

# MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS:



# DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

# MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Gobierno de La Rioja  
© Consejería de Salud y Servicios Sociales  
Dirección General de Salud Pública y Consumo  
Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones

I.S.B.N.: 978-84-8125-363-4

Depósito Legal: LR 216-2012

Impreso en España - Printed in Spain

# MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Coordinadores:

Maria Luisa Balda Medarde  
Miguel Ángel Miranda Mínguez

Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)





## PRESENTACIÓN

Esta publicación toma su título del curso “Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención”, que se celebró en Logroño en noviembre de 2011, a iniciativa del Servicio de Drogodependencias de esta Dirección General de Salud Pública y Consumo, y con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El diseño de los contenidos del curso, y en consecuencia de este volumen, responde a los resultados de un análisis de necesidades formativas que se realizó entre los profesionales que trabajan, en esta Comunidad Autónoma de La Rioja, en los diferentes espacios de la intervención psicoeducativa. La docencia impartida, que intentó dar respuesta a estas necesidades, fue amplia en el tiempo y en las materias tratadas.

El motivo de tan específica oferta formativa fue el reconocimiento de lo importante que es, en el marco de la intervención psicoeducativa con menores vulnerables, la incorporación de programas de prevención selectiva de las adicciones.

La intervención precoz, en los escenarios de menores y adolescentes y en los factores de riesgo respecto al consumo de drogas, se considera una forma eficaz de prevenir que en el futuro aparezca un consumo problemático de sustancias adictivas. Además, mediante este modelo de prevención, se robustecen los factores de protección y se logra que adolescentes y jóvenes, en situación de vulnerabilidad, adquieran habilidades para enfrentarse con eficacia a un entorno social cada vez más inhóspito y complejo.

El contenido de esta publicación es resultado de la compilación de artículos redactados por docentes que participaron en el mencionado Curso de formación “Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención”.

Esperamos que resulte interesante y que sirva de estímulo para el desarrollo de nuevos proyectos de formación e intervención en la esfera de la prevención selectiva.

**JOSÉ MIGUEL ACITORES AUGUSTO**

*Director General de Salud Pública y Consumo*



## ÍNDICE DE AUTORES

### **CARMEN ARBEX SÁNCHEZ**

Socióloga  
Autónoma. Freelance. Madrid

### **ENRIQUETA OCHOA MANGADO**

Psiquiatra  
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario  
Ramón y Cajal. Madrid.

### **RICARDO BRAVO ELVIRA**

Educador Social  
Director del Centro de menores en riesgo Donoso  
Cortés. Madrid

### **EDUARDO CUETO HERNÁNDEZ**

Educador Social  
Subdirector del Centro de menores en riesgo  
Donoso Cortés. Madrid

### **CLOTY LÓPEZ MARTÍNEZ**

Diplomada en Relaciones Laborales  
Fundación Pioneros. Logroño

### **LAURA SIERRA BALMASEDA**

Psicopedagoga y Educadora Social  
Fundación Pioneros. Logroño

### **SILVIA VALIENTE GÓMEZ**

Trabajadora Social y Educadora  
Asociación pro Infancia Riojana (APIR). Logroño

### **JOSÉ ANTONIO CARBALLO VELASCO**

Psicólogo  
Asociación pro Infancia Riojana (APIR). Logroño

**MARGARITA HERRERO DE LA VEGA**

Doctora en Psicología  
Universidad Pontificia. Salamanca

**JOSÉ RAMÓN LÓPEZ LÓPEZ**

Doctor en Psicología y Terapeuta  
Psicólogo del Programa Heliotropos (Fundación Diagrama).  
Murcia

**M<sup>a</sup> JESÚS PÉREZ GALANT**

Trabajadora Social.  
Directora del Programa Heliotropos (Fundación Diagrama ).  
Murcia

**LEYRE MENDIZÁBAL BENITO**

Educadora Social  
Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas  
de Drogas (ARAD). Logroño

**MARÍA MILAGRO SÁENZ**

Psicóloga  
ARAD. Logroño

**BELÉN PACHECO SANTA OLALLA**

Trabajadora Social  
ARAD. Logroño

**JOSÉ LUIS RABADÁN RITUERTO**

Médico  
ARAD. Logroño

**MARÍA JOSÉ BARRIO CADIÑANOS**

Psicóloga  
Directora del Centro de Día de Proyecto Hombre La Rioja. Logroño

**LUIS ÁNGEL DELGADO GONZÁLEZ**

Profesor y Jefe de Estudios adjunto  
Instituto de Educación Secundaria Batalla de Clavijo. Logroño

## ÍNDICE

Introducción.....11

**M. LUISA BALDA MEDARDE**

**MIGUEL ÁNGEL MIRANDA MÍNGUEZ**

## REFERENCIAS TEÓRICAS

Menores vulnerables y drogas:  
principios clave para una intervención eficaz .....19

**CARMEN ARBEX SÁNCHEZ**

Las drogas en el cerebro: su acción y su impacto en las conductas.  
Antecedentes y consecuentes del consumo de sustancias.....65

**ENRIQUETA OCHOA MANGADO**

## PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN, CAPTACIÓN, INTERVENCIÓN

Identificación y captación de menores vulnerables.....89

**EDUARDO CUETO HERNÁNDEZ Y RICARDO BRAVO ELVIRA**

Diseño de un programa de intervención: desde la teoría a la práctica..119

**JOSÉ RAMÓN LÓPEZ LÓPEZ Y M<sup>a</sup> JESÚS PÉREZ GALANT**

Los momentos de la intervención selectiva.....151

**SILVIA VALIENTE GÓMEZ Y JOSÉ ANTONIO CARBALLO VELASCO**

Una experiencia educativa en la intervención selectiva:  
el trabajo con el grupo.....167

**CLOTY LÓPEZ MARTÍNEZ Y LAURA SIERRA BALMASEDA**

La intervención breve aplicada a la práctica psicoeducativa .....189

**MARGARITA HERRERO DE VEGA**

## **RECURSOS COMUNITARIOS**

La derivación a otros recursos: cuándo, cómo y adonde.

Los canales de comunicación .....215

**LEYRE MENDIZÁBAL BENITO // MARÍA MILAGRO SÁENZ //**

**BELÉN PACHECO SANTA OLALLA Y JOSÉ LUIS RABADÁN RITUERTO**

Una propuesta de intervención desde Proyecto Hombre La Rioja.....229

**MARIA JOSÉ BARRIO CADIÑANOS**

El sistema educativo ante las drogas: apuntes para una reflexión .....239

**LUIS ÁNGEL DELGADO GONZÁLEZ**

---

## INTRODUCCIÓN

MARÍA LUISA BALDA MEDARDE<sup>1</sup> - MIGUEL ÁNGEL MIRANDA MÍNGUEZ<sup>2</sup>

---

Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, y “uno de cada ocho” tiene un trastorno mental, proporción que sube a “uno de cada cinco” entre los niños en desventaja; la pobreza y el abuso de menores son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias <sup>1</sup>.

Por este y otros motivos, la intervención en contextos desfavorecidos es un tema de palpante actualidad, que preocupa y exige respuestas adecuadas a instituciones, colectivos y profesionales de nuestra sociedad<sup>2</sup>.

Partiendo de esta perspectiva general, dirigirnos a grupos de niños y jóvenes que presentan factores de riesgo social y emocional, implica tener en cuenta que el consumo de drogas no es un compartimento estanco dentro de la vida de un/a menor, sino que guarda una relación directa con su modo de vivir y con su adaptación en cada una de las áreas por donde transcurre su vida cotidiana<sup>3</sup>.

En la literatura sobre consumo de sustancias adictivas, se informa de que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con algún tipo de sustancia alrededor de los 16 años; sin embargo esta edad ha disminuido paulatinamente, de modo que en la actualidad el inicio del consumo puede presentarse a edades tan tempranas como los 12 o 13 años, por lo que el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población joven es uno de los principales problemas de salud pública<sup>4</sup>.

---

Correspondencia

Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones  
c/Gran Vía 18, 8º Logroño (La Rioja)

<sup>1</sup>[mluisa.balda@larioja.org](mailto:mluisa.balda@larioja.org)

<sup>2</sup>[miguelangel.miranda@larioja.org](mailto:miguelangel.miranda@larioja.org)

Por otra parte, desde la perspectiva de la prevención selectiva, se reconoce que el problema del consumo de drogas se concentra en grupos o individuos vulnerables con oportunidades sociales y personales limitadas (OEDT 2008c). En nuestro caso, entendemos por menores vulnerables aquellos chicos y chicas en los que confluyen unas determinadas características personales y sociales, que pueden incrementar la probabilidad de que se impliquen en usos problemáticos de drogas. Por otra parte, entendemos por prevención selectiva la que se dirige a individuos o subgrupos que tienen un riesgo significativamente más alto que el promedio de la población de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.

Entre los objetivos prioritarios del año 2011, desde el Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, de la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja, se diseñó un programa de formación dirigido en exclusiva a profesionales en contacto directo con preadolescentes y adolescentes vulnerables. Este proyecto tenía como objetivo mejorar la especialización de estos profesionales en la detección e intervención precoz en el consumo de sustancias, y en otras adicciones que puedan presentar estos menores.

Para llevar a cabo esta “Formación de los profesionales en contacto directo con preadolescentes y adolescentes de alto riesgo, para la detección e intervención precoz en su consumo de sustancias y en otras adicciones”, se solicitó subvención al Plan Nacional sobre Drogas, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados (concepto 458), para el desarrollo de programas en materia de drogodependencias en el año 2011.

En las fases preliminares de este programa, se realizaron encuentros con responsables de todas las entidades privadas e instituciones públicas de la C. A. de La Rioja, cuyos profesionales desarrollan intervenciones psicoeducativas dirigidas a grupos de menores de edad, vulnerables por y para el consumo problemático de sustancias adictivas. En esta

fase diagnóstica y preparatoria, se presentó una encuesta elaborada específicamente para sondear las necesidades de formación de los profesionales que trabajan en las distintas instituciones y entidades (de iniciativa pública y privada) que desarrollan sus programas de intervención con menores vulnerables.

Esta encuesta, teniendo en cuenta que el modo de asimilar los contenidos depende de los intereses, las motivaciones y los conocimientos previos de quien aprende, se elaboró y aplicó con el doble objetivo de implicar previamente a entidades y profesionales y para que el programa de formación fuera realista y adecuado.

Se encuestó a 103 profesionales que realizan su labor en los siguientes sectores:

- a) Menores infractores residentes en centro de internamiento
- b) Menores con medidas alternativas al internamiento
- c) Menores en conflicto social y/o que acuden a centros de educación no reglada
- d) Menores acogidos en los diferentes centros de protección
- e) Servicios municipales de drogodependencias y
- f) Otros servicios de primera línea, con posibilidades de especialización en la detección del consumo de sustancias adictivas y en modos eficaces de intervención precoz.

En el registro de las respuesta se introdujo la variable “medio en el que trabaja el profesional” (centro o medio abierto) y para el análisis de los resultados se utilizaron pruebas de ji al cuadrado. Los cálculos se realizaron con la ayuda del programa SPSS, considerándose como significativos los valores de  $p < 0,05$ .

### **Resumen de los principales resultados:**

- Aunque la práctica totalidad de los profesionales encuestados dicen necesitar formación especializada, para detectar e

intervenir en casos de consumidores de sustancias (incipientes o habituales), más de la mitad de ellos no han recibido formación en el campo de las drogodependencias. De entre los que declaran haber recibido formación, la mayoría refieren asignaturas de la carrera universitaria y solo ocho confirman actividades de formación específica.

- Aunque todos los temas propuestos merecieron su atención, despertaron un mayor interés los contenidos referidos a la fase previa de la intervención y a la intervención propiamente dicha. En orden de preferencia, registramos:
  - Técnicas de intervención individual
  - Los límites de la relación de la intervención con menores en riesgo
  - Estrategias de motivación
  - Identificación y Captación de menores en riesgo por y para el consumo de drogas
  - La intervención breve y el consumo de sustancias
  - Menores vulnerables y consumo de drogas: conceptos y criterios
  - Técnicas de intervención grupal
  - La programación: requisitos y fases: el Plan de intervención
  
- En todos y cada uno de los temas que se evalúan muestran un mayor interés por la formación los profesionales que desarrollan su labor en los centros de acogida de menores, sean éstos menores con medidas de de protección o menores infractores, resultado en el que pueden influir variables como la juventud y menor experiencia de este colectivo.
  
- Se recogen propuestas y aportaciones, entre las que destacan las referidas a la intervención con la familia. Esta recomendación, pese a su interés intrínseco y aun reconociendo el impacto que las relaciones familiares tienen en la generación y mantenimiento de las conductas-problema, no se toma en cuenta en el

desarrollo del programa formativo ya que el objetivo de la formación es dotar a los profesionales, en contacto directo con menores (especialmente con adolescentes), de conocimientos sobre estrategias de captación e intervención específica con ellos.

### **Datos relativos al programa de formación desarrollado:**

- Los objetivos de la actividad formativa, de 45 horas de duración y realizada en noviembre de 2011, se concretaron en:
  - la especialización (en detección e intervención precoz) de los profesionales que trabajan con población menor de 18 años y cuyo perfil es de alto riesgo respecto al consumo problemático de sustancias y otras adicciones.
  - facilitar el futuro desarrollo de programas de prevención selectiva e intervención precoz dirigidos a la población referida.
- Los asistentes al curso fueron 40 Profesionales que desarrollan su labor en las Entidades que en La Rioja trabajan directamente con menores vulnerables por y para el consumo de sustancias adictivas
- La formación se desarrolló en grupos paralelos, según el ámbito de trabajo (Grupo A, profesionales / medio abierto y Grupo B, profesionales / centro), excepto en temas en los que se primó el trabajo en común de ambos grupos.
- Esta publicación recoge los artículos redactados por docentes del curso.
- Agradecemos, por otra parte, la docencia impartida por Miguel Costa Cabanillas, que desarrolló el contenido “El rol del Profesional”, así como la participación de Carmen Merina, psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del SERIS, y de María Hernández y Jose Antonio Alba Zapata, médicos de Emergencias en el 061, perteneciente al SERIS, y de urgencias en la Fundación Hospital de Calahorra, respectivamente.

REFERENCIAS:

- (1) Hosman C; Jane-Llopis E & Saxena S, eds (2005): *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Oxford, Oxford University Press. Disponible informe compendiado en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- (2) Gmel, Gerhard et al (2010): *Réduction de l'ivresse ponctuelle des jeunes suite à une intervention brève*. *Sucht Info Schweiz*, Lausanne Mittelschul- und Berufsbildungsamt Zürich, Fachstelle Suchtprävention, Zürich 2010 <http://www.sucht-info.ch/fr/index/> Disponible en : <http://www.infoset.ch/f/dependances/alcoolisme/publications.cfm>
- (3) Arbex Sánchez, C (2006): *Menores vulnerables y consumo de drogas: el espacio socioeducativo* Disponible en <http://www.atिकासerviciosdesalud.com/Menores%20vulnerables%20y%20consumo%20de%20drogas.pdf>
- (4) Lamarca Iturbe, I. y Barceló Galdácano, F. (2006): *Personas menores en situaciones de especial vulnerabilidad: retos para una intervención eficaz*. *Revista de Psicodidáctica* 2006, vol. 11 ISSN 1136-1034. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17514747003>.

## REFERENCIAS TEÓRICAS



---

## Menores vulnerables y drogas: principios clave para una intervención eficaz

CARMEN ARBEX SÁNCHEZ<sup>1</sup>

---

### Resumen:

En este trabajo, el objetivo es reflexionar y analizar los conceptos de menor, vulnerabilidad y riesgo referidos a los menores y su relación con las drogas. Igualmente, se cuestiona la conveniencia de poner el foco en las debilidades y situaciones difíciles de los menores para lograr una intervención eficaz; se propone, como marco teórico idóneo de la intervención, el Modelo de Potenciación y la Teoría de la Resiliencia. Tomando como referencia ambos modelos teóricos, sobre los que se enuncian sus características fundamentales, se indican los principales rasgos protectores que según las recientes investigaciones científicas configuran la personalidad de los menores con alto grado de resiliencia y que, por lo tanto, convendría desarrollar como elementos protectores frente a los consumos de drogas. Igualmente, se enumeran algunos principios estratégicos y otros operativos, considerados por la autora, clave para la intervención con este colectivo. Para finalizar, se plantean algunos principios pedagógicos fundamentales que la autora ha relacionado con el “saber hacer” y otros con el “saber ser”, referidos a las relaciones personales de calidad que han de establecer los profesionales con los menores con los que están interviniendo.

**Palabras clave:** menores, vulnerables, riesgo, consumo de drogas, potenciación, resiliencia, procesos estratégicos, procesos operativos.

---

<sup>1</sup>Correspondencia:  
c/Travesía de los Pinos nº2. Majadahonda. 28220 MADRID  
[carbexsanchez@gmail.com](mailto:carbexsanchez@gmail.com)

## **1.- Clarificando algunos conceptos**

Un punto de partida fundamental, a la hora de abordar este tema, es analizar algunos conceptos clave que enmarquen los planteamientos de partida, pues se trata de conceptos que pueden llevar a la confusión si no se delimitan con precisión.

### **¿A quiénes consideramos menores?**

El concepto de “menor” hace referencia a una etapa evolutiva y social, que puede abarcar desde los niños/as entre 0 y 10 años, los preadolescentes de 11 a 12 años, los adolescentes tempranos de 12 a 14 años, los adolescentes medios de 14 a 17 años y la última etapa de la adolescencia, de los 18 a los 20 años.

Desde la psicología evolutiva, cualquier persona menor de 18 años entra dentro de la categoría de menor; también así lo definen los diferentes organismos internacionales, tales como la Organización de Naciones Unidas (Convención sobre los Derechos del Niño ONU) y algunas entidades sin ánimo de lucro (UNICEF y SAVE THE CHILDREN).

Como hemos comentado anteriormente, dentro de los diferentes sectores de población acogidos bajo el paraguas del concepto de “menor”, es importante delimitar con precisión a qué franja de edad va dirigida nuestra intervención, pues obviamente las actuaciones van a ser diferentes.

En este trabajo, el foco de atención lo pondremos en los adolescentes tempranos, los medios y la última etapa de la adolescencia; es decir, los adolescentes entre 12 y 20 años.

El motivo es que estos años constituyen el periodo crítico en el inicio y afianzamiento de las conductas de riesgo, en concreto comienzan los “coqueteos” con las drogas en la mayor parte de los casos,

a juzgar por los datos más recientes de las investigaciones sociológicas realizadas a nivel estatal y autonómico<sup>1</sup>.

El complejo mundo que constituyen los adolescentes en conflicto, jóvenes difíciles y que pueden acabar viviendo en los márgenes de nuestra sociedad, no está conformado por “bichos raros”; en esencia son como el resto de los adolescentes, aunque modulan e integran de forma diferente lo que es propio de su etapa vital. Hay que considerar que, con relación al uso/abuso de drogas, todos los menores son vulnerables; por tanto, también es importante reflexionar y analizar otro concepto difuso como es el de vulnerabilidad.

### **¿Qué se entiende por vulnerabilidad?**

La palabra “vulnerabilidad” en el diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, hace referencia a la cualidad de vulnerable, definido como: del latín *vulnerabilis*, adjetivo, que puede ser herido o recibir lesión física o moralmente.

Esta definición, sin embargo, nos aclara bien poco y nos remite a un concepto relativo y confuso, ya que, en sintonía con esta definición, vulnerables son todos/as los menores y también lo somos todos los adultos. Por tanto, cuando hablamos de “menores vulnerables” sería conveniente precisar y delimitar más el término.

Considero importante no perder de vista una premisa de partida: “todos los menores son vulnerables” en general y en mayor medida que las personas adultas, por su propia condición biológica, psíquica y social.

### **Las características biológicas**

Los últimos hallazgos de la neurología, gracias a las nuevas técnicas cada vez más precisas de estudios mediante imágenes, han permitido visualizar el cerebro adolescente con detalle para observar

su desarrollo físico y su actividad, y han llegado a la conclusión de que nuestro cerebro tarda mucho más en desarrollarse de lo que creíamos. En la franja de edad a la que nos estamos refiriendo, sus cerebros son inmaduros, están sin formar, son como “sujetos en obras”. Aunque el crecimiento es escaso durante estos años, experimenta una extensa remodelación entre los 12 y los 25 años, semejante a una actualización del cableado de una red informática. “Los cambios físicos avanzan lentamente como una oleada desde la parte posterior del cerebro hacia la frontal, desde áreas próximas al tronco cerebral que controla funciones más primitivas y básicas (visión, movimiento, procesamiento fundamental de los datos) hacia áreas pensantes del lóbulo frontal, evolutivamente más nuevas y complejas”<sup>2</sup>.

Todos estos cambios profundos a nivel neurobiológico, sin olvidar los hormonales propios del inicio de la pubertad, nos remiten a un colectivo biológicamente vulnerable frente a muchas circunstancias y, concretamente, frente al consumo de drogas.

### **El momento evolutivo psicológico**

La etapa evolutiva en la que hemos encuadrado a “los menores” está caracterizada por cambios rápidos y profundos en poco tiempo a nivel cognitivo y afectivo. Estos cambios generan un aumento de acontecimientos estresantes tales como: la importancia clave de la imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, el logro de una creciente autonomía respecto a los progenitores, la búsqueda de la identidad propia que se manifiesta a través del enfrentamiento a los padres y al mundo adulto (no olvidemos que el adolescente se está construyendo a fuerza de oponerse), la necesaria aceptación por parte del grupo, las crecientes presiones académicas...

Todas estas circunstancias han llevado a sugerir que el consumo de drogas podría representar un intento disfuncional de manejo de las dificultades de adaptación, ante un periodo convulso por naturaleza y caracterizado por la agitación y el estrés.

Además, como señala el psicólogo Laurence Steinberg, “los adolescentes deben tomar decisiones difíciles todos los días, pero esas decisiones son como una ecuación, donde las consecuencias negativas se subestiman, y con los amigos se infravaloran aún más las consecuencias. Conceden más importancia a la recompensa que a los riesgos, con la impulsividad y la imprudencia incompetente que les caracteriza.”<sup>3</sup>.

Cuando el proceso de maduración cerebral y psíquica avanza con normalidad, conseguimos sopesar mejor los impulsos, los deseos, los objetivos, el interés egoísta, las normas, la ética y generar un comportamiento más complejo y, al menos, más sensato. Pero al principio de la adolescencia, cuando el proceso de maduración acaba de empezar, el cerebro y nuestros recursos personales realizan este trabajo con torpeza.

En efecto, los “menores adolescentes” son personas en proceso de formación y de crecimiento personal: sus recursos personales y su competencia para la interacción social es inmadura e incompleta. Además, el sentirse plétóricos de salud les hace percibirse como invulnerables, como con “un escudo protector” que les va preservar de todo mal.

### **La condición social**

Asimismo, y al igual que la infancia, es una etapa que en general se caracteriza por la dependencia de los adultos, lo cual implica que se encuentran al albur de las características del entorno más inmediato en el que están creciendo, con adultos estables/inestables, equilibrados/desequilibrados emocionalmente, con recursos educativos o sin ellos, con tiempo/falta de tiempo para acompañar su crecimiento, con atención/desatención, etc.

En estos momentos tienen lugar los procesos de socialización y

educación fundamentales. Si la socialización es adecuada, producirá consecuencias positivas para el menor; pero si ésta es inadecuada, provocará en el menor un estilo de vida negativo para el grupo, un rechazo de la cultura y el modo de ser de los adultos y de los demás, y una posible inadaptación social.

En síntesis, todos los menores/adolescentes son vulnerables frente al consumo de drogas, por su propia condición biológica y psicosocial, **pero no todos tienen las mismas circunstancias de riesgo**. Hay menores que están creciendo en un mayor número de situaciones difíciles, de circunstancias de riesgo, lo cual incrementa su vulnerabilidad. Introducimos de este modo un tercer concepto sobre el que consideramos importante también reflexionar y definir.

### **“Menores en riesgo” y riesgo ¿para quién? ¿para qué?**

El concepto de riesgo está imbricado con el de vulnerabilidad. Volvamos al diccionario de la RAE.

Riesgo. Sustantivo masculino. Primera acepción: contingencia o proximidad de un daño.

Riesgo. Correr riesgo = estar expuesto a perderse o a no verificarse.

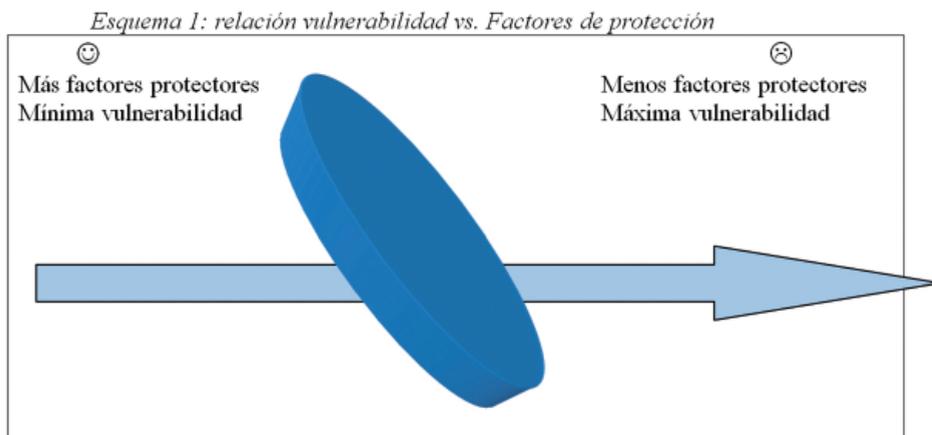
Población de riesgo = Conjunto de personas que por sus características genéticas, físicas, psicológicas o sociales son más propensas a padecer una enfermedad determinada.

Se trata de una definición proveniente del área medico/sanitaria. Pero si nos acercamos a la disciplina sociológica, Ulrich Beck, analizando la sociedad del nuevo milenio, acuñó el término “la sociedad del riesgo”, concepto ampliamente extendido en la sociología actual<sup>4</sup>.

Entonces ¿quiénes son los menores en riesgo? La clave que incrementa la situación de riesgo de un menor está en la ausencia de factores protectores.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) considera población vulnerable a “aquellos grupos o individuos que presentan una serie de atributos sociales, culturales y de relación individual en su entorno, independientemente de que se hayan iniciado o no en el consumo. Estos atributos les sitúan en una situación de **mayor vulnerabilidad con respecto a otros menores**, a la hora de desarrollar, con una cierta probabilidad, consumos problemáticos o comportamientos adictivos posteriormente” (OEDT, 2004) <sup>5</sup>.

Los factores de protección atraviesan transversalmente las diferentes situaciones de vulnerabilidad de los menores; de este modo, la vulnerabilidad es un gradiente y vendrá definida por los factores de protección que se presenten.



Fuente: Elaboración propia

**La vulnerabilidad tiene grados**, ya que se trata de un conjunto de factores protectores que van de más a menos: se está en una situación de menor vulnerabilidad, de bastante vulnerabilidad o de mucha vulnerabilidad, tanto individualmente como colectivamente.

Así, por ejemplo, desde las situaciones de menor vulnerabilidad (menores creciendo en un entorno “normalizado”, con familia acompañando su proceso de maduración, pautas educativas adecuadas, integración escolar, relacionado con un grupo de iguales no conflictivos, que consume moderadamente alcohol y tabaco los fines de semana con una funcionalidad recreativa), podemos pasar al extremo opuesto de máxima vulnerabilidad (por ejemplo, menores inmigrantes no acompañados, que han vivido en situaciones “de calle” antes de venir a nuestro país, tutelados en Centros de Protección, que han consumido y continúan consumiendo, si pueden, sustancias volátiles). Entre estos dos extremos existe todo un entramado de situaciones de vulnerabilidad, variadas, dinámicas y poliédricas, que conviene analizar antes de plantearnos cualquier tipo de actuación.

Resulta, por tanto, muy complejo definir un perfil de lo que se denomina “un menor en riesgo”, ya que cada menor difícil es un mundo. Aunque se repiten comportamientos similares, cada caso es fruto de una compleja conjunción de factores y de las experiencias que va teniendo desde que nace: tiene una historia familiar, unas características personales y un mundo afectivo único que contribuyen a modelar su identidad. Además, las circunstancias y las características que pueden incrementar la vulnerabilidad de los menores frente al consumo de drogas, como hemos comentado anteriormente, son muy dinámicas. Algunas de sus peculiaridades son:

- ❖ Las diferentes etapas evolutivas confieren un peso específico a algunas situaciones difíciles frente a otras: la vulnerabilidad frente a las drogas es mayor en la etapa adolescente media, con el punto de eclosión alrededor de los 15 años, frente a la pre adolescencia y la adolescencia tardía.

- ❖ Algunas dimensiones, en las que se ubican la presencia/carencia de protección, tienen mayor peso según el momento evolutivo; por ejemplo, las dimensiones familiares y escolares parecen ser determinantes en las primeras etapas de la adolescencia, pero su peso relativo, sin dejar obviamente de ser importantes, es menor en la adolescencia media y tardía.
- ❖ Los cambios en los entornos sociales, por el contrario, adquieren un peso determinante en la adolescencia media y tardía: la implicación con entornos de grupos de iguales con actitudes favorables al consumo es un aspecto fundamental en este tramo de edad.
- ❖ El papel de la autoestima familiar y escolar, configurado por unas buenas relaciones familiares y escolares, es clave en las primeras etapas adolescentes; sin embargo, comienza a cuestionarse la relación de la autoestima social como factor protector al constatarse una relación positiva entre esta dimensión y el consumo de drogas entre menores <sup>6</sup>.

### **Dos conclusiones clave:**

- la vulnerabilidad es una situación inestable que variará en función del peso que adquieran los diferentes factores de protección, de acuerdo con determinados elementos: etapas evolutivas, cambios en los entornos sociales, incremento de recursos personales y habilidades sociales. Estamos por tanto obligados a un análisis continuo de estas situaciones difíciles que incrementan la vulnerabilidad de los menores y su influencia en el consumo de drogas.
- No todos los jóvenes en situación de mayor vulnerabilidad desarrollarán consumos problemáticos de drogas. La mayor vulnerabilidad no es causa de estos comportamientos, sólo es **una probabilidad de ocurrencia de éstos.**

## 2.- Vulnerabilidad y potencialidades

La pregunta clave sería: ¿cómo se va configurando la identidad de un menor que posee mayor grado de vulnerabilidad que los demás coetáneos? ¿Cómo algunos adolescentes comienzan a desarrollar y consolidar las conductas de riesgo, entre ellas el consumo problemático de drogas?

Para orientar la intervención, nos ha resultado de utilidad didáctica la división de los menores difíciles en dos grupos teniendo en cuenta, como señalan M. Tarín y José Javier Navarro, que dentro de cada grupo existen infinidad de diferencias y graduaciones de vulnerabilidad <sup>7</sup>.

### **Menores atrapados por su pasado y por su entorno:**

Su mayor vulnerabilidad vendrá marcada por las **situaciones socioculturales** en las que están inmersos; es decir, los entornos sociales en los que se están socializando.

**Se incluyen aquí los indicadores clásicos de marginación social:** vivir en entornos socioeconómicos deteriorados, en situación de pobreza y precariedad social (barrios o zonas de alto consumo de drogas, desarraigo social, marginación, altos índices de delincuencia, problemas de vivienda), con hábitos de higiene y salud deficitarios.

Al estar creciendo en entornos próximos multiproblemáticos, se trata de menores con déficits afectivos y desajustes emocionales: situación de desamparo, desprotección, agresividad, maltrato físico y/o psicológico, con padres consumidores de drogas, con causas judiciales en curso o cumpliendo algún tipo de medida penal y que suelen mantener relaciones endogámicas con menores en su misma situación, pues sus recursos y habilidades sociales para la interacción social suelen ser limitados. Todo esto dificulta la interacción con personas diferentes a su medio y propicia los altos niveles de absentismo escolar,

problemas de rendimiento e integración escolar y la realización a veces de actos delictivos.

El inicio en el consumo en el grupo de iguales se produce a edades tempranas y, en numerosos casos, cumple una función escapista de las situaciones de frustración e insatisfacción en la que se encuentran.

### **Menores atrapados por la sociedad de consumo**

En el imaginario social se entiende por menores vulnerables a los menores definidos en el grupo anterior, pero es preciso una “reconceptualización” de lo que el imaginario social entiende por menores en situación de riesgo o menores vulnerables.

Esta revisión del concepto es necesaria porque, cada vez más en los últimos años, aparece un perfil diferente de menores, con un grado de vulnerabilidad más sutil porque surgen de grupos sociales más integrados, proceden de familias con una condición socioeconómica media, están escolarizados y estudian, disfrutan de las nuevas tecnologías y están imbuidos por el consumo: videoconsolas, motos, equipos de música, DVD, etc. Se trata de menores fruto del estado de “bienestar”, sobreprotegidos tanto familiar como socialmente. Son los llamados menores “tesoro”, pues las parejas ya no tienen más que uno o dos hijos, convirtiéndose por tanto en un “tesoro” que se ha de cuidar al máximo, cuya identidad se está configurando a la sombra de estas circunstancias sociales y con unas consecuencias evidentes: escasa consistencia y constancia en el esfuerzo, baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento, normas y límites desdibujados, sin una idea clara de dónde se ubican las fronteras entre lo permitido y lo no permitido, tendencia a sacralizar el ocio y dar prioridad al presente y a la diversión, a la universalización del consumo y de la moda... Son menores protegidos, efectivamente, pero no escuchados ni comprendidos, ni acompañados ni valorados, y que comparten muchas pautas de ocio y consumo con los menores del anterior grupo definido.

En resumen, los grados de vulnerabilidad pueden ser muchos y variados, presentar diferentes gradientes, pero hay algo fundamental para que los menores “aprendan” a convivir, a “manejarse” en un mundo que oferta, y seguirá ofertando, un conjunto de drogas cada vez más variopinto y sofisticado, es la **existencia de factores de protección y/o rasgos de resiliencia.**

La pregunta clave sería: ¿por qué algunos de los menores que viven en contextos de exclusión social, o entornos familiares deficitarios en cuanto a pautas educativas, tienen problemas con el consumo de drogas y otros no los tienen?

La respuesta está precisamente en la presencia o ausencia de factores protectores. Esa es la clave. Los factores de protección funcionan, a pesar del ambiente negativo en el que aparecen, y cuando estos factores protectores se han podido desarrollar adecuadamente, el menor está “protegido” frente a las drogas.

El objetivo prioritario es, por tanto, agrandar, fortalecer, engordar los factores protectores, las potencialidades de los menores, en lugar de poner el foco de atención en las deficiencias. De este modo, el estado de vulnerabilidad inicial se puede modificar hacia un estado de fortaleza.

### **3.- Factores de riesgo vs. factores de protección**

La prevención enfocada desde la perspectiva de riesgo está siendo cuestionada cada vez con mayor frecuencia, y presenta algunas limitaciones y problemas que exponemos a continuación:

1.- El uso de “factor de riesgo”, a menudo, conduce a la identificación, al etiquetaje y la estigmatización de los menores, sus familias y sus comunidades.

La investigación longitudinal sobre poblaciones de alto riesgo ha encontrado que al menos en el 50% de los menores, y por lo general en más del 70% de los menores incluidos en esta categoría, no se habían cumplido las probabilidades negativas (“profecías”), y no habían llegado a tener los problemas que se habían predicho a través de la investigación sobre los factores de riesgo (Werner y Smith, 1992); Bernard (1991,1995);Glantz y Johnson (1991); Masten y Coatsworth (1998);Resnick et al.,(1997); Scales y Leffert (1999); Tolan, et al.,(2000)<sup>8</sup>

En efecto, estudios longitudinales con colectivos de riesgo indican que 1/3 de los menores sucumben a las condiciones de riesgo, pero 2/3 no lo hacen; el motivo, según los autores anteriormente citados, es debido a que los factores de protección y los rasgos de resiliencia tienen una mayor capacidad predictiva que los factores de riesgo y, por lo tanto, deberían proporcionar la base de investigación para planificar intervenciones preventivas con los menores.

2.- El análisis de la realidad, si se realiza poniendo el foco solo en los riesgos o déficits de un colectivo, a menudo deja en un segundo plano la visión de los activos, potencialidades o fuerzas que todos los menores tienen, y al poder fundamentalmente protector que tienen por ser jóvenes y cuya confianza en la vida y en el futuro pueden ser usados como una fuerza de motivación.

3.- Un análisis enfocado sobre los riesgos o déficits deja a padres, profesores y otros agentes educadores en una actitud de desánimo y frustración, que puede dar paso a la inacción para apoyar el crecimiento y desarrollo saludable de los menores, por sensación de impotencia y por la percepción de encontrarse ante una “profecía autocumplida”.

4.- La identificación de los factores de riesgo precursores de problemas, no informa ni ayuda a definir lo que realmente hay que hacer.

La investigación sobre la resistencia, la potenciación o la resiliencia es la clave. Se trata de analizar por qué, algunos menores envueltos en múltiples situaciones de riesgo, se han desarrollado positivamente a pesar de las circunstancias adversas. Es en este aspecto en donde la intervención con los menores debería poner el acento.

El número de investigaciones sobre cómo y debido a qué algunos menores gestionan acertadamente los riesgos ambientales, y los desafíos a los que se ven sometidos, proporciona pistas y pruebas sobre los rasgos de resiliencia que influyen positivamente en la evitación de los problemas.

Cada vez un número creciente de profesionales se acerca a este concepto y a sus postulados, ya que lo encuentran más esperanzador, a la vez que da validez a intuiciones que ya existían derivadas de la práctica y de la intervención directa. De hecho, muchos programas de prevención de comportamientos de riesgo ya empleaban aproximaciones de intervención basadas en la resiliencia.

Este enfoque ha recibido diferentes nombres: activación del desarrollo, modelo de potenciación, desarrollo juvenil... en definitiva, todos ellos se refieren a fórmulas para dar respuesta a las necesidades de los menores de recibir afecto, acompañamiento, pertenencia, respeto, identidad, poder y dar significado a sus vidas.

Desde estos enfoques, es responsabilidad de la sociedad adulta intentar lograr mejoras en su esfera social, académica y personal, y proporcionar los apoyos y crear las oportunidades que cubran las necesidades de los menores, y a su vez promuevan resultados positivos en su desarrollo.

A continuación desarrollamos, en los dos apartados siguientes, las características más significativas de dos modelos clave para enmarcar la intervención con menores vulnerables: el modelo de potenciación

y el enfoque que pone el acento en el desarrollo de la resiliencia en este colectivo, con la convicción de que cualquier intervención debería enmarcarse en un modelo teórico explicativo que avale las acciones que se van a llevar a cabo. Su explicitación es importante para una adecuada comprensión de sus fundamentos, y de por qué se realizan determinadas intervenciones y no otras, así como la comprensión de la metodología que se pone en práctica.

#### **4.- Modelo de potenciación**

El modelo de la potenciación es, en esencia, un modelo pedagógico y educativo que diseña y pone en práctica estrategias para optimizar aprendizajes en el plano de desarrollo intelectual, socio relacional y emocional. Define un estilo de intervención, marca un talante, unos valores y una ética; proporciona orientaciones sobre cómo intervenir, además de ser un enfoque educativo que se concentra tanto en los recursos personales como sociales.

Los principios fundamentales del modelo de potenciación o competencia que nos proporciona pistas sobre cómo intervenir, son los que se resumen a continuación:<sup>9</sup>

**La visión ecológica del comportamiento** para la cual “el desarrollo humano es el resultado de la progresiva acomodación entre el sujeto (que está en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueve. La relación es bidireccional. Pero éstos a su vez, mantienen relaciones con otros entornos más dístales al sujeto, el cual se verá afectado por dichas relaciones. El sujeto a su vez se irá implicando progresivamente en el ambiente y, como consecuencia, influyendo e incluso reestructurando el medio en el que vive”<sup>10</sup>

**La conducta como resultado de la interacción** entre: los antecedentes que encuadran el comportamiento, la biografía del sujeto

y su propia historia personal, y las consecuencias que determinarán los comportamientos futuros.

Se asigna **un papel relevante al entorno en la génesis y mantenimiento de los comportamientos de consumo**, exigiendo por tanto que éste sea un elemento más de la intervención.

**Es un enfoque educativo** que se concentra en los recursos, tanto personales como sociales, asegurándose de que se está contribuyendo a su proceso de crecimiento personal, teniendo en cuenta el desarrollo del menor.

**Se incide directamente sobre el menor**, le proporciona herramientas personales para aumentar la percepción de control sobre sus circunstancias y para favorecer elecciones más informadas y facilitarle, a través de experiencias de éxito, la realización y el mantenimiento de comportamientos de salud.

**Se sitúa en una perspectiva positiva.** El foco se pone en las posibilidades del menor, en lo que es capaz y en lo que puede llegar a ser capaz, apostando por las potencialidades del menor y los grupos de menores, y por la creencia en la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de recursos.

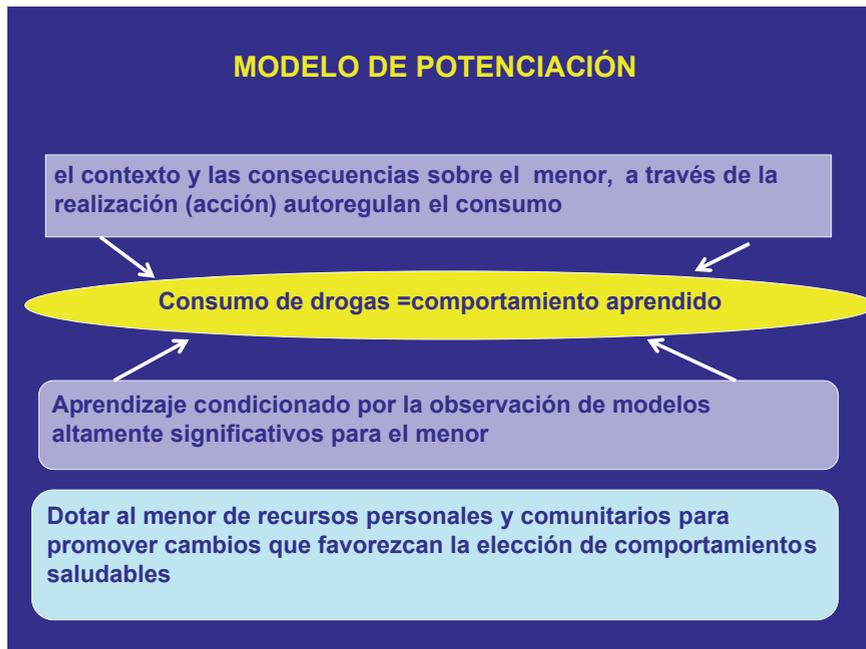
**La acción como elemento que facilita y consolida el aprendizaje**, ajustándose estos aprendizajes a las características de los menores y a las situaciones particulares.

**Concede suma importancia a la observación e imitación de los modelos de conducta significativos para el menor**, como pueden ser: sus padres, profesores, líderes mediáticos, grupo de iguales....

En resumen, desde el modelo de potenciación, el consumo de drogas se concibe como un comportamiento aprendido, condicionado por la observación de modelos altamente significativos para el menor, que en la infancia y adolescencia temprana son los padres/madres pero que en la adolescencia media y tardía son los amigos/as y el grupo de iguales. Consumo que, a su vez, está mediatizado y se auto regula por el contexto en que está creciendo el menor y por las consecuencias percibidas sobre el mismo (percepción de riesgo).

La finalidad, desde este modelo, es dotar al menor de recursos personales, afectivos y sociales, así como comunitarios, con objeto de promover cambios positivos que desarrollen actitudes positivas hacia la salud y favorezcan la elección de comportamientos saludables.

*Esquema 2: Modelo de Potenciación aplicado al consumo de drogas*



Fuente: Elaboración propia

## **5.- enfoque basado en la teoría de la resiliencia**

Los factores de protección personales consisten, fundamentalmente, en repertorios de destrezas y en cualidades que son el resultado de la interacción biográfica del menor con su entorno social y familiar, de modo que no se trata de factores independientes.

Un cuerpo creciente de investigación, sobre cómo la juventud gestiona los riesgos ambientales y 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).

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 11.

Al panel de investigadores se le encargó seleccionar y desarrollar una evaluación comprensiva, a base de investigar sobre factores de resiliencia externos e internos. La evaluación tendría que tener una fundamentación teórica, y demostrar la fiabilidad, validez y la adecuación cultural y de desarrollo para ser empleada en escuelas de California.

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

El marco teórico identifica seis ejes o grupos de rasgos protectores, tres de ellos son externos y los otros tres tienen un carácter interno:

Los de carácter externo son: relaciones de cuidado y acompañamiento, expectativas positivas, implicación y participación significativa en el entorno próximo. Los de carácter interno son: competencia para la interacción social, autonomía y seguridad en uno mismo y sentido del significado y propósito de uno mismo (identidad).

En cada uno de estos ejes o grupos de rasgos protectores, se han identificado una serie de variables que han demostrado, a través de la investigación científica, asociarse significativamente con rasgos de protección de riesgos para la salud de los adolescentes.

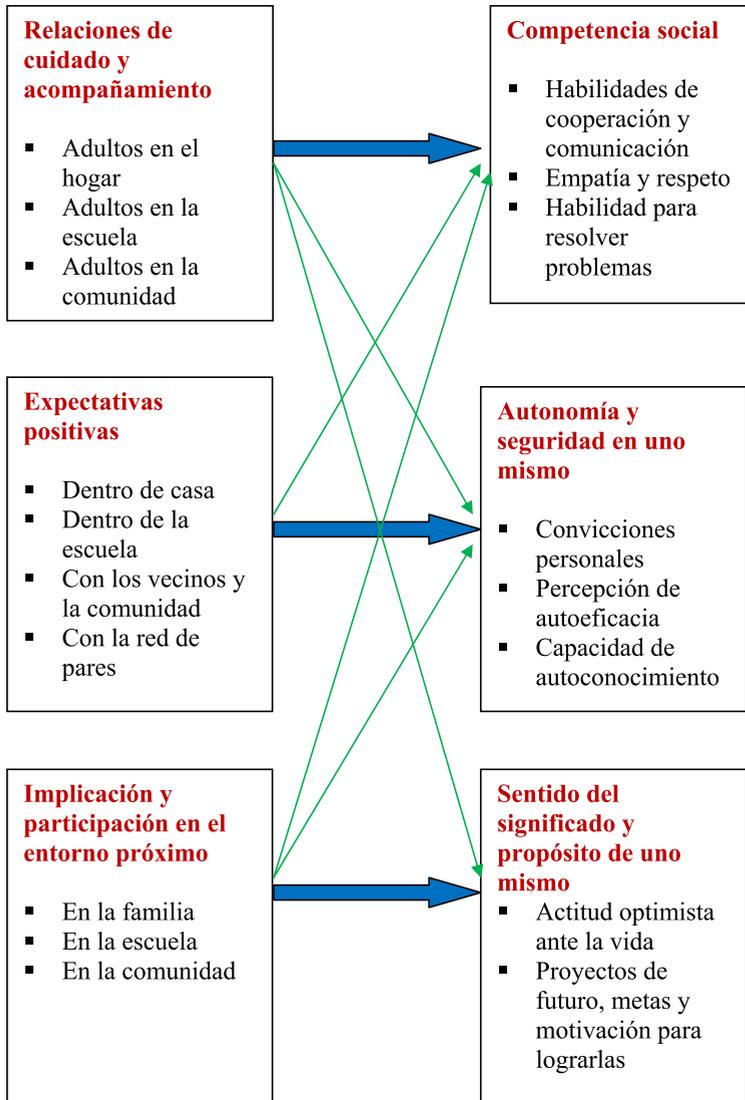
Los tres factores protectores (activo externo): las relaciones de cuidado, altas expectativas y la participación significativa, incluyen, cada uno de ellos, su referencia a dentro de casa, la escuela y la comunidad. El activo adicional que implica a pares es incluido en la escuela de relaciones de cuidado 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.

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.

*Esquema 3. Marco teórico sobre la resiliencia relacionada con la salud de los menores<sup>1</sup>*

(Las relaciones primarias supuestas entre el activo externo e interno son indicadas por flechas de color azul, mientras que otras hipotéticas relaciones importantes se indican con flechas finas de color verde):



<sup>1</sup> Citado en Constantine Norman, A.; Benard, B.; Diez, M. (1999), "La evaluación y medición de Factores Protectores y Rasgos de Resiliencia en población juvenil (School and Community Health Group, WestEd, Oakland, CA. Papel presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. New Orleans, LA, June, 1999 (revised September 20, 1999).

Esquema 4.- Factores de resiliencia (variables) que articulan el grupo de rasgos protectores (apoyos y oportunidades) de carácter externo

APOYOS EXTERNOS	RASGOS DE RESILIENCIA ESPECÍFICOS EXTERNOS
<p><b>1.-Relaciones de cuidado y acompañamiento</b>                      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>                      Adultos en casa (hogar)                      Adultos en la escuela                      Adultos en la comunidad                      Grupo de iguales</p>
<p><b>2.-Expectativas positivas</b>                      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>                      Adultos en casa (hogar)                      Adultos en la escuela                      Adultos en la comunidad                      Grupo de iguales</p>
<p><b>3.-Implicación y Participación significativa</b>                      La implicación y la participación de los menores en actividades que favorecen el desarrollo su responsabilidad y el compromiso</p>	<p><b>Implicación, participación y compromiso en</b>                      Casa (hogar)                      Escuela                      Su comunidad</p>

*Esquema 5.- Factores de resiliencia (variables) que articulan el grupo de rasgos protectores (apoyos y oportunidades) de carácter interno*

FACTORES PROTECCIÓN	RASGOS DE RESILIENCIA ESPECÍFICOS INTERNOS
<p><b>4.- Competencia para la interacción social</b>                      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.  <b>Empatía y respeto:</b> Capacidad para comprender y aceptar otras experiencias y otros sentimientos  <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 un decisión y actuar.</p>
<p><b>5.- Autonomía y seguridad en uno mismo</b>                      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 y capacidad de luchar por las propias creencias.  <b>Percepción personal de autoeficacia:</b> creencia en las propias competencias  <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>                      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                      Metas y aspiraciones: deseos concretos y planes de futuro. Altas expectativas en uno mismo.</p>

## 6.- Principios de intervención con menores vulnerables

Presentamos, a continuación, unos principios generales de intervención, enmarcados dentro del Modelo de Potenciación anteriormente descrito, válidos tanto para servicios especializados sobre drogas, como para los generales, y tanto en entornos residenciales como en el medio abierto. Las diferencias las encontraremos en la aplicación concreta de las acciones, o en algunas estrategias específicas de intervención, pero no en la esencia del modelo.

### 6.1.- Procesos estratégicos: principios clave relacionados con ¿qué hacer?

#### Primacía de la intervención educativa

Todas las estrategias y las medidas adoptadas tienen un carácter fundamentalmente educativo en sentido amplio. Esto implica que cualquier intervención ha de ajustarse a tres aspectos primordiales, que son los objetivos de cualquier intervención educativa:

- ✓ Lo prioritario no es evitar o huir del afrontamiento de las situaciones de riesgo
- ✓ Se trata de hacerlo de la mejor manera posible, adquiriendo habilidades y recursos para poder afrontar situaciones nuevas o problemáticas diversas
- ✓ La clave es ir obteniendo avances paulatinos para el cambio necesario

#### Combinando estrategias

**Las intervenciones más eficaces** son las que inciden en todas las áreas básicas del desarrollo sociopersonal del menor. Estas necesidades formativas estarán relacionadas con:

- ❖ **El área cognitiva, es decir, todo lo relacionado con la modificación de creencias**, se trata por ejemplo de: conocer los efectos y las consecuencias de las drogas de abuso más frecuente en su entorno inmediato, incrementando la percepción de riesgo y quebrando los mitos asociados a las drogas que contribuyen a banalizar su consumo.
  
- ❖ **El área afectiva, incidiendo en:**
  - **El desarrollo de habilidades específicas** frente a las drogas, tales como: la capacidad para resistir ante situaciones en las que se sienten presionados a consumir, el desarrollo del pensamiento crítico, sobre las influencias del contexto inmediato y de los medios de comunicación que incitan al consumo.
  
  - **El desarrollo de habilidades inespecíficas** para desenvolverse de forma positiva en su entorno más próximo, tales como: habilidades de autocontrol, habilidades de comunicación asertiva, capacidad de afrontar y de resolver problemas y conflictos y capacidad de tomar decisiones autónomamente.
  
- ❖ **Actitudes no favorables al consumo de drogas**, modificando la percepción de consumo normativo en el grupo: *“es normal, todos/as lo hacen”*.
  
- ❖ **El desarrollo de estrategias de ocupación activa:** necesidad de un proyecto de futuro, así como el desarrollo de competencias prelaborales y de ocupación creativa y saludable del ocio y del tiempo libre.

## **6.2.- Procesos operativos: principios clave relacionados con cómo lo vamos a hacer?**

### **La detección temprana**

Un número importante de los adolescentes presentan problemas serios de conducta. Estos problemas a menudo parten de dificultades surgidas en la infancia y que no han recibido una respuesta adecuada y, por lo tanto, no han sido resueltas.

Así, según diversos especialistas, ciertas psicopatologías infantiles o preadolescentes funcionarían como “luces de alarma” que facilitarían la identificación temprana del riesgo, por ejemplo, conductas violentas de comienzo infantil, trastornos con ansiedad asociada, trastornos depresivos, trastorno disocial, y trastorno negativista desafiante que, de acuerdo con diferentes estudios longitudinales, nos alertarían del alto riesgo de que sus consecuencias se agravarán en la etapa adolescente, y se manifestasen en varios frentes: rechazo de los iguales, asociación con amigos problemáticos, fracaso escolar... y, por todo ello, se pueden considerar predictores del inicio del consumo de sustancias y del abuso posterior<sup>12</sup>.

Es importante señalar que esto no quiere decir que la mayoría de los niños con trastornos psicopatológicos estén predestinados a tener conductas violentas, antisociales y/o abuso de sustancias, pues un porcentaje importante no termina consumiendo. Se trata de un diagnóstico que funciona simplemente como marcador de alto riesgo, pero que de ninguna manera pronostica el futuro de un niño determinado.

Sin embargo, actuar a tiempo evitaría la progresión de los problemas, y las intervenciones serían más eficaces y menos costosas que las dirigidas a edades superiores, y se evitaría tanto su cronificación como la emergencia de riesgos nuevos que, a menudo, no suponen

otra cosa que una acumulación de déficits anteriores no resueltos. Esta actuación, al mismo tiempo, favorecería el desarrollo de recursos protectores para afrontar el consumo de drogas y otras problemáticas.

### **La construcción de un buen perfil de vulnerabilidad**

Este es un paso clave que debe establecerse con anterioridad a cualquier intervención, tanto grupal como individual, incluyendo qué criterios e indicadores son los que van a determinar esa vulnerabilidad.

Para construir este perfil, se deben seleccionar los criterios a tener en cuenta y, en cada uno de ellos, incluir indicadores que nos ayuden a determinar el grado de vulnerabilidad de cada menor; de este modo, no se generalizarán comportamientos y se impedirá la estigmatización y el tan pernicioso etiquetado de los menores. Además, este paso previo nos va a permitir planificar y desarrollar acciones educativas a medida (“traje a medida”). Igualmente es preciso estudiar las características del consumo de drogas que está realizando (patrón de consumo).

Para lograr todo ello, se observará al menor en el medio en el que vive y cómo se relaciona con él; qué tipo y cómo son las relaciones que establece con los adultos de referencia, cómo interacciona con su grupo de iguales, en qué contextos tienen lugar sus consumos, cuáles son sus prácticas de riesgo y qué está dificultando su aprendizaje. Es fundamental elaborar un buen diagnóstico sobre sus creencias, actitudes y sobre los comportamientos problemáticos que están entorpeciendo su crecimiento madurativo; el pronóstico se debe hacer con la máxima precisión y cautela, con objeto de evitar en algunos casos sobredimensionar el problema, como en otros infravalorarlo y no actuar a tiempo.

Además, como propone el modelo de potenciación, el foco de atención debería orientarse a la identificación, valoración y fortalecimiento de los factores de protección, más que a la disminución

de los factores de riesgo. Así, un adolescente con recursos para afrontar las presiones del medio, resolutivo, y con capacidad para solucionar sus problemas, es más proclive a no tener complicaciones con el uso de drogas, que otro adolescente que tenga menos desarrollados estos recursos personales.

### **La mirada integral sobre los adolescentes y sus contextos**

El consumo de drogas no es un “compartimento estanco” dentro de la vida de un menor, sino que guarda una relación directa con su estilo de vida y con su adaptación en cada una de las áreas por donde transcurre su vida cotidiana. El abuso de drogas no tiene una ocurrencia súbita, sino que aparece en el contexto del desarrollo del menor e influye en su curso posterior, forma parte de una secuencia conductual que, a menudo, conduce a nuevas consecuencias negativas, responden a un proceso de búsqueda de identidad en el que todo está interrelacionado. Por eso, no es el único objetivo de la intervención, ni debería ser el punto de partida, ni debería contemplarse tampoco como el resultado final.

Este principio sugiere no intervenir de manera focalizada sobre un conflicto concreto, en especial para evitar la estigmatización del menor como “sujeto con problemas de adicción o drogodependiente”. Como señala Díaz Aguado, “la intervención efectiva debería orientarse desde una perspectiva que comprendiera diversas conductas de riesgo, en lugar de centrarse específica y exclusivamente en una de ellas, como puede ser el consumo de drogas. Los programas mejores son los que orientan la intervención de forma que permitan optimizar el estilo de vida global del adolescente” (Díaz Aguado. M<sup>aj</sup>.1998) <sup>13</sup>.

La consideración conjunta de algunos problemas, recogidos bajo el mismo “paraguas” de trastornos de conducta, tales como conductas antisociales, violentas, delincuencia, abuso de drogas..., no significa que sean un mismo fenómeno, sino que se abordan conjuntamente porque

se asocian a factores de riesgo idénticos y porque a menudo se presentan solapados e interrelacionados (Becoña, E. 1999) <sup>14</sup>. La presencia de cualquiera de estos comportamientos, son “señales” a las que prestar atención para iniciar intervenciones preventivas en todos los escenarios en los que transcurre la vida del menor, concediendo especial relevancia a la familia, la escuela, el grupo de iguales y los escenarios de ocio y tiempo libre, y buscando su equilibrio psicosocial.

### **La visualización de los avances**

Es fundamental emplear estrategias metodológicas que procuren consecuencias inmediatas. Para lograrlo, es preciso utilizar recorridos de intervención con un inicio y un final claramente definidos, donde en cada momento se puedan hacer visibles los logros y los avances del trabajo realizado, y en los que haya que tomar acuerdos y decisiones en las que los menores se puedan sentir protagonistas y útiles.

### **La constancia en las intervenciones**

Para reforzar los objetivos y el mantenimiento de los avances logrados **las intervenciones han de ser prolongadas**, no puntuales. Por la vida de los menores más vulnerables pasan muchas personas y suelen ser significativas aquellas que permanecen por un tiempo; cuanto más vulnerable es un colectivo de menores, más intensas deben ser las intervenciones. Sería conveniente, en este sentido, implementar programas de seguimiento y de refuerzo.

### **La importancia fundamental de la familia**

Toda intervención dirigida a los menores ha de contemplar el apoyo a la familia como institución básica, en la que se desarrolla el crecimiento del menor, y como agente de socialización primordial. Gran parte del trabajo con menores, es el trabajo con los padres/madres/

tutores. Por tanto, con objeto de realizar una detección temprana y poder trabajar preventivamente, es fundamental detectar familias con situaciones difíciles que puedan incrementar la vulnerabilidad de los menores.

Las familias con déficit en su capacidad de ejercer sus deberes como padres/madres: carencias en el cuidado básico y supervisión de los hijos, falta de habilidades para organizar el contexto familiar, que presentan una interacción familiar no estable ni afectiva y, sobre todo, con dificultades importantes para ejercer su papel como educadores (como modelos desarrollando pautas de control, con relación afectiva y comunicativa con los hijos, acorde a las necesidades de éstos), constituyen un grupo diana de intervención de primer orden.

Las intervenciones dirigidas solo a los menores, o solo a las familias, son menos eficaces que si se refuerzan mutuamente; es decir, si se apoyan. Pero cualquier actuación con la familia debe partir siempre de un trabajo anterior con el menor. Hay que prestar especial atención a no “saltarse” al menor, que es el objetivo prioritario de nuestra intervención.

La intervención con las familias pueden comprender acciones, de menor a mayor intensidad, tales como:

- Información y asesoramiento

Aunque la solicitud de información y orientación, por parte de los padres o tutores legales de los menores, se refiera a los consumos específicos de drogas, hay otros aspectos que suelen estar solapados, en mayor o menor medida, y que resultan ser objeto prioritario de atención como son: la escasa asunción y control de normas, las dificultades de comunicación con los hijos, las actitudes agresivas, los actos delictivos, la ocupación inadecuada del ocio y del tiempo libre, la incapacidad por parte de los padres para manejar las conductas

problemáticas de sus hijos... La disponibilidad y flexibilidad para recoger demandas variadas ha de ser amplia.

Se trata de facilitar a las familias un espacio de encuentro, escucha y análisis de actitudes y relaciones con los hijos/as. Estas acciones de información y asesoramiento, normalmente a través de comunicaciones puntuales con los padres, se llevan a cabo en un momento concreto y no tienen una continuidad en el tiempo; son intervenciones que se agotan en sí mismas, pero que son muy importantes y la respuesta ha de ser rápida, ya que, aunque sean breves, son suficientes para orientar y propiciar un cambio y, lo que es más importante, para conseguir “enganchar” a los padres / madres. Pero, para conseguir esto último, las familias tienen que percibir que han encontrado un sitio donde se les escucha, se les entiende y se les aportan orientaciones concretas. No hay que perder de vista que las madres/ padres acuden buscando soluciones y no únicamente un diagnóstico sobre los problemas de sus hijos, por ello, es conveniente ser prácticos en las respuestas, en caso contrario, seguramente no volverán. (Arbex.C, 2002) <sup>15</sup>.

- Acciones de formación

Si hemos sido capaces de implicar a las familias de los menores, podremos plantear otras actividades más continuadas, en varias etapas o momentos, con la planificación de un número determinado de sesiones para la consecución de unos objetivos definidos y el desarrollo de unos contenidos.

El trabajo con las madres/padres habitualmente supone, además del consumo de drogas por parte de los hijos, el abordaje de otros conflictos familiares tales como: el uso de drogas por parte de los padres o hermanos, una dinámica familiar deteriorada, un estilo educativo inadecuado, la ausencia de supervisión, de normas y de límites claros en casa, dificultades de comunicación padres- hijos, incapacidad para manejar las conductas problemáticas de sus hijos.

Para que estos encuentros de madres/padres resulten atractivos, conviene potenciar el papel de los padres como protagonistas, favoreciendo una metodología proactiva basada en espacios de diálogo, dándoles la oportunidad de expresarse, de transmitir sus experiencias y poner en común sus inquietudes con respecto a sus hijos. Aunque en estos encuentros se contemplen aspectos centrales del consumo de drogas, sus objetivos y contenidos suelen ser de carácter inespecífico y de asesoramiento en el manejo de las relaciones con sus hijos.

Estas intervenciones pueden ser grupales y, si se estima necesario, individualizadas y con seguimiento de alguna familia en concreto.

### **Trabajo interdisciplinar**

La complejidad de la intervención con menores vulnerables obliga a una estrecha colaboración entre distintas disciplinas, lo que favorece la obtención de una mayor y mejor comprensión del proceso evolutivo y socializador del menor. Por lo tanto, es conveniente integrar diferentes agentes socioeducativos en la planificación y aplicación de los proyectos y programas: profesionales con formación pedagógica (maestros, educadores) psicólogos, personal sanitario, trabajadores sociales, mediadores juveniles y expertos en educación entre iguales a través de la intervención con líderes de grupo.

### **Trabajo en red**

La intervención con los menores más vulnerables también exige la implicación de múltiples acciones paralelas: familiares, escolares, sanitarias, de servicios sociales e incluso mediáticas. Se trataría de implicar en la intervención a la mayor parte posible de los agentes sociales que interaccionan con los menores, que aunque utilicen estrategias de intervención diferentes estén entrelazadas entre sí, creando un buen sistema de trabajo en red.

Crear una red de detección de menores en situación de mayor vulnerabilidad es algo que compete a diferentes servicios y recursos: educativos (la escuela tiene un papel clave), sanitarios (atención primaria, pediatría, urgencias, salud mental...), servicios sociales (la detección y el contacto con familias problemáticas es fundamental), mediadores juveniles, (los espacios de ocio son muy idóneos para la detección y captación de menores vulnerables), y el tejido asociativo en contacto con menores entre otros.

La relación, coordinación y colaboración entre diferentes recursos de la zona, y con todos los servicios y entidades que habitualmente tienen relación con los adolescentes, resulta esencial para: <sup>16</sup>

- establecer indicadores comunes para la detección de menores en situación de especial vulnerabilidad
- diseñar posibles estrategias de captación, sea a través de un “estilo de búsqueda” (educadores en medio abierto) o a través de un “estilo de espera” (profesionales de centros educativos, servicios, u otros recursos)
- una vez detectados y captados, establecer criterios para la derivación a los diferentes recursos a su alcance
- utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles, con objeto de dar una respuesta eficaz e integral
- actualizar permanentemente los programas, actividades y servicios de cada recurso, evitando el solapamiento de actividades

Es fundamental que las entidades y recursos comunitarios del barrio o municipio tengan claro para qué y el por qué de la coordinación y, asimismo, clarifiquen el cómo de la misma y se realice una evaluación continuada de dicha coordinación.

## **La utilización del medio inmediato como recurso y normalización del menor**

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

- los recursos comunitarios próximos son un elemento clave en la detección y prevención de situaciones de riesgo
- los recursos humanos y materiales que estén disponibles, más cercanos y próximos al menor, se utilizan siempre que sea posible y se implique a todos sus componentes en la actuación

Es importante primar, siempre que ello sea posible, la no-institucionalización del menor, atendiéndoles donde están, en su ambiente, evitando el distanciamiento de su entorno familiar, escolar, barrio, amistades, etc., y apartándolo de su entorno *únicamente en casos excepcionales*.

Las intervenciones desde el cercano entorno comunitario del menor son las más eficaces; es decir, programas tales como: atención a la convivencia familiar, atención a las necesidades educativas especiales en los centros educativos, programas diseñados por los servicios sociales de base o desde su centro de salud para menores más vulnerables, programas del movimiento asociativo relacionado con menores y con sus problemáticas, programas de educación en medio abierto... Todas aquellas respuestas que puedan darse desde las instancias normales, generales o primarias, no deberían darse desde las especializadas.

### **6.3.- Algunos principios pedagógicos relacionados con el saber hacer y el saber ser**

En este apartado presentamos algunos principios pedagógicos clave para una intervención eficaz con los menores. Está dividido en dos subapartados: uno relacionado con el “saber hacer” de los profesionales, es decir, sobre algunas “buenas prácticas” que convendría no perder de vista en la intervención con los menores y, un segundo subapartado que hemos denominado “saber ser” que señala cinco supuestos clave para que la relación educativa que establezcamos con los menores constituya, en sí misma, una buena herramienta de intervención.

#### **6.3.1.- Saber hacer**

##### **¿Qué les pasa? vs. ¿Qué han hecho?**

No perder la perspectiva de que lo importante es el menor, su persona, no sus actos y, desde esta perspectiva, estructurar las diferentes intervenciones a realizar.

Esto no quiere decir que se pasen por alto las responsabilidades del menor, o se ignoren las consecuencias de sus comportamientos, sino que el objeto de la intervención son las dificultades y las insatisfacciones que él sufre. Esto implica confianza en la persona (pueden salir de ellas, si se lo proponen) y una perspectiva optimista sobre su recuperación.

##### **La versatilidad ante diferentes situaciones**

La diversidad de situaciones y momentos del desarrollo físico, emocional, cognitivo y comportamental entre los adolescentes es muy grande: cada adolescente vive esta etapa de una manera particular, resultado directo del medio social en que se desenvuelve; es decir, diferencias en los entornos socioculturales producen diferentes maneras de ser adolescentes.

Es importante que los educadores, en la medida de lo posible, se adapten al patrón de personalidad y al estilo de aprendizaje de los menores, tratando de ajustar lo más posible la intervención, además de a su momento evolutivo y desarrollo madurativo, a sus características de género, nivel educativo, sociales, culturales, etnia, etc.

### En clave adolescente

No olvidemos que se está interviniendo, mayoritariamente, con adolescentes y, por lo tanto, es previsible esperar en su comportamiento dificultades e inquietudes propias de su momento evolutivo, tanto a la hora de establecer objetivos como criterios metodológicos.

Se trata de observar y escuchar a personas que se rigen por lógicas diferentes a las de los adultos. Aspectos clave como la impulsividad adolescente, la preocupación por el presente frente a la del futuro, las conductas desafiantes e imprudentes, la sensación de inmunidad e invulnerabilidad frente a los riesgos, la adopción de valores y actitudes alejados de los padres y adultos en búsqueda de una identidad propia, la necesidad de transgresión, la implicación en el grupo de iguales y su especial influencia en la conducta individual, las expectativas hacia el consumo de drogas y su particular balance riesgo/beneficios...son todas cuestiones muy importantes a tener en consideración.

En algunos casos, como señala Funes Artiaga (1999)<sup>17</sup> “la condición evolutiva del adolescente nos ha de llevar **a saber esperar**, pues hay algunas conductas de los menores que son pura provocación y sus transgresiones son de “condición” y con su natural evolución probablemente desaparecerán, si hemos tenido la paciencia para no reaccionar inadecuadamente etiquetando al menor. No olvidemos que el adolescente se está construyendo a fuerza de oponerse”.

## **La agilidad, la creatividad y el dinamismo en las respuestas**

La inmediatez que caracteriza a los adolescentes requiere de profesionales mucho más pacientes que en otro tipo de intervenciones, sobre todo con los menores más vulnerables en los que la impaciencia desbordante, sobre todo por la ausencia de límites, la falta de autocontrol y la escasa valoración del esfuerzo como requisito para obtener beneficios, es todavía más acuciante. Si estos menores no encuentran una respuesta rápida, en seguida surge la desmotivación, la frustración y, en consecuencia, el rechazo del educador/a.

Por consiguiente, el dinamismo, la creatividad y el ingenio de los profesionales deberían estar siempre presentes en el trabajo con este colectivo, para diseñar actividades y estrategias de intervención que les seduzcan. Se trata de estar alerta permanentemente para actualizar y descubrir lo que se puede hacer en cada momento, y cómo hacerlo de forma ordenada, dando prioridad a unos objetivos frente a otros en función de las transformaciones constantes, propias del momento evolutivo en que se encuentran.

En efecto, los menores son personas en pleno y acelerado proceso de cambio, por lo que las respuestas deben tener un carácter de “provisionalidad”, observando atentamente las consecuencias que las estrategias y actuaciones tienen en su desarrollo, y prestando especial atención a la posible adjudicación al menor de algún tipo de etiqueta o estigmatización totalmente desaconsejable, tales como: menor conflictivo, problemático, abusador de drogas, etc.

## **El carácter procesual y progresivo de la intervención**

Los procesos de intervención con los menores no serán nunca lineales, sino que estarán llenos de altibajos. La inestabilidad emocional propia de esta etapa evolutiva, junto a las variedades de situaciones familiares, provocará en la relación muchas idas y venidas.

Es importante que el profesional sea constante, no se desanime, ni valore negativamente la respuesta del menor para no perder el pulso de la relación.

### **6.3.2.-Saber ser. ¿Como conseguimos una relación educativa que facilite el cambio?**

Cinco elementos clave para que la relación personal que establezcamos con los menores constituya en sí misma una estrategia que facilite el cambio pretendido.

#### **1.- Ganando la confianza del menor**

En el inicio de la relación con los menores, las dificultades que se presentan con más frecuencia son la negación del problema y las discrepancias con el educador/a sobre la percepción del consumo problemático de drogas que están realizando. En algunas ocasiones los menores tienen conciencia de problema, pero sin vincularlo al consumo; las frases más frecuentes suelen ser del tipo: **“No tengo problemas con las drogas, yo controlo, las dejo cuando quiera”** o bien **“tengo algunos problemas, pero no son por las drogas”**.

El reto principal por parte de los educadores es despertar su interés y adaptarnos a su “modernidad”, como indican Tarín y Navarro<sup>18</sup>, porque “si nos perciben como “extraterrestres” en su mundo, difícilmente podremos acercarnos. El proceso de conocimiento y relación del menor con el adulto/profesional suele ser muy lento al inicio de la relación, pues hay que interactuar con ellos/as y conseguir acceder a su mundo. Algunos trucos pueden ser: conocer un poco la música que escuchan, algún truquito de la play, alguna web de moda, marcas de ropa que llevan, nombres de discotecas o locales que frecuentan, etc., más adelante ya habrá tiempo de hablar de las drogas que consumen”. Pero es importante no perder de vista que no se trata de ser un colega más, sino de establecer una estrategia para acercarse al menor, teniendo en cuenta que los límites han de ser muy claros desde el principio.

Por otro lado, es importante también que nos identifiquen con algún elemento de su cotidianidad: su barrio, la residencia, el centro de día, el equipo de fútbol, el programa de formación laboral... hace falta tiempo y diversidad de acompañamiento en situaciones de su vida cotidiana, compartiendo, a ser posible al inicio de la relación, experiencias gratificantes que más tarde permitan mantener una relación educativa.

El tipo de relación educador-menor o menores, creado en estos primeros contactos, va a predecir “el enganche” de éstos y, por tanto, la eficacia de la intervención.

## **2.- Escuchando y expresando empatía**

Es importante tratar de situarnos en la perspectiva de los menores con los que estamos tratando, haciendo un esfuerzo por escuchar sus puntos de vista y analizando el medio en que se están desarrollando. Este ejercicio de empatía pasa por asumir las contradicciones entre ambientes vitales tan distintos y, a veces tan distantes, como son el de los profesionales y el del propio menor. Las distancias entre el mundo adulto y el mundo de los menores/adolescentes obligan a una cierta flexibilidad, y a entender que la interpretación que ellos hacen del consumo de drogas es diferente a la nuestra. Se trata de observar, escuchar e intentar comprender los sentimientos y pensamientos de personas que se rigen por lógicas diferentes a las de los adultos. Las personas que intervenimos con adolescentes olvidamos demasiado a menudo este aspecto clave. Por ejemplo, en el marco de su realidad y dentro de ciertas subculturas juveniles, el consumo de ciertas drogas pasa a convertirse en algo “normal” y el que no las consume es catalogado como “raro”.

El profesional que interactúa con los menores debe tener la habilidad de saber escuchar de forma activa y paciente, pero simultáneamente crítica, sin perder de vista que aceptación y respeto no significan

identificarse, ni estar de acuerdo con lo que ellos/as dicen, con sus creencias, actitudes ni con sus comportamientos

Para expresar empatía con el menor o los menores, es conveniente demostrar interés por cada uno de ellos/as, empezando por escuchar sus sentimientos y no quedándose únicamente en lo que expresan; es decir, en lo que verbalizan, sino también en lo que no exteriorizan o en lo que están queriendo decir.

La capacidad del educador/a para observar, escuchar, relacionarse y comunicarse con los adolescentes de un modo efectivo constituye una de las herramientas más valiosas de que dispone, y que va a facilitar conseguir un clima favorable para el cambio.

En la intervención con menores, la mayor parte del éxito vendrá determinado por la calidad de la comunicación, y por la calidez de las relaciones interpersonales que se establezca con los niños y adolescentes con los que se está interviniendo. Para la consecución de este logro, y en relación al tema del consumo de drogas que nos ocupa, son varios los retos:

- ✓ La sensación de “prisas” no es una buena consejera. Preguntar en seguida por las drogas, abordar los problemas de abuso de las mismas en un primer momento, no suele dar buenos resultados. Comenzar a trabajar con las preocupaciones de los chicos/as facilita la tarea, sobre todo si somos capaces de expresar empatía hacia las mismas. El menor desea hablar probablemente sobre otros temas que le preocupan más y que son más amplios. Como indican Tarín y Navarro, “estos menores necesitan tiempo, espacios de comunicación abierta sin trabas, de mediación, aprendizaje y habilidades para fortalecer su débil esqueleto”.
- ✓ Los menores más vulnerables suelen estar emitiendo mensajes y actitudes relacionados con el consumo abusivo de drogas, en los

que subyacen determinadas creencias, actitudes y sentimientos que conviene entresacar, intentando que ellos/as mismas los reconozcan y expliciten. En ese momento, podremos discutir abiertamente sobre su relación con las sustancias, con el objetivo de escuchar y confrontar positivamente qué está queriendo expresar con el tipo de consumo que está realizando, y de qué manera se le puede proporcionar una respuesta. Utilizar un lenguaje sencillo y directo, que sirva de código común, es clave.

### **3.- Ajustando las expectativas**

Dos cuestiones son fundamentales en este sentido: ¿qué espera el menor del profesional y viceversa?, ¿dónde sitúa el profesional las posibilidades del menor? Estas expectativas iniciales van a condicionar el inicio de la relación y su desajuste suele caracterizar algunos de los primeros conflictos.

Por parte de los profesionales es importante expresar optimismo y confianza en las posibilidades de cambio aunque, a veces, también es aconsejable no creerles todo de lo que nos transmiten. Sin embargo, aún en esta situación, no debemos dejar de hacer hincapié en la confianza en sus posibilidades de cambio. También los profesionales han de tener en cuenta sus propias limitaciones, no caer en la omnipotencia, ya que hay realidades y circunstancias personales, sociales y psicológicas que no se cambian fácilmente con una intervención, por muy bien diseñada e implementada que sea.

Por parte del menor es clave que conozca exactamente lo que le puede aportar el profesional, para qué está allí, en qué puede contar con él/ella...

### **4.- Ayudando a realizar un balance ventajas/inconvenientes**

Poner a los menores en situación de realizar un balance entre ventajas e inconvenientes del consumo de drogas que estén realizando

es un objetivo fundamental. Se trata de poner de manifiesto la discrepancia entre sus comportamientos y los resultados que obtiene de ellos y los que desearían conseguir, es decir, dónde y cómo se ven y cómo les gustaría estar.

Sin embargo, las nuevas perspectivas y los nuevos puntos de vista serán mejor aceptados si son ofrecidos en lugar de impuestos. En ese momento será prioritario trabajar el reconocimiento y la valoración de su propia situación de riesgo; es decir, lograr concienciar al menor de su situación con respecto al consumo de drogas pero, en general, “se suele convencer más a una persona para que cambie de actitud o de comportamiento, por las razones que descubre por sí misma, que por medio de una figura de autoridad que les dice y les explica lo que tienen que hacer. Cuanto más enfrentemos al menor con su situación, más reacio y resistente se volverá al cambio. Aunque no se debe confundir la no imposición de puntos de vista, con la ausencia absoluta de límites y normas. La estrategia y el método directivo (*“yo te digo lo que tienes que hacer; porque como experto tengo las respuestas”*), resulta poco eficaz, cuando no contraproducente. (Fundación Ilundáin Haritz Berri, 2004)<sup>19</sup>.

Se trata de **explicitar** lo que está obstaculizando, en su desarrollo o para el desarrollo de determinadas actividades, el consumo de drogas que están realizando, por ejemplo: aprender un oficio, sacar el título de graduado escolar, mantener una comunicación positiva con sus padres o una relación afectiva con una pareja, tener una autoestima personal equilibrada, sentirse bien consigo mismo/a... Una pregunta abierta, bien formulada, que ayude a pensar y a responder pero sin que oriente o sugiera la respuesta, si al mismo tiempo va acompañada de una información concreta y útil para el menor, es poco probable que provoque resistencia.

## **5.- El modelado de los profesionales como herramientas educativas**

En el proceso de socialización es clave la imitación de las personas significativas para los niños/as y adolescentes. En este sentido, los menores aprenden sobre todo de lo que ven: observando a otras personas aprenden modos de pensar, de sentir y expresar sus emociones y de resolver sus problemas. Cualquier adulto que se relacione con menores, consciente o inconscientemente, está realizando una tarea educativa y está siendo una referencia y un modelo educativo para ellos/as.

Por tanto, es importante tener en cuenta que, hasta el profesional más “enrollado”, aparece ante el menor como una figura de control, autoridad y representante de las normas adultas; por ello es importante que el menor nos perciba, sobre todo, como una figura alternativa y positiva que va a potenciar su crecimiento. La relación interpersonal va a constituir un elemento reparador y recuperador de primer orden, al permitir que el menor se relaje, desahogue sus tensiones y se comunique.

Esta idea hace imprescindible un análisis crítico por parte de los educadores respecto de las actitudes y comportamientos, que muestran frente a los menores y adolescentes con los que trabajan, con relación al consumo de drogas.

## REFERENCIAS

- 1 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria 2006-2008 (ESTUDES)*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Encuesta escolar Observatorio sobre drogas La Rioja. Servicio Drogodependencias de la Comunidad Autónoma. Consejería Sanidad.
- 2 Dobbs, D. (2011). *Los últimos descubrimientos sobre el cerebro adolescente*. National Geographic. Octubre 2011 España
- 3 Laurence Steinberg (2011). *Hermosos cerebros, en revista National Geographic*. Octubre 2011. España.
- 4 Ulrich Beck (2006). *La sociedad del riesgo global*. Edt. Siglo XXI
- 5 OEDT (2003). *El consumo de drogas entre la población joven más vulnerable. Drogas en el punto de mira. n° de septiembre-octubre*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Obtenido el 12 de septiembre de 2008 en: [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)
- 6 Cava, M<sup>a</sup> J, Murgui, S. y Musitu, G. (2008). *Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana*. Psicothema 2008. Vol.20, n°3, pp.389-395
- 7 M. Tarín y José Javier Navarro (2006). *Adolescente en riesgo: casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. Edit. CCS, pp. 67-79
- 8 Citado en Cosntantine Norman, A.; Benard, B.; Diez, M. (1999). *“La evaluación y medición de Factores Protectores y Rasgos de Resiliencia en población juvenil* (School and Community Health Group. WestEd, Oakland, CA. Papel presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. New Orleans, LA, June, 1999 (revised September 20, 1999).
- 9 Albee, G. W. (1985). *The argument for primary prevention. The Journal of Primary Prevention, 5, 213-219*. Desarrollado en nuestro país por Costa y López, 1986,1996, 2000, 2003,2006)
- 10 Santolaya, F. y Palmerin, A. (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes: visión diferencial para ambos sexos*. Colegio General Oficial de Psicólogos.

- 11 Constantine Norman A.; Benard B; Diez, M (1999). *“La evaluación y medición de Factores Protectores y Rasgos de Resiliencia en población juvenil”* (School and Community Health Group. WestEd, Oakland, CA. Papel presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. New Orleans, LA, June, 1999 (revised September 20, 1999). Traducción propia.
- 12 González Menéndez, A. et al. (2003). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de psicólogos del Principado de Asturias.
- 13 Díaz Aguado, M<sup>a</sup> J. (1999). *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. Volumen I*. Instituto de la Juventud. M<sup>o</sup> de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 14 Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 15 Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. ADES. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 16 *Programa de Intervención con Menores. Memoria 2009*. Instituto Madrid Adicciones. Ayuntamiento de Madrid
- 17 Funes Artiaga, J. (1999). *Adolescentes y jóvenes en situación de conflicto social: una reflexión sobre las respuestas adultas*. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana. Cadiz.
- 18 M. Tarín y José Javier Navarro (2006). *Adolescente en riesgo: casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. Edit. CCS
- 19 Fundación Ilundáin Haritz Berri, (2004). *El abordaje y la prevención del consumo de drogas en los programas de la Fundación*.

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso, C.; Salvador, T.; Suelves, J.M.; Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario de términos de prevención*. Madrid: CEPS.
- Arbex, C. (2002). *Menores y consumos de drogas: guía de intervención*. ADES. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. M° del Interior.
- Arbex, C. (autora) y Calabozo, L. (coord.) (2004). *Menores inmigrantes y consumo de drogas: un estudio cualitativo*. Madrid: Proyecto Hombre
- Arbex, C. (2005). *La vulnerabilidad en los menores: el espacio socioeducativo en Los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Arco, J.L. y Fernández, A. (2002). *Por qué los programas de prevención no previenen*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, vol. 2, nº2, 209-226. Obtenido el 27 de julio de 2008 en: [www.unavarra.es](http://www.unavarra.es)
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.
- Beck Ulrich (2006). *La sociedad del riesgo global*. Edit. Siglo XXI
- Botvin, G. (1995). *Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos*. Psicología Conductual, 3, 333-356. (En Becoña, E. 2002).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cava, M.J.; Murgui, S.; Musitu, G. (2008). *Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media*. Psychosocial, 20 (3): 389-395.

- Comas, D. y Arza, J. (2000). «Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas». En *Grup Igia, Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona y FAD.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Laespada, T.; Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Editorial Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Moncada, S. (1997). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas*. En *Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación (pp.85-101)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moncada, S y Palmerín, A (2007). *La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los psicólogos*. *Papeles del Psicólogo*, vol.28, 22-23. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Moreno Arnedillo, J.J. (2011). "Modelo teórico: ¿por qué algunos jóvenes practican comportamientos de riesgo?, en *Material didáctico para el Aula virtual del curso sobre Los jóvenes y los riesgos relacionados con los consumos de drogas*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña-López, J. (2001). *Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes*. *Psicothema*, 13, 87-94.
- OEDT (2008). *Informe Anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. OEDT. Obtenido el 14 de julio de 2008 en [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)

---

## Las drogas en el cerebro: su acción y su impacto en las conductas. Antecedentes y consecuentes del consumo de sustancias

ENRIQUETA OCHOA MANGADO<sup>1</sup>

---

### Resumen:

Se revisa el consumo de sustancias y su efecto sobre la conducta, así como la acción de las diversas sustancias en el cerebro y los mecanismos por los que se genera dependencia. Se valoran los antecedentes y las consecuencias del consumo. La patología dual se refiere a la presencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental, revisándose sus dificultades para el diagnóstico, la implicación en el pronóstico de ambos trastornos y el tratamiento recomendable. Se revisa la comorbilidad psiquiátrica entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias y la relación entre ambos trastornos.

**Palabras clave:** Dependencia, drogas, alcohol, patología dual, TDAH, trastornos ansiedad.

---

<sup>1</sup>Correspondencia:  
Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal.  
Ctra Colmenar Km 9,100. 28034 Madrid.  
[eochoa.hrc@gmail.com](mailto:eochoa.hrc@gmail.com)

## Introducción

El núcleo esencial de las conductas adictivas se caracteriza por un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua realizando la conducta, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Los conceptos que clásicamente se refieren a la adicción y las conductas que genera (abuso, dependencia, abstinencia, tolerancia, “craving” o deseo, descontrol) han sido definidos en relación con las adicciones a sustancias<sup>1,2</sup>.

La característica esencial de las adicciones es el trastorno en el control de los impulsos, definido como la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En estos trastornos el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de realizar el acto, para posteriormente experimentar placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo.

Estos actos se realizan según un patrón compulsivo, que se demuestra por:

- la conducta se realiza con una frecuencia o intensidad mayor o durante un período más largo que el que inicialmente se pretendía,
- existe deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlarlos o interrumpirlos,
- se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la realización de la conducta o bien en la obtención de los medios para realizarla,
- se produce una reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a la realización de la conducta,
- se continua realizándola a pesar de tener conciencia de los problemas recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por ella.

## Antecedentes

El término adicción se refería en su origen, a primeros de siglo, tanto a un hábito bueno como a uno nocivo. Posteriormente se describe la tríada adictiva como deseo elevado, tolerancia creciente y síndrome de abstinencia, relacionándose este concepto con ciertas drogas culturalmente desaprobadas.

El concepto de abuso precede a los sistemas diagnósticos actuales y su uso popular ha continuado. Se refería al uso de cualquier droga en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada, para provocar un determinado estado psicológico y como resultado de esta alteración el individuo u otras personas sufren algún daño. Así, históricamente el concepto de abuso se asocia con el uso de drogas fuera de los patrones aceptados por una cultura y conlleva un uso voluntario e indebido, con connotaciones morales y de desaprobación social, porque incorpora la elección de esta conducta voluntariamente de forma nociva, reflejando un uso por placer. Actualmente el concepto de abuso persiste como una conducta que interfiere en la vida de una persona.

La OMS en 1957 definió la habituación psicológica y fisiológica como un consumo de drogas más inocuo, que no dañaba al individuo o a la sociedad. Este fenómeno resulta de su repetido consumo y se caracteriza por un deseo, pero a diferencia de la adicción, no por la compulsión para continuar tomando la droga, por la escasa tendencia a aumentar la dosis, por la ausencia de dependencia física y escasos efectos que deterioren al individuo.

En 1964 la OMS utiliza el concepto de dependencia como variable crucial, considerando que la dependencia, ya sea física o psíquica, se produce tras el uso periódico o continuado de una droga particular, cambiando sus características dependiendo de cada droga.

La dependencia psíquica se refiere a un sentimiento de satisfacción, que requiere el uso periódico o continuo de la droga para producir placer o evitar malestar. La dependencia física se refiere a un estado adaptativo, que se manifiesta por alteraciones físicas cuando la administración de la droga se ha suspendido.

En el DSM I los problemas del trastorno del control de los impulsos con consumo de drogas se incluyeron dentro de los trastornos de personalidad, y se presentaron como un patrón de rasgos sociopáticos. En el DSM II se abandonó el término adicción y se utilizó el de dependencia. En el DSM III aparecen estos problemas como un cuadro independiente y se adoptaron los términos de abuso y dependencia como entidades diagnósticas. El concepto de abuso del DSM III incluía un patrón de uso patológico, con empeoramiento en el funcionamiento social o laboral y duración de la alteración al menos de un mes. La dependencia se definió por la presencia de fenómenos de tolerancia y abstinencia, con lo que la dependencia fisiológica era algo esencial para el diagnóstico. Se da énfasis a las consecuencias sociales como criterio de abuso, y es sesgada la relevancia de los aspectos farmacológicos dada al concepto de dependencia. Sin embargo, se intenta describir un cuadro clínico independiente en la clasificación psiquiátrica, con el uso de criterios propios de los trastornos psiquiátricos y este enfoque diagnóstico se ha mantenido en las clasificaciones posteriores.

En el DSM III R los elementos conductuales, definidos por la pérdida de control, parecen centrales en el síndrome de dependencia y se presentan como signo clínico primordial de su naturaleza crónica y recidivante. En el DSM IV se abandona el término psicoactivo con el fin de evitar que se limite la atención a sustancias que primariamente alteran la actividad cerebral y surge un amplio apartado de trastornos relacionados con sustancias y con el descontrol de impulsos.

La OMS en 1980 define la dependencia como un síndrome manifestado por un patrón conductual, donde la conducta patológica

tiene mayor prioridad que otras conductas y con un valor más alto en otros momentos. El síndrome de dependencia es un fenómeno cuantitativo, donde la intensidad se valora por las conductas realizadas. En 1986 la OMS considera como aspectos relevantes del síndrome de dependencia un impulso repetido a comprometerse en conductas poco productivas, una tensión creciente hasta que se realiza esa conducta, desaparición rápida de la tensión al realizarla, un retorno gradual al impulso, presencia de estímulos específicos externos y quizás internos para producir el impulso, el condicionamiento secundario del impulso a señales externas e internas y estrategias similares para la prevención de recaídas por exposición prolongada a los estímulos que evocan el craving y control de estos estímulos.

Los criterios de síndrome de dependencia implican unas características comunes para las diversas drogas y otras conductas adictivas no químicas, apoyando una vulnerabilidad común para su desarrollo. Además la dependencia es un fenómeno que trasciende las propiedades farmacológicas específicas de cada sustancia. En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición se destacan, como rasgos principales del síndrome de dependencia, aspectos fisiológicos, conductuales y cognitivos como el deseo intenso y la pérdida de control sobre el consumo, restando importancia a las consecuencias sociales del mismo.

Actualmente el concepto de adicción se relaciona con una serie de conductas universales que pueden ser identificadas, y que no conllevan siempre consecuencias adversas. La adicción señala un patrón de uso que denota claramente una pérdida de control, siendo ésta la manifestación cardinal y que es independiente del estado volitivo, consideración que puede encubrir connotaciones morales. Pero el concepto de adicción no implica sólo una descripción conductual, pues existen modelos neuroquímicos y neuroanatómicos explicativos

de estas conductas adictivas, a las que el descubrimiento de los sistemas de refuerzo ha aportado un sustrato neuroanatómico. Así la adicción se refiere a rutinas repetitivas con el propósito de obtener sustancias y, con menos frecuencia, sin ese propósito. En relación con estas últimas estarían las denominadas adicciones conductuales, donde se incluye el trastorno obsesivo-compulsivo, el juego patológico, la bulimia nerviosa, la hipersexualidad y la cleptomanía. El impulso para completar una conducta de éstas, y el disconfort si no se realiza, es similar a los fenómenos de craving y abstinencia de las adicciones químicas. En ambas adicciones existen síntomas de abstinencia comunes para bastantes síndromes adictivos y otros síntomas más específicos<sup>1,2</sup>.

La definición de las conductas adictivas, con criterios diagnósticos específicos en un formato similar al DSM III R, y designando un proceso por el cual una conducta puede actuar para producir placer tanto como para aliviar disconfort interno, y con un patrón caracterizado por un fallo recurrente para controlar la conducta y la continuación de dicha conducta a pesar de las consecuencias negativas, incluye los conceptos de dependencia y compulsión.

La dependencia se entendería como un intento de obtener un estado de placer interno, por gratificación de las necesidades básicas o derivadas, donde el proceso que motiva la gratificación puede considerarse como un refuerzo positivo. Por otro lado, la compulsión comprende un intento de evadir un estado interno aversivo o no placentero, que corresponde a un paradigma de refuerzo negativo.

Así la adicción representaría una combinación de estos fenómenos, y comprendería los trastornos por uso de sustancias, la mayoría de los trastornos del control de impulsos, algunos trastornos de la conducta alimentaria y otros síndromes conductuales.

## Consecuencias

Tolerancia y dependencia física son términos farmacológicos. El concepto de tolerancia se refiere a la necesidad de incrementar la cantidad de droga para mantener el mismo efecto deseado. Esto es indicativo de procesos neuroquímicos distintos y pueden ocurrir independientemente de la adicción. Además, el desarrollo de tolerancia por distintos individuos es variable porque influyen factores personales.

El concepto de neuroadaptación parece el más adecuado para referirse a la dependencia física, y remite al estado producido por la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las neuronas que, mediante un mecanismo homeostático, provoca una serie de cambios destinados a recuperar el nivel previo a la acción de la sustancia. Una vez que se ha producido, si se deja de consumir, se produce una nueva alteración de la actividad neuronal que es la base del síndrome de abstinencia.

Es la presencia de fenómenos de abstinencia y de tolerancia lo que nos lleva al diagnóstico de dependencia de una droga. Sin embargo algunos sujetos presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia.

El término “craving” se refiere a un fuerte deseo por obtener una experiencia, y se utiliza para señalar la pérdida de control sobre él debido a la necesidad de realizarla, presentando una base neuroquímica. El craving se relaciona con la disponibilidad percibida, lo que implica una base psicológica pero también se relaciona con una serie de cambios bioquímicos. Este concepto se ha usado también para referirse al deseo de conseguir alterar el estado de ánimo con una droga o conducta particular. Es una respuesta a una compleja

serie de factores presentes, como son los estímulos condicionados o la insatisfacción con el estado de ánimo, y en esta respuesta los procesos cognitivos, como la expectación de resultados positivos, son también importantes. El craving como deseo urgente, que si no se lleva a cabo pronto produce un intenso disconfort, implica tanto la búsqueda de emociones agradables como la necesidad de aliviar de un fuerte deseo.

El efecto del consumo repetido provoca una alteración de la conducta y/o del estado psíquico, de tal manera que se produce una tendencia a repetir de forma continuada estos actos, dada su acción reforzante positiva. Así, mediante la repetición de estos actos, el individuo se introduce en un conjunto de conductas compulsivas con formas y ritos estereotipados de realización, con fenómenos de tolerancia y abstinencia, convirtiéndose esta conducta en una necesidad prioritaria, y apareciendo una gran facilidad para su reinstauración. Por ello se caracterizan por su tendencia a la recaída.

La recaída se asocia con diversos factores como:

- estados emocionales negativos como frustración, ira, ansiedad, depresión, aburrimiento, resentimiento, autoestima baja...
- conflictos interpersonales,
- presión social,
- disponibilidad,
- impulsos y tentaciones,
- poner a prueba el control personal, expectativas de eficacia y de resultado.

Todos estos son factores de riesgo de la conducta adictiva, que actúan como factores de vulnerabilidad y como factores desencadenantes y de mantenimiento.

## La comorbilidad drogas / patología dual: indicadores diferenciales

Los estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los diagnósticos relacionados con el abuso/dependencia de sustancias y otros trastornos psiquiátricos como son los trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad y con la esquizofrenia<sup>3</sup>. Esta asociación no solo ensombrece el pronóstico de los trastornos por uso de sustancias, sino también el de los otros trastornos psiquiátricos.

En esta área de la psiquiatría, las dificultades para el diagnóstico diferencial son importantes y se deben a las diferentes causas implicadas en los síntomas psiquiátricos (debidos a la sustancia, al trastorno psiquiátrico o a problemas médicos) y a los factores concurrentes con el momento en el que se realice la evaluación<sup>4</sup>. Es posible que esas dificultades hayan contribuido a la escasez de instrumentos que permitan un adecuado diagnóstico y, en definitiva, que propongan un tratamiento adecuado con la situación del individuo. Este panorama puede explicarse por:

- Los efectos agudos o crónicos de muchas sustancias pueden provocar cuadros difícilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos como los trastornos depresivos, ansiosos y psicóticos.
- Algunos sujetos con trastornos psiquiátricos suelen consumir sustancias, lo que dificulta el diagnóstico diferencial.
- El campo de las toxicomanías ha sido descuidado por los psiquiatras durante bastantes años, y todavía hoy es una materia insuficientemente conocida entre ellos.
- Los avances de la psiquiatría no han permitido todavía pasar de síndromes a enfermedades. La mayor parte de los trastornos psiquiátricos son síndromes, es decir, un grupo de signos y síntomas de etiología multicausal y de

los que no suelen conocerse las variables relacionadas con el curso ni con la eficacia del tratamiento. De este modo, cuando se habla de un determinado trastorno se alude a un grupo heterogéneo de cuadros. Por el contrario, el concepto de enfermedad incluye una etiología, fisiopatología, curso y pronóstico determinados.

El elemento básico para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico en personas que abusan o dependen de sustancias es la historia clínica, pero hay que tener en cuenta una serie de factores añadidos como son la elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica entre estos sujetos; los efectos de las sustancias, que pueden ocasionar cuadros psicopatológicos similares a los de algunos trastornos psiquiátricos y que, dadas las complicaciones médicas de estos pacientes, si no se hace un exhaustivo diagnóstico diferencial es fácil caer en errores diagnósticos y terapéuticos.

Para realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno psiquiátrico no inducido por sustancias y otro inducido se recomienda seguir diversos pasos <sup>5</sup>.

El primer paso en el diagnóstico, una vez detectada la situación de patología dual, es establecer el tipo de relación temporal entre la psicopatología y el uso de sustancias. Si no existe ninguna relación, es decir si no hay pruebas de que haya consumido alcohol u otras sustancias, o que se trate de un síndrome de abstinencia, el diagnóstico se orientará hacia un trastorno psiquiátrico independiente. Por el contrario, si se constata que el sujeto presenta algún trastorno por el uso de sustancias debe investigarse si la sintomatología psiquiátrica puede deberse a la intoxicación o al síndrome de abstinencia de la sustancia consumida. En los casos de consumo de sustancias alucinógenas, tanto el propio consumo como la intoxicación y la abstinencia a las mismas, pueden cursar con sintomatología psicótica. Cuando se trata de consumidores

de alcohol, en ellos pueden aparecer ideas depresivas también durante la intoxicación o durante el síndrome de abstinencia. En estos casos, la experiencia clínica orienta al médico que realiza la evaluación a considerar si estos síntomas son los “normales” de la intoxicación o de la abstinencia, o si por el contrario son de mayor gravedad. En este primer paso son necesarias todas aquellas exploraciones que nos conducen a tener una idea aproximada de las repercusiones del alcohol y de las otras sustancias sobre el funcionamiento orgánico. En este sentido son necesarias exploraciones que nos conduzcan a establecer dicha relación, como las determinaciones de alcohol en sangre y en orina, determinaciones de sustancias en orina y de otros marcadores de consumo.

El segundo paso consiste en diferenciar si los síntomas psiquiátricos manifestados por el paciente aparecen normalmente durante la intoxicación o abstinencia o se trata de síndromes comórbidos o inducidos. No existen criterios para distinguirlos, salvo la experiencia clínica que permite valorar si dichos síntomas son más graves de los que habitualmente podrían observarse durante la intoxicación o la abstinencia. Si fuese así habría que pensar en un síndrome inducido o en un trastorno comórbido o independiente.

El tercer paso permitirá diferenciar si se trata de trastornos inducidos o independientes. En este punto los datos de mayor ayuda clínica son el establecimiento de la cronología de los trastornos y la presencia de determinados factores que se asocian a los trastornos afectivos independientes. Es necesario establecer la línea temporal de ambos trastornos, la de la dependencia y la del otro trastorno psiquiátrico, así como intentar delimitar, de la forma más aproximada posible, en qué momento de la vida se cumplían criterios de dependencia de sustancias y/o del otro trastorno psiquiátrico. Los trastornos inducidos aparecen en el contexto de intoxicaciones o de abstinencia, mientras que los independientes aparecen antes de la dependencia y/o en momentos en los que el sujeto está abstinento o sin cambios importantes en su consumo.

Los datos de la historia que sugieren que el trastorno es independiente son los siguientes:

- a) que el trastorno psiquiátrico haya comenzado antes que el consumo regular de sustancias.
- b) los síntomas y los problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que ocurren en sujetos que abusan o dependen de las sustancias. Estas diferencias incluyen la intensidad, frecuencia y el tipo de problemas. Habitualmente los trastornos inducidos presentan una importante psicopatología, en la que son frecuentes las alteraciones del nivel de conciencia y su remisión es paralela a la eliminación del tóxico.
- c) si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido.
- d) la existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno incluido en el diagnóstico diferencial, puede apuntar a que el trastorno no sea inducido.
- e) el fracaso terapéutico, tanto de su conducta adictiva como de otros trastornos psiquiátricos similares en dispositivos de salud mental, orienta a que el trastorno considerado no sea inducido.
- f) en ocasiones, la respuesta inicial al tratamiento farmacológico y la aparición de excesivos efectos secundarios tras un periodo corto de tratamiento, orientan a que se trataba de un trastorno inducido.

Son varias las barreras existentes en la evaluación de trastornos por uso de sustancias en personas con trastornos mentales. El más frecuente es que los psiquiatras no suelen preguntar sobre el consumo de sustancias durante la anamnesis. Cuando se pregunta, particularmente sobre el uso de sustancias ilegales, los pacientes suelen negar, distorsionar o minimizar los consumos.

El otro aspecto está relacionado con los distintos patrones de uso y complicaciones de estos pacientes, ya que pueden ser completamente

diferentes en los sujetos con patología psiquiátrica de quienes no padecen ningún trastorno psiquiátrico. Los enfermos mentales graves suelen consumir menos cantidades de alcohol o de otras sustancias, tienen menos riesgos de desarrollar dependencia y refieren menos estrés subjetivo. En los enfermos mentales, las consecuencias más frecuentes del consumo de sustancias se relacionan sobre todo con el agravamiento de su trastorno psiquiátrico y con problemas económicos, sociales o de su rehabilitación. Los instrumentos que miden la gravedad de la dependencia son poco sensibles para determinar, en el momento de la evaluación, la importancia del abuso o la dependencia en los enfermos mentales con patología activa <sup>4,5</sup>.

Otro problema añadido es que los enfermos mentales suelen estar en un estado premotivacional en relación a su consumo de sustancias, incluso aunque se encuentren en tratamiento para el otro trastorno psiquiátrico. Para planificar el tratamiento, sería recomendable utilizar diferentes pruebas que valorasen diversas áreas y que se determinara el grado de motivación para modificar los hábitos de consumo de estos pacientes.

### **Tratamiento de la patología dual**

Los pacientes con trastornos mentales y adictivos comórbidos representan uno de los principales retos terapéuticos para la psiquiatría en la actualidad. Destaca dentro de este amplio y heterogéneo grupo la comorbilidad entre esquizofrenia y drogodependencias, por su elevada prevalencia y sus repercusiones clínico-terapéuticas, por lo que nos vamos a centrar especialmente en ella en este apartado. Más adelante hablaremos sobre los trastornos de ansiedad derivados del consumo y/o de la abstinencia..

La dependencia de drogas puede empeorar la clínica y evolución de la psicosis. Pueden tener un cuadro clínico más florido o presentaciones clínicas atípicas, más conductas hostiles y suicidas,

una mayor utilización de los servicios sanitarios, más altas contra el consejo médico y presentan más recaídas y reingresos psiquiátricos e incumplimiento terapéutico, además de más enfermedades físicas. Los problemas diagnósticos son relevantes, pudiendo sobrediagnosticarse la esquizofrenia o atribuir erróneamente los síntomas psicóticos al abuso de drogas; igualmente es frecuente la infravaloración del consumo de drogas en esta población.

Las drogas pueden disminuir los niveles plasmáticos de los neurolépticos y disminuir sus efectos secundarios, y puede existir un porcentaje relevante de sujetos que las utilicen como automedicación por estos efectos<sup>4,5</sup>.

Los recursos asistenciales disponibles en la actualidad tienen dificultades para manejar este tipo de pacientes. Son pacientes rechazados o con mala evolución en los dispositivos asistenciales dirigidos exclusivamente para drogodependientes, e igualmente los servicios psiquiátricos con frecuencia fallan en el manejo de su problema adictivo, junto con la usual falta de coordinación entre estos equipos perjudica la evolución del paciente. Por lo tanto, son pacientes especialmente difíciles, incumplidores con el tratamiento y excluidos de las dos redes asistenciales, redes formadas por profesionales con distinta formación que se derivan mutuamente al paciente, lo que supone un serio obstáculo. Además el manejo farmacológico es complicado por las interacciones entre los psicofármacos para la adicción y el trastorno mental de base y con las drogas de abuso.

Se consideran diversos modelos de tratamiento de esta patología. Actualmente los modelos habitualmente usados son el secuencial, por el cual se trata en primer lugar un trastorno y a continuación el otro; y el modelo en paralelo, por el cual se tratan los dos trastornos de forma simultánea en redes asistenciales diferentes. Sin embargo, el modelo integrado por el cual se tratarían ambos trastornos por el mismo equipo terapéutico, de escasa implantación, parece más

efectivo. La fragmentación del tratamiento en dos servicios disminuye la implicación en el tratamiento para un grupo de pacientes poco comprometidos de antemano.

En el modelo integrado de tratamiento de la patología dual existiría un solo equipo terapéutico multidisciplinar, especializado en salud mental y trastornos adictivos, con un programa altamente estructurado. Estos programas estarían preferiblemente ubicados en servicios psiquiátricos más que en centros especializados en drogas, estos últimos con programas demasiado confrontativos y estresantes para pacientes psiquiátricos. Entre las características del tratamiento integrado hay que señalar que habitualmente no existe consideración sobre cual de los dos trastornos es primario, lo que determinaría un mayor énfasis en el tratamiento de uno u otro. Existe acuerdo en que la confrontación con el consumo, los límites rígidos con penalizaciones por el consumo y la abstinencia de drogas como pre-requisito se debe cambiar por la flexibilidad respecto al consumo y favorecer la motivación para el cambio. De exigir la abstinencia como condición previa al tratamiento, se pasa a la abstinencia como objetivo de éste y, aunque suelen recaer más que el resto de adictos, las recaídas no deben comprometer el acceso al tratamiento y a los servicios sanitarios. El paciente recibe una explicación consistente para ambos trastornos más que mensajes contradictorios y evita tener que atender a dos equipos distintos.

Las principales dificultades de esta aproximación se centran en la amplia heterogeneidad de estos pacientes en cuanto a diagnósticos, severidad o problemática asociada y en los elevados costes que conllevan estos programas. Algunos autores detectan gran dificultad para que el paciente se comprometa con el tratamiento. Además los beneficios de estos programas no siempre se observan, o la mejoría clínica es menos llamativa de lo que sería esperable<sup>5</sup>.

## **Los trastornos de ansiedad derivados del consumo y/o de la abstinencia**

El término diagnóstico dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (alcohol, heroína, cocaína u otras drogas) junto con otro trastorno psiquiátrico. Su estudio es importante porque la aparición conjunta de estos trastornos presenta implicaciones etiológicas, clínicas, diagnósticas, evolutivas y de respuesta al tratamiento, tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos de ansiedad.

El estudio de la relación entre los trastornos de ansiedad y las dependencias es complejo, presentando muchas de las dificultades comunes al estudio de cualquier patología dual, además de hacer necesario diferenciar entre diversos síntomas de ansiedad, que pueden aparecer en el curso de la dependencia, y un verdadero trastorno de ansiedad<sup>10</sup>.

La prevalencia de estos trastornos comórbidos (dependencia de sustancias y trastorno de ansiedad) difiere notablemente según diversos estudios, dado que las cifras se modifican por dificultades diagnósticas (superposición de síntomas, modificación de los mismos por influencia mutua) y metodológicas (criterios de selección de la muestra, diseño del estudio, situación del consumo en el momento en que se realiza la entrevista, naturaleza de la misma, criterios diagnósticos empleados).

Por todo ello, y al igual que en cualquier estudio de comorbilidad es necesario realizar una evaluación longitudinal de los pacientes, usar instrumentos estandarizados para valorar la dependencia de drogas y los trastornos psiquiátricos, utilizar diferentes fuentes de información, realizar la evaluación de la dependencia de sustancias actual y a lo largo de la vida, valorar los tipos de sustancias de las que se es o se ha sido dependiente, realizar el diagnóstico cuando el paciente está estable y no experimenta síntomas significativos de intoxicación ni de

abstinencia (definiendo ésta claramente), y realizar la entrevista por personal clínicamente entrenado<sup>11</sup>.

Diversos estudios epidemiológicos comunitarios muestran como los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias son muy frecuentes en la población general. El estudio de la comorbilidad de estos trastornos va a presentar las dificultades diagnósticas y metodológicas comunes a todos los trastornos comórbidos ya reseñadas junto con el problema añadido de diferenciar la sintomatología ansiosa de la presencia de trastornos de ansiedad que cumplan criterios diagnósticos definidos<sup>12,13,14</sup>.

Se describen diversas hipótesis explicativas de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias<sup>11</sup>:

A- Coincidencia de los trastornos por su elevada prevalencia: las elevadas prevalencias de ambos trastornos hace que el 10% de los dependientes de sustancias presenten algún trastorno de ansiedad y que el 20% de los trastornos de ansiedad sufran dependencia de alcohol u otras drogas. Sin embargo, las cifras de comorbilidad (mayores de las esperadas) apoyan la relación entre la dependencia y los trastornos de ansiedad, al igual que los estudios de familia, que muestran que los familiares de los pacientes con agorafobia y fobia social tienen mayor riesgo de padecer problemas con el alcohol.

B- La intoxicación y abstinencia de drogas ocasionan síndromes ansiosos temporales: pueden desarrollarse síndromes similares al trastorno ansiedad generalizada, trastorno de pánico o fobias en la intoxicación de alcohol, cannabis o cocaína y en la abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. Estos síndromes mejoran tras unos días, aunque a veces pueden persistir algunos síntomas durante meses.

C- Los trastornos de ansiedad como consecuencia de la dependencia: el consumo crónico de alcohol se asocia con un aumento de los trastornos de ansiedad, empeorando los síntomas en los sujetos que ya

padecían trastorno de pánico o agorafobia y favoreciendo la aparición de trastornos de ansiedad en aquellos sujetos que anteriormente no los habían presentado. En sujetos con comorbilidad trastorno de ansiedad-dependencia de alcohol, los trastornos de ansiedad preceden al uso de alcohol solo en el 38%, y la revisión de estos trastornos muestra una sobrerrepresentación del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de pánico en alcohólicos, sin que aparezca mayor prevalencia de alcoholismo en aquellos que presentan trastorno de ansiedad generalizada, por lo que puede deducirse que en la mayoría de los casos estos trastornos de ansiedad son secundarios al consumo de alcohol. En el caso de intoxicaciones mixtas por varias sustancias (alcohol, opiáceos, estimulantes, cannabis o alucinógenos) los trastornos de ansiedad que aparecen posteriormente al consumo son todavía más frecuentes. En la abstinencia de alcohol, benzodiacepinas u opiáceos, y durante largo tiempo (abstinencia diferida), la ansiedad es la norma, apareciendo síndromes ansiosos que no se diferencian de los trastornos específicos de ansiedad, sea cual sea el origen del consumo. La cocaína puede precipitar ataques de pánico y estos persistir años después de interrumpir su consumo, aunque estos episodios se desencadenan con mayor frecuencia en aquellos sujetos que los habían presentado previo al consumo. También se han descrito ataques de pánico con el consumo de anfetaminas y solventes orgánicos. Cualquier dependencia predispone al desarrollo de un trastorno por estrés postraumático por favorecer el riesgo de exposición a acontecimientos estresantes.

D- La dependencia de alcohol u otras drogas como conducta de automedicación de un trastorno por ansiedad: la teoría de la automedicación postula que el tóxico (opiáceos, cocaína, alcohol o cualquiera de ellas) interactúa con los trastornos psíquicos que predisponen a su consumo. Se apoya en el mayor riesgo que presentan los sujetos con trastorno de ansiedad o depresión de desarrollar una adicción, y en el efecto ansiolítico del alcohol y los opiáceos, los cuales disminuyen la ansiedad, reducen la tensión y regulan la respuesta al estrés. Algunos agorafóbicos y pacientes con ataques de pánico o fobia

social refieren automedicar sus miedos con alcohol, que disminuye a corto plazo la ansiedad y les ayuda a enfrentarse a situaciones estresantes, constituyendo estos efectos refuerzos importantes para el consumo. En general, se acepta que la psicopatología es un factor de riesgo para la dependencia del alcohol u otras drogas, que antecede a la adicción en el 23-40% de los casos y que influye de forma inespecífica en el desarrollo de la drogodependencia como factor de severidad.

E- Presencia de factores de riesgo comunes: puede que exista una vulnerabilidad común para ambos trastornos (disfunción neuropsicológica que predisponga a ambos o bien mecanismos neuroquímicos comunes). También se ha relacionado con la comorbilidad de un tercer trastorno como la depresión, o que ambos trastornos sean respuesta a un estrés vital.

En resumen, diremos que la presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante, o de psicopatología sobreañadida a la drogodependencia, ocasiona una evolución peor de la adicción:

- Los alcohólicos que tienen trastorno de ansiedad concomitante presentan un curso más rápido del alcoholismo, con mayores ingestas y consecuencias físicas y psicosociales más graves, así como síntomas de abstinencia más severos<sup>14</sup>.
- La severidad psiquiátrica es el predictor más efectivo del resultado terapéutico, independientemente de la modalidad terapéutica utilizada. La retención en el tratamiento fue menor en los sujetos que presentan cualquier diagnóstico psiquiátrico añadido al consumo (incluyendo los trastornos de ansiedad).
- Los pacientes con diagnóstico dual tienen dificultades para encontrar su lugar de tratamiento. Pueden presentar dificultades para integrarse en los tratamientos habituales, cumplir algunas normas, precisando a veces que se diseñen programas específicos para ellos.

- El mayor riesgo de suicidio, la mayor dificultad para iniciar la abstinencia del alcohol u otras drogas, y la mayor severidad de recaídas, hacen que el manejo requiera con mayor frecuencia que en pacientes con un solo diagnóstico la hospitalización<sup>15</sup>.
- La estabilidad de los trastornos de ansiedad en el contexto de la intoxicación o abstinencia es muy baja, y la mayoría desaparecen a las 3-4 semanas de la abstinencia. Por ello se aconseja esperar este tiempo para realizar el diagnóstico correcto e iniciar tratamiento.
- A excepción de aquellos pacientes con antecedentes previos al consumo, es difícil predecir qué trastornos van a permanecer tras la abstinencia o estabilización con agonistas.

Una vez establecido claramente el doble diagnóstico, se deben manejar ambos trastornos como entidades independientes, pero tratándolos de forma conjunta e integrada, lo que implica mantener la abstinencia o bien mantener al paciente en un programa estable de agonistas. Se debe empezar el tratamiento por el de la dependencia, si esto es posible, e integrar la atención de los trastornos de ansiedad. El tratamiento de los trastornos de ansiedad asociados a una drogodependencia es en líneas generales semejante al que se realiza en los trastornos de ansiedad sin abuso de sustancias. No está contraindicado ningún psicofármaco. El riesgo de estos deriva de la continuación del consumo (por interacción de los psicofármacos con las drogas de abuso y el potencial adictivo que presentan algunos como las benzodiazepinas), riesgo que a menudo es necesario correr ya que si no se trata el trastorno de ansiedad difícilmente se conseguirá el adecuado control de la adicción.

Lo ideal es que el tratamiento de ambas patologías se lleve a cabo en programas integrados de tratamiento, realizados por el mismo equipo terapéutico, evitando las dilaciones, interacciones negativas y pérdidas por problemas burocráticos, que casi siempre conllevan el tratamiento realizado por distintos equipos terapéuticos.

## REFERENCIAS

- 1- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de las enfermedades mentales.
- 2- DSM IV-R. (2000). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Revisado. Washington, DC,
- 3- Regier DA.; Farmer ME.; Rae DS. et al. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area study*. JAMA; 264: 2511-2818.
- 4- Rubio G. y Rosenberg SD. (2002). *Evaluación del uso de drogas y de los trastornos por uso de sustancias en sujetos con otros trastornos psiquiátricos* (Capítulo 10:201-219). En: Rubio, G, López-Muñoz, F, Álamo, C y Santo-Domingo, J: *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid. Panamericana,.
- 5- Alamo C. y Santo-Domingo J (Eds). (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, Panamericana, 2002: 201-220.
- 6- Quintero Gutiérrez del Álamo FJ.; Correas Lauffer J. y Quintero Lumbreras FJ. (Eds.). (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid. Ergon
- 7- Benito Moraga R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid. Draft Editores, S.L.
- 8- Díez Suárez A.; Figueroa Quintana A. y Soutullo Esperón C. (2006). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato*. Rev Pediatr Aten Primaria 2 8 Supl 4: 135-55.
- 9- Faraone SV. y Wilens TE. (2007). *Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion*. J. Clin. Psychiatry. 68 (Suppl. 11): 15-22.
- 10- Schuckit MA. (1992). *Anxiety disorders and substance abuse*. En: Review of psychiatry. Tasman A, Riba MB (eds). American Psychiatric Press. Washington
- 11- Schuckit MA. y Hesselbrock VM. (1994). *Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship?* Am J Psychiatry 151: 1723-34.

- 12- Crawford V.(1996) *Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders*. Current Opinion Psychiatry 9: 231-4.
- 13- Cuadrado Callejo, P. (1997). *Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. II. Implicaciones clínicas y terapéuticas*. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr; 25 (1): 34-44.
- 14- Hall W. y Farrell M. (1997). *Comorbidity of mental disorders with substance misuse*. Br J Pschyatry; 171: 4-5.
- 15- Sáiz Martínez PA.; Díaz Mesa M.; García-Portilla González P.; Marina González P. y Bobes García J. (2011). *Patología dual. Protocolos intervención. Ansiedad*. EdikaMed, S.L.

# PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN, CAPTACIÓN, INTERVENCIÓN



---

## Identificación y captación de menores vulnerables

EDUARDO CUETO HERNÁNDEZ<sup>1</sup> · RICARDO BRAVO ELMIRA<sup>2</sup>

---

### Resumen:

Sabiendo que no existen recetas milagrosas, se valora que como formadoras y formadores debemos estar en actitud de cambio y de adaptabilidad, ser empáticos, en postura de escucha activa y selectiva, aplicar nuestras competencias y habilidades, ser asertivos, con un pensamiento flexible, en proceso de continua formación tanto especializada como informal (jerga, tecnologías, movimientos culturales, nuevas inquietudes...): de este modo podremos dar una atención individualizada, específica, y conectar lo más rápidamente posible con los menores vulnerables, en riesgo o conflicto, estableciendo una relación cercana pero con límites y normas bien clarificados, huyendo del paternalismo y la sobreprotección, buscando ser objetivos y que ellas y ellos se den cuenta de la posibilidad de cambio, de mejora, de elección, de qué camino están llevando y si son felices con él. Un error habitual y normal se produce cuando observamos un conflicto y rápidamente valoramos el origen; el hecho de que los menores puedan consumir, o consuman, puede ser un conflicto pero si queremos dar con “el problema” debemos analizar los porqués: el consumo no es sino un síntoma de que existe un conflicto más grave que debemos atajar para que de un uso no pase a abuso o adicción, haciendo que la situación sea más compleja para intervenir.

**Palabras clave:** Cambio, empatía, flexibilidad, adaptabilidad, estrategias, indicadores

---

Correspondencia:

<sup>1</sup>Subdirección del centro de menores en riesgo Donoso Cortés. Madrid

[sd.centrodedia@proyctohombremadrid.org](mailto:sd.centrodedia@proyctohombremadrid.org)

<sup>2</sup>Dirección del centro de menores en riesgo Donoso Cortés. Madrid

[centrodedia@proyctohombremadrid.org](mailto:centrodedia@proyctohombremadrid.org)

## **1.- Introducción: fundamentación teórica y líneas de intervención**

*“La juventud de hoy en día son unos golfos, vagos y protestones, se creen que viven en un hostel, vienen a comer, dormir y hacer sus necesidades, y que solo piensan en pasárselo bien y no quieren estudiar”.*

Dicho popular

El consumo de sustancias de los menores se valora como una conducta desadaptada, pero que no aparece en solitario, sino que se engloba dentro un grupo de conflictos; sin embargo, el aumento, descenso o el tipo de consumo están relacionados con el aumento o descenso de esas otras conductas problema, como señalan Bolognini, Plancherel, Laget, Stephan, Chinet, Bernard y Halfon (2005) y McCristal, Percy, y Higgins (2006).

Las y los menores, el contexto en el que se desarrollan y sus conductas interaccionan recíprocamente, como reflejan Garrido, Graña y González Cieza (2008) y Jessor y Jessor (1977) en su teoría de la conducta problema; por esto, para poder trabajar debemos tener en cuenta los factores que están relacionados con esas conductas (factores de riesgo y de protección).

El consumo no es sino un síntoma de que existe un conflicto mayor que debemos atajar para que de un uso no pase a abuso o a adicción, haciendo que la situación sea más compleja para intervenir.

La metodología de intervención, de esta manera, tiene que ser individualizada, motivadora, empática, lúdica, adaptativa, flexible, escalable (se incrementa el volumen de trabajo pero sin perder la calidad del mismo), activa, dinámica y realista.

Como expresa Rogers (1986) “el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo”; por ello, debemos ser empáticos y ponernos en el lugar de las chicas y chicos vulnerables y/o en riesgo, para entender desde ahí lo que les sucede, siendo un punto básico para empezar a comprender el porqué de sus opciones vitales. También debemos comprender y transmitir que ellos deben ser agentes dinámicos y desempeñar un papel activo en su vida, destacando que la relación persona a persona es la que domina toda su actividad, así como la relevancia y el valor que tiene el grupo.

La forma de intervenir no tiene porqué ser directiva. Valoramos como necesario y esencial trabajar desde la conciencia emocional, a través de un descubrimiento guiado y buscando afianzar de forma significativa el reconocimiento de que somos seres emocionales.

Esto implica un estilo de trabajo que parte de la consideración positiva de nuestras chicas y chicos, que transmite a él o ella que son importantes por lo que son, por ser personas, y no por lo que hagan, digan, tengan... o consuman.

Otras ideas que salpican esta perspectiva de intervención es la perspectiva existencialista, basada en **la búsqueda del sentido** de la vida y el descubrimiento de unos valores de “vida positiva” (aquella que debe ser prosocial y que queda al margen de conductas disruptivas, de agresividad, del consumo de drogas...), que se fundamenta en la honestidad de la persona y que se desarrolla en función de valores de solidaridad y de una búsqueda de “ser feliz”, de “ser auténtica o auténtico”. Para lograr esto, deben tomar “decisiones de futuro” que supongan crecimiento, aceptar la responsabilidad, aceptar el desarrollo... aunque conlleven miedo al futuro y ansiedad ante lo desconocido; y es ahí donde la labor educativa cobra gran fuerza: analizar sus factores de riesgo y protección detectando carencias y fortalezas, trabajando sus competencias, reforzando aquellas positivas

y estableciendo una planificación de trabajo dentro del margen de campo en el que podamos trabajar.

El profesional debe ser guía para que aprendan a tomar el control de su vida, siempre teniendo en cuenta su edad biológica, y no debe caer en trampas como la sobreprotección o la de creerse salvadores del mundo.

Otras ideas que completan la fundamentación en la intervención provienen de la Logoterapia de V. Frankl: el hombre/mujer no está dominado por un instinto de placer (como entendía Freud), ni por una voluntad de hacerse valer (según Adler), sino dirigido por una voluntad de significado; es decir, por la necesidad de encontrar un sentido a su propia vida. “La palabra inhibida se transforma en enfermedad o infelicidad. La experiencia no verbalizada lleva a una existencia precaria”. De ahí la importancia de trabajar y entrenar con nuestras y nuestros menores el estilo asertivo, la gestión emocional y la expresión y canalización, lo que nos permitirá indagar razones más profundas del por qué y para qué de los consumos.

De esa corriente destacamos la importancia que se da a la verbalización de los sentimientos y de la vida en general. “No se trata de analizar su existencia, sino más bien de dar una explicación a la existencia, tenemos que ayudar a la persona para que explique su propia biografía”. Y, nuevamente, la búsqueda del sentido de la vida, fomentando en los menores dos actitudes que han podido estar lejos de ellos hasta ese momento: ser consciente de su vida y comenzar a responsabilizarse de ella.

Se trata de hacer que comprendan y vivan esta responsabilidad inseparable de su propia existencia.

Por otro lado, lo que define al ser humano es su ser consciente y ser responsable. Desde el momento que soy consciente de mí como

persona, he dado a mi existencia una determinada significación; es decir, he hecho una opción existencial y me siento responsable de mi existencia. La responsabilidad es, por lo mismo, consecuencia de la libertad y fuente de significaciones y de valores.

El apoyo en la Logoterapia está también justificado porque explica el origen de conductas antisociales en la falta de significado de la vida. La realidad nos muestra que estas chicas y chicos vulnerables, en riesgo o en conflicto no proceden exclusivamente de clases bajas o marginales, sino que el abanico es amplio: vemos que el margen abarca desde ese perfil hasta la clase media-alta y alta, de “buena familia”, caprichosos, rodeados de familiares atentos e indulgentes.

De Adler se recoge un elemento fundamental como es el concepto de “estilo de vida” ya que lo define como un factor unificador y organizador de la personalidad. Si es un estilo adaptativo nos permitirá alcanzar, sobre la base de nuestro potencial, aquellas metas que nos proponemos. Esto determinará que la intervención pueda reforzar esas potencialidades, reducir las de riesgo y establecer metas reales y objetivas.

Otro elemento de Adler que se considera es la “alineación de metas”, que se traduce en ayudar a las y los chicos a ser conscientes y verbalizar las metas, analizar los contenidos erróneos de éstas y desmontar las creencias equivocadas (mitos, sobre todo los relacionados con los consumos inocuos de las sustancias, pensamientos distorsionados), así como ayudarles a reconocer las percepciones erróneas básicas y trabajar en la reordenación de las actuaciones equivocadas, a la vez que se fomenta la toma de decisiones.

Siempre hay que recordarles que son directoras y directores, guionistas y protagonistas de su vida, y que tendrán que pelear para que su película sea “taquillera” y con un final feliz; que existirán dificultades para encontrar patrocinadores, presupuestos, y que dentro del público y crítica tengan adeptos y detractores, pero que es posible.

Dentro del abanico de la Psicoterapia Humanista, en la **Gestalterapia de F. Perls** también se encuentran fundamentos, ya que ésta hace hincapié en que ellas y ellos son los responsables de su propio proceso y en el convencimiento de que cada una o uno son los únicos responsables de su vida. Debemos tener en cuenta la capacidad madurativa de los menores y que, aunque recae sobre ellos el proceso de trabajo educativo, nuestro objetivo es el de ser un punto de referencia flexible, que en ocasiones será directivo, otras hará de guía, soporte, puente... teniendo en cuenta la individualización de cada proceso.

La otra gran corriente que fundamenta la intervención que se propone es la Corriente Cognitivo-Conductual, de la que se recoge la importancia que tiene el concepto “Locus de Control” de Rotter, siendo el objetivo pasar de un Locus Externo (“la culpa es de la sociedad que no me da oportunidades...”) a un Locus Interno (“yo soy capaz de controlar mi vida, de elegir, de no dejarme llevar por los demás, de decir no a conductas antisociales y sí a la vida positiva”).

Los elementos de **Técnicas de Modificación de Conducta** son también abundantes; partiendo de la importancia de los aprendizajes operantes, los cuáles se desarrollan durante toda la vida. Para extinguir estos aprendizajes es necesario introducir otros reforzadores diferentes de los que siempre han tenido; por todo ello es necesario analizar las potencialidades y carencias, los factores de riesgo y protección anteriormente citados, y hacerlo de forma crítica y rauda porque nuestros menores son esponjas que absorben gran cantidad de información y sus aprendizajes, debido a su edad temprana, están aún “en proceso de”, en la mayoría de los casos no están afianzados ni consolidados por lo que encontraremos relativas resistencias. De ahí la premisa de deconstruir para luego construir.

Para ello se debería entrenar, trabajar y fomentar las competencias sociales (asertividad, inteligencia emocional, toma de decisiones, resolución de conflictos, analizar el autoconcepto, la valoración del

autoestima, aprender a decir no, la presión grupal, escala de valores...); es decir, trabajar de un modo integral a la persona a través de actividades globales y multidisciplinarias, grupales, lúdicas, adaptadas a sus niveles, rompiendo con las actividades habituales estructuradas para provocar que nuestras y nuestros menores paren, se descoloquen y piensen.

Debido al contexto social, cultural, político, demográfico y económico que nos ha tocado vivir, todos los menores podrían ser valorados como vulnerables: la saturación informativa, los valores sociales, el ritmo que la sociedad nos impone, la competitividad... hacen que existan muchos factores de riesgo que puedan provocar la aparición de menores vulnerables, en riesgo o conflicto social.

La precocidad tanto en conductas antisociales o disruptivas como en la edad de inicio en los consumos (tabaco, alcohol, cannabis), hacen que la sociedad se alarme y ponga el grito en el cielo. Pero esta sociedad posee un locus externo de control, ya que se quita gran parte de la responsabilidad, colabora lo mínimo -que no lo justo- y deja este tipo de situaciones y problemas los afronten personas, grupos e instituciones con conciencia social y educativa, pero con escasos recursos. Si se hiciese más caso y se destinaran más acciones a trabajar con los menores no habría que invertir tanto en los mayores.

Muchas intervenciones se ven acotadas por el tiempo y el momento, por ello se debe ser ágil e intentar llegar lo antes posible para así determinar los factores a trabajar. Se tienen que poner en marcha las mejores competencias del profesional y usar metodologías diversas, probando cuál es más favorable en cada caso, pidiendo ayuda, trabajando en equipo, analizando los casos y viendo desde qué prisma se puede acceder mejor a ellas y ellos, sin caer en trampas como la anticipación, el pensamiento rígido, la sobregeneralización o el etiquetado.

Sinceridad, sentido del humor, cercanía pero con límites, normalidad... pueden ser herramientas para descolocarles, tirar del

freno de mano en su camino y que se den cuenta de cómo están, de la posibilidad de cambio y de la necesidad de buscar ser feliz (percepción de su autoconcepto, autoestima, gestión emocional de sentimientos de ira, cólera, miedo....)

La herramienta esencial de trabajo que posee todo/toda profesional es su propio yo, sus competencias, habilidades, creencias, voluntad, vocación.... pero no se puede olvidar la necesidad del trabajo en equipo, la actitud por aprender y renovarse y la importancia de trabajar en red, planificar objetivos realistas y abarcar lo que podemos abarcar.

*“Que los pájaros de la preocupación y de la inquietud vuelen sobre tu cabeza no lo puedes evitar; pero que aniden en tu pelo sí lo puedes prevenir”*

Proverbio chino

## **2.- La labor del profesional**

Adaptando la anterior cita a la labor educativo-terapéutica, los profesionales pueden y deben, para generar autonomía, trabajar en despertar la toma de decisiones y la reflexión, en saber pensar y en desarrollar la actitud crítica. En definitiva, buscar el interruptor y en muchas ocasiones pulsarlo y que active “la máquina”; pero para ello, deberemos “revisar la instalación” y ver dónde están los fallos en el circuito.

Los menores están bajo un continuo bombardeo de información, que proviene de publicidad, televisión, internet, redes sociales, sesgos de calle (movimientos culturales emergentes, nuevas tendencias socio culturales, mitos y creencias de la sociedad, información transmitida boca a boca...) que pasan por su particular filtro de calidad / cantidad. Los adolescentes absorben cualquier información aunque esté plagada de mitos y creencias, la interpretan bajo su criterio, y la difunden. Se debe conocer cómo es ese filtro y asentar bases para la construcción

de uno adecuado. Debemos ofrecer una información realista, cercana, creíble y sin mentiras. Además, debemos poseer conocimientos, conocer estrategias y habilidades, ser cercanos pero sabiendo controlar la distancia educativa, y saber comunicarnos y recordar que en esa relación siempre son los profesionales los que llevan el peso y pueden ayudar a modificar, moldear, negociar,... pero siempre desde la empatía, escuchando y con un pensamiento flexible. Como ya se ha comentado, en todo caso huyendo de la actitud sobreprotectora, permisiva o autoritaria, salvadora y sanadora, no cayendo en las trampas del ego y del “yo sé qué es lo bueno para ti” o “esto se soluciona así”.

Las habilidades comunicativas de los/las profesionales son fundamentales, tanto para detectar como para intervenir. Teniendo en cuenta los elementos de la comunicación, los agentes sociales implicados deben ser claros, saber quién es el receptor y cómo es (conocer y empatizar), manejar el contexto y buscar el más propicio, determinar el cuándo, dónde y cómo, elegir el tono del mensaje según corresponda, manejar el mismo código (conocer jerga, usarla pero siendo creíbles, estar actualizados...), elegir el mejor canal en cada momento, reducir las interferencias o barreras (trastornos de atención, aspectos culturales...), que el estilo comunicativo sea asertivo y atractivo y ofrecer un feedback de calidad.

Para ello se tiene que saber escuchar permitiendo que se “vacíen” y para eso tenemos que “frenar nuestros impulsos de respuesta”: esto es, renunciamos a lo que nos gustaría decirles, aclararles, aconsejarles...y solamente cuando ya estén vacíos de lo que de ellos surge, podremos decirles algo que quizá estén dispuestos a escuchar. Además, no hay que caer en la común tendencia a evaluar, juzgar o desaprobar lo que dice la otra persona, ni sólo tener en cuenta nuestros propios valores, olvidando los de la otra persona.

Este aspecto es fundamental porque desde aquí se trabajan sus carencias, los huecos donde luego incidir, recopilar la información para

luego reformularla y determinar los factores de riesgo y protección. Debemos estar atentos a los puntos críticos de la conversación y de su mensaje y, a partir de ahí, tirar de esa información y estar atentos a palabras sueltas que nos den pistas sobre dónde puede estar arraigado un factor a trabajar.

En la interrelación se debe prestar atención tanto a factores verbales como no verbales: gestos, estilo de ropa, simbología proconsumo, pequeños detalles, cambios en su mirada o aspectos fisiológicos (coloración de la piel, los ojos, sudoración...), cambios de conducta, conocer sus intereses e inquietudes... Es decir, conocer datos de sus resistencias e identificar aspectos que le han alterado, o que le han llevado a bajar la guardia, a emocionarse... y así ver dónde podremos intentar abrir una nueva vía.

Hay que tener en cuenta que no hay que abrir ventanas que no se puedan cerrar. Desde un punto externo todo se ve de un modo más objetivo (el conflicto, la gravedad o solución del mismo), pero cada proceso es individual y propio de cada persona, y cada conflicto es único. Los diversos factores que determinan cualquier conflicto o situación necesitan una respuesta específica: no se pueden generalizar soluciones ni responder por sistema; al contrario, se debe atender a la individualidad, observando qué factores son los que priman y priorizando la intervención en función de los determinantes que sean unos y otros, pero siempre respetando el proceso y la velocidad de su aprendizaje y proceso.

Los menores aprenden por varias vías siendo una de ellas el modelado. Sin embargo, este aprendizaje está sesgado porque miran al mundo con perspectiva de túnel, como un caballo con orejeras que mira al frente y avanza y avanza sin ver nada más. Pero por el camino aparecen muchos estímulos que vuelan sobre sus cabezas y que quieren entrar. Para que el menor sea capaz de frenar la llegada constante de información superflua, el profesional debe volcar sus habilidades en

cada intervención e intentar enseñar a elegir a los menores de forma que ellos y ellas decidan qué van a permitir entrar y porqué, y que abran sus horizontes y miras; es decir, enseñarles a pensar.

### **3.- Otros aspectos fundamentales**

#### **Motivación**

Partiendo de una definición básica de motivación, ésta es una variable mental y por tanto individual. Cada persona tiene su propia concepción sobre qué le puede motivar o qué despierta su interés, y cuáles son los estímulos que en mayor medida captan su atención. Es decir, el profesional no puede crear la motivación pero sí reconocer las razones particulares, animar y canalizar su despertar y, a través de un método de enseñanza guiado o de experiencias individuales o grupales, provocar que surja y facilitar una fase de reflexión; en el caso de los consumos, esta fase podría ser posterior a la detección de los consumos y previa a la intervención sobre los mismos. Se considera primordial que pasen por esta fase puesto que ningún menor / joven acepta una intervención, del tipo que sea, si no ve la necesidad primero y después tiene la motivación de cambio. Un programa de deshabitación de consumos incrementará su capacidad de éxito si es aceptado por los menores y jóvenes.

Por otro lado, se deben potenciar aquellos estímulos que favorezcan la adaptación y el aprendizaje, utilizando cambios de enfoque, usando diferentes metodologías o técnicas innovadoras, buscando que no se produzca un estancamiento sino que interioricen y se asienten los aprendizajes, y sepan aplicarlos a la vida cotidiana.

En las primeras fases de la interrelación, para lograr su aceptación y poder ir analizando los factores de riesgo y protección presentes, debemos trabajar de forma más enérgica el vínculo y la motivación. La motivación en los menores, aunque existen factores comunes en función de la etapa evolutiva, es de carácter individual y concreto,

y debemos atenderla de forma que identifiquemos los cambios, progresos, retrasos y puntos de inflexión, y siempre adecuando el trabajo a cada oportunidad y momento.

### Competencias básicas

Aunque el primer síntoma reconocible de la vulnerabilidad o riesgo social en un menor sea el consumo de sustancias, no siempre se tendrá que intervenir, en primera instancia, directamente sobre el consumo. Hay que priorizar la incorporación de las competencias básicas antes que las complejas, y dentro de las básicas graduar su importancia en función de la necesidad de cada uno y una. Hay diferentes áreas de competencias sociales básicas:

- en su cuidado personal e higiene (mal olor, manos sucias, ropa sucia)
- en las relaciones (saluda correctamente, mira a los ojos, llega puntual)
- y competencias más complejas
- no sabe planificar su estilo de ocio
- no sabe organizar sus tareas ni sus estudios

Ante estas carencias, se debe ordenar el trabajo y buscar el momento oportuno para intervenir. Así pues, se tendrán que evaluar inicialmente las carencias y las potencialidades del adolescente, e ir paso a paso en la intervención, estableciendo una jerarquía en los objetivos de la intervención y, al mismo tiempo, motivando al menor para que poco a poco vaya vislumbrando el sentido que tiene trabajar esas carencias: “hay que cortarse las uñas, que si no, cuando des la mano a alguien en una entrevista de trabajo o le quieras dar la mano a tu pareja...”. Es decir, ser asertivo pero con sentido del humor y “tener dos manos izquierdas”.

Para que nuestras acciones sean más significativas y de impacto, en la interrelación del menor con el profesional debemos manejar con soltura los estímulos, tenerlos muy en cuenta ya que depende de cómo

presentemos el enfoque de nuestras acciones, o las acciones mismas, provocaremos o despertaremos diferentes tipos de reacción o respuesta.

### Expectativas

Por otra parte, las expectativas son estimaciones y deducciones subjetivas, basadas en experiencias previas, que condicionan la forma de ver el futuro (tanto si estas estimaciones son acertadas o fallidas, porque lo que importa es la creencia y no la veracidad). Por esto, en la valoración de las expectativas deberemos prestar atención a conversaciones formales, pero también y sobre todo a las informales. Después, si lo que planteamos al menor es real, práctico y cercano, su aprendizaje será significativo siempre que tengamos en cuenta que el modo de aprender depende de los conocimientos previos de quien aprende y así, partiendo de lo que conocen, lograremos que integren lo nuevo con lo conocido, de modo que lo aprendido llegue a convertirse en algo suyo y forme parte de su propio bagaje.

También hay que ayudarles a descubrirse, a que reconozcan que son capaces de realizar una tarea, que pueden ser autoeficaces; para ello se deberá controlar y reforzar los logros conseguidos y hacerles ver que se cumplen gracias a su trabajo y compromiso. Romper con el pensamiento distorsionado, con la suerte, la casualidad, el destino... y que vean que son el motor de su propio futuro.

Así como los castigos reducen la tendencia a repetir la conducta, los refuerzos y recompensas -el reconocimiento verbal de los logros, un premio por la consecución de alguna meta- fomentan el aprendizaje de conductas deseables.

*“Una persona grita al cielo con el puño en alto: - ¡¡¡Quiero que me toque la lotería!!! - Maldice al destino, a su suerte, y grita nuevamente: - ¡¡¡Quiero que me toque la lotería!!!- Entonces se abre el cielo, se separan las nubes y oye una voz que dice: - Por lo menos podrías comprar un décimo -.*

Esta situación ejemplifica en clave de humor que no sirven de nada las quejas ni buscar factores externos; que debemos ser realistas, tomar las riendas de nuestra vida y actuar porque siempre se puede hacer algo más.

Por otra parte, es muy importante que sepamos afrontar las resistencias y pensamientos distorsionados que los jóvenes y las jóvenes nos plantean ante cualquier intervención: “no tengo ningún problema con las drogas; “sé controlarlas”, “la gente aprende más rápido que yo, es que no debo ser muy inteligente”; “se me da fatal hacer caso a nada, yo soy así”... Debemos saber ayudarles a cambiar de discurso, a reformularlo con ellos o que ellos y ellas mismas lo reformulen. Será útil recoger ese tipo de pensamientos, que vean su distorsión e, insistimos lograr que aprecien que tienen capacidad y que si la tienen lo único que les queda es empezar a aplicarla.

#### **4.- Más aspectos a tener en cuenta**

Independientemente de las motivaciones, competencias, expectativas, resistencias y pensamientos distorsionados de los menores, existen otra serie de factores que vienen determinados por aspectos culturales, sociales y/o personales, que siempre habrá que considerar para poder detectar e intervenir con menores vulnerables, en riesgo o en conflicto social.

Listado de factores que deberemos considerar:

- Tendencia al hedonismo: por parte de los menores y jóvenes existe una búsqueda de placer inmediata basada en la percepción de muchos estímulos, recompensas rápidas y escasa capacidad en su toma de decisiones, lo que favorece el consumo de sustancias ilegales por su rápido efecto sobre el organismo.

- Perspectivas de futuro negativas: el horizonte que ven está muy limitado por su visión de túnel, por la escasa capacidad de planificar, por su forma de pensar y por el continuo bombardeo de información.
- Transformación química de los estados de ánimo: la adolescencia es una etapa llena de cambios y el adolescente no controla dichos cambios y tienen dificultades en la gestión, adaptación...
- La supremacía del presente, del aquí y ahora; sólo importa el presente y aprovecharlo al máximo, sin valorar alternativas, consecuencias ni repercusiones de sus actos.
- La impulsividad. Si abrimos “el manual del adolescente por la página dos” encontramos la impulsividad en las primeras líneas. Nuestras chicas y chicos son material inflamable, impulsos que una vez calmados dejan aparecer sentimientos encontrados de felicidad, de pena, culpa o arrepentimiento.
- Sensación de invulnerabilidad: no piensan que les pueda pasar algo que no deseen ni prevén las posibles consecuencias de sus actos. “A mí no me va a pasar, yo controlo”.
- Rechazo de ayuda adulta. En la mayoría de los casos, los y las menores o jóvenes no son quienes buscan la ayuda especializada, sino que van empujados por otras personas o circunstancias: padres, madres, familiares, parejas, jueces, técnicos de libertad vigilada...
- Necesidad de conformidad intragrupal: están en continua búsqueda de aceptación, de seguridad y de pertenencia... a lo que sumamos una toma de decisiones inmadura y su posicionamiento en el grupo. Esta necesidad de adhesión

al grupo puede constituir un grave factor de riesgo, tanto por el posible rechazo intragrupal como por la capacidad de influencia del grupo sobre un menor o un joven; en mayor medida ocurre esto cuando se trata de una tribu urbana, un grupo radical o una banda.

- Necesidad de autoafirmación: ellas y ellos buscan la seguridad en sí mismos, esperan un feedback que les aporte esa seguridad, ese sentimiento que les permita afrontar la vida.
- Necesidad de trasgresión: la rebeldía, saltarse las normas, probar límites, experimentar nuevas sensaciones sin atender a las posibles consecuencias.
- Individualismo: pensar en el presente y en concreto en “su presente”, sin capacidad empática. Muchos lo expresan con frases como, “antes de que lllore mi madre que lllore la tuya”; como con otras expresan su egoísmo y la competitividad: “yo primero, y cuando yo ya tenga todo cubierto puedes entrar tú”.
- Desintegración social: unido al individualismo dominante, nos encontramos en un proceso evidente de crisis de valores, lo que no favorece la creación de una red social que sustente a agentes externos - ajenos a la escuela y a la familia - y que a su vez facilite un modo de adaptación prosocial.
- Bajo nivel de tolerancia a la frustración: están acostumbrados a la recompensa rápida, a conseguir las cosas con poco esfuerzo y tienen modelos de un éxito logrado de forma no prosocial. En cuanto algo no sale en el tiempo y forma que esperan, caen en una espiral de pensamientos catastróficos y distorsionados que afectan a su proceso: “todo me sale mal”, “nunca podré mejorar...”.

- Problemas de integración social: coexisten diferentes culturas, tribus urbanas, estratos sociales, etnias... y esto se une con la dificultad que tienen para aplicar estilos asertivos y a una probable mala gestión en las relaciones.
- Oferta y disponibilidad de las sustancias: más cantidad, más cerca, más barata, más saturación, con dualidad de fuentes de información y escasa capacidad de decisión.
- Medios de comunicación: informaciones contradictorias, exceso de información sin filtro, modelos antisociales positivos....
- Cultura del coloque: el consumo de alcohol y cannabis, la permisividad o minimización de efectos negativos unidos a la sensación de invulnerabilidad. Esto se refuerza con el consumo como nexo de unión entre un grupo con objetivos comunes (huir, evitar, pasármelo bien...) Todo este complejo entramado constituye un factor muy relevante.
- Alto nivel de inseguridad: se están abriendo al mundo y no saben si tienen red de seguridad que les recoja ni lo alto que están volando.
- Locus de control externo: o “balones fuera”, la responsabilidad del control de sus actos nunca recae sobre ellas y ellos, siempre hay agentes externos que pueden haber provocado su situación.
- Creencias, conocimientos y valores: la cultura, adaptación cultural al medio, mitos, leyendas urbanas, hedonismo, consumismo; todo lo anterior unido a la presión social sobre la necesidad de estar preparado/a, académicamente y personalmente, para ser alguien en esta sociedad.

- Contexto social: el barrio dicta, el entorno determina... pero hay que romper la creencia de “en buen barrio no hay problemas.
- Precocidad: cuanto más temprana es la edad de inicio en el consumo, o en cualquier conducta disruptiva, mayor es el riesgo de que a temprana edad aparezcan a su vez otras alteraciones conductuales, y mayor será el riesgo de exclusión social
- Susceptibilidad frente a la presión del entorno, del grupo: por eso tiene importancia enseñar a pensar y a decir No.
- Amigo virtual, la red: tuenti, facebook, twiter, chats, móviles... vidas imaginarias, personajes inventados, realidades virtuales que también hay que tener en cuenta.

## 5.- Áreas de detección

A continuación presentamos algunos criterios que puedan servirnos de ayuda para detectar posibles consumos en cualquier menor.

Para detectar posibles consumos, se tiene que atender a varios indicadores que aparecen divididos en cuatro áreas fundamentales: emocional, responsabilidad, social y física. Los indicadores o señales que se presentan a continuación pueden ser síntomas de que esa o ese menor esté próximo a ser vulnerable, a encontrarse en riesgo social o en conflicto por abuso de drogas.

Cabe recordar que estos indicadores son meros indicios y que requieren de confirmación, además de considerar como importante una perspectiva en su conjunto y tener en cuenta sus interacciones. Es importante dejar claro y reconocer que, en este terreno, la suma de uno más uno no son dos: debemos recoger, interpretar, reformular las informaciones recogidas, intentar ver dónde está el origen o los posibles orígenes del conflicto que detectamos a través de estas

señales, y aproximarnos a valorar la gravedad o levedad de lo que estamos detectando como problema.

### ***Área emocional***

- Cambios de rutinas y hábitos.
- Cambios de humor inexplicables.
- Cambios en el comportamiento general, sin que se evidencien causas ambientales determinantes.
- Indiferencia al entorno.
- Necesidad de liderazgo.
- Estados de ánimo variables: euforia, depresión, irritabilidad, inquietud.
- Ciertos trastornos psicopatológicos.
- Ansiedad, depresión, pasividad, sensación de hastío.
- Abusos físicos, sexuales o emocionales.
- Respuesta agresiva contenida, estilo pasivo agresivo: explosivo.

### ***Área de responsabilidad***

- Absentismo escolar.
- Descenso del rendimiento en hobbies.
- Abandono familiar.
- Ausencia de supervisión familiar.
- Estilos educativos contradictorios.
- Modelos negativos de enseñanza.
- Deprivación económica. Conductas violentas y antisociales, respuestas agresivas verbalmente o físicas.
- Conductas de riesgo sexuales: el sexo sin protección.
- Disminución brusca y sin motivo aparente del rendimiento escolar o laboral.
- Actitud negativa con la familia y las actividades conjuntas.
- Maternidad / paternidad en adolescencia. El uso y abuso de

- sustancias. Fugas del hogar.
- No cumplimiento de normas básicas.

### **Área social**

- Abandono de viejos amigos.
- Problemas legales.
- Excesivas llamadas telefónicas y actitud de secretismo.
- Vida virtual.
- Transformación en la ropa y habla.
- Desaparición de objetos personales.
- Alejamiento o actitudes reservadas o conflictivas con familiares y/o amigos.
- Pertenencia a banda.

### **Área física**

- Efectos físicos como pérdida de peso, cambios en el ritmo del sueño, hiperactividad o fatiga, cefaleas, temblores, vértigos, irritación de los ojos, nariz y boca.
- Deterioro de la higiene personal.
- Hipersensibilidad a ruidos, luces...
- Evidencia de dificultades económicas, pérdida de objetos de valor.
- Contradicciones estéticas – económicas.
- Deterioro físico según sustancia.
- Malnutrición.
- Desamparo, pobreza.

## **6.- Indicadores según sustancia**

Por otro lado, existen otros indicadores -directos e indirectos- relacionados con el consumo de una sustancia en concreto. Así se pueden observar varios indicadores en el plano físico, en el fisiológico y en el conductual:

### ***Alcohol***

Aliento alcohólico. Sudoración. Ojos enrojecidos. Ganas de dormir. Fatiga. Olvidos. Quejas sobre la salud, sobre todo de problemas digestivos. Apatía, tristeza. Impulsividad. Asistencia a discotecas, estancias prolongadas en parques, etc. Chiclos y caramelos de menta (para disimular el aliento). Ropa impregnada con olor a licor...

### ***Cannabis: Maribuana – Hachís***

Ojos enrojecidos. Lentitud al hablar. Olor a hierba. Risa inmotivada. Euforia. Retraimiento social. Disminución de la motivación. Aumento del apetito. Jergas que aluden al consumo. Lentitud en su movimiento motor. Merchandising o apología del consumo; papel de fumar, clipper, chivatos, utensilios de prensa. Hierbitas y semillitas en los bolsillos. Colirio (gotas). Residuos de elaboración. Dedos marrones, callosidades en los dedos, chinazos en la ropa, grinders... boquillas de cartón... esputos abundantes, ceniceros, restos en ventanas, ropa... pupilas de los ojos extremadamente grandes (dilatadas). Irritabilidad o agresividad, mentiras frecuentes, bajo rendimiento, puede haber deserción escolar, alejamiento de la familia. Marcado desinterés por los estudios, las relaciones familiares y sociales, ideas y pensamientos pro consumo.

### ***Éxtasis***

Se agudizan sus sentidos, especialmente el auditivo y el táctil. Deseo de ingerir agua por la deshidratación. Ansiedad severa. Ataques de pánico (miedo incontrolable de que algo malo pueda pasar). Asisten a discotecas de música electrónica. Estado depresivo o agresivo tras fines de semana de consumo. Cansancio, depresión, insomnio, dolor de cabeza, pérdida de apetito, dificultad para pensar con fluidez, ansiedad, sed y pánico.

### ***Cocaína y otras sustancias estimulantes aspiradas por la nariz***

Pupilas dilatadas. Goteo de la nariz. Sed intensa. Estado de alerta permanente. Puede apreciársele agitado porque se acelera su ritmo cardíaco. Desinhibición social. Expresa ideas de daño o persecución. Utiliza jergas de consumo. Sangrado nasal. Tics nerviosos. Cualquier tipo de tarjetas (crédito, teléfono). Paquetitos de papel. Rasgos faciales angulosos. Descongestionante nasal.

Puede haber delgadez (pérdida de apetito), palidez, destilación nasal, sangrado de las fosas nasales. Agresividad, hiperactividad, paranoia, mentiras frecuentes, manipulaciones, déficit motivacional, insomnio, celotipia, etc. Intensificación de las ideas y concepciones irracionales, deterioro del juicio, etc. Residuos de cocaína (polvo blanco, cristalino, parecido al polvo de hornear).

### ***Inbalantes***

Caminar fluctuante (como mareado). Adelgazamiento Pérdida de apetito. Humor exaltado. Ojos enrojecidos. Movimientos oculares involuntarios. Esponjas. Pedazos de tela. Bolsas. Naranjas partidas. Envases vacíos. Olor penetrante (tipo gasolina o éter) en ropa. Mangas húmedas. Manos cristalizadas. Baja capacidad en soluciones complejas.

### ***Pasta Básica de Cocaína***

Descuido personal. Adelgazamiento. Expresa ideas de daño, persecución. Dedos amarillos. Aislamiento. Jergas que aluden al consumo. Pérdida de apetito.

## 7.- Indicadores socioculturales

Otros indicadores pueden surgir dentro de las costumbres de las distintas tribus urbanas de pertenencia. Estos indicadores nos darán información de sus carencias y potencialidades, tanto en sus habilidades sociales como de en otros factores como la necesidad de seguridad y la autoestima. A la vez nos hablarán de los posibles consumos en función del grupo de pertenencia.

- Skin head “nazi”, patriota social: alcohol y tabaco, straighthead (sin consumo), puede haber también consumos de cocaína.
- Punk, s.h.a.r.p, red skin: policonsumo (alcohol, cannabis, cocaína, speed...) o straighthead (sin consumo).
- Latinos: alcohol, cannabis, marihuana y cocaína.
- Grupos de ideología: policonsumo (alcohol, cannabis, cocaína, speed...).
- Clubbers: policonsumo (alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, ketamina...).

También se puede conocer el consumo, y el tipo de consumo que se realiza, en función del lugar donde pasan su tiempo de ocio:

- Discotecas, macrodiscotecas, discotecas latinas o cercanías de cualquiera de ellas: botellones o presencia de consumo abusivo de alcohol. Consumo de drogas de uso recreativo. Policonsumo de sustancias.
- Canchas de deporte: botellones; consumo de alcohol y cannabis. Paso del consumo recreativo a consumo habitual. Tráfico de sustancias y también apuestas.
- Parques: Consumo diario o más o menos habitual de alcohol y/o cannabis.
- Clubs, discotecas de música electrónica: consumo experimental y esporádico de estimulantes, alcohol, cocaína, pastillas... (pero también habitual o continuo de alcohol y cannabis).

Además, hay que prestar atención a la información que parece irrelevante, pero que a través de la observación o de preguntas podemos obtener de ella datos relevantes; por ejemplo, que la estética esté acorde a nivel de gastos; ver de dónde sale el dinero, si compra ropa a colegas que roban, si trafica, si en casa faltan objetos de valor... si lleva cartera riñonera, dos móviles, navajas, pesas (tanques), etc.

Una vez que se recogen y que se tienen identificados los factores de riesgo, y los indicadores que nos ayudan a perfilar el riesgo o grado de consumo y el tipo de consumo, tenemos que poner en marcha la maquinaria y debemos plantear las estrategias para captar y empezar la labor terapéutica-educativa, con un primer período de motivación.

## **8.- Estrategias**

### ***Aspectos relevantes:***

Para comenzar a plantear estrategias que incidan en la motivación de los/las menores hay que resaltar estos aspectos:

*Mostrar la importancia del cambio:* relacionar el cambio con sus experiencias, conocimientos y valores previos; comparar su situación actual con una meta futura realista y prosocial, y con su utilidad; la mejora en la gestión emocional, en su autoestima, sus sensaciones ...; que vean su realidad sin mostrársela de manera en exceso cruda. Debemos ayudar a deconstruir para luego construir, y a que expresen su realidad y sus expectativas.

*Ejemplificar los mismos comportamientos y valores que se tratan de transmitir:* ellos aprenden por modelaje así que los profesionales deberían aplicarse estas consignas. Por ejemplo: no podemos exigir puntualidad si llegamos tarde.

*Trabajar en grupo de iguales:* gracias a esto empatizan con mayor facilidad, escuchan realidades cercanas y se identifican rápidamente. Dinámicas grupales, feedback grupal..., prestando especial atención a roles de liderazgo, a cómo asimilan la información, a erradicar mitos de calle y desmontar argumentos de los líderes negativos del grupo, así como reformularlos en forma prosocial.

*Activar la curiosidad y el interés por el cambio, que vean que es una necesidad:* para ello podemos presentar la información (bien sea de sustancias, mitos o cualquier habilidad a trabajar) de forma nueva, creativa, cercana, sorprendente y relacionada con los conocimientos propios; plantear o suscitar problemas reales y cercanos, variar las tareas para mantener la atención, hacer hincapié en información que al ser expuesta ha hecho mella en ellas y ellos, buscar donde está el hilo del que tirar.

*Dar el mayor número de opciones de actuación para facilitar la percepción de autonomía:* que moldeen las actividades, que sean ellas y ellos agentes dinámicos en su propio aprendizaje; que nos enseñen, que nos reciclen (por ejemplo: elaborar un diccionario de sinónimos de drogas, jerga de calle, hacer un crucigrama, auto evaluaciones, que planifiquen horarios, cambio de roles...).

*Facilitar y promover la adquisición de los futuros aprendizajes:* que vean la posibilidad de cambio. Evaluar los pasos dados, mejoras y dificultades. Lograr que atribuyan los resultados a causas percibidas como internas, pero modificables y controlables; que vean la necesidad de seguir trabajando los factores de riesgo y protección, que es algo que todos hacemos a lo largo de toda nuestra vida; que perciban que la vida es una carrera de obstáculos y que hay que seguir saltando vallas, que no podemos quedarnos en la primera... Y que vamos a estar en el proceso de salida, acompañándoles y colaborando a que hagan una buena marca.

*Orientar y guiar antes, durante y después:* orientar hacia el proceso de solución más que hacia el resultado final; orientar hacia la búsqueda y comprobación de alternativas para superar las dificultades; informar sobre lo correcto o incorrecto y analizar el proceso seguido y su utilidad, prestando atención a su autoeficacia, solucionando sus dudas y despejando miedos e inquietudes.

*Organizar las evaluaciones:* el feedback es fundamental como refuerzo, como recompensa y para afianzar el aprendizaje significativo. Esto debe ser simultáneo al trabajo sobre la expresión y la capacidad crítica, y desde ahí asentamos nuevos puntos para seguir trabajando. Veremos donde se falla y porqué, resistencias dificultades... y se buscarán nuevas alternativas para seguir trabajando.

### ***Estrategias metodológicas:***

Se presentan diversas estrategias metodológicas que podemos seguir, advirtiendo de que esto no es más que una orientación desde una determinada praxis:

- Relacionarnos en el tiempo libre, en las horas de descanso, excursiones, etc. de manera informal para conocerles mejor pero sin “colegueo”: delimitando que somos cercanos pero no somos un igual, lo que facilitará una información más personalizada y veraz del consumo de cada menor.
- Aprovechar el conocimiento personal para referirnos a ellos en los ejemplos, así empatizan, normalizan y se trabajan los factores.
- Aprenderse de memoria los nombres de las y los chicos, de dónde son, algún detalle que les hace especiales y que a nosotros nos facilite recordarles y así iniciar una conversación, y después de conocer sus experiencias, recordarlas.

- Adaptar los ejemplos y explicaciones para proponer una perspectiva realista y objetiva.
- Comunicar qué es lo que vamos a trabajar, su utilidad, el porqué.
- Manejar el ritmo, forma, contenido, mensaje, canal.... atender a los posibles cambios en su atención, adaptarnos a sus necesidades...
- Usar la teoría pero con vocabulario más cercano, para que el mensaje sea accesible.
- Ser un modelo creíble y normalizado, con nuestros aciertos y errores.
- No etiquetar o procurar romper etiquetas.
- Derribar mitos, tabúes, carencias y sesgos de información es fundamental para romper la visión positiva que del consumo se hacen en ciertos medios y entornos.
- Trabajar en red con otros recursos, no intentar abarcar más de lo que podemos, y “donde yo no llego seguro que hay otro recurso que llega”, y viceversa. Valorar si existe algún trastorno asociado. Si es posible, trabajar con los agentes externos o procurar ser puente entre recursos.
- Ser creativos e innovadores, adaptarnos a su realidad.
- Estar formados / actualizados (en jerga, contenidos, situación sociodemográfica, cultural, tecnológica, subculturas...).
- Usar el sentido del humor o nuestras competencias para lograr un enganche lo más rápido posible, creando vínculo pero

delimitando los lazos y gestionando la profundidad, duración e intensidad del mismo.

- Romper con la imagen de educadoras y educadores de aula, escuela, educación; nuestros menores en muchas ocasiones, por malas experiencias, huyen del trabajo con esos profesionales, y huyen rápidamente a psicólogos, educadores, el rollo colega, la falsa preocupación. Debemos romper con esa mala experiencia, de algún modo ser adultos pero sin parecerlo y no interpretar personajes. Descolocarles y reiniciar.
- Evaluar los contenidos y ver nuevas formas de exposición.
- Trabajar desde la perspectiva de género, analizando micromachismos, roles, valores y trabajarlos de forma directa o transversalmente.
- Trabajar de modo integral, multidisciplinar. Dentro de una actividad trabajamos un todo, un contenido específico pero desde él, transversalmente, trabajamos competencias, habilidades, obtenemos información, detectamos carencias... e ir asestando “golpes educativos” de forma lenta, constate detectando “donde duele”. Dar una atención individual y personalizada.

## **9.- Conclusiones**

Partiendo de todo esto, se puede iniciar la intervención, recordando que cada menor tiene que ser evaluado dentro de su contexto, tanto en el tipo y frecuencia de consumo como de las sustancias consumidas. Así mismo, además de perfilar los factores de riesgo y protección, y determinar si necesitaremos hacer prevención selectiva o indicada, se elaborará un plan de acción e intervención a seguir (valorando si debemos ser puente o es aconsejable derivar a otro recurso más

adecuado), sin olvidarnos de la labor de enganche, motivación, socialización y trabajo transversal de las competencias.

Finalmente, para que cualquier intervención sea fructífera, se debe de contar con la aprobación del/la menor, por lo que es básico trabajar profundamente la etapa de motivación, para que los menores vulnerables, en conflicto o en riesgo, tomen conciencia sobre la necesidad de un cambio de hábitos, que aprendan a valorar su percepción del riesgo, sus mitos y creencias y que estimen la importancia de sus actos.

En el caso de desconocer el proceso que se debe de seguir tras la fase de motivación, lo mejor es recurrir a la red asistencial de drogodependencias y que sean ya los expertos en drogodependencias los que establezcan la intervención, así como los apoyos necesarios para que la intervención concluya satisfactoriamente. ¡Entre todas y todos podemos abarcar más campo!

## BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo (2001). *Teoría del aprendizaje significativo de Ausubel*  
<http://www.monografias.com/trabajos6/apsi/apsi.shtml>
- Díaz Fernández, O; Sanabria Carretero, M. y Sanabria Carretero, P. (1992). *Terapia Familiar con Toxicómanos. Principales Enfoques y Eficacia. Cuadernos de Terapia Familiar, 19, 17-27.*
- Durandassier, J. (1994). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Madrid. Marova.
- Frankl, V.E. (1970). *Psicoanálisis y Existencialismo*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Linn, S.J. Ygarske, J.P. (1988). *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao, Desclée de Brouwer. (3ª ed.).
- Monedero, C. (1995). *Antropología y Psicología*. Madrid, Pirámide.
- Monge Sánchez, M.A. (1972). *G.E.R. - Tomo X*. Madrid. Rialp
- Patronato Pedro de Ibarra para la Formación y el Desarrollo Local. *Plan Agrupado de Formación (2002). Curso de Metodología didáctica. Estrategias para la motivación. Formación de Formadores: la comunicación en la formación* <http://www.oadl.dip-caceres.org/vprofe/virtualprofe/cursos/c103/comunicacion.htm>
- Rogers, C. (1996). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Madrid. Paidós.
- Herrerach, G. (2005). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo* <http://www.monografias.com/trabajos19/estrategias-aprendizaje/estrategias-aprendizaje.shtml#estrategias>

---

## De la teoría a la práctica. Diseño de un programa de intervención en adolescentes y adicciones.

JOSE RAMÓN LÓPEZ LÓPEZ<sup>1</sup> - M<sup>a</sup>JESÚS PÉREZ GALANT<sup>2</sup>

---

### Resumen:

El objetivo de este artículo es mostrar la importancia de llevar a cabo una programación previa para la realización de una exitosa intervención en el campo de las adicciones en población adolescente en riesgo. La realización de la programación obliga conocer los distintos modelos teóricos que la deben sustentar, y que permiten enmarcar las distintas herramientas y técnicas que deberemos utilizar. Además, uno de los puntos más importantes de la programación es la evaluación porque permite comprobar que el trabajo realizado es empíricamente válido. Esta programación se realiza desde la perspectiva de género, pues como veremos, en múltiples estudios ha quedado demostrada la diferencia que existe tanto en la etiología, como en la evolución y tratamiento de las adicciones, para hombres y mujeres. La última parte del artículo se dedica a las conclusiones que se obtuvieron en los grupos de trabajo del curso, con la elaboración de un plan de intervención y las objeciones que surgieron al mismo.

**Palabras clave:** Programación, adolescentes, riesgo, adicciones, género.

---

Correspondencia:

Programa Heliotropos (Fundación Diagrama)  
Avenida Ciudad de Almería, 10 - bajo — 30002 Murcia (España)

[ljrlopez@diagrama.org](mailto:ljrlopez@diagrama.org)

<sup>2</sup> [mjperez@diagrama.org](mailto:mjperez@diagrama.org)

## 1. La programación

### 1.1 Introducción

Los programas basados en la evidencia científica se basan a su vez en teorías<sup>1</sup>. Esto significa que se apoyan en un cuerpo conceptual que define qué y cómo se debe abordar la intervención. Asimismo, también implica que los programas estén razonablemente bien evaluados, aporten resultados fiables e incluyan actividades basadas en los postulados teóricos. Es importante que el enfoque de nuestros programas sea científico y la revisión de los modelos teóricos puede ayudarnos a alcanzar este objetivo. Además, el conocimiento de la literatura científica puede ayudarnos a refinar las hipótesis de trabajo previas al desarrollo del programa (Guía práctica para una prevención eficaz. ADES, 2004)<sup>2</sup>.

En primer lugar, tenemos que dejar claro que nuestra intervención con menores vulnerables, que se han iniciado en el consumo de drogas, no solo tiene que ir encaminada a evitar la progresión en el consumo, sino también los daños físicos, psicológicos y sociales asociados, así como prevenir su posible cronificación en la vida adulta. Por tanto, nuestra prioridad se centrará en trabajar para reforzar los factores de protección individuales de los/as menores, como la resiliencia, asertividad, empatía..., y favorecer alternativas al consumo de drogas y el mantenimiento de estas alternativas; además, debemos hacerles partícipes del proceso de intervención desde una perspectiva de autoeficacia<sup>3</sup>.

Dependiendo del nivel de riesgo del/la adolescente con quien vamos a intervenir tendríamos que distinguir dos niveles de programación:

1. Selectiva: dirigida a menores que, por las características de su entorno social y familiar mas inmediato, presentan un mayor riesgo de consumo de drogas. Los programas de

prevención selectiva suelen centrarse en entornos de alto riesgo: familias multiproblemáticas, padres/madres alcohólicos o drogodependientes, problemas con la justicia y otros grupos marginales o con desarraigo social

2. Indicada: va dirigida a menores que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y que presentan importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático.

En general, en España contamos con un amplio abanico de programas de prevención universal dirigidos a menores; en cambio existen pocos programas que se dirijan exclusivamente a grupos de menores vulnerables, con alto riesgo de consumir o ya consumidores de sustancias; es decir de intervención selectiva e indicada<sup>4</sup>.

Para desarrollar un programa resulta de gran eficacia contar con herramientas de programación y de recogida de información. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es el recurso que aglutina la información más fiable en la recogida de instrumentos para la programación. En España, el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS) es la entidad especializada en el ámbito de la prevención<sup>5</sup>, centro que gestiona además el sistema europeo de información sobre drogas: EDDRA<sup>6</sup>; desde aquí se recogen y difunden las mejores prácticas en el campo de la reducción de la demanda a nivel europeo. Existen en EDDRA un total de 43 programas españoles, la mayor parte son programas preventivos, básicamente aplicados en el ámbito escolar, familiar y comunitario.

Teniendo en cuenta recomendaciones para la planificación y aplicación de programas preventivos<sup>7</sup> y las recomendaciones del NIDA<sup>8</sup>, y tras comprobar distintos programas existentes en la actualidad, llegamos a las siguientes conclusiones:

*A) Puntos necesarios para llevar a cabo la puesta en marcha de un programa preventivo:*

1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionar el mismo.
  - 1.1. ¿Cuál es el problema?
  - 1.2. ¿Qué podemos hacer?
2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas? Modelos teóricos de los que partimos<sup>1</sup>.
  - 2.1. La explicación del consumo de drogas
  - 2.2. Factores responsables de seguir consumiendo una droga
3. La necesidad de una intervención preventiva
4. La delimitación del grupo o grupos objetivo
5. Objetivos de nuestra intervención (generales y específicos).
6. Métodos y técnicas específicas de intervención
7. Recursos disponibles
8. Evaluación
9. Discusión de resultados
10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y débiles del programa y nuevas propuestas de actuación<sup>9</sup>.

*B) Áreas sobre las que hay que intervenir para lograr un desarrollo positivo del adolescente:*

*1. Área de desarrollo personal*

Autoestima, autoconcepto, autoeficacia, autocontrol, autonomía personal, iniciativa personal.

*2. Área cognitiva:*

Capacidad de análisis crítico,

Capacidad de pensamiento analítico, creatividad

Capacidad de planificación y revisión

Capacidad para tomar decisiones

*3. Área valores/moral*

Compromiso social, responsabilidad, prosocialidad, justicia, igualdad, respeto a la diversidad.

*4. Área emocional*

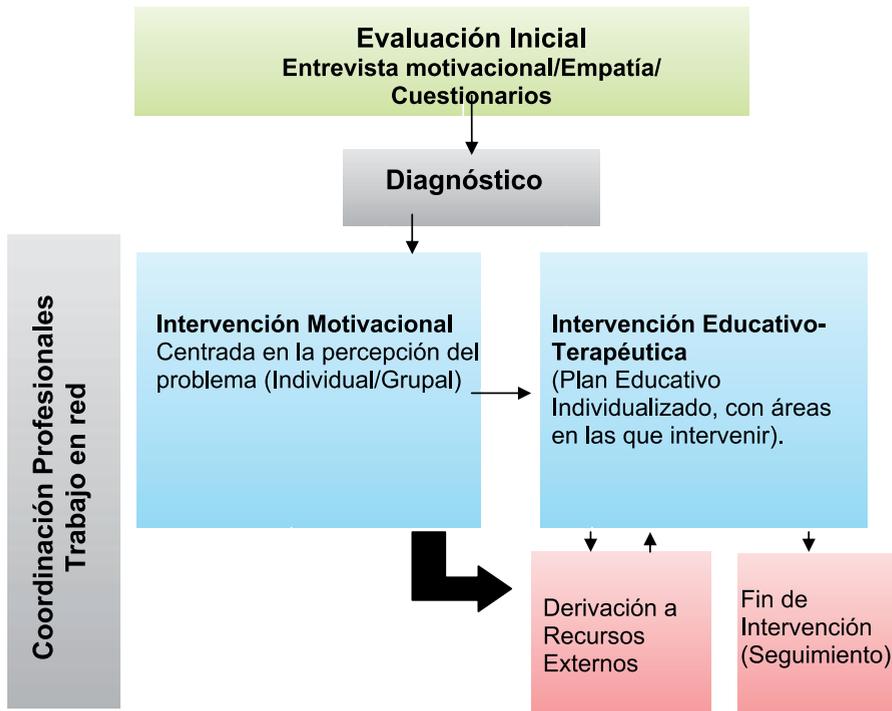
Empatía, reconocimiento y manejo de las emociones de los demás, conocimiento y manejo de las propias emociones, tolerancia a la frustración, optimismo y sentido del humor.

*5. Área social/familiar:*

Asertividad, habilidades relacionales, habilidades para la resolución de conflictos interpersonales, habilidades comunicativas, intervención con la familia.

*C) Modelo de Intervención*

El modelo de intervención que proponemos esta basado en nuestro trabajo y, teniendo en cuenta bibliografía existente<sup>10,11</sup>, se aproxima al de otros programas:



Fuente: elaboración propia

Destacamos un informe sobre la prevención selectiva en los países miembros de la Unión Europea, desarrollado desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y en el que se especifican conclusiones y recomendaciones sobre la situación de las distintas intervenciones. Concretamente reseñamos las recomendaciones vertidas para España<sup>12</sup>.

- Promover más evaluaciones en este campo y dotarlas de los recursos necesarios.
- Desarrollar, a partir de esas evaluaciones, sistemas de acreditación de las intervenciones de prevención selectiva.
- Considerar estas intervenciones como prioritarias.
- Promover la adaptación del marco legal: leyes de protección de menores, sobre todo de los menores inmigrantes.

- Necesidad de desarrollar mapas de riesgo a escala comunitaria, que permitan priorizar las intervenciones en las áreas con un mayor nivel de necesidad.

Como resumen de todo lo anterior, a la hora de programar hay que tener en consideración una serie de principios básicos que van a fundamentar nuestras estrategias de intervención con los/as menores y garantizarán una mayor eficacia de los programas específicos relacionados con las drogodependencias<sup>13</sup>.

- Deben ser diseñados para potenciar los factores de protección del menor frente a los de riesgo.
- Deberán incluir todas las formas de consumo de drogas.
- Se centrarán en la fase evolutiva del menor y en el contexto cultural en el que convive para adecuar los contenidos al programa.
- Se utilizarán métodos interactivos, como por ejemplo los grupos de discusión entre iguales, que con los menores son más eficaces que los métodos didácticos, ya que favorecen la implicación y participación del/de la menor en su proceso.
- Deben incluir estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, así como reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social (la capacidad de comunicación, relaciones entre iguales, la autoeficacia y la asertividad en la toma de decisiones) afianzando actitudes de rechazo frente a las drogas.
- Será preciso actuar desde una perspectiva educativa integral y desde estrategias amplias de actuación (escuela, familia, entorno social...).
- No se deberá etiquetar, ni estigmatizar, ni culpabilizar. Etiquetar a un/a adolescente como drogodependiente, conflictivo, fracasado... es contraproducente y puede llevar a que se comporte como se espera, precisamente como la etiqueta que le hemos asignado.

- Es conveniente, siempre que sea posible, no separarlos de su entorno social y familiar más inmediato.
- Será fundamental, tanto para su desarrollo personal como para la mejora de su competencia social y la consolidación de la personalidad, que el/la menor participe, se implique y se involucre en todo el proceso.

## **1.2. Prevención selectiva: fases de la intervención**

Hemos realizado una síntesis de las fases de la prevención selectiva e indicada, estructurándolas en cuatro:

### **A) Análisis de la realidad**

El objetivo de esta fase será identificar y conocer los grupos y contextos diana donde vamos a desarrollar un programa. En esta fase inicial de recogida de datos hemos de contar con fuentes directas de información, como pueden ser los educadores y educadoras de calle, monitores, personas que desarrollan su labor en asociaciones juveniles, mediadores..., que son figuras clave, cercanas a los adolescentes y que conocen y se involucran en su realidad. La labor de estos profesionales requiere de altas dosis de motivación, interés, responsabilidad y formación.

Los métodos más efectivos que se utilizarán en esta fase de recogida de información, serán entre otros la observación directa participante y la entrevista. Al mismo tiempo, es importante contrastar la información obtenida con la que poseen los recursos que intervienen con los/as adolescentes. Aquí, el trabajo en red desde todos los ámbitos implicados, resulta imprescindible.

### **B) Detección/captación y acogida**

Acercamiento y contacto directo con el/la adolescente. El objetivo aquí será conseguir la vinculación del menor, haciéndole partícipe del mismo. En esta fase es muy importante trabajar y saber manejarse en el

entorno de riesgo del propio menor. La estrategia óptima será caminar hacia ellos dentro de los ámbitos donde éste se desenvuelve (familia, escuela, barrio...), y utilizando no solo la búsqueda y el acercamiento, sino también la espera.

La acogida es un momento determinante para los/as menores. Hay que planificar muy bien este primer encuentro, asegurándonos de que sacan algo en claro, que les es útil para algo, utilizando como herramienta fundamental la empatía.

Hay que recordar que el/la menor generalmente no viene por sí mismo, sino por mediación de terceros, como Servicios sociales, centros de protección y reforma, ONGs, profesores, familia... por lo que la coordinación, el trabajo en red y la comunicación entre los recursos implicados resultan muy efectivos.

### **C) Diagnóstico/motivación**

El objetivo principal en esta fase es concienciar al menor de su situación y de su posible necesidad de ayuda. Sin olvidar que otro de nuestros objetivos prioritarios es motivar hacia el cambio, debemos reconocer que no todos los adolescentes se encuentran en la misma etapa del proceso. Por ese motivo, en esta fase es importante flexibilizar posturas y que el menor conozca sus posibilidades, sus avances, los recursos a dónde acudir y cómo hacerlo: lograr todo esto es más importante que la permanencia del menor en el programa. Es decir: lo importante es transmitir la idea de que él mismo puede tomar decisiones en su proceso y sepa donde acudir si necesita apoyos.

Además, resultará motivador establecer de manera consensuada un contrato en el que se implique tanto al/la menor como al equipo de intervención y a la familia. En esta fase será fundamental la empatía y otras acciones y estrategias como son: descubrir los factores de protección del grupo y reforzarlos; personalizar la intervención, valorando individualmente los factores de riesgo y protección, y el conocimiento de los recursos específicos de su entorno.

En la metodología a desarrollar contamos con instrumentos eficaces como son la entrevista motivacional y el Plan Educativo Individualizado.

## **D) Actuación**

Incidir en las áreas que están directamente relacionadas con el/la menor de cara al mantenimiento y desvinculación del mundo de las drogas. Podemos considerar las siguientes:

- Área de Drogas: dar información objetiva sobre las sustancias, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del/de la menor, toma de conciencia sobre las drogas y los riesgos y consecuencias del consumo
- Área de desarrollo personal: acompañar y reforzar su proceso de maduración. Intervención dirigida hacia el grupo de iguales.
- Área de desarrollo socio relacional: modificar estilos de vida para ser socialmente competentes.
- Área escolar y formativa: trabajar con sus necesidades reales, incentivando y estimulando el esfuerzo.
- Área de ocio y tiempo libre: autogestión del tiempo libre desde alternativas saludables.

## **1.3 La evaluación**

Realizar la evaluación, del programa que llevemos a cabo, es uno de los puntos imprescindibles que aparece en toda programación: “hay que potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas, fomentando la cultura de la evaluación de los programas entre los/las profesionales del sector”<sup>14</sup>.

Para evaluar, siguiendo a Muraskin<sup>15</sup> (1993) hay cuatro razones u objetivos fundamentales:

- Determinar la efectividad de los programas en los/as participantes.
- Comprobar que los objetivos del programa se han cumplido.
- Proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el equipo del programa como para otras personas.
- Permitir al equipo del programa hacer cambios que mejoren la efectividad del mismo.

La evaluación inicial (fase del diagnóstico) nos permite conocer las características de cada menor o adolescente, para después establecer una línea base de comparación entre el antes y el después del programa. Este proceso nos va a permitir evaluar no solo el abuso de drogas y sus consecuencias, sino también los factores de riesgo y de protección que pueden precipitar o mantener el abuso de drogas, para así poder establecer el programa adecuado.

Más concretamente, se deberán evaluar los siguientes aspectos:

*a) puntos fuertes y factores de protección:* resiliencia, autoestima, religiosidad, apoyo familiar y social, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y motivación hacia el tratamiento.

*b) historia de uso y abuso de sustancias* y su tratamiento: inicio, frecuencia, intensidad, patrón de consumo, vías de autoadministración.

*c) historia y examen médico y psiquiátrico:* detallado e incluyendo riesgos asociados a la conducta sexual y uso de drogas, historia de conducta sexual, síntomas de trastornos afectivos, suicidio, problemas de conducta.

*d) historia y problemas en el desarrollo:* incluyendo eventos traumáticos, maltrato, abuso / abandono físico, psíquico o sexual, coerción hacia conductas desviadas, etc.

*e) historia familiar:* problemas familiares por uso de sustancias,

salud mental y física, conducta delictiva, patrones de crianza, puntos fuertes y apoyo al tratamiento.

*f) red social* de pares y amigos/as: habilidades sociales e interpersonales, entorno social, implicación en grupos desviados.

*g) historia de desempeño escolar, empleo y vocacional:* problemas de aprendizaje, necesidad de educación especial, asistencia.

*h) contacto con servicios e instituciones:* problemática judicial, delincuencia, tratamientos.

*i) hábitos recreativos y de tiempo libre:* hobbies, intereses, actividades, aspiraciones.

(Para recoger esta información, ver el anexo 2 de cuestionarios que se pueden realizar)

Una vez realizada la evaluación inicial, que nos ha permitido un diagnóstico, deberemos al final del programa volver a realizar esta evaluación con las mismas escalas y así poder comparar entre los resultados obtenidos al principio y los obtenidos una vez aplicado el programa. Este modo de evaluación pre-post, nos ayuda a detectar posibles dificultades en el método empleado, detectar actuaciones que no cubran los objetivos preestablecidos y nos ayudará a detectar el origen de estos déficits.

También es necesario realizar una evaluación en proceso, para evaluar los resultados inmediatos e intermedios, y poder así utilizar estos datos para ir adecuando la intervención a lo largo de su desarrollo. Realizar este tipo de evaluación nos permite, al finalizar cada sesión, detectar los aspectos más positivos de la intervención para así poder potenciarlos y registrar los de mayor problema para modificarlos.

Y para terminar, es necesario realizar una Evaluación final o de resultados. Esta evaluación debe ser realizada tanto por el/la profesional que ha llevado a cabo el programa como por los/as participantes en

el mismo, y su objetivo es demostrar que el programa ejecutado ha producido los cambios deseados, y valorar posibles mejoras para su continuidad o para otros programas.

**Nota importante:** El diagnóstico realizado no busca un etiquetamiento, busca ayuda para una mejor programación de las intervenciones que vamos a realizar con el/la menor o adolescente.

## **2. Perspectiva de género en la programación e intervención en adicciones**

Es preciso señalar este concepto considerando las diferencias que existen entre hombres y mujeres por cuestión de sexo, las cuales vienen marcadas por sus condiciones biológicas (ver Anexo 3).

La identidad de género, como algo contextual y no natural, implica asumir determinados riesgos de salud en función del sexo y los roles determinantes, donde, por ejemplo, la masculinidad implica resistencias a admitir debilidades. Estas pautas son transmitidas desde los diferentes espacios de socialización, básicamente en la familia, escuela y medios de comunicación social. Es aquí donde los agentes sociales tenemos que estar presentes desde la concienciación en valores de igualdad, la necesidad de romper la dicotomía de género y desde la responsabilidad en la coeducación de nuestra juventud.

En concreto, en el tema que nos ocupa, consumir drogas no tiene el mismo impacto ni el mismo significado para hombres que para mujeres, y esto se debe a las diferencias que vienen condicionadas tanto por el género como por el sexo.

Aunque se puede comprobar que existen diferencias en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres, esta perspectiva no suele estar presente en el ámbito de la intervención en las drogodependencias. Asimismo, existen factores de riesgo diferenciales entre hombres y

mujeres que precisan ser considerados para el diseño y planificación de actuaciones en la prevención y tratamiento de las drogodependencias<sup>16</sup>.

Desde nuestra propia experiencia en el campo de las drogodependencias, y en concreto desde el Centro de Día (programa en régimen ambulatorio de atención y tratamiento de las drogodependencias) en el que comenzamos a trabajar en el año 1997, hemos constatado la necesidad de prestar especial atención a la perspectiva de género en la intervención de las drogodependencias. Desde nuestros inicios en el Centro de Día, hemos observado como las mujeres tienen dificultades añadidas tanto para incorporarse y adherirse al tratamiento como para abandonar el consumo de drogas.

Estas dificultades vienen condicionadas por su rol de mujer en el ámbito social y familiar.

En ese proceso, entendimos que si nos centrábamos en aumentar el nivel de conciencia que ellas tienen sobre sus propias dificultades, íbamos a propiciar una mayor motivación para el tratamiento. Por este motivo, en el año 2000 iniciamos una experiencia piloto promoviendo un espacio de intervención grupal exclusiva de mujeres, donde prestamos especial atención a las áreas de autoestima, dependencia emocional, sexualidad, relaciones familiares, rol de maternidad, situaciones de violencia...

Esta experiencia de incluir la perspectiva de género nos ha permitido hacer mejor un diagnóstico individualizado de la población con la que trabajamos y diseñar nuestras estrategias en el tratamiento teniendo en cuenta este factor, lo que está en consonancia con los últimos estudios realizados<sup>17</sup>.

No obstante, no contamos actualmente con datos estadísticos que partan de una investigación y, por tanto, no podemos aportar resultados de tal experiencia, pero sí contamos con criterios observables en cuanto a una mayor permanencia de mujeres en el proceso de tratamiento llevado a cabo desde nuestro programa.

### 3- Conclusiones del plan de intervención del grupo de trabajo en el curso “menores vulnerables y consumo de sustancias”

Dentro del curso “Menores vulnerables y consumo de sustancias”, llevado a cabo en Logroño, se incluía un módulo para realizar un Plan de Intervención.

En la última sesión se diseñó un Plan de Intervención. Este diseño surgió de la puesta en común promovida en cada uno de los dos grandes grupos: en el formado por profesionales que trabajan Centros de protección y Centros de Ejecución de Medidas Judiciales de Internamiento, y el de profesionales que desarrollan su labor en medio abierto.

De forma general, este es el **Plan de Intervención** que surgió para desarrollar en **Centros**:

1. Entrevista (basada en los fundamentos de la terapia breve y de la entrevista motivacional), desarrollada por un/a orientador/a y en la que no se debería partir de otras informaciones previas que pudieran contaminar este primer contacto con el/la menor.

Esta primera entrevista debería servir para escuchar objetivos e ideas propias del menor, dándole el protagonismo a él o ella, acompañándole en sus reflexiones y motivándole con refuerzos positivos sobre logros anteriores. acompañándolo en sus reflexiones, motivándole con refuerzos positivos sobre logros anteriores.

2. Fase de Acomodación, con la presentación del equipo de trabajo, el lugar con sus estancias, horarios, etc.

3. Reunión del equipo técnico: durante esos primeros

días el equipo técnico se reúne para valorar el caso y trasladar a los/as psicólogos/as y educadores/as la información que necesite cada uno/a. Posteriormente se pondrán de acuerdo psicólogo/a con educador/a en cómo van a intervenir con ese/a menor.

4. Entrevista personal del psicólogo o psicóloga a con el menor, para evaluar posibles patologías, factores de riesgo y de protección y, concretamente en el caso de consumidores de sustancias, la fase de adicción en la que se encuentra. De aquí saldrán los principales objetivos con los que vamos a trabajar, reuniéndose luego con el Educador-Tutor para plasmar la metodología de intervención que nos llevará a conseguir esos objetivos (áreas sobre las que trabajar y cómo hacerlo, partiendo de modelos teóricos concretos).

5. Siempre teniendo en cuenta el Programa educativo Individualizado diseñado para el/ella, se realizará una intervención de tipo motivacional (individual y grupal) y se utilizarán técnicas como el balance Decisional, las metas que quiere conseguir y lo que está realizando para lograrlas. Asimismo, se trabajarán las habilidades de afrontamiento, la resolución de conflictos y problemas, la toma de decisiones, las habilidades de comunicación, las emociones y la búsqueda de recursos y apoyos. También se impulsarán actividades grupales más lúdicas, como la utilización de la música y del arte en general, para estimular la consecución de los objetivos planteados.

6. También se contará con espacio y tiempo para la realización de un grupo con chicas, en el que se trabaje el concepto de mujer, las dificultades a las que se enfrentan y los posibles episodios de violencia que han vivido o viven. El objetivo de ese espacio específico para ellas es paliar la habitual dominancia

de la masculinidad en los programas y en las intervenciones y estrategias de actuación, así como para contrapesar la doble discriminación que sufren, como mujer y como mujer adicta.

7. Crear un espacio y tiempos con el educador- tutor donde se puedan dar charlas distendidas.
8. Terminar el proceso con alguna técnica de despedida (carta, diploma, etc).
9. Trabajo coordinado en red con otros profesionales.
10. Realización de una Evaluación continua.

En cuanto al **Plan de intervención desarrollado por profesionales que trabajan en Medio Abierto**, la gran diferencia es que desde el principio se plantea la necesidad de realizar una reunión de coordinación con el resto de recursos que estén trabajando con el/la menor para que no quede este trabajo como algo aislado, sino que esté dentro de un trabajo general más ambicioso, en el que se está trabajando probablemente con la familia, escuela, amistades, etc.. Este proceso estaría dentro de la fase de análisis de la realidad.

Si comparamos estos resultados con la revisión que desarrollaron Fernández, C., Calafat, A., Juan, M (2004)<sup>18</sup>, para unas buenas prácticas en la intervención y el tratamiento, vemos que se cumplen todos los puntos que ellos propusieron:

1. Conocer y evaluar los factores de riesgo y de protección.
2. Conocer y aplicar el conocimiento sobre las características específicas y procesos psicológicos básicos de la adolescencia.
3. Adaptar las metas y estrategias al adolescente y a su motivación hacia el cambio.
4. Asegurar un alcance, intensidad, contenidos, recursos,

procedimientos y duración adecuados. Partiendo de un enfoque comprensivo, que incluya otros servicios y recursos, con especial énfasis en la familia.

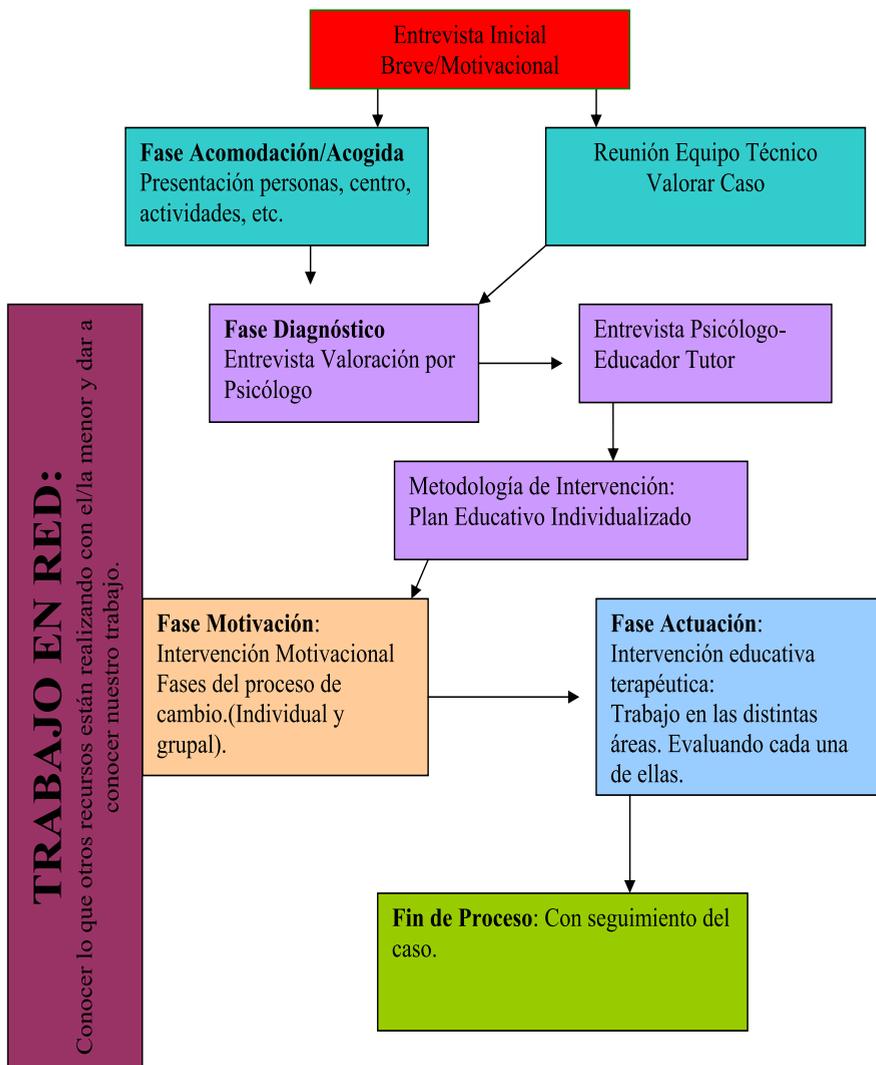
5. En cuanto a objeciones generalizadas en ambos grupos surgieron las siguientes:

- Tendencia de los profesionales a la generalización, olvidando la intervención individualizada del menor.
- Enfoque basado en opiniones subjetivas y no en teorías contrastadas empíricamente.
- Los objetivos del profesional por encima de los que establecen los/as menores; se olvida al/la menor.
- Las ganas de querer llegar a los objetivos rápidamente, por parte del profesional, viendo como muy negativos a los/as menores que no van a su ritmo.
- Falta de empatía entre el menor y los/as profesionales.
- Escaso reciclaje en la formación terapéutica del profesional.
- Importancia de la intervención familiar.
- Sobrecarga en las funciones y en la ratio de menores que corresponden a cada profesional.
- Desconocimiento de la oferta en recursos de ocio y tiempo libre para establecer un plan de trabajo con los menores.
- Muchos/as profesionales trabajando a la vez con el/la menor y sin saber qué labor realiza cada uno/a.

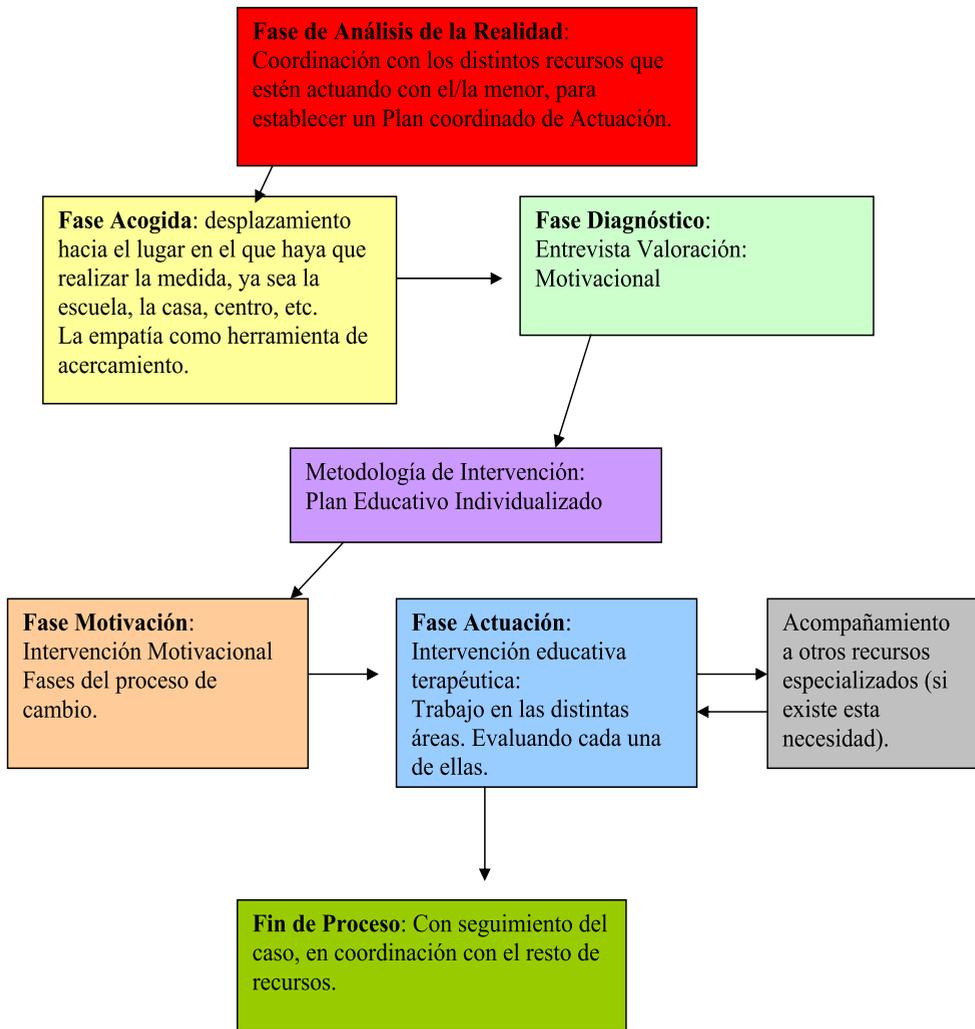
Como **conclusión final**, creemos necesario comentar la importancia que tiene basar nuestro trabajo en modelos teóricos que previamente hay que conocer, así como saber manejar las técnicas motivacionales, que son técnicas útiles para aplicar en cualquier caso, y tener conocimiento de técnicas de trabajo con la familia del/de la menor.

Consideramos asimismo imprescindible utilizar modelos integradores, de modo que a la vez que se procura fomentar los factores de protección y minimizar los de riesgo, no se olvide la importancia que tiene ser empático y conectar de forma adecuada con el menor.

### Esquema del Programa de Intervención para Centros



### Esquema de Programa de Intervención en Medio Abierto



## REFERENCIAS:

1. Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
2. Acero, A. (2004). *Guía Práctica para una Prevención Eficaz*. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales). Madrid.
3. Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
4. [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)
5. [www.cepssalud.es](http://www.cepssalud.es)
6. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
7. Espada, J., Mendez, X., Orgilés, M. (2004). *Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo. Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de psicólogos del principado de Asturias. Asturias.
8. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (EEUU). (2004). *Como prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Maryland.
9. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio Interior. Madrid.
10. ES Proyecto Hombre. *Programa de prevención indicada enlace*. Comunidad de Madrid.
11. Instituto de Adicciones Madrid Salud (2007). *Prevenir en Madrid. Programa de Prevención Selectiva de Drogodependencias*. Departamento de Prevención. Madrid.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2003). *Informe sobre prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega: First overview on the European situation*. Lisbon.
13. Plan Nacional sobre Drogas. (2009-2010). *Guía de Prevención sobre las Drogodependencias*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.

14. Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
15. Muraskin, L. D. (1993). *Understanding evaluation: The way to better prevention programs*. Washignton, D.C.: U. S. Department of Education
16. López, S., Rodríguez-Arias, J., (2010). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
17. [www.generoydrogodependencias.org](http://www.generoydrogodependencias.org)
18. Fernández, C., Calafat, A., Juan, M. (2004). *Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de psicólogos del principado de Asturias. Asturias

## ANEXO1

---

### Ficha técnica del programa

---

Una vez que se tiene claro a) cuáles son las necesidades sobre las que vamos a actuar, b) hemos analizado la realidad sobre la que pretendemos intervenir. c) hemos tenido en cuenta la población diana y su vulnerabilidad y d) conocemos el contexto y como todo ello está contribuyendo al problema del uso de drogas detectado, ese será el momento de elegir qué programa vamos a implementar.

Señalamos, como guía para la elaboración de un programa de intervención, los siguientes puntos a tener en cuenta:

1. Objetivos: deben ir dirigidos a ofrecer toda la información sobre las drogodependencias (sustancias, consecuencias...) para ir promoviendo en el menor una toma de decisiones responsables y una actitud crítica y reflexiva hacia las drogas.
2. Bases teóricas<sup>1</sup>: es importante partir una base teórica en el desarrollo de toda programación, que nos sirva como modelo teórico y guíe la estrategia de intervención. Existen diferentes modelos teóricos en el campo de las drogodependencias, ampliamente utilizados e investigados. Desde nuestra experiencia, hemos utilizado básicamente el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, de motivación al cambio, aunque dependiendo del proceso evolutivo del menor y de los objetivos del programa que vayamos a desarrollar, integramos otros modelos en la metodología que utilizamos.
  - Modelo de Promoción de la Salud (se basa en la prevención de la enfermedad y en una educación para la salud).
  - Modelo Biopsicosocial (PND. Educación para la Salud-Zinberg, 1984). Se basa en la responsabilidad individual y social en la salud, entendida ésta como proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social. Se implementa desde el ámbito preventivo.

- Teoría del Aprendizaje Social (Bandura). Se basa en los principios del aprendizaje, la persona, su cognición y el contexto sociofamiliar en el que se desenvuelve.
  - Modelo Comprensivo-Integrador (Becoña, 2002). Centrado en los factores de riesgo y protección, minimizando los de riesgo y potenciando los factores de protección del menor.
  - Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente - Motivación para el cambio. 1983). Explica como la motivación cambia a lo largo del tiempo y como esto es importante para evaluar la disposición para el cambio. Se proponen las siguientes etapas de motivación para el cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaídas y terminación. Cada etapa tiene que ver con el momento de concienciación y motivación en la que se encuentra el menor, teniendo en cuenta que la motivación no es estática y puede incrementarse en la medida que se toma conciencia del problema.
    - a) Precontemplación: “A mi esto no me perjudica”. Importante la comunicación empática, información sobre los riesgos y manifestar la contradicción sin crear resistencias.
    - b) Contemplación: “Debería”. Surgen las ambivalencias y es útil que exprese sus motivaciones y barreras al cambio. El establecimiento de alianzas reforzará la intervención.
    - c) Preparación: Deseo de ayuda. Hablar de las dificultades para ese cambio y solicitarle alguna estrategia para superarlas.
    - d) Acción: Se refuerza la motivación y se prepara ante posibles problemas. Ir evaluando las metas propuestas.
    - e) Mantenimiento: Preparación ante el riesgo de recaídas.
    - f) Recaídas: Refuerzo ante su capacidad de cambio.
3. Ámbito de aplicación: Especificar en que ámbito vamos a intervenir con el menor (educativo, familiar, comunitario...), incluyendo de manera integral a todos los que están directamente implicados con el adolescente en su entorno mas próximo.

4. Población destinataria: definir el perfil de población diana a la que nos dirigimos, considerando su perfil de riesgo y los factores para su determinación.
5. Tipo de programa en función de la población diana: universal, selectiva o indicada.
6. Metodología: La clave está en generar en el adolescente mecanismos de automotivación desde su potencial de autoeficacia, haciéndolo participe en el proceso. La metodología tiene que estar basada en como se transmite al adolescente la necesidad de cambio. Las estrategias de captación y difusión tienen que venir reflejadas.
7. Programación de actividades
8. Recursos
9. Duración y Temporalidad: especificar el inicio y finalización del programa, así como también la temporalidad de cada actividad que realicemos.
10. Características del material: guías pedagógicas,...
11. Evaluación

## ANEXO 2

### PROTOCOLO INDIVIDUALIZADO A CUMPLIMENTAR SOBRE EVALUACION Y DIAGNOSTICO.

#### A) PRUEBAS DE EVALUACION

1. Técnicas de evaluación utilizadas:

- Evaluación estructurada                       Autoinformes estandarizados
- Semiestructurada                               Observación directa
- Cuestionario de Screening psicopatológico

Especificar

2. Entrevistas diagnósticas generales y/o de screening

- Adolescent diagnostic interview (ADI)

3. Escalas de la gravedad clínica de la adicción

- EuropAsi                       Drug and alcohol problem (DAP)
- Teen adicction seventy index (T-ASI)
- Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS)

4. Motivación para el cambio

- Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)
- Inventario de Procesos de Cambio de Prochaska y Diclemente.

5. Pruebas de personalidad

- 16 PF-APQ                      Otras especificar: \_\_\_\_\_
- IPDE

6. Pruebas cognitivas

- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos- III: Wais III. (16 en adelante).
- Escala de Inteligencia de Wechsler para menores y adolescentes: Wisc-R. (de 6 años a 15 años y 11 meses).
- Test de colores y palabras STROOP.
- Test del factor g.
- Otras especificar: \_\_\_\_\_

7. Medidas de síntomas

- Cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R (Derogatis)
- Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Escala de Habilidades sociales
- Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia (POSIT)

8. Escala de evaluación e Ideación suicida

- Escala de Ideación suicida SSI

9. Escala de medida de la calidad de vida

- Test para la evaluación de la calidad de vida en adictos (TECVASP)
- Otras especificar: \_\_\_\_\_

10. Escala de Impulsividad

- Escala de impulsividad de Plutchik
- Escala de impulsividad de Barrat

**B) DIAGNÓSTICO**

Estableceremos el diagnóstico en base a criterios de la OMS o de la APA, teniendo en cuenta las pruebas administradas y la edad del menor o adolescente.

19. OMS

Códigos CIE-10

Trastorno mental asociado CIE-10

20. APA

DSM IV-TR

Eje I: Trastorno Clínico

Eje II: Trastorno de Personalidad

Eje III: Enfermedades Médicas

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

## ANEXO 3

---

### **ESTRUCTURA DEL INFORME DE IMPACTO DE GÉNERO**

---

Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_

Entidad que lo promueve: \_\_\_\_\_

Otras entidades implicadas: \_\_\_\_\_

Fecha del Informe: \_\_\_\_\_

#### 1. INTRODUCCIÓN:

Resumen del proyecto o programa, contextualizando la intervención.

#### 2. ANALISIS DE LA PERTINENCIA DE GÉNERO

Tras el análisis de la diferente situación de mujeres y hombres en el ámbito de aplicación del proyecto o programa, se debe argumentar la necesidad de la integración de la perspectiva de género.

Se trata de señalar si la actuación afecta directa e indirectamente a hombres y/o mujeres y si existen diferencias en la situación o participación y acceso a los recursos. Asimismo, señalar si la actuación va a tener efectos distintos para hombres y mujeres, y sus consecuencias en las relaciones de poder entre los géneros.

#### 3. SITUACIÓN DE PARTIDA

Análisis de la situación de partida y análisis de objetivos.

Señalar:

-Datos cuantitativos sobre el nivel de participación de mujeres y hombres y características de esa participación en el ámbito de actuación del proyecto: porcentaje de mujeres y hombres a los que afecta el ámbito de aplicación, diferencias detectadas y consecuencias de la situación o posición social de mujeres y hombres, datos siempre desagregados por sexo.

-Datos cualitativos sobre los roles y estereotipos de género que puedan influir en las diferentes pautas de participación de mujeres y hombres: creencias, valores, opiniones sociales que estén relacionadas con el género y puedan afectar a la participación.

-Identificar los objetivos de las políticas de igualdad relacionados con el ámbito de actuación del programa o proyecto.

Análisis de los objetivos:

-Identificar si los objetivos del programa están relacionados con la corrección de las desigualdades que se han detectado en cuanto a la participación.

#### 4. PREVISIÓN DE RESULTADOS

Datos cuantitativos de los resultados directos sobre mujeres y hombres y previsión de los cambios en las relaciones de género, roles y estereotipos. Análisis de los resultados y de los efectos:

-Porcentaje de mujeres y hombres que van a beneficiarse directamente de los resultados de la aplicación del proyecto.

-Características que va a tener la participación de mujeres y hombres y cambios previstos sobre la situación de partida identificada como consecuencia de la aplicación del proyecto.

-Consecuencias de estos cambios sobre la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (cambios en las relaciones de poder, roles, estereotipos, niveles de participación, etc.) y sobre los usos, acceso y control de los servicios.

-Valorar si los resultados van a contribuir a los objetivos de las políticas de igualdad, si la aplicación de la intervención va a disminuir o perpetuar las desigualdades entre mujeres y hombres.

#### 5. VALORACIÓN DEL IMPACTO

Señalar si los resultados previstos van a tener un impacto:

-Negativo: si las medidas acentúan la desigualdades de género y refuerzan los roles y estereotipos.

-Positivo: si promueven la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y modifican los roles y estereotipos en sentido positivo.

## 6. SOLUCIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Cambios o recomendaciones para que el programa o intervención consiga un impacto positivo.

-Señalar si pueden incorporarse nuevas actuaciones para mejorar el impacto de género, si deben modificarse las planteadas, y que recomendaciones se sugieren para el seguimiento y evaluación del impacto de género en la implementación de la actuación.



---

## Los momentos de la intervención selectiva

SILVIA VALIENTE GÓMEZ<sup>1</sup> - JOSE ANTONIO CARBALLO VELASCO<sup>2</sup>

---

### Resumen:

Cuando hablamos de personas que intervienen con personas, existen una serie de aspectos que consideramos importantes, ya que, aunque no están relacionados con la situación problema sobre la que se interviene, sí influyen en la práctica diaria. Nos referimos aquí a condiciones tales como formar parte de un equipo en lugar de trabajar sin apoyo; disponer de un centro, tanto desde el punto de vista logístico como para ofrecer a los jóvenes un lugar de referencia; el apoyo de voluntarios y unas condiciones laborales dignas para el educador o educadora. En cuanto a la intervención propiamente dicha, una de las cuestiones más importantes es la que se refiere a los objetivos. Es recomendable que los objetivos de la intervención, clásicamente entendidos como los que establece la persona o entidad que inicia o reclama la intervención, se alinee con las demandas del resto de implicados (técnicos, familia, otros agentes y, sobre todo, los objetivos y las expectativas del o la propia menor). Puede que aquí radique una de las causas de fracaso de algunas intervenciones. Por otra parte, se observa que en determinadas situaciones, las intervenciones se atascan, lo que puede provocar la frustración del educador y dificultar futuras actuaciones. Cuando esto ocurra, es necesario hacer una evaluación de nuestro propio trabajo, comprobando si hemos establecido unos objetivos adecuados (conductuales y alineados), si el estilo y el ritmo de la intervención está adaptada al caso particular, si el vínculo establecido es el adecuado o si existen algunas interferencias en la intervención.

**Palabras clave:** Intervención social, APIR, resiliencia, vínculo.

---

Correspondencia:

<sup>1,2</sup> Asociación Pro- Infancia Riojana

Travesía de Palacio, 7, Bajo. 26001 Logroño

[www.apir.es](http://www.apir.es)

## Introducción

No resulta tarea fácil explicitar los momentos de la intervención, al tratarse de procesos que con la experiencia se van sistematizando e interiorizando, realizándose casi inconscientemente. Así, resulta complicado hacer explícito lo implícito de manera que surja, de forma lineal, un protocolo de acciones llevadas a cabo durante la intervención, porque las fases o momentos de la misma pueden darse de manera secuencial o simultánea, consumir la mayor parte del tiempo o superarse con relativa rapidez.

Lo que vamos a tratar de describir es un esquema, dentro de un marco ideal, que recoja los momentos de la intervención según nuestra manera de trabajar en APIR.

Dentro de todo el proceso de educación en calle hemos seleccionado los momentos que suelen generar un obstáculo en la intervención, y hemos omitido aquellos otros a los que se destinarán otras sesiones dentro de estas jornadas, planteadas como un punto de reflexión entre profesionales, un debate donde intercambiar experiencias, técnicas y puntos de vista.

Mientras preparábamos esta ponencia, nos ha llamado la atención que en la literatura sobre intervención en contextos sociales, con población vulnerable o con la que se quiere lograr determinados cambios, ciertos autores aún introducen lo que podríamos llamar una “ilusión de alternativas” al plantear dos perfiles diferentes de técnico: el educador vocacional y entregado, o el técnico muy profesional pero sin implicación.

Creemos que esta falsa dicotomía hace tiempo que está superada y pensamos que ese planteamiento desprestigia la profesión. Quien aún piense que para “estar con los chavales” solo hace falta paciencia y comprensión, tal vez no trabaja con objetivos, no evalúa su resultado o no se los exigen. ¿Alguien cree que tenemos las mismas posibilidades de entender y ayudar a un menor si, por ejemplo, conocemos los aspectos de su desarrollo evolutivo, que influyen en su visión del mundo y de sus relaciones, que si no poseemos estos conocimientos?...

Por ello, no podemos comenzar nuestro artículo sin agradecer doblemente el espacio generado por estas jornadas de formación y reflexión y haber pensado que desde APIR podemos contribuir en ellas.

### **Condiciones óptimas para la intervención en medio abierto**

Compartimos la importancia otorgada a la base metodológica cuando se plantea un proyecto de intervención en medio abierto. Sin embargo, hemos comprobado que, por lo general, suele limitarse a recoger una serie de directrices e intenciones que, si bien dan coherencia a las acciones realizadas durante la intervención, dejan fuera o conceden escasa relevancia a otros aspectos que, directa o indirectamente, influyen de manera sustancial en el proceso y en los resultados. Defendemos la necesidad de recoger explícitamente en la metodología aspectos como la infraestructura material y personal, que mantiene y hace viable la intervención.

#### **Formar parte de un equipo.**

Consideramos que la educación de calle ha de recoger y aplicar conocimientos de otras disciplinas, y enmarcar al educador dentro de un equipo con profesionales de ámbito social pero con distintas formaciones y explicaciones acerca de los procesos humanos y de cambio.

Por otra parte, el educador debería contar con la figura de la supervisión que, además de contribuir a la evaluación permanente de su labor, corrija la miopía producida por la excesiva y a veces necesaria cercanía al caso y aporte una perspectiva más amplia o *menos implicada*.

#### **Disponer de un centro de referencia.**

Un local, preferentemente situado cerca de los lugares de concentración de menores, es importante como centro de trabajo para los educadores: trabajo técnico, entrevistas, especialmente las familiares, y como referencia para organismos e instituciones y en el

que los menores también dispongan de un espacio.

Pero la utilidad de este local va más allá de la mera logística. Ese espacio es un lugar en donde nos encuentran los menores. A nivel inconsciente o simbólico, el menor tendrá situado al educador geográficamente, creando sensación de permanencia y disponibilidad, elementos imprescindibles para el establecimiento y mantenimiento del vínculo. No sólo sabe dónde poder encontrarlo, sino que también le permite situarlo en un lugar de su mapa vital.

Además, se trata de un recurso que permite al propio educador *crear* situaciones que le faciliten el abordaje de aspectos relacionales e integradores.

### **Trabajar con voluntariado.**

Como bien sabéis los que pertenecéis a entidades no lucrativas, la ley nos permite desarrollar nuestro trabajo con el apoyo de voluntarios (Ley 7/1998, de 6 de mayo, del Voluntariado). Desde nuestra perspectiva, el voluntariado aporta un doble beneficio a nuestra tarea. Por una parte, permite incrementar el número de actividades que ofrecer y puede apoyar al educador en su tarea. Pero, además, supone la introducción de una nueva figura positiva cercana al menor, al que transmite valores de solidaridad y compromiso.

Tampoco hay que olvidar que, a su vez, el voluntario devuelve a la sociedad una visión realista y positiva de los adolescentes, habitualmente etiquetados como difíciles o conflictivos.

Todo esto nos obliga a dedicar recursos a la gestión del voluntariado, con el diseño de un plan que organice, implique, distribuya y asigne las diferentes responsabilidades. En la actualidad es sencillo encontrar organismos que se dedican a colaborar en la implantación del voluntariado, los manuales de la Fundación “La Caixa” son un buen ejemplo y páginas web como “haces falta” contribuyen a la difusión de estos espacios de solidaridad.

## **Red social**

Cualquier barrio dispone de una dinámica de funcionamiento que le es propia, con sus líderes, su tejido asociativo, débil o fuerte, y sus inquietudes. La labor de un proyecto de educación social no parte de cero, su vocación debe ser la de sumar esfuerzos. Por nuestra alta permanencia en la calle, estamos en una posición privilegiada para ponerlos en contacto, tejiendo los primeros hilos de una sociedad más cohesionada y democrática. Es más fácil encontrar tu lugar si en tu barrio hay actividades deportivas y culturales y se respeta la diferencia.

## **Condiciones laborales dignas**

*“El cuidado del profesional que se dedica principalmente al trabajo en calle debe ser otro pilar de la intervención: no es lo mismo saber que alguien se está drogando que verlo. La calle te muestra la realidad con toda su crudeza. Resistir el paso de los años requiere de un proyecto de intervención más amplio que dé cobijo y amplitud de miras al desgaste profesional”* (Tarín, M. y Navarro, J. J. 2006)

¿Cómo lograrlo? En parte teniendo las condiciones laborales citadas, especialmente sentirse parte de un equipo dentro de tu propia entidad, pudiendo debatir los casos y siendo asistido por algún compañero cuando la intervención se bloquea, pudiendo traspasar las intervenciones de larga duración cuando sientes que la dinámica te ha engullido y haciendo esto mismo con profesionales que estén interviniendo con el menor. Proporcionando la posibilidad de cambiar de proyecto cuando se necesita un respiro. Con formación que te permita no sentirte estancado...

Esto es lo que nosotros consideramos un marco “perfecto”, la realidad suele ir por otro camino pero está bien tenerlo presente y reclamarlo para mejorar la calidad de nuestros programas y darles

estabilidad. En definitiva, si tenemos mejores condiciones podremos realizar mejor nuestro trabajo y el beneficiario último es el usuario.

## **Pasos previos**

### **Institución**

En principio, todos tenemos en mente para quien trabajamos y los objetivos de nuestra entidad, pero nos suele ocurrir que cuando comenzamos con la práctica de nuestra labor diaria nos distanciamos de aquel objetivo primario que empieza a resultarnos lejano porque lo hemos sustituido, con criterio, por objetivos más cercanos a la realidad. Algunos de nosotros trabajamos con dos entidades, una a la que nos liga nuestro contrato profesional y una segunda que financia el proyecto que desarrollamos. Cada una de ellas tiene sus propios fines, su propia motivación para llevarlo a cabo y, como educador, no puedes prescindir de ninguno de ellos porque de ellos dependerá la continuidad del programa.

### **Barrio**

Con nuestro proyecto concedido nos plantamos en el barrio en el que queremos trabajar, lo pateamos y detectamos con nuestra mirada de educador un montón de objetivos sobre los que intervenir, pero ¿son los mismos que ven sus habitantes?, lo que tú ves ¿ellos lo consideran un problema?, en tal caso ¿está entre sus prioridades? De la visión que ellos tengan depende el desarrollo del proceso. Si es coincidente, la implementación del programa es más sencilla, al igual que la colaboración de los vecinos, y parte del camino está hecho. Por el contrario, imaginemos que nos han contratado para llevar a cabo una campaña de prevención de consumo de tóxicos y la respuesta de los vecinos es de “esto ha sido así toda la vida”, “mientras no se metan conmigo, me da igual lo que hagan”. Esto obliga a reajustar toda la concepción del programa, ya que la intención del mismo no debería ser únicamente el trabajo con el menor y sí una ocasión para implicar a todos.

**Menor.**

Por último, queda abordar cómo vive el chaval la situación que le planteamos, ¿la ha normalizado?, ¿en algún momento es considerada como un problema?, ¿hay una demanda explícita?

Además, el menor tiene una historia personal, se encuentra en un momento concreto de su desarrollo físico, intelectual y moral, pertenece a un grupo que determina muchos de sus comportamientos, etc. Todo esto hay que tenerlo muy en cuenta si queremos evitar la sensación de perplejidad que nos invadirá cuando la intervención no logre los resultados deseados.

**Objetivos.**

Los proyectos necesitan un reajuste cuando se confrontan con el entorno, los planteamientos descritos en un papel se quedan estancados ante una realidad cambiante que nos obliga a alinear los objetivos de todos hasta crear un proyecto común.

La selección de los objetivos viene determinada por la concepción metodológica del educador. En APIR trabajamos desde un enfoque sistémico-relacional porque tanto la experiencia como los diferentes desarrollos teóricos avalan la importancia de los contextos primarios, la familia y el grupo de amigos. Asimismo la multicausalidad de las conductas delictiva, predelictiva y de consumo de tóxicos obliga a incidir sobre estos factores.

Desde APIR optamos por centrarnos en las competencias del menor, despojarle de la etiqueta “soy problemático”, evitando incidir en sus conductas negativas para no reforzarlas. Es más interesante trabajar sobre sus áreas funcionales para potenciarlas como factor de resiliencia.

Consideramos dos niveles en el establecimiento de los objetivos. Por una parte, los que se recogen en el plan de intervención y que juzgarán el éxito de nuestro trabajo. Generalmente éstos vendrán impuestos y harán referencia a una demanda-alarma de algún otro organismo o a una dificultad expresada directamente por una familia o un menor.

En otro nivel situamos los objetivos más operativos. Nosotros los vemos como los caminos que nos llevan a los anteriores. Otorgamos una importancia fundamental a estos objetivos, ya que son los que nos permitirán la generación de cambios y la introducción de pautas aceptadas por los usuarios. Trabajamos con la premisa de que estos objetivos han de ser consensuados con el menor. Hemos visto fracasar intervenciones por un planteamiento erróneo de estos objetivos. Sirva un ejemplo para ilustrar lo que decimos:

Juan, de trece años, presentaba absentismo total, apareciendo por el instituto solamente cuando saltaba la alarma en los Servicios Sociales. La situación se había prolongado durante casi todo el curso. Tras una entrevista con el menor, se preguntó a su actual educador cuál era el problema de Juan. Ante la pregunta aparentemente estúpida, el técnico respondió “el absentismo, que no va al instituto”.

Creemos que esta respuesta nos da una pista del fracaso de las anteriores intervenciones. El problema de Juan no era el absentismo; ése era el problema de Educación, de los Servicios Sociales, el nuestro y, aunque no siempre, el de sus padres. El problema de Juan era que no le dejaban en paz y le obligaban a ir a clase.

Este planteamiento nos permite alinear nuestros objetivos con los del menor, ya que, solo a partir de sus objetivos se puede construir una intervención que nos lleve a lograr los nuestros.

### **El acercamiento a los menores. La creación del vínculo**

Muchos de los adolescentes con los que trabajamos han crecido en un ambiente familiar disfuncional, han recibido mensajes contradictorios respecto a lo que se debe o no se debe hacer, sus modelos de adulto pueden no ser positivos y son con estos menores con los que debemos crear una relación que posibilite el cambio. La fortaleza de ese vínculo condiciona el nivel y la calidad de la intervención. Debemos constituirnos, como educadores, en un referente, parte de su historia, con autoridad moral para intervenir.

Hay que acercarse a los menores con autenticidad y transparencia. Compartimos con Vicente Garrido (Garrido, 2005) la certeza de que los adolescentes disponen de un radar que les permite reconocer la hipocresía. Hay que explicar quiénes somos y para qué estamos, mostrar disponibilidad y saber desaparecer cuando no somos bien recibidos.

Deberemos tener en cuenta que no siempre podremos establecer vínculos con todos los menores. Reconocer esta dificultad y trasladarla al equipo para que otro compañero asuma esas funciones hasta que nosotros sepamos encontrar el hilo afectivo del que tirