecht, Rudolf Magnus Institute for Neuroscience

Dirección P.O. Box 85500

Código Postal 3508GA

Ciudad Utrecht

País Holanda

Website <http://www.rudolfmagnus.nl>

E-mail [info@rudolfmagnus.nl](mailto:info@rudolfmagnus.nl)

#### Organizaciones colaboradoras

Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Utrecht National Institute of Drug Abuse (NIDA), Maryland, USA.

John E. Lochman, Ph.D. Department of Psychology University of Alabama P.O. Box 870348 Tuscaloosa, AL 35487.

#### 17 Referencias

Van de Wiel, N.M.H., Cohen-Kettens, P., Van Engeland, H., Aplicación de the Utrecht Coping Power Programme y cuidado como habitualmente para niños/niñas con conductas disruptivas y conductas problemáticas con niños con comportamiento disruptivo y conductas problemáticas: un estudio comparativo de los costes del curso del tratamiento. *Terapia conductual*, 2003, 34, pp. 421-436. Van de Wiel, N.M.H., 'The effect of manualised behavior therapy with disruptive behavior disordered children in everyday clinical practice: a randomized clinical trial', University of Utrecht, The Netherlands, 2002 (published dissertation).

**"THE CANNABIS SHOW"**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“THE CANNABIS SHOW”.

## 2 Situación inicial

En Netherlands, la efectividad de las intervenciones de prevención de drogas en las escuelas han sido insuficientemente evaluadas.

La mayoría de las intervenciones se han centrado en programas de prevención universal sin discriminar entre diferentes riesgos y diferentes grupos (por ejemplo, the Healthy School and Drugs).

En la revisión sistemática de Cuijpers, Scholten and Conijn (2006), se señala que determinados componentes y métodos en las intervenciones pueden incrementar su efectividad. La mayor parte de éstos se han incorporado al programa Cannabis Show, como por ejemplo: la interacción activa entre los técnicos de prevención y los menores/adolescentes del grupo diana.

En los últimos años, se ha detectado un incremento en los riesgos por el uso de cannabis entre los jóvenes, por una parte este grupo es más vulnerable en relación a los efectos adversos del abuso del cannabis, y por otro lado es más difícil acceder a este grupo en los programas universales de educación para la salud.

Por lo tanto, Jellinek Prevention ha desarrollado esta intervención innovadora y creativa para abordar el problema del uso de cannabis entre estos jóvenes. (Van der Spek et al. 2010).

## 3 Modelo teórico

The Cannabis Show está basada en una selección de varios modelos teóricos sobre el comportamiento: el modelo de los estados para el cambio. Teoría de la atribución, Teoría del aprendizaje social y Teorías de comportamiento razonado.

La selección de componentes que se abordan son: conocimiento, actitud, normas subjetivas, sentido de autoeficacia, motivación para ajustarse a las normas establecidas, normas morales, e intención de cambio.

#### 4 Descripción del Programa

La intervención combina la transmisión de información y entretenimiento y es presentado por jóvenes que representan diferentes roles. Las diferentes partes de la actuación se separan entre ellas con rap y bailes y una demostración kickbox.

El conocimiento sobre los efectos del cannabis se incrementa significativamente y el uso de cannabis se reduce significativamente entre los participantes en este show. Los efectos en otros resultados (intermediarios) fueron menos favorables. El programa se desarrolla en los colegios e institutos de Amsterdam.

#### 5 Tipo de Prevención Selectiva.

#### 6 Grupo Diana

Niños/niñas y jóvenes.

#### 7 Tipo de evaluación Evaluación de resultados.

#### 8 País Holanda.

#### 9 Fecha de inicio 01 / 03 / 2008

#### 10 Objetivo General

La propuesta de la intervención es reducir los riesgos en el consumo de cannabis entre los menores más vulnerables y los jóvenes de minorías étnicas, los cuales tienen más riesgos de no mantener una educación para la salud adecuada encaminada a hacer frente a los problemas derivados del uso de cannabis que se ha incrementado durante los últimos años en estos grupos más vulnerables. (Van der Spek et al. 2010).

## 11 Resumen de las líneas estratégicas

The Cannabis Show se ha diseñado poniendo el foco en los conocimientos, el sentido de autoeficacia, la intención de consumir y el consumo actual de cannabis. Esto ha sido evaluado dentro de los colegios especiales para estudiantes con conductas y otros trastornos de conducta.

La intervención realiza una selección de modelos teóricos de conductas, combinando la transmisión de información y entretenimiento y es presentado por pares representando diferentes roles. El conductor del grupo transmite información acerca del cannabis y de su uso. El facilitador conduce el debate caminando con un micrófono entre los jóvenes y animando a los participantes, capacitando para responder o reaccionar. Los métodos usados, por ejemplo, conocimientos a través de role play, están separados por canciones de rap y por bailes, comedias y una demostración de kickbox.

La comparación del grupo experimental con el grupo control, demuestra que se ha incrementado significativamente el conocimiento (entre usuarios y no usuarios de cannabis) en la intervención en el grupo posttest. Contrario a las expectativas, en los dos grupos (ambos consumidores y no consumidores) no se han encontrado diferencias significativas en su sentimiento de autoeficacia.

Asimismo, no se encontraron efectos significativos en la intención de usar cannabis entre la muestra de consumidores en ambos grupos, de intervención y en el grupo control. Finalmente, el uso de cannabis se ha reducido significativamente en el posttest entre los participantes en la intervención, en comparación con el grupo control.

El número de usuarios en el último fin de semana en la intervención se redujo en un 50% comparado con el pretest, sin embargo este número se incrementó en el grupo control.

Los resultados a corto plazo son favorables, pero el seguimiento y la evaluación para determinar los resultados a largo plazo no se han desarrollado todavía.

## 12 Acciones llevadas a cabo y servicios proporcionados

The Cannabis Show es un show realizado en las escuelas, por ejemplo, en el aula o en otro espacio del centro educativo, que combina transmisión de información y entretenimiento. Dentro del grupo de iguales, tres alumnos juegan diferentes roles, representando una obra que combina información y entretenimiento. El facilitador ofrece una información objetiva y rigurosa acerca del cannabis y su uso.

En la segunda parte de la representación, los menores usuarios de cannabis formulan preguntas al facilitador, el cual intenta contestarlas analizando y tratando de persuadir a los jóvenes usuarios de que cambien su conducta.

A continuación, el facilitador conduce el debate en el aula caminando entre los jóvenes con un micrófono y permite a los participantes reunirse, capacitándoles para responder y reaccionar. Se utilizan diferentes métodos (ejemplo, transmisión de conocimientos, pruebas y concursos sobre conocimientos y role play) para enseñar y debatir sobre diversos aspectos relacionados con el uso del cannabis: por ejemplo: actitudes, normas, autoeficacia, intención de consumir cannabis, así como uso actual. Por ejemplo, en el concurso sobre los conocimientos se presentan cuatro afirmaciones para que los participantes debatan si las consideran erróneas o acertadas. Esto se realiza a través de dos estudiantes del colegio, cada uno elegido representando a una parte representativa de los participantes, que pueden ayudar a los miembros de su grupo dando algunos consejos. El ganador es recompensado con un regalo (un aparato electrónico). Los métodos usados están separados por canciones de rap y bailes, cómicos, y una demostración de kitbox para mantener la atención de este grupo con dificultades.

## 13 Proceso de evaluación

### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico cuasiexperimental con pre-post y grupo de comparación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Incrementar el conocimiento sobre el cannabis y su uso y potenciar el sentimiento de autoeficacia entre los alumnos/as con conductas problemáticas en los colegios de educación especial de Amsterdam.	<b>Indicador de resultado 1</b> Conocimiento (puntuación de los ítems) y sentido de autoeficacia (preguntas de elección múltiple).
<b>Objetivo específico 2</b> Incrementar la intención de reducir o abandonar el uso de cannabis entre alumnos/as con conductas problemáticas en los colegios de educación especial de Amsterdam.	<b>Indicador de resultado 2</b> Intención de cambio en el uso de cannabis (respuestas a las preguntas cuándo, con qué frecuencia y dónde se consume).
<b>Objetivo específico 3</b> Reducir el uso y/o la abstinencia en el uso del cannabis entre alumnos con conductas problemáticas en los colegios de educación especial de Amsterdam.	<b>Indicador de resultado 3</b> Reducción o abandono del uso de cannabis (índice de prevalencia la última vez y en el último mes).

### Instrumentos usados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Programa de instrumentos específicos (cuestionarios) diseñados ad hoc por el programa.	Cuestionario diseñado por el propio programa con ítems en diferentes aspectos determinantes (modelo teórico del programa) determinadas conductas.
Instrumentos cualitativos.	Dos grupos focales.



#### 14 Hallazgos en la evaluación de resultados

Se ha incrementado significativamente el conocimiento sobre el cannabis (tanto entre los usuarios como entre los no usuarios) en el grupo posttest al finalizar la intervención, comparando el grupo experimental con el grupo control.

En contra de las expectativas, los dos grupos (los dos usuarios y no usuarios) no se hallaron diferencias significativas en su percepción de autoeficacia.

No se encontraron efectos sustanciales en la intención de usar cannabis entre la muestra de usuarios de cannabis en ambos, grupo de intervención y el grupo control.

Este resultado fue medido entre los usuarios de cannabis únicamente. La medida de los efectos (Cohen's d) fue únicamente referida para las preguntas separadas en las escalas sobre la intención de usar.

El número de consumidores durante la última semana, en el grupo experimental se redujo en un 50% comparado con los datos del pretest, mientras que el número se incrementa en el grupo control.

Comparando con el grupo control, los conocimientos sobre el cannabis y su consumo se han incrementado significativamente en el post test, entre los dos grupos, usuarios y no usuarios de cannabis en el grupo experimental.

#### 15 Organización responsable

The institute for addiction care, prevention, and treatment located in Amsterdam

Dirección Tweede Constantijn Huygensstraat 39

Código Postal NL 1054 CP 39

Ciudad Amsterdam

País Holanda

Website [www.jellinek.nl](http://www.jellinek.nl)

E-mail [Preventie@Jellinek.NL](mailto:Preventie@Jellinek.NL)

Organizaciones colaboradoras

Maastricht University, Faculty of Psychology, Department of Work and Social Psychology.

Referencias

Van der Spek, N., Noijen, J. (2009). De Cannabis Show: Peers op het podium. Een effectiviteitsonderzoek naar een preventieve interventie gericht op risicovol cannabisgebruik onder jongeren met een multiculturele achtergrond. Amsterdam: Jellinek. Van der Spek, N., Peters, G.J.Y., Noijen, J., Jamin, J. (2010). De Cannabisshow: een preventieve peer-educationmethode op het podium [The Cannabis Show: a preventive peer education method on the stage]. *Verslaving [Addiction]*, 6(1): 22-36.

**“PRE-VENTURE”**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“PRE-VENTURE”.

## 2 Situación inicial

Se ha informado de que algunas de las tasas más altas de consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol en Europa se han registrado entre los jóvenes en Gran Bretaña (Hibell et al., 2004).

Los datos de consumo en la franja de edad de 11-15 años de edad se han mantenido estables en el tiempo, pero se ha constatado una tendencia preocupante a que estos adolescentes están bebiendo grandes cantidades de alcohol una vez por semana, lo que sugiere que el consumo excesivo de alcohol es un problema creciente entre la juventud Inglesa (Oficina Nacional de Estadística, 2006).

Cuanto antes sea el inicio del consumo de alcohol y el uso indebido, más probabilidad tienen de participar en otras conductas de riesgo, como el consumo de drogas ilegales y otro tipo de conductas problemáticas (Grunbaum et al., 2004).

Los estudios prospectivos de los jóvenes en los EE.UU. han estimado que la probabilidad de dependencia al alcohol se puede reducir en un 10% por cada año si se retrasa el inicio en el consumo de alcohol en la adolescencia (Grant, Stinson, y Harford, 2001).

Las intervenciones selectivas, dirigidas a las poblaciones en riesgo, generalmente producen mayores efectos que los programas universales (Gottfredson y Wilson, 2003), pero son menos frecuentes debido al hecho de que nuestro conocimiento es limitado en cómo los factores de riesgo para la dependencia del alcohol se traducen en problemas con el alcohol en dichos jóvenes.

## 3 Modelo teórico

Diversas investigaciones han identificado dos modelos de perfiles de comportamiento, a menudo denominados como problemas desinhibidos/externalización y problemas neuróticos/internalización, como predictores robustos del uso temprano de alcohol y del inicio temprano, que a su vez están vinculados al riesgo de abuso de alcohol y dependencia (Verdurmen, Monshouwer, Dorsseleer furgoneta, Bogt ter, y Vollebergh, 2005).

Recientemente, los estudios sobre algunos rasgos de personalidad se han demostrado como predictores del consumo y abuso de alcohol en la juventud, explicado en parte por la influencia de factores genéticos identificados en el abuso de alcohol adolescente (Laucht, Becker, Blomeyer, y Schmidt, 2007), posiblemente por la sensibilización de los jóvenes a las propiedades reforzantes del alcohol (Brunelle et al., 2004; Conrod, Pihl, y Vassileva, 1998).

Los rasgos de personalidad que han sido específicamente relacionados con problemas con el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes incluyen: la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la sensibilidad a la ansiedad, y la propensión a la depresión (Comeau, Stewart, y Loba, 2001; Conrod, Stewart, Comeau, y Maclean, 2006; Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Sher, Bartholow, & Wood, 2000), con la evidencia que apunta a una relación específica más fuerte con la búsqueda de sensaciones o en la propensión a la ansiedad y a la depresión y la propensión a beber y poder hacer frente a los efectos negativos (Comeau et al., 2001; Conrod et al., 2006; Cooper et al., 1995).

Las intervenciones cognitivas conductuales han mostrado ser eficaces en la reducción del consumo de alcohol y de drogas en los drogodependientes adultos (Conrod et al., 2000) y los bebedores adolescentes abusivos (Conrod et al., 2006).

El objetivo de este estudio fue examinar el grado en que este enfoque es eficaz para prevenir y/o reducir el abuso de alcohol y drogas y los síntomas psiquiátricos concurrentes en los jóvenes.

La ayuda está focalizada en reducir los factores de riesgo que tienen los niños/as cuyos padres utilizan drogas como por ejemplo: depresión, aislamiento social (Day et al. 2006; Clark et al. 2005; Brook et al. 2007) y se apoya asimismo en el desarrollo de factores protectores como la atención y el seguimiento escolar y la consistencia en las normas y límites (Peleg-Oren y Tiecham 2006).

#### 4 Descripción del Programa

Pre-Venture es una intervención que pretende reducir y modificar el comportamiento relacionado con el abuso en el consumo de alcohol y drogas. Fue evaluado entre estudiantes de 13 a 16 años. Se comprobó una reducción en los datos de consumo de alcohol problemático y de abuso de drogas.

#### 5 Tipo de Prevención Selectiva e indicada.

#### 6 Grupo Diana

Niños/niñas y adolescentes.

#### 7 Franja de edad a la que se dirige 13 a 16 años.

#### 8 Tipo de evaluación Evaluación de resultados y de impacto.

#### 9 País Inglaterra.

#### 10 Fecha de inicio 01 / 11 / 2003 Fecha de finalización 01 / 07 / 2008

#### 11 Objetivo General

El objetivo general del proyecto Preventure es valorar que las intervenciones personalizadas previenen el consumo y abuso de sustancias, como el alcohol y otras drogas, junto a otros problemas psicológicos tales como: ansiedad, depresión, u otro tipo de trastornos de conducta como actividades delictivas, bullying, violencia, etc.

## 12 Resumen de las líneas estratégicas

Recientes investigaciones en psicología sugieren que las intervenciones psicológicas breves ayudan a los adolescentes a manejar mejor sus riesgos personales, como que den menos importancia al consumo de alcohol y otros comportamientos imprudentes que les hacen más vulnerables frente a los consumos de drogas (Conrod, et al., 2006).

Este proyecto desarrollado en las escuelas realiza una breve intervención sobre algunos aspectos y/o rasgos de la personalidad de algunos estudiantes de las escuelas de secundaria de Inglaterra.

Las intervenciones están basadas en intervenciones desarrolladas con jóvenes en Canadá, pero también se ha recogido información entre los jóvenes de Inglaterra a través de focus groups.

Las intervenciones incluyen dos sesiones en grupo de 90 minutos. Las sesiones incluyen componentes de educación emocional, motivacional y recursos cognitivos (CBT) y han sido diseñadas con la intención de modificar algunos riesgos en sujetos con rasgos de personalidad específicos que pueden incrementar su vulnerabilidad.

El proyecto The Preventure evaluó en qué medida el desarrollo de estas intervenciones reducía el abuso de consumo de drogas y otros problemas psicológicos como ansiedad, depresión, comportamientos imprudentes, durante un periodo de dos años. En este proyecto piloto, participaron 732 jóvenes con factores de riesgo presentes en sus características de personalidad (búsqueda de sensaciones, ansiedad, desesperanza e impulsividad) y con consumo abusivo y temprano de drogas. Fueron reclutados para formar parte en una investigación sobre un universo de 5,302 estudiantes de escuelas de Secundaria de Londres.

Aleatoriamente se asignaron a los jóvenes de alto riesgo para recibir una intervención personalizada adaptada a sus características personales frente a grupos control que no recibieron la intervención. Fueron seleccionados en función de criterios de personalidad, uso de drogas y síntomas psiquiátricos. Se compararon los resultados alcanzados a los 6, 12, 18 y 24 meses después de la intervención.

La evaluación sobre los resultados concluyeron que las intervenciones breves individualizadas, pueden prevenir un consumo y una escalada en el uso de sustancias en adolescentes de alto riesgo. Estas intervenciones han sido también efectivas para reducir otras conductas y otros problemas emocionales como la depresión, los síntomas de ansiedad, así como la abstención escolar y los actos delictivos, como robos en comercios. Este estudio evidencia que esta intervención puede prevenir el uso temprano y la escalada en el consumo de drogas, así como otros problemas psicológicos en adolescentes de riesgo.

## 13 Acciones llevadas a cabo y servicios proporcionados

El proyecto Preventure incluye dos sesiones de 90 minutos en grupo, que se llevan a cabo en las escuelas. Los manuales incorporan un componente psico-educativo, un componente motivacional y un componente cognitivo-conductual (TCC).

Las intervenciones no tienen la intención de cambiar la personalidad, sino que están diseñadas con la intención de modificar en las personas determinados factores de la personalidad de riesgo frente a su vulnerabilidad.

Las primeras secciones del manual pretenden guiar a los participantes a través de un ejercicio de establecimiento de metas, para aumentar la motivación para el cambio de comportamiento.

Se utilizan estrategias psicoeducativas para trabajar con los participantes variables de personalidad (desesperanza (H), sensibilidad a la ansiedad (AS), impulsividad (IMP) y búsqueda de sensaciones (SS), asociados a problemáticas específicas de la personalidad tales como: las conductas de afrontamiento de evitación, dependencia interpersonal, agresividad, conductas de riesgo y el uso indebido de sustancias.

Todos los ejercicios se realizan a través de sesiones de discusiones de ideas, emociones y conductas de manera específica. En la última sección los participantes tratan de identificar las distorsiones cognitivas específicas de la personalidad que conducen a los comportamientos problemáticos.

## 14 Proceso de Evaluación

### Evaluación de Resultados

#### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico pre-post con grupo de comparación randomisation-rc.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Reducir el uso problemático de sustancias, como el consumo excesivo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol en los adolescentes.	<b>Indicador de resultado 1</b> Medidas de consumo excesivo de alcohol, la cantidad y la frecuencia de consumo de alcohol, el número de problemas con el alcohol.
<b>Objetivo específico 2</b> Prevenir o reducir los problemas psicológicos como síntomas de ansiedad y depresión, así como los comportamientos arriesgados o imprudentes en adolescentes.	<b>Indicador de resultado 2</b> Grado en que se ha retrasado el inicio y/o la reducción de los síntomas de comportamiento antisocial.
<b>Objetivo específico 3</b>	<b>Indicador de resultado 3</b> Grado en que se ha retrasado el comienzo y/o reducción de los problemas emocionales (por ejemplo, ansiedad depresión).

#### Instrumentos usados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Recognised (standard) instruments.	Rutgers Alcohol Problem Index, Reckless Behaviour Questionnaire, Strengths and Difficulties Questionnaire.
Modified (standard) instrument used (e.g. a recognised standard instrument was used but modified according to programme specific needs).	Drinking rates, drinking quantity and frequency, binge drinking rates and frequency, smoking rates and frequency.

## 15 Proceso de evaluación

### Resultados

Los datos fundamentales a los 6 meses de seguimiento que se obtuvieron en las puntuaciones de depresión, ataques de pánico, y el comportamiento imprudente. Los resultados mostraron un efecto moderado de la intervención NT en las puntuaciones de depresión, y un efecto similar de la intervención en crisis de angustia y absentismo escolar (es decir, la escala de evitación). Se constató asimismo, un efecto pequeño de la intervención pero significativo para toda la muestra, así como un efecto de la intervención moderada sobre este resultado para el grupo de intervención IMP (véase Castellanos y Conrod, 2006).

Los análisis multi-grupo mostraron un modelo de curva de crecimiento latente, una diferencia entre los grupos en el crecimiento del consumo de alcohol entre la situación inicial y a los 6 meses de seguimiento, con respecto al grupo de control que muestra un mayor aumento de consumo que el grupo de intervención durante este período.

Las intervenciones fueron particularmente eficaces en la prevención del crecimiento de consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes con respecto a la búsqueda de sensaciones. Los bebedores en el grupo de intervención fueron entre un 65% y un 50% menos propensos a beber en exceso frente a los bebedores en el grupo control, (ver Conrod, Castellanos & Mackie, 2008).

El análisis de medidas repetidas en las medidas continuas sobre el consumo de drogas reveló también efectos de la intervención en el número de drogas utilizadas y la frecuencia de consumo de drogas, entre el grupo de control que mostraron un crecimiento significativo en número de drogas utilizadas, así como en la frecuencia en el uso de las mismas en el período de dos años, en relación con el grupo de intervención.

## 16 Referencias

Conrod, P.J., Castellanos-Ryan, N. & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions prolong survival as a non-drug user over a two-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 67, 85 - 93. Conrod, P.J., Castellanos N., & Mackie, C.J. (2008). Personality-targeted interventions stem the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49. 181- 190. Castellanos, N. & Conrod, P. (2006). Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health*, 15, 1 -14.

## 17 Organización responsable

Institute of Psychiatry, King's College London

Dirección  Código Postal

Ciudad

País

E-mail

Organizaciones participantes

**"STAY".  
ST. AENGUS STAY-INSCHOOL  
YOUTH PROJECT**



# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“STAY” (St. Aengus Stay-inSchool Youth Project).

## 2 Situación inicial

El proyecto se puso en marcha en respuesta a las necesidades de los niños y adolescentes que asisten a las escuelas de enseñanza primaria y de segundo nivel en el área de la parroquia St. Aengus.

Los participantes son sobre todo captados en tres escuelas locales del área de la parroquia: dos de Primaria y uno de Secundaria. La parroquia de St. Aengus está localizada en Tallaght, un suburbio de la ciudad de Dublin.

Dentro de la parroquia de St. Aengus un número importante de comunidades han sido consideradas en situación de desventaja y/o exclusión social. Los residentes en estas áreas en particular fueron el objetivo del proyecto. En general, Tallaght tiene una población predominante joven menor de 25 años, según los últimos censos de población.

Los promotores del proyecto consideraron que una proporción alta de jóvenes están expuestos a los riesgos presentes en estos barrios, en concreto sobre todo a un mayor nivel de abandono escolar. Además, se había constatado, revisando numerosos estudios, la relación entre el abandono escolar y el abuso de drogas.

Las estadísticas del Comité Nacional de Investigación en Salud en su Informe sobre Tratamiento de Drogas (1998) mostró que hubo 463 casos registrados por tratamiento por abuso de drogas en el área de Tallaght (8,2% de la estadística nacional y que el 58,2% habían abandonado la escuela antes de los 15 años.

En resumen, la razón de la puesta en marcha de este proyecto fue la constatación de que una combinación de factores de riesgo que eran constantes, podían potencialmente conducir a serios problemas de abuso de drogas entre los más jóvenes. Tales factores de riesgo se presentaban en numerosas áreas de Tallagh, particularmente en Sy. Aengus, definiéndolas como comunidades en situación de desventaja y/o exclusión social.

Este proyecto se diseñó para que los jóvenes de riesgo de esta área se mantuvieran en la educación formal, como elemento protector frente al abuso de drogas.

### 3 Modelo teórico

La hipótesis fundamental es que los niños/as en riesgo, cuando se mantienen en el sistema educativo, reducen el riesgo de consumo de drogas. Esta suposición está basada en la creencia del proyecto de que el abandono escolar temprano en los jóvenes que viven en zonas desfavorecidas socialmente puede ser a menudo un factor de riesgo para el abuso de drogas.

La relación está avalada por varias investigaciones que afirman que el porcentaje de jóvenes que solicitan tratamiento por consumo abusivo de drogas, son personas que abandonaron la escuela de forma temprana (antes de terminar la enseñanza obligatoria), a pesar de los esfuerzos por incrementar el porcentaje de jóvenes que obtienen el título de graduado escolar (the Leaving Certificate).

La oferta de actividades al aire libre como piragüismo y/o el senderismo, están diseñadas para incrementar la salud, la apreciación de la naturaleza y para alentar a los participantes a disfrutar de actividades saludables. Estas actividades también sirven para limitar la posibilidad del aburrimiento y la ociosidad entre los participantes y puede servir como un contrapeso a la tentación del abuso de sustancias que prevalece en la comunidad. Además, el proyecto considera que la respuesta a través de un enfoque basado en las necesidades e intereses de los menores, es el más propicio para mantener el interés de los participantes en las actividades que ofrece el programa, una especie de enfoque de abajo/arriba.

Los esfuerzos del proyecto STAY para responder a las necesidades de desarrollo de los participantes, se verá reforzada con la participación de los padres.

### 4 Descripción del Programa

Ofrece una respuesta comunitaria integrada para niños/as de riesgo de abandono escolar temprano, con edades comprendidas entre los 10 y 14 años, que residen en la parroquia que les capacitan para implicarse conscientemente y activamente en su propio desarrollo personal y el social, promoviendo una cooperación activa entre los hogares, la escuela y la comunidad para desarrollar las habilidades personales y sociales de los participantes.

5 Tipo de Prevención Selectiva.

6 Grupo Diana

Niños/niñas y adolescentes residentes en el área de la parroquia de St. Aengus que han sido identificados como absentistas y/o abandono escolar temprano.

7 Franja de edad a la que se dirige 10 a 15 años.

8 Tipo de evaluación Evaluación del proceso y evaluación de resultados.

9 País Irlanda.

10 Fecha de inicio 01 / 03 / 1998

#### 11 Objetivo General

El objetivo general de este proyecto es desarrollar una respuesta integral comunitaria para los niños de 10/15 años, que residen en la parroquia de St.Aengus de Tallgt en áreas desfavorecidas y que han sido identificados como grupos de riesgo de dejar la escuela y tener un consumo abusivo de drogas.

#### 12 Objetivos operativos

Proporcionar unas actividades dirigidas al grupo en función de sus necesidades. Promover actividades de cooperación entre el hogar, la escuela y los recursos comunitarios para desarrollar recursos personales y habilidades sociales entre los participantes en el programa.

#### 13 Resumen de las líneas estratégicas

El proyecto fue organizado para mantener a los menores en situación de riesgo en la educación básica, con el objetivo de prevenir el desarrollo de consumo de drogas. Los beneficiarios del programa son niños/as y adolescentes de entre 10 y 15 años del área de influencia de la parroquia que han sido identificados con un alto riesgo de abandono prematuro de la escuela. Los participantes son, en un primer momento, captados en tres escuelas locales del área de la parroquia: dos escuelas de primaria y una de secundaria.

#### 14 Acciones llevadas a cabo

Clubs de tutor/familias para ayudar a realizar las tareas y deberes escolares, alternativas para el uso de drogas (salidas de día, excursiones a la naturaleza y aventuras, deportes), educación (habilidades sociales y capacidades), eventos culturales y sociales. Reuniones de padres. Aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales.

## 15 Proceso de evaluación

### Indicadores de proceso

Monitoreo de las actividades desarrolladas por el programa. Interés y compromiso de los participantes con las actividades del programa. Registro de observación participante de la percepción en cómo el programa estaba respondiendo a las necesidades del grupo objetivo. La respuesta positiva y el feedback de los jóvenes, sus padres y profesores dentro de las escuelas objetivo. El nivel de comprensión y concienciación sobre el proyecto dentro de los participantes de la escuela y de la comunidad.

### Instrumentos usados

#### TIPO DE INSTRUMENTO

Programa de instrumentos específicos construidos por el propio proyecto.

#### NOMBRE DEL INSTRUMENTO

## 16 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Evaluación continua.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO

Capacitar a los participantes para permanecer en la educación formal obligatoria.

#### INDICADOR DE RESULTADOS

Control de datos de asistencia escolar en los participantes del programa.

Control de datos de asistencia y grado de participación activa por parte de los participantes en talleres de deberes escolares.

Se tuvieron en cuenta los puntos de vista de los profesores y de los padres sobre los participantes comprometidos con las actividades educativas.

Nº de menores/jóvenes que permanecen en el sistema educativo formal frente a los que no participan en el programa y lo abandonan.

### Tipo de instrumentos

### Instrumentos usados

#### TIPO DE INSTRUMENTO

Diseño de instrumentos específicos por parte de los responsables del Programa.

#### NOMBRE DEL INSTRUMENTO

### 17 Hallazgos de la evaluación de Proceso

Los niveles de asistencia a las actividades organizadas por el proyecto son excelentes. La evaluación (2000) encontró que había un promedio de asistencia de 90% a las actividades del programa. Esto sugiere que estas actividades son bien recibidos por los jóvenes participantes.

Los informes de los padres, maestros y personal del proyecto indican que los jóvenes están satisfechos de asistir al proyecto y sus opiniones y/o sugerencias son escuchadas en relación con el diseño e implementación del proyecto.

### 18 Hallazgos de la evaluación de resultados

Se lograron avances positivos en relación con el objetivo fundamental de que todos los jóvenes que se unieran al proyecto, se mantenían dentro del sistema educativo formal cuando se llevó a cabo la evaluación. Este es un logro notable si se tiene en cuenta que un factor clave en los criterios de selección en el proyecto fue la identificación de los jóvenes en riesgo de abandono escolar.

La estancia en el programa STAY proporcionará apoyo adicional a los jóvenes a medida que continúan avanzando a través de la educación de segundo nivel. Algunos jóvenes que trabajaron con el proyecto habían completado con éxito sus estudios de Primaria y algunos transitaron con éxito a la escuela post-primaria.

### 19 Organización responsable

STAY (St. Aengus Stay-In-School Youth Project)

Dirección The STAY project, Scoil Iosa, Tymon North, Tallaght Código Postal Dublin 24

Ciudad Dublin País Irlanda

E-mail thestayproject@eircom.net

Organizaciones colaboradoras

City of Dublin Vocational Education Committee (CDVEC) Foroige (National Youth Development Organisation) Tallaght Local Drugs Task Force.

**“PROGRAMA PARA  
CONTRARRESTAR LAS  
PATOLOGÍAS SOCIALES  
EN LOS ADOLESCENTES”**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“PROGRAMA PARA CONTRARRESTAR LAS PATOLOGÍAS SOCIALES EN LOS ADOLESCENTES”.

## 2 Situación inicial

Se describe ampliamente los datos de consumo y la prevalencia en el país a través de diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo, por ejemplo: ESPAD 1995, 1999, 2003, 2005, 2007; National Bureau for Drug Prevention general population survey 2002, 2006; ABI PASAD 2001.

Los estudios de la Fundación Praesterno (2006, 2007) muestran datos de prevalencia altos en medicamentos e inhalantes, incremento de la popularidad del cannabis, drogas sintéticas y heroína, a la vez que un incremento de la aceptación del uso de drogas entre los adolescentes. Entre un 12% de los adolescentes (dependiendo del grado y del tipo de escuela) no encontraron apoyo en sus familias (PBS DGA 2007), entre un 14% y un 26% (dependiendo de la edad del grupo) estaban en riesgo de exclusión social.

Las siguientes tendencias: alto nivel de frustración para realizar roles sociales en una proporción considerable de adolescentes, su soledad y el aumento de su tolerancia hacia el uso de drogas (que ha sido acompañada por una alta aceptación hacia el consumo de alcohol y tabaco), parecen ser responsables del aumento de los índices de experimentación con drogas entre los adolescentes.

## 3 Modelo teórico

Durante la adolescencia tienen lugar cambios intensos en las tres áreas básicas del individuo: biológicos, necesidad de asumir el rol de hombre o mujer, la definición de la identidad de género, en la familia se producen conflictos debido a las contradicciones entre el estatus de niños/niñas y las expectativas de llegar a ser un adulto/a. Al mismo tiempo, el rol de la familia en el papel socializador es sustituido por el peso específico del grupo de iguales. Las consecuencias del cambio tienen lugar en las áreas mencionadas para la crisis en la búsqueda de la identidad durante la adolescencia.

La respuesta de los sujetos puede ser de tres tipos: acciones que intentan superar la crisis o la inestabilidad emocional y a menudo emergencia de desórdenes funcionales. En el primer caso, el adolescente se toma la crisis como un reto, una actividad que realizar, en otros casos considera la crisis como una amenaza vinculada a experiencias llenas de tensiones y con una percepción de fracaso para hacer frente a la realidad. La manera como el sujeto en concreto reacciona a los cambios y a los retos de la adolescencia y cómo se enfrentan a estas crisis, dependen de su proceso de socialización.

Las dificultades para llevar a cabo una adaptación saludable con las nuevas exigencias y la adopción de una posición frente a los riesgos son una consecuencia de un proceso de socialización deficitario, ocurrido dentro de la familia o en otro grupo de socialización primario. Algunos adolescentes están en riesgo de tener un proceso de adaptación negativo, el cual puede conducir a comportamiento problemático como por ejemplo el uso de drogas.

#### 4 Descripción del Programa

El programa se dirige a adolescentes de 13 a 19 años en situación de riesgo social que están experimentando o usando drogas. La intervención se desarrolla a través de grupos de apoyo, los cuales proporcionan asistencia para aprender habilidades sociales y proporcionar el bienestar emocional que necesitan de una manera positiva.

#### 5 Tipo de Prevención Selectiva.

#### 6 Grupo Diana

Niños/niñas y jóvenes.

#### 7 Franja de edad a la que se dirige 13 a 19 años.

#### 8 Tipo de evaluación Evaluación de resultados, resultados e impacto.

#### 9 País Polonia.

#### 10 Fecha de inicio 01 / 09 / 1993

#### 11 Objetivo General

Proporcionar a los adolescentes en situación de riesgo social entrenamiento en habilidades sociales y capacidad para satisfacer las necesidades emocionales de una manera socialmente aceptada.

#### 12 Objetivos operativos

Establecer una relación psioterapéutica entre los participantes y el equipo de apoyo.

Participación en el grupo de apoyo y soporte psicológico, constituyendo un grupo de pares referente para el grupo de participantes.

#### 13 Resumen de las líneas estratégicas

El programa se puso en marcha por la Fundación Praesterno en 8 ciudades de Polonia.

El grupo diana son los adolescentes de 13-19 experimentadores de sustancias psicoactivas y que manifestaban otros síntomas de riesgo y/o exclusión social.

El trabajo se realiza a través de la participación en grupos referentes de soporte y apoyo los cuales se dirigen a proporcionar asistencia para aprender habilidades de satisfacción de sus necesidades emocionales en un entorno de grupos socialmente integrados.

El programa tiene una duración de 10 meses (de septiembre a junio). En cada edición participaron 420 adolescentes.

El grupo de apoyo/soporto se convierte en la referencia del grupo para los participantes, cuyas normas y relaciones personales son monitorizadas por el equipo técnico del programa (psicólogos y/o pedagogos).

El trabajo dentro del grupo soporte/apoyo es supervisado en las escuelas por los tutores legales de los adolescentes.



#### 14 Acciones llevadas a cabo

El programa se desarrolla durante un periodo de 10 meses y se compone de:

Cobertura psicológica en grupos referentes de soporte y apoyo, sesiones individuales, orientación familiar y un club de actividades.

El marco del programa es el apoyo psicológico a través de grupos referentes. El equipo directivo del programa interviene en el grupo desarrollando procesos y haciendo que surjan facilitadores, los cuales promueven las relaciones entre los miembros del grupo.

Los métodos de trabajo incluyen educación psicológica personalizada y talleres en los que se enseñan y entrenan habilidades sociales tales como: asertividad, resolución de conflictos, negociación y habilidades de interrelación personal.

En el grupo se abordan los pasos típicos en un grupo de entrenamiento psicológico:

Se comienza con la fase de integración inicial, focalizado en identificar y modificar las relaciones entre los participantes y trabajar a través de los problemas individuales, transfiriendo nuevas habilidades al ambiente social natural de los participantes.

La participación en el proceso implica cambios que pueden ser clasificados en cuatro áreas básicas:

*Grupo de referencia.* El grupo soporte y apoyo comienza a desempeñar la función de un importante referente social en el entorno para sus participantes. Los participantes marginados del grupo natural de iguales empiezan a ser capaces de satisfacer el sentimiento de pertenencia, de ser aceptado, ser capaz de influir en sus compañeros.

*Valores.* El grupo soporte introduce en normas culturales y valores los cuales son primeramente controlados por los líderes y después asumidos por el grupo como suyos. Estas normas incluyen por ejemplo, satisfacción consigo mismo, respecto hacia ellos mismos y hacia los otros, derecho a satisfacer sus necesidades, consideración de las necesidades de los otros, apertura y honestidad en las relaciones sociales, siendo ellos mismos, expresión de sus propias emociones.

*Habilidades en el grupo:* poniendo el énfasis en las normas de funcionamiento efectivo dentro del grupo: escucharse unos a otros (autoconciencia), empatizar con los otros (habilidades cognitivas), interacciones sociales efectivas (habilidades para establecer y mantener relaciones interpersonales positivas, constructivas, operativas), negociaciones y resolución de conflictos, habilidades para ofrecer y aceptar soluciones y compromisos.

*Identidad:* desarrollo de una nueva identidad en el grupo de participantes, nueva definición de sí mismo (nueva definición de su sitio en el mundo y en las relaciones con otras personas) y aumento de la autoestima, sentimiento de autoeficacia, y la emergencia de nuevas experiencias en las nuevas posibles relaciones sociales gracias a su participación en el grupo soporte.

Consecuentemente, el proceso de cambio iniciado en el grupo conduce a la modificación e intensificación de la adaptación social entendida como dominio de ciertas habilidades, de satisfacer importantes necesidades emocionales. El factor clave para los cambios, es la aceptación proporcionada por el grupo para aquellos participantes que siguen la subcultura del grupo, en relación a las normas, valores y comportamientos del grupo.

## 15 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
Presentación del programa en escuelas locales de acuerdo con el profesorado y pedagogos, distribución de folletos y carteles del programa e información on line.	Número de escuelas en las que se presentó el programa.
Registro de participantes: evaluación de los adolescentes para determinar problemas y/o patologías psicológicas durante una entrevista clínica.	Número de participantes en el programa y número de grupos de apoyo/soporte conformados.
Establecer una relación psioterapéutica entre los participantes y el equipo de apoyo.	Número de líderes en el programa que participan en la supervisión.
Participación en el grupo de apoyo y soporte psicológico, constituyendo un grupo de pares referente para el grupo de participantes.	
Supervisión de los líderes del programa.	Número de sesiones de supervisión desarrolladas.

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Diseño de instrumentos específicos del programa (fichas de registros de datos y de seguimiento).	
Instrumentos cualitativos.	Presentación de casos para su discusión por parte del equipo clínico (basado en el procedimiento estándar para presentación y análisis de los casos en una sesión clínica).

## 16 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico cuasi-experimental con pre-post y grupo de comparación.

Objetivos específicos e Indicadores de Resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<p><b>Objetivo específico 1</b></p> <p>Cambios a nivel emocional en los siguientes componentes:</p> <p>Reducción del sentimiento de exclusión social, equilibrio en las metas de adaptación e integración social, reducción de las conductas problemáticas, reducción de los problemas familiares descritos, reducción indicadores de depresión, de problemas de integración escolar y comunitaria y aumento de la autoestima.</p>	<p><b>Indicador de resultado 1</b></p> <p>Proporción de menores que han finalizado el programa considerados por los líderes del programa que han mejorado su desarrollo personal incluyendo los siguientes criterios:</p> <p>Identidad emocional, concienciación de sus propias habilidades para comprenderse a sí mismo, relaciones con el grupo de iguales, con la familia, la actividad desarrollada en la escuela, mejoras en el desarrollo psicosocial medidas por el cuestionario de desadaptación (KADM) en los siguientes indicadores:</p> <p>Indicador General de inadaptación Scale 1. Aislamiento Social, Scale 2. Inexistencia de metas en la vida, Scale 3. Comportamientos de falta de autocontrol, Scale 4. Conflictos en la familia, Scale 5. Depresión, Scale 6. Sentido de falta de autoeficacia, Scale 7. Aislamiento en el entorno de la escuela, Scale 8. Baja autoestima.</p> <p>Los cambios en la puntuación en el post-test comparado con las puntuaciones en el pretest en el grupo de los participantes en el programa es medido equilibradamente frente a la diferencia entre el post test y el pre test en el grupo control.</p>
<p><b>Objetivo específico 2</b></p> <p>Redención en el incremento del número de adolescentes que experimentan con drogas (drogas, alcohol, tabaco) entre los participantes en el programa durante los tres meses después de finalizar el programa.</p>	<p><b>Indicador de resultados 2</b></p> <p>Cambios en el porcentaje de participantes en el programa que han usado drogas, bebido abusivamente alcohol y/o han fumado cigarrillos en los tres meses después de finalizar el programa, comparado con la proporción de los que han usado las sustancias mencionadas en los últimos 3 meses anteriores a entrar en el programa.</p> <p>Proporción de participantes que han consumido drogas en comparación con los datos de la población dentro de los mismos grupos de edad.</p>

Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos estandarizados.	The Social Maladjustment Questionnaire - KADM.
Instrumentos cualitativos.	Entrevista clínica inicial estructurada basada en un cuestionario.

## 17 Resultados de Proceso

El programa fue presentado en 420 escuelas en 8 ciudades. En 2007, 840 adolescentes en riesgo de marginación trabajaron en 50 grupos de soporte/apoyo (420 en la edición del año 2007 y 420 en la edición 2008) participaron en el programa. Los adolescentes presentan serios problemas y mostraban diferencias significativas con los adolescentes bien adaptados. Demostraron no tener sentimiento de autoeficacia, carencia de metas vitales, alto nivel de conflictos familiares y signos claros de depresión.

Las características del grupo objetivo eran: experimentadores de drogas (17% de los participantes en el programa) al menos un episodio de uso de drogas en los últimos 3 meses anteriores a entrar en el programa. Usuarios de drogas (10% de los participantes) al menos 10 episodios de uso de drogas antes de entrar en el programa.

Los sujetos con riesgo de patología social no usuarios de drogas demostraron al menos un síntoma de exclusión social, un 63%.

La supervisión incluye un equipo de 70 miembros y voluntarios. Todos sumaban un total de 80 supervisores en 8 programas en las 8 ciudades.

## 18 Evaluación de Resultados

Una mejoría significativa fue advertida en la adaptación psicosocial de participantes en el programa estimado mediante el cuestionario KADM.

Los resultados indican que al comienzo del programa los participantes demostraron considerables niveles de problemas psicoemocionales en comparación con el grupo control. Los adolescentes mostraron un bajo sentimiento de autoeficiencia, conflictos familiares, falta de metas o proyectos vitales, y niveles altos de depresión.

Los cambios positivos en el post test en el momento de la evaluación concernientes a las siguientes áreas del desarrollo de los participantes fueron los siguientes:

1. Mejorías importantes con respecto a la inadaptación general.
2. Incremento en la sensación de influencia en su propia vida.
3. Mejoría en el ambiente familiar.
4. Mejoría en la comprensión y el autocontrol en las acciones.
5. Mejoría también en integración escolar.

Los participantes en el programa mejoraron la sensación de control de sus vidas y también en la habilidad de definir el significado de éstas y estuvieron menos aislados socialmente.

Desde que la investigación epidemiológica dirigida a la población escolar adolescente muestra que el porcentaje de adolescentes que experimentan con sustancias psicoactivas se produce en función de la edad, en cada grupo de edad de mayor edad (franja 14/18 años) la prevalencia de experimentación con sustancias se incrementa significativamente. Los resultados obtenidos en el curso del programa indican que en comparación con la población general de adolescentes, la participación en el programa pone freno a una escalada en el consumo de sustancias psicoactivas.

19 Organización responsable

Fundación "Praesterno"

Dirección ul. Widok 22/30

Código Postal 00-023

Ciudad Varsovia

País Polonia

Website www.praesterno.pl

E-mail biuro@praesterno.pl

Organizaciones colaboradoras

'AD' Vocational Counselling Agency.

**BETWEEN HOUSES  
("ENTRE CASAS")**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

BETWEEN HOUSES (“ENTRE CASAS”).

## 2 Situación inicial

Se parte de la hipótesis de que en la familia es donde se generan las actitudes y creencias acerca de las drogas, las dependencias y los comportamientos fundamentales, que constituyen el pilar básico de la socialización de los niños y adolescentes. Este proyecto se aplicó en una población con problemas socioeconómicos y con riesgo de abuso de drogas, en la ciudad de Prior Velho.

## 3 Modelo teórico

Teoría de los factores de riesgo y factores de protección.

La teoría sistémica de la familia.

La teoría del aprendizaje social. El entrenamiento de habilidades para la vida.

Los valores, las expectativas y los comportamientos están definidos por la cultura y la familia que constituyen el grupo normativo con más influencia, por tanto, no puede producirse un cambio de actitud cuando el contacto con los adultos y la información sobre cómo manejar las situaciones problemáticas no es adecuado, por ello las actitudes se pueden mejorar con un entrenamiento consecutivo y constante.

El enfoque está centrado en la persona y en la familia. Esta simbiosis es esencial para trabajar sobre diferentes áreas de la vida de los sujetos: individual, escuela, grupo de pares, la familia y la comunidad.

#### 4 Descripción del Programa

“Entre Casas” es un programa preventivo para los niños/as de edades comprendidas entre los 6 a 12 años, adolescentes entre 12 y 16 años y jóvenes de 16 a 30 años, y sus padres.

El programa promueve los factores de protección y reducción de los factores de riesgo a través de la Teoría del aprendizaje social: los valores, las expectativas y los comportamientos están definidos por el entorno cultural y las familias que constituyen el grupo normativo con mayor influencia. Un cambio de actitud puede darse cuando existe un contacto con adultos positivos que actúan como modelos y se cuenta con información y capacitación sobre cómo manejar las situaciones problemáticas. Las actitudes se pueden mejorar con un entrenamiento consecutivo.

5 Tipo de Prevención Selectiva.

6 Grupo Diana

Familias y niños/niñas.

7 Franja de edad a la que se dirige 5 a 19 años.

8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso, evaluación de resultados y evaluación de impacto.

9 País Portugal

10 Fecha de inicio 29 / 06 / 2007

11 Objetivo General

Desarrollar habilidades personales y sociales. Disminuir el uso/abuso de sustancias psicoactivas en el grupo objetivo, mejorar las relaciones y las relaciones entre la familia y desarrollar habilidades personales junto con los técnicos y con los profesionales.



## 12 Resumen de las líneas estratégicas

El proyecto pretende una disminución en la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en las familias, a través de la integración de habilidades específicas adquiridas en la vida cotidiana para hacer frente a los riesgos asociados con el consumo de las mismas.

Los participantes se mostraron muy satisfechos con los métodos de intervención, con la competencia de los técnicos y las acciones que propone el proyecto. Mostró un alto índice de adherencia en la totalidad de las acciones participativas y un alto interés por participar en las actividades.

Según los resultados, se produjeron cambios en las actitudes ante el uso/abuso de drogas entre los participantes, tanto entre los padres/tutores, como entre los adolescentes.

Asimismo, la prevalencia del consumo entre los padres/tutores se redujo un 10% entre las familias y al final, 9 (30%), de las familias eran abstinentes, con relación a cualquier tipo de consumo lícito/ilícito. En las restantes familias, 70%, hubo una reducción en el consumo excesivo de alcohol y tabaco.

Algunas de estas familias eran madres adolescentes solteras o parejas jóvenes con un número significativo de factores de riesgo. Se considera importante el hecho de que las seis familias que no eran consumidoras de drogas, se mantuvieron abstinentes como resultados de la intervención.

Se considera que la mejora del entorno familiar se produjo en 30 familias (100%), al menos en 3 de los indicadores analizados: los conflictos familiares, los indicadores de comunicación, con la reducción/eliminación de los factores de riesgo y las situaciones que causan estrés.

A nivel de las habilidades de los niños/as, los resultados fueron en general positivos, y se produjo un incremento en las habilidades personales y sociales en los niños/as, más significativos que el incremento observado en los adolescentes. Los programas demostraron ser más eficaz si su carácter es semanal, que si se desarrollan cada dos semanas.

## 13 Acciones llevadas a cabo y servicios proporcionados

Se trata de un programa estructurado en sesiones que trabaja anualmente determinadas variables ajustadas a la edad de los hijos y el plan de estudios escolar.

En el primer año: auto-conciencia del cuerpo, el autocontrol y la disciplina y la autoestima.

En el segundo año: autoestima y autoconcepto, diferenciación emocional y cognitivo.

En el tercer año: la diferenciación emocional y cognitivo (sentimientos positivos), las competencias sociales y asertividad.

En el cuarto año: toma de decisiones, asertividad y hacer frente a las emociones negativas.

Principales actividades: asesoramiento y apoyo, folletos, la educación (conocimientos, habilidades, etc), eventos (culturales, sociales, etc.), información, reuniones de padres, fiestas, carteles, publicaciones, pegatinas, enseñanza/formación, teatro/drama, video, talleres.

## 14 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
	<p>Nº de medidas adoptadas, la fecha de ejecución de las acciones; tiempo de duración de las acciones.</p> <p>Nº de familias beneficiadas, la presencia de factores de vulnerabilidad en las familias: la influencia de los factores externos sobre el proyecto que provocaron cambios.</p> <p>Cumplimiento del plan de evaluación: la satisfacción de los participantes, adecuación de los métodos de intervención; competencia de los profesionales/ formadores, adherencia de los participantes a las actividades propuestas, la participación activa en las tareas, y el nivel de interés en la acción.</p> <p>Asistencia en la acción; número de abandonos de los programas y tipología de los abandonos.</p>

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Se utilizó un instrumento estándar reconocido pero modificado según las necesidades específicas del programa.	Hoja de registro de la implementación de las acciones. Ficha Individual de Plan de Apoyo Familiar - PIAF, hoja de identificación de factores de riesgo y factores de protección; caracterización hoja de familias, cuestionario de asociación; hoja de observación directa; informe de actividades; cuestionario de satisfacción.
Instrumentos cualitativos.	Observación. Entrevistas semi-estructuradas (coaching profesor). Cuestionario anual.

## 15 Evaluación Resultados

Diseño de la evaluación

Seguimiento/monitorio continuo.

Objetivos específicos e Indicadores de Resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<p><b>Objetivo específico 1</b></p> <p>Desarrollar competencias personales y sociales en los padres.</p> <p>Informar sobre las sustancias psicoactivas y los riesgos asociados a su consumo y modificar las actitudes hacia el consumo de sustancias lícitas e ilícitas.</p> <p>Reducir el consumo regular/excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas, reducir el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Mejorar la relación entre las familias.</p>	<p><b>Indicador de resultado 1</b></p> <p>El conocimiento acerca de las drogas, efectos, riesgos, actitud poco favorable al consumo de diferentes sustancias, la reducción del consumo regular/excesivo de lícito/ilícito.</p> <p>Aplicación de los principios de la escucha activa en la relación parental; disminución de las situaciones de conflicto; incremento de la capacidad para la resolución de conflictos; disminución de las situaciones que generan estrés, disminuir las barreras a la comunicación, mayor comunicación asertiva y mejora en general del entorno en el hogar.</p>
<p><b>Objetivo específico 2</b></p> <p>Desarrollar competencias personales y sociales de los niños.</p>	<p><b>Indicador de resultado 2</b></p> <p>Mejora de la autoestima, el reconocimiento de diferentes sentimientos, expresión de sentimientos positivos; aumento de la capacidad para manejar conflictos; aumento de la capacidad de comunicación asertiva.</p>

Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
No se especifica.	

## 16 Hallazgos de la Evaluación de Proceso

La planificación concluye en su totalidad, después de haber sido introducido algunos cambios. Todas las acciones se realizaron de acuerdo con el grado de aplicación que estaba previsto.

El tiempo total de las acciones fue mayor que el tiempo previsto para su aplicación. Los cambios con respecto a lo que se esperaba se refieren esencialmente al número de actividades que fueron más altas de lo esperado; el contenido temático tuvo que ser simplificado debido a las características y habilidades de la población objetivo, las metodologías utilizadas, con utilización de un mayor número de dinámicas y recursos audiovisuales (métodos interactivos).

Se cubrió el cupo de las familias captadas en su totalidad, correspondiendo con el grupo meta establecido, además de la presencia de los factores de vulnerabilidad determinados, eran residentes en un barrio del Programa Especial de Reasentamiento - PER y de los pueblos.

Se beneficiaron del proyecto un total de 30 familias, en las que existía un gran número de factores de vulnerabilidad, lo que se corresponde con los criterios de selección establecidos en la solicitud. Los factores de vulnerabilidad de estas familias, fueron de tres niveles diferentes: personal, escolar y familiar. Dentro de estos factores, se destaca por el nivel de personal: problemas de conducta (39%), necesidades afectivas (36%), baja autoestima (18%), el consumo de drogas (80%).

A nivel de la escuela, los principales problemas identificados fueron: dificultades de aprendizaje (57%), bajo rendimiento (39%), falta de interés por la escuela (36%).

En cuanto a los factores presentes en los hogares, el porcentaje más alto de estos factores se refiere a factores exógenos a los mismos, fácilmente detectables como: la falta de vivienda (64%), problemas económicos (57%), el desempleo (39%).

Los factores relacionados con las problemáticas internas de las familias fueron: los conflictos familiares (43%), divorcio de los padres (32%), familia disfuncional (25%), problemas psicológicos (25%). Se refiere, además, que en el 80% de las familias, el consumo de drogas y el tráfico de drogas (4%) estaban presentes.

## 17 Evaluación de Resultados

Se constató una baja autoestima entre los miembros del hogar en las familias vulnerables con las se trabajó, fueron esenciales las estrategias de afrontamiento y las dinámicas adaptativas, pero no se está reflejando en los resultados a partir de los instrumentos utilizados, dada su elevada complejidad y la baja capacidad de comprensión de las familias.

Existía también un índice positivo de adicción a las drogas además de la presencia de más de dos factores de riesgo en cada familia.

El enfoque de trabajo, basado en los componentes múltiples, permitió desarrollar algunas capacidades y se encontró que, no sólo habían disminuido los factores de riesgo (algunos fueron eliminados mediante la sustitución de los factores de protección), sino también disminuyó el índice positivo de adicción (de un 80% a un 70%).

Al inicio del proyecto se encontraron unas creencias y unas actitudes favorables hacia el consumo de drogas, basados en la ignorancia total o mitos sobre las diferentes drogas, sus efectos y sus riesgos. Se constató que durante el proyecto, puesto que el componente informativo sobre el consumo se estaba trabajando en diferentes edades, que las creencias y actitudes se habían cambiado.

El impacto fue la abstinencia total de consumo de drogas en más del 10% de las familias (un total de 30), y la disminución de los consumos simultáneamente del consumo excesivo de alcohol y tabaco en el 70% restante.

En relación al trabajo con los menores/adolescentes, durante los dos años, el índice de experimentación con drogas disminuyó, lo cual es relevante dado que el proyecto trabajó con la edad de la adolescencia, muy propenso a la experimentación.

A lo largo del proyecto, se encontró que algunos de los factores causales de esta vulnerabilidad estaban en gran parte ligada a las habilidades relacionales y comunicativas de los miembros de la familia, así como a la falta de integración académica y profesional (ecosistema).

Se ha promovido, por un lado, la mejora de las relaciones entre la familia, incluyendo la comunicación y la resolución de conflictos y, por otra parte, el apoyo a la integración en la escuela de formación profesional y la vivienda.

Como resultado, se produjo una disminución entre los hijos/as de estas familias de los factores de vulnerabilidad, tales como: el absentismo escolar y la desafección hacia la escuela, la situación de desempleo y las malas condiciones de vivienda. La disminución de estos factores tuvieron una correlación positiva con los resultados en la disminución del índice de drogodependencia.

Los niños/as habían mejorado su autoestima, el reconocimiento de diferentes sentimientos, la expresión de sus sentimientos positivos y una mayor capacidad para gestionar los conflictos y la capacidad de comunicación asertiva.

#### 18 Organización responsable

Desafío Jovem

Dirección Catarina Eufémia

Código Postal 2670-708 Loures - Lisbon

Ciudad Lisboa

País Portugal

E-mail ericapmira@gmail.com

Organizaciones colaboradoras

Servicio de Intervención en Conductas Adictivas y dependencias Portugués. Instituto Nacional de Drogas de Seguridad Social, Comisión para la protección de los niños y los jóvenes, el Ayuntamiento y el Ministerio de Educación.

**"F.E.E.T. TO WALK"  
PROGRAMA DE  
COMPETÊNCIAS PESSOAIS E  
SOCIAIS E PROMOÇÃO DE  
ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

“F.E.E.T. TO WALK” (PROGRAMA DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS E PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS).

## 2 Situación inicial

El proyecto se desarrolla en un barrio con problemas socioeconómicos, situaciones de pobreza, con abuso y tráfico de drogas y con adultos con un alto nivel de consumo de alcohol. Una gran cantidad de menores y jóvenes viven en familias con varios problemas relacionados con el alcoholismo. Hay varios factores que influyen en la experimentación con las drogas en este contexto: numerosos menores tienen dificultades de aprendizaje (el absentismo y el abandono escolar es frecuente), dificultades de comportamiento (agresión, violencia, inestabilidad emocional y falta de responsabilidad por su comportamiento). También hay varias familias con situaciones de negligencia familiar, inestabilidad y falta de habilidades parentales.

## 3 Modelo teórico

El marco fundamental del proyecto es un enfoque ecológico del desarrollo humano, que considera que los individuos y el contexto interactúan de una manera particular en el tiempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998). En esta interacción los factores de riesgo y los factores de protección influyen en las trayectorias de desarrollo de los menores y los jóvenes (Domitrovich y Greenberg, 2003).

El programa se enmarca en una perspectiva ecológica, en relación con varios contextos de la vida de los jóvenes, utilizando un enfoque cognitivo-conductual y los métodos de entrenamiento en habilidades sociales.

El Consejo Carnegie para el Desarrollo del Adolescente evidencia la importancia de los beneficios potenciales de las organizaciones que trabajan en la comunidad ya que, además de mantener a los jóvenes alejados de las calles, los programas de actividades extraescolares después del horario escolar también pueden aumentar su bienestar personal, así como el entrenamiento en habilidades sociales para que los menores y los jóvenes aprendan a utilizar la comunicación y los comportamientos asertivos que les permiten resistir a la presión para consumir drogas.

Los datos de una revisión de la literatura de la OIM (1994, cit. por NIDA, 1997) demuestran que la combinación de resistencia a la presión de sus iguales, junto a una educación normativa, reducen la experimentación y la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y marihuana en la adolescencia. El enfoque centrado en las fortalezas y oportunidades de los menores, alienta a los profesionales a identificar las capacidades, intereses y recursos de los niños y los jóvenes, para desarrollarlos en sus desafíos diarios (Nissen, 2006).

Se identifican varias estrategias para la formación de habilidades sociales: el coaching, los enfoques de aprendizaje social, los enfoques conductuales y cognitivos, el entrenamiento de auto-instrucción y programas de estudio de habilidades sociales.

Por otro lado, diversos estudios han concluido que, las intervenciones que utilizan más de tres técnicas conductuales (tales como instrucción, prueba de comportamiento, el refuerzo diferencial, el refuerzo positivo y la práctica positiva), consiguieron promover considerablemente un comportamiento pro-sociales que fueron generalizados a otros contextos.

El modelo de Intervención Life Space sostiene que las crisis son procesos que nos permiten utilizarlas como una oportunidad para aprender (Nicholas Long, 2001). Este modelo de intervención permite el establecimiento de una relación de ayuda y la cercanía con los menores y jóvenes con trastornos emocionales y/o con patrones de conducta autodestructivos.

#### 4 Descripción del Programa

El objetivo principal del programa es el desarrollo de habilidades personales y sociales y la promoción de estilos de vida saludables. El principal grupo destinatario del proyecto son los jóvenes que viven en un barrio deprimido socialmente. El programa aplica un enfoque cognitivo-conductual.

#### 5 Tipo de Prevención Selectiva.

#### 6 Grupo Diana

Familia/padres, niños/as y jóvenes.

#### 7 Franja de edad a la que se dirige 10 a 19 años.

#### 8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y monitoreo del programa.

#### 9 País Portugal.

#### 10 Fecha de inicio 01 / 07 / 2007

#### 11 Objetivo General

Reducción de los comportamientos de riesgo asociados al uso de drogas y la inserción de los jóvenes vulnerables que viven en un barrio marginado, a través de un programa de habilidades sociales y de la promoción de estilos de vida saludables.

#### 12 Objetivos operativos

- Conseguir una alta retención de los menores y los jóvenes en el programa de cualificación profesional, su participación en las actividades deportivas, actividades de la comunidad y actividades sobre información de las drogas y sus efectos.
- Aumentar la participación de profesores y alumnos de la escuela en el programa.



### 13 Resumen de las líneas estratégicas

El principal grupo destinatario son los jóvenes que viven en un barrio marginal y en riesgo de exclusión social.

Se identifican y refuerzan las principales fortalezas/oportunidades de menores y los jóvenes y las actividades se dirigen a promover el éxito, el desarrollo de las capacidades y recursos personales y el establecimiento de relaciones positivas.

El personal promueve los cambios necesarios a través de la construcción de relaciones de confianza con los jóvenes, sus familias, los maestros y otros entornos y personas relevantes para los niños/as de acuerdo con los supuestos básicos presentados anteriormente del enfoque ecológico del comportamiento. Las acciones se desarrollan en la comunidad donde viven los niños/as y los jóvenes, con la participación de los grupos de iguales, sus familias, las escuelas, las asociaciones y clubes deportivos locales.

Los objetivos principales son aumentar los recursos personales y las habilidades sociales de los menores y los jóvenes, reforzar las interacciones y los vínculos familiares, promover su participación en actividades comunitarias y deportivas, involucrar a las escuelas en las acciones preventivas dirigidas a informar y sensibilizar a los niños/as, los jóvenes y las familias acerca de las drogas y sus efectos, favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables.

El equipo técnico del proyecto utiliza el enfoque del entrenamiento en habilidades sociales y reeducación (modelo Nicholas Hobbs) y estrategias diversas, especialmente el comportamiento cognitivo y la autoregulación de las emociones. Asimismo, algunos elementos de los modelos psicoeducativo de intervenciones breves en crisis se toman como marco referencial en situaciones de crisis con los niños y los jóvenes.

### 14 Acciones llevadas a cabo

Actividades en la comunidad: Programa de trabajo para el desarrollo de habilidades sociales y personales y reeducación (semanales y fines de semana), acciones de sensibilización e informativas sobre drogas para las familias; Programa de capacitación para las familias: habilidades parentales, el apego personal y afectivo. Actividades ocupacionales y recreativas para fortalecer el vínculo afectivo de los padres y los niños. Actividades en la escuela: actividades de sensibilización e informativas sobre drogas para profesores y alumnado.

15 Proceso de Evaluación

Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
<p>Conseguir una alta retención de los niños/as y los jóvenes en el programa de cualificación profesional, su participación en las actividades deportivas, actividades de la comunidad y actividades sobre información de las sustancias psicoactivas y sus efectos.</p> <p>Aumentar la participación de profesores y estudiantes de la escuela en el programa.</p>	<p>Nº de sesiones y actividades realizadas y estrategias y recursos utilizados en las actividades.</p> <p>Nº de participantes y nº de factores externos que influyeron en los resultados.</p> <p>Grado de satisfacción de los participantes con las acciones y el personal, de los empleados sobre su desempeño, liderazgo, supervisión, estrategias y resultados.</p> <p>Nº de reuniones realizadas con las asociaciones; nivel de satisfacción de las asociaciones con el proyecto.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que permanecen en el programa de cualificación profesional.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes vulnerables que son capaces de identificar las drogas y sus efectos.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que participan regularmente en actividades deportivas o actividades de la comunidad.</p> <p>Número y porcentaje de familias que identifican las drogas y sus efectos.</p> <p>Nº y porcentaje de profesores que participan en las sesiones de capacitación para la aplicación de los programas dirigidos a los alumnos.</p> <p>Nº y porcentaje de alumnos de escuelas que conocían la existencia de un lugar de asistencia para obtener información y la identificación de al menos una actitud a adoptar en situaciones de riesgo.</p>

Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
<p>Fichas de registro diseñadas específicamente por el programa.</p>	

## 16 Evaluación Resultados

Diseño de la evaluación

Seguimiento/monitoreo del programa.

Objetivos específicos e indicadores de resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<p><b>Objetivo específico 1</b></p> <p>Mejorar las habilidades personales y sociales entre los adolescentes y aumentar su conocimiento acerca de las sustancias psicoactivas.</p>	<p><b>Indicador de resultado 1</b></p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que aprende las competencias básicas y avanzadas, personales y sociales.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que integran sus habilidades y conocimientos en el hogar, en la escuela y en el vecindario.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que identifican las sustancias psicoactivas y sus efectos.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que aplican sus conocimientos sobre las actividades de prueba.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que integran las actividades deportivas en su vida diaria.</p> <p>Nº y porcentaje de niños/jóvenes que establecen relaciones con otros compañeros fuera del barrio.</p>
<p><b>Objetivo específico 2</b></p> <p>Mejorar la percepción sobre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas entre los padres y/o miembros de la familia y mejorar el reconocimiento entre los padres de las necesidades de desarrollo de sus hijos.</p>	<p><b>Indicador de resultado 2</b></p> <p>Nº y porcentaje de familias que identifican los factores de riesgo asociados a las sustancias psicoactivas a los que sus hijos están expuestos.</p> <p>Nº y porcentaje de familias que identifican las características y necesidades de desarrollo de sus hijos.</p> <p>Nº y porcentaje de familias que reconocen la importancia del refuerzo positivo en las relaciones familiares.</p> <p>Nº y porcentaje de familias que identifican varios puntos fuertes y oportunidades de sus hijos.</p>

## Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Programa instrumentos específicos utilizados (por ejemplo, instrumento construido por la propia colección).	
Un instrumento estándar reconocido fue utilizado, pero modificado según las necesidades específicas del programa.	Escalas de valoración personal y social (traducido de Goldstein & McGinnis).
Instrumentos cualitativos.	Focus groups y observación.

## 17 Proceso de evaluación

### Resultados Proceso

Se desarrollaron todas las actividades para niños/jóvenes. Se incluyeron actividades como apoyo al estudio. Sólo se desarrolló una actividad para las familias.

Se presentaron dificultades relacionadas con la planificación y la gestión de los recursos con otras asociaciones, aunque estaban en general satisfechos con el proyecto y estaban disponibles para participar en la organización de actividades para el segundo año.

Durante el primer año, se produjeron abandonos por parte de algunos grupos y se incorporaban otros nuevos lo cual interfería en la dinámica generada, la estabilidad del grupo, el nivel de desarrollo.

El 90% de los niños/jóvenes permanece en el programa de cualificación profesional, durante el primer mes. El 90% de los niños/jóvenes vulnerables fueron capaces de identificar las sustancias psicoactivas y sus efectos después de 4 meses. Un 40% de los niños/jóvenes participaron en actividades deportivas o actividades de la comunidad después de 3 meses. Un 30% de los niños/jóvenes participan regularmente en actividades deportivas o actividades de la comunidad después de 1 año.

Después del primer año, se produjo un 10% de las nuevas entradas en actividades deportivas o de la comunidad. El 90% de los familiares son capaces de identificar las sustancias psicoactivas y sus efectos después de 4 meses. El 85% de los estudiantes que participaron en las actividades de información sobre las sustancias psicoactivas, reconocen sus efectos y la importancia de la prevención, al cabo de 8 meses.

Se creó un proyecto de actividades informativas sobre prevención psicoactiva de sustancias en 2 escuelas, después de 10 meses. Un 70% de los profesores participaron en las sesiones de capacitación para la aplicación de los programas preventivos para los estudiantes, después de 6 meses. Un 70% de las clases participaron en el programa de diseño e implementación de un proyecto de prevención en las escuelas después de 11 meses. Un 70% de los estudiantes que participaron en las actividades informativas sobre drogas en las escuelas reconocen las consecuencias para la salud del uso indebido de sustancias psicoactivas e identifican, al menos, una actitud a adoptar en situaciones de riesgo, después de 16 meses.

## 18 Evaluación de Resultados

Al final del año escolar, los grupos mostraron un incremento importante en sus habilidades sociales. Hubo una evolución significativa desde el primer año de implementación del programa al segundo, pero no desde el segundo al tercero.

De acuerdo con las expectativas, se incrementó la participación así como las habilidades sociales.

A medida que se aumentaron los conocimientos, se mostraron menos dificultades emocionales tales como: hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de conducta, problemas de relación entre iguales, sobre todo durante el segundo mandato.

El comportamiento más prosocial se fue incrementando, a medida que lo hacían las habilidades sociales: mayor sensibilidad hacia los sentimientos de los demás, compartir más fácilmente o ser útil, principalmente en el tercer año de desarrollo del programa.

Un 80% de los niños/jóvenes aprendieron habilidades básicas personales y sociales después de 3 meses en el programa. Un 75% de los niños/jóvenes aprendieron habilidades avanzadas personales y sociales después de 1 año en el proyecto. Un 80% de los niños/jóvenes aplican los conocimientos adquiridos acerca de las sustancias psicoactivas en situaciones simuladas, durante las actividades, después de 8 meses. Un 65% de los niños/jóvenes vulnerables participan regularmente en las actividades deportivas o de la comunidad, estableciendo relaciones con otros compañeros fuera del barrio que no presentan conductas desviadas, después de 1 año.

Un 70% de los familiares son capaces de identificar los factores de riesgo asociados a las sustancias psicoactivas a los que sus hijos están expuestos, al cabo de 8 meses. Un 80% de los familiares identifican las características y necesidades de desarrollo de sus hijos, después de 6 meses. Un 85% de los familiares reconocen la importancia de los refuerzos positivos en las relaciones familiares, después de 3 meses. Un 70% de los familiares identifican varios puntos fuertes de sus hijos después de 10 meses.

## 19 Organización responsable

Associação Pressley Ridge Portugal

Dirección Rua da Cegonha, 19

Código Postal 2760-027 Lisboa

Ciudad Lisboa

País Portugal

Organizaciones colaboradoras

Institute on Drugs and Drug Addiction (Ministry of Health); Municipality of Amadora (Câmara Municipal da Amadora; Junta de Freguesia da Damaia); Schools (Agrupamento de Escolas da Damaia, Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves - EB 2,3/Secundário); Sport Futebol Damaiense; Associação de Escoteiros de Portugal - Grupo 48 Damaia; University (Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho).

# SEARCHING FAMILY TREASURE

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

SEARCHING FAMILY TREASURE.

## 2 Situación inicial

La falta de programas de prevención selectiva dirigidos a la familia con problemas de capacitación y supervisión, las dificultades para la participación de estas familias de alto riesgo en los programas de prevención, los altos índices de maltrato infantil, abuso juvenil de drogas y las dificultades de las familias frente a la adversidad psicosocial, las dificultades y las vulnerabilidades en el funcionamiento familiar, las altas tasas de niños/as de alto riesgo y la necesidad de fortalecer la resiliencia familiar en las poblaciones en riesgo.

## 3 Modelo teórico

El programa se basa en las teorías de la psicopatología del desarrollo, que analiza los riesgos y factores de protección relacionados con el uso y abuso de drogas (Cummings, Davies & Campbell, 2000; Glantz, 1992).

En el enfoque social-ecología para el abuso de sustancias (Kumpfer & Turner, 1990, citado en Kumpfer y Tait, 2000), el modelo de desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996), el modelo de aprendizaje social de Bandura, 1986, citado en Becoña, 1999) y otros, e integra las aportaciones de los sistemas ecológicos y modelos de desarrollo (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1979), así como las influencias de varios modelos de terapia familiar en lo que respecta a las estrategias utilizadas con esta institución educativa (Nichols y Schwartz, 2001).

El programa ha tenido en consideración la literatura sobre factores de riesgo y de protección para el abuso de drogas en menores en situación de alto riesgo, a saber: la importancia de la focalización: gestión de los problemas familiares (Hawkins et al., 1992.), las duras prácticas educativas (Moncada, 1997; Kumpfer et al., 1998), la disciplina/problemas de comportamiento (Muñoz-Rivas et al. 2000; Pollard, 1997), el abuso físico (Kumpfer et al., 1998.) o los conflictos familiares (Moncada, 1997; Pollard, 1997; Kumpfer, 1998), la cohesión familiar, la participación de la familia, supervisión de los padres (Pollard, 1997; Kumpfer et al., 1998; la capacidad de los padres para promover el desarrollo de las habilidades sociales de sus hijos, (Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997) la prevención de los factores de riesgo individuales y grupos de pares, problemas de salud mental y la psicopatología (Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998), las conductas antisociales u otros problemas de comportamiento (Moncada, 1997; Kumpfer et al., 1998).

El diseño y la gestión del programa se basa en los principios de la eficacia de los programas de prevención basados en la familia (Gardner, Brounstein y Winner, 2001; Nación et al., 2003).

Al centrarse en la familia, la duración del programa, las estrategias para mantener a las familias en el programa (proporcionando incentivos), la inclusión de toda la familia, el apoyo intenso en el desarrollo de habilidades de los niños/as y la gestión de los comportamientos de los niños.

El programa está basado en la evidencia y utiliza estrategias indicadas en la literatura para lograr altas tasas de reclutamiento y retención (Snell-Johns, Méndez y Smith, 2004).

#### 4 Descripción del Programa

“Búsqueda del tesoro familiar” es un programa de prevención selectiva dirigida a las familias en riesgo con niños de edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad. Los objetivos son reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección, ofreciendo un programa de habilidades para las familias, junto a un apoyo individual que desarrolla estrategias conjuntas con los niños y los padres.

#### 5 Tipo de Prevención Selectiva.

#### 6 Grupo Diana

Familia/padres, niños/as y jóvenes.

#### 7 Franja de edad a la que se dirige 6 a 12 años.

#### 8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y evaluación de resultados.

#### 9 País Portugal.

#### 10 Fecha de inicio 01 / 07 / 2002

#### 11 Objetivo General

Reducción de los factores de riesgo familiares y aumento de los factores de protección de la familia relacionados con el abuso de drogas y otros problemas. Asimismo, tratan de intervenir sobre los riesgos individuales del niño y los factores de protección de la familia y fortaleciendo los procesos de resiliencia.

#### 12 Objetivos específicos

Objetivos para los padres:

Disminuir el uso de la disciplina parental inadecuada como una disciplina dura o inconsistente. El aumento de la relación positiva padre/hijo desarrollando habilidades parentales positivas tales como: el uso de elogios e incentivos, aumento del control parental/supervisión, el establecimiento de expectativas claras de los padres sobre el comportamiento del niño, habilidad de los padres para lograr la expresión emocional del niño frente a la familia, incremento de la organización familiar, la comunicación familiar de calidad y los puntos fuertes de la familia.

Objetivos dirigidos a los niño/as:

Desarrollo de la resiliencia prosocial en los niños que ayude a disminuir las conductas problemáticas en los niños: hiperactividad/falta de atención, conflictos emocionales y problemas de comportamiento entre iguales.



### 13 Resumen de las líneas estratégicas

Programa de prevención de fortalecimiento familiar para las familias con niños de entre 6 y 12 años de edad. El programa se propone principalmente para evitar problemas de abuso de drogas en los niños, delincuencia, la violencia y los problemas de salud mental. Consta de tres componentes principales:

Sesiones para padres sobre el desarrollo y la formación de habilidades de crianza y de habilidades de la familia.

Los principales objetivos del programa son la reducción de los factores de riesgo familiares y el incremento de los factores de protección de la familia relacionados con el abuso de drogas y otros problemas, también tratando de abordar los riesgos individuales del niño y factores protectores.

Las sesiones se ejecutan simultáneamente.

El programa sigue la metáfora de una búsqueda del tesoro para la familia, las cuales pasan por una serie de pasos para la búsqueda del tesoro, aprenden a descubrir sus fortalezas familiares, las habilidades de crianza de los niños y las habilidades de vida. El programa tiene la intención de promover los procesos básicos de la resiliencia de la familia. Cada paso de la caza del tesoro, corresponde a una variable importante para la prevención.

Una segunda edición, ampliada y revisada, comprende 21 sesiones y un plan de estudios para los niños. El programa utiliza materiales didácticos atractivos con y actividades con metodologías diversas, tales como: capacitación, discusiones de grupo, rol-playings, cómic y un CD de animación para niños, juegos, cuentos, etc. Los materiales están disponibles en portugués, con el apoyo financiero del Instituto Portugués para el Abuso de Drogas, y una española (en lengua gallega) editado por el Ayuntamiento de Santiago de Compostela.

### 14 Acciones llevadas a cabo y servicios proporcionados

Consta de tres componentes principales: sesiones para padres (desarrollo y la formación de habilidades de crianza), sesiones infantiles (desarrollo y la formación de habilidades).

El programa sigue la metáfora de una búsqueda del tesoro para la familia, en busca de las vías de bienestar y fuerza y un estilo de vida saludable. Cuando las familias pasan por las diferentes etapas en la búsqueda del tesoro, aprenden a descubrir sus fortalezas y desarrollan habilidades de crianza de los niños y habilidades de vida. El programa tiene la intención de promover los procesos básicos de la resiliencia familiar. Cada paso de la caza del tesoro corresponde a una variable importante para la familiar y la prevención.

Una segunda edición, ampliada y revisada, comprende 21 sesiones, sesiones semanales de una hora y media y un currículo para los niños. El programa utiliza materiales atractivos con coloridas ilustraciones, con actividades y metodologías diversas, tales como: la capacitación, discusiones de grupo, juegos de rol, cómics y un CD de animación para los niños con la historia de una familia que va a la caza del tesoro, juegos, cuentos, etc. Se trata de procedimientos y estrategias diferentes para invitar a las familias a reflexionar sobre su funcionamiento y también para conocer el funcionamiento establecido y las alternativas más adaptables y satisfactorias para la crianza de los niños y la vida familiar.

Se recomienda el uso de procedimientos para la retención de las familias como: contratos por ambas partes, provisión de transporte, comidas y regalos pequeños.

## 15 Proceso de Evaluación

### Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
Formar profesionales para implementar el programa para asegurar la fidelidad del mismo.	Nº de programas de capacitación implementados/ número de profesionales formados.
Aplicar el programa con varios grupos de familias en riesgo.	Nº de veces que se ejecuta el programa / número de grupos específicos.
Producir y distribuir manuales de los programas y materiales didácticos.	Nº de programas de capacitación implementados.
Dar a conocer el programa a través del contacto directo con los profesionales y el mantenimiento de un sitio web.	Nº/kits de materiales distribuidos.
Implementar programas de capacitación a grupos de profesionales.	Mantenimiento de una página web.

### Instrumentos utilizados

TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
Instrumentos específicos diseñados para el programa.	

## 16 Evaluación Resultados

### Diseño de la evaluación

Enfoque metodológico cuasi experimental con pre-post y grupo de comparación.

### Objetivos específicos e Indicadores de Resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Relacionados con los padres y las variables familiares. Disminución del uso de la disciplina inadecuada por parte de los padres. Aumento positivo de las relaciones padres/hijos, con el aumento de las habilidades parentales positivas, el uso de elogios e incentivos, el seguimiento y la supervisión. Aumento del establecimiento de expectativas claras de los padres sobre el comportamiento del niño. Aumento de las habilidades de los padres para hacer frente a la expresión emocional del niño.	<b>Indicador de resultado 1</b> Indicadores para los padres y los objetivos de la familia: Medidas sobre prácticas parentales (disciplina adecuada, el castigo físico, elogios y premios, expectativas claras, la vigilancia y la supervisión, la disciplina dura e inconsistente). Reacciones de los padres a las emociones de los niños negativos y positivos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### Objetivo específico 2

Los objetivos específicos relacionados con las variables familiares:

Aumento de la capacidad de organización familiar, la calidad de la comunicación familiar, los puntos fuertes de la familia y la resiliencia.

Los objetivos específicos relacionados con los niños:

Disminución de los problemas de conducta de los niños, la hiperactividad/falta de atención, síntomas emocionales y los problemas de comportamiento entre iguales.

Aumento en los niños de competencias pro-sociales.

## INDICADOR DE RESULTADOS

### Indicador de resultado 2

Indicadores para los objetivos de la familia:

Medidas de los puntos fuertes de la familia. Medidas de resistencia de la comunicación familiar y la organización.

Indicadores para los objetivos de los niños:

Niños con síntomas psico-patológicos (problemas de conducta, hiperactividad, problemas entre pares, síntomas emocionales, de comportamiento antisocial social) y/o conductas disruptivas.

Instrumentos utilizados

## TIPO DE INSTRUMENTO

## NOMBRE DEL INSTRUMENTO

Program specific instruments used (e.g. self-constructed collection instrument).

Instrumentos estandarizados validados.

Parent Practices Interview (LIFT) (Webster-Stratton, Reid and Hammond, 2001).

Reduced Portuguese version of the Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES, Fabes, Eisenberg & Bernzweig, 1990; Melo & Soares, 2005).

Questionário de Coping com Emoções Positivas ([Coping with Positive Emotions Questionnaire] QCEP, Melo, Moreira & Soares, 2005).

Family Strengths/Resilience Scale (Kumpfer, 1997)- Portuguese version of the Moos' s Family Environment Scale (Gonçalves & Coimbra, 2005).

Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997, 2001).

Escala de Comportamentos Disruptivos (Disruptive Behaviors Scale, ECD, Melo, 2005). Pré-post retrospective test of the Strengthening Families Program(Kumpfer, 1997).

## 17 Hallazgos de la Evaluación de Proceso

Desde 2004, han sido capacitados cerca de 192 profesionales. Se llevaron a cabo cerca de 15 programas de capacitación en Portugal y una en España. La primera edición en portugués se agotó rápidamente. En el año 2009, se distribuyó una segunda edición revisada y ampliada de 500 copias.

El proceso de evaluación está disponible en los informes publicados, por el creador del programa, en relación con la satisfacción de los padres y las tasas de asistencia. En promedio se produce una tasa de retención de 80%.

## 18 Evaluación de Resultados

La evaluación realizada en 2006 (n = 35 familias, con un pre-post con diseño de un único grupo, con el plan de estudios de los padres y la familia solamente, de la primera versión del programa) reveló cambios estadísticamente significativos en varias variables parentales dirigidas y evaluadas, a saber: una disminución en el uso de la disciplina parental dura e inconsistente, una disminución en las reacciones negativas por parte de los padres a la negativa de los niños y las emociones positivas, un aumento en los padres del uso de disciplina positivas, tales como el uso de elogios y recompensas y reacciones positivas en los padres a la expresión de los emocional negativa de los niños.

Marginalmente se obtuvieron cambios significativos en lo que se refiere a una disminución en el uso del castigo físico y del aumento del establecimiento de expectativas claras para el comportamiento de los niños.

No hubo cambios estadísticamente significativos en el uso de la disciplina apropiada, posiblemente debido al hecho de que las pruebas iniciales de pre-informes sobre esta variable ya eran altos.

En lo que se refiere a las variables familiares: Evaluación en 2006 (n = 35 familias, pre y post prueba de un diseño de un único grupo, con el estudio de los padres y de la familia solamente, con la utilización de la primera versión del programa) revelando que hubo un aumento estadísticamente significativo en los puntos fuertes de la familia/procesos de resiliencia.

Considerando una submuestra (n = 25) de la evaluación llevada a cabo en 2006 (n = 35 familias, pre-post prueba un diseño con un único grupo, con estudios de los padres y la familia solamente), los resultados de los niños, reveló cambios estadísticamente significativos en la reducción de los síntomas de hiperactividad en los niños. Un resultado marginal estadísticamente se encontró para la reducción de problemas de conducta.

19 Organización responsable

Gabinete de Atendimento e Familia - Office for Family Support

Dirección Rua da Bandeira n.º 342

Código Postal 4900-528 Viana do Castelo

Ciudad Viana do Castelo

País Portugal

Website [www.gaf.pt/tesourofamilias](http://www.gaf.pt/tesourofamilias) [www.searchingfamilytreasure.com](http://www.searchingfamilytreasure.com)

E-mail [geral@gaf.pt](mailto:geral@gaf.pt)

Organizaciones colaboradoras

Instituto da Droga e da Toxicodependencia, now named - Service for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies Centro Distrital da Seguranca Social de Viana do Castelo Comissao Local de Acompanhamento do RMG de Viana do Castelo.

**NEW SERVICE MODEL  
FOR CHILDREN WHO LIVE  
AND/OR ARE FORCED TO  
WORK ON THE STREETS**

# FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

## 1 Nombre del Programa

NEW SERVICE MODEL FOR CHILDREN WHO LIVE AND/OR ARE FORCED TO WORK ON THE STREETS.

## 2 Situación inicial

Los niños/as que viven y/o se ven obligados a trabajar en las calles están expuestos a todo tipo de negligencias, explotación y malos tratos en su entorno.

Su contacto con sus familias o con sus tutores legales, están parcial o totalmente rotos y son poco hábiles e incompetentes para protegerse ellos mismos de los riesgos de la vida en la calle. Sin embargo, regresan a sus casas por la noche la mayoría de las veces, aunque pueden de vez en cuando pasar la noche fuera, con el impacto del entorno y los traumas de esta experiencia, algunos de ellos usan inhalantes y/o sustancias volátiles u otras drogas.

Cuando un niño/a está creciendo en una familia y en un entorno poco saludable, la falta de atención repercute en su educación. La familia espera que contribuya a sus ingresos y los niños trabajan en lugares inadecuados para su edad, expuestos a riesgos ambientales y psicológicos que pueden conducirles a problemas de adicción a las drogas.

Ellos/as tienden a sentirse como adultos, porque ganan dinero. La mayor parte del tiempo están fuera del contacto y de la supervisión familiar y abandonan la escuela, se identifican con su grupo de pares y también pueden llegar a formar parte del mundo adulto; no pueden adaptarse al ambiente de trabajo y pueden elegir abandonarlo, optando por la libertad que proporcionan las calles, teniendo una desconexión total con la vida en sociedad y terminan viviendo en las calles por un tiempo.

El Nuevo Modelo de Servicio está basado en el punto de partida que la única solución para este problema es la vía de la cooperación efectiva interinstitucional.

Con este modelo de servicio, el objetivo es estandarizar los servicios e identificar áreas de responsabilidad de las diferentes instituciones.

En el año 2004, bajo la coordinación del Ministro responsable de la mujer y la familia, un Comité compuesto por el Ministro de Asuntos Interiores, Ministro de Salud, Ministro de Educación Nacional y el Ministro de Justicia, se comprometió para incluir a los niños/as de la calle en la educación formal, retornarles a sus familias o a instituciones de protección de menores, para completar su rehabilitación y para facilitar su inserción social.

Se preparó una intervención por la Dirección General de Servicios Sociales y la Agencia de Protección a la Infancia bajo las directrices del Comité compuesto por los Ministros y este fue implementado en 8 provincias piloto (Adana, Ankara, Antalya, Istanbul, Izmir, Bursa, Diyarbakır, Mersin), ciudades donde los problemas son más intensos.

### 3 Modelo teórico

Se requiere mejorar la eficacia de los servicios para los niños/as que viven en la calle.

El Nuevo Modelo de Servicio se basa en el punto de partida de que la única solución para el problema es la cooperación eficaz entre agencias.

Con este servicio, la intención es establecer un modelo de servicios estandarizados e identificar las áreas que son responsabilidad de cada una de las agencias.

### 4 Descripción del Programa

Dentro del marco del Nuevo Modelo de Servicio para niños/as que viven y son forzados a trabajar en las calles, la intervención pretende la rehabilitación y la integración social de estos niños/as que viven o tienen que trabajar en las calle en cooperación con relevantes agencias públicas de salud y servicios sociales, representantes de universidades y ONGs.

### 5 Tipo de Prevención Selectiva e indicada.

### 6 Grupo Diana

Padres/madres, niños/niñas y jóvenes.

### 7 Franja de edad a la que se dirige

Niños y niñas de 7 a 18 años que viven y/o trabajan en la calle y jóvenes de 18 a 25 años que continúan necesitando ayuda social.

### 8 Tipo de evaluación Evaluación de proceso y resultados.

### 9 País Turquía.

### 10 Fecha de inicio 25 / 03 / 2005

### 11 Objetivo General

La meta del New Service Model es retirar a los niños/as que tienen que trabajar en la calle o permanecen en la calle las 24 horas del día y están expuestos a cualquier tipo de abuso y consumo de drogas. Se trata de proporcionarles educación, tratamiento sobre el consumo de drogas si lo necesitan, cubrir sus necesidades básicas en relación a su alojamiento, comida, ropa, salud, educación, etc., favoreciendo su reinserción en la sociedad.

Los objetivos generales de la intervención son retirar a los niños de las calles que viven o tienen que trabajar en ellas, asegurando su rehabilitación y retornarlos con sus familiares, ofrecerles un tratamiento a su adicción a las drogas e incorporarlos a la escuela o a un empleo.

La finalidad es incrementar el número de niños/as que son alejados de las calles y reintegrados al sistema educativo y descender el número de los que viven y/o están obligados a trabajar en las calles de la ciudad.



## 12 Resumen de las líneas estratégicas

En el año 2004, se estableció un programa para incluir a los niños/as que viven y/o se ven forzados a trabajar en las calles, en un entrenamiento vocacional, enviándolos a sus familias o a instituciones de protección de menores, para completar su rehabilitación, convirtiéndolos en jóvenes que han completado su educación o que tienen un trabajo.

La meta principal del New Service Model es retirar a estos tipos de niños/as con un mayor riesgo que otros/as a todo tipo de abusos, consumo de drogas en las calles y enviarlos a una educación formal.

The New Service se implementó en Adana, Ankara, Antalya, Istanbul, Izmir, Bursa, Diyarbakır, Mersin, donde los problemas son más intensos.

La intervención conduce a la rehabilitación temporal y la reintegración de estos niños/as. Este modelo asegura un trabajo coordinado para estos niños mediante la identificación de las responsabilidades de cada una de las partes implicadas.

## 13 Acciones llevadas a cabo

Los niños/as que viven y/o tienen que trabajar en las calles son identificados por un equipo móvil compuesto por profesionales (psicólogo, trabajador social, expertos en desarrollo de los niños/as y sociólogos) trabajando bajo las directrices de los centros para niños/as y jóvenes, o quienes son traídos por sus iguales.

Inicialmente son enviados a un centro de acogida para incrementar su resistencia a recibir ayuda y adaptarlos a escenarios cerrados, con el objetivo general de incluirlos en un Nuevo Modelo de Servicio. En esta primera etapa, se realiza una primera entrevista, un examen de salud y se clarifica su posible conexión con algún familiar.

Se contacta con la familia de los niños/as que son adictos a las drogas y que tienen vínculos familiares con las Seguridad Social, para asegurar un tratamiento para su problema con las drogas.

Los niños que son identificados en este periodo de investigación y que tienen malas relaciones con su familia y no tienen Seguridad Social, se les registra en los servicios de niños y jóvenes y se les garantiza una asistencia y una acogida. Los que están en tratamiento y con malas relaciones familiares y recibiendo un tratamiento sobre drogas, son controlados antes y después del tratamiento y se les ofrece también rehabilitación social.

Los niños que rechazan el servicio y no tienen la voluntad de abandonar su consumo de drogas, son enviados a refugios nocturnos para su protección, y al mismo tiempo, se realiza algún trabajo para motivarles al abandono de las calles y del consumo de drogas.

Los niños adictos a las drogas que se cree que han completado su adaptación en las primeras etapas, son enviados a Centros de Tratamiento de Adicción de Drogas, se les remite a los centros de rehabilitación médica cuando su tratamiento ha finalizado.

Cuando el tratamiento ha finalizado, son enviados de vuelta con sus familias, si esto no es posible, son remitidos a Servicios Sociales o las Instituciones de Protección de Menores o a Internados regionales dependientes del Ministerio Nacional de Educación.

Los niños que consiguen un trabajo, pero no pueden reunirse con su familia o aquellos a los que no les corresponde los beneficios de los cuidados por su edad, son aceptados en las Casas de Juventud.

Durante este proceso, se asigna para cada niño, un profesional (psicólogo, trabajador social o experto en desarrollo infantil...). Estos profesionales están implicados en cada fase del trabajo desde el principio hasta que se logra el trabajo completo; toma parte en cada proceso de control, de apoyo y de supervisión, de asesoramiento, orientación y evaluación.

Además, los niños son incorporados en actividades sociales, deportivas, artísticas y actividades de tiempo libre dentro del contexto de la rehabilitación social.

#### 14 Proceso de Evaluación

Indicadores de Proceso

OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES
No se especifican.	
Instrumentos utilizados	
TIPO DE INSTRUMENTO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
No se especifican.	

#### 15 Evaluación Resultados

Diseño de la evaluación

Evaluación continua y seguimiento.
------------------------------------

Objetivos específicos e Indicadores de Resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADOR DE RESULTADOS
<b>Objetivo específico 1</b> Identificación de niños/as que viven y/o se ven obligados a trabajar en las calles. Identificación social y económica de las razones que les han conducido a tener que vivir y/o tener que trabajar en las calles. Identificación del modelo de servicio adecuado para la situación individual de cada uno de los niños/as de las calles para retirarles de éstas.	<b>Indicador de resultado 1</b> Número de niños/as que se han reunido con sus familias o se han acogido en instituciones de protección de menores entre los niños/as que han sido identificados viviendo en las calles. Número de niños/niñas que son retirados de las calles y forzados a trabajar y se les reintegra en la formación profesional.
<b>Objetivo específico 2</b> Proporcionar apoyo financiero y social a los niños/as que son retirados de las calles como resultado de una falta de recursos económicos de sus familias dentro del concepto de una intervención preventiva. Envío de los niños/as a una educación formal y formación profesional.	<b>Indicador de resultado 2</b>
Identificar a los niños/as consumidores de drogas y acompañarlos a los centros de tratamiento de la red del Ministerio de Sanidad o de las Universidades.	

## Instrumentos utilizados

### TIPO DE INSTRUMENTO

### NOMBRE DEL INSTRUMENTO

No se especifican.

#### 16 Hallazgos de la Evaluación de Proceso

No se especifican.

#### 17 Hallazgos de la Evaluación de Resultados

Se establecieron en 8 provincias piloto: 24 equipos móviles, dos oficinas en la calle, un centro de acogida, 37 centros de juventud e infantiles, 5 centros de tratamiento a las drogas para niños y adolescentes.

Desde octubre del 2010, se identificaron las siguiente situaciones relacionadas con el número de niños identificados como niños de la calle: 64 obligados a trabajar en la calle: 1.731 bajo el riesgo de ser forzados a trabajar en las calles; 732 forzados a mendigar; 106 adictos a las drogas entre aquellos que viven y/o trabajan en las calles.

Desde la puesta en marcha de esta iniciativa en un año; 168 niños/as han sido derivados a tratamiento de drogas; 27 retirados de las calles y del trabajo forzado y reintegrados en la educación; 45 niños en riesgo de ser forzados a trabajar en la calle fueron reintegrados en la educación.

En el año 2010, un total de 1.513 niños asistieron a las actividades culturales, sociales y deportivas, dentro del marco de la rehabilitación social. Asimismo, 4.967 miembros de las familias de los niños atendidos, participaron en los programas de entrenamiento organizados por familias.

El Nuevo Modelo de Servicio ha empezado como un pequeño proyecto pero con el tiempo se ha expandido el modelo a otras ciudades de Turquía.

#### 18 Organización responsable

General Directorate of Social Services and Child Protection Agency under the Prime Ministry

Dirección Anafartalar Caddesi No:68 Ulus/Ankara

Código Postal

Ciudad Ankara

País Turquía

Website [www.shcek.gov.tr](http://www.shcek.gov.tr)

E-mail [acocuk@shcek.gov.tr](mailto:acocuk@shcek.gov.tr)

#### Organizaciones colaboradoras

Ministry of Interior Affairs, Ministry of Health, Ministry of National Education and Ministry of Justice, Governorships and Local Authorities, Universities and NGOs.







Financiado por:

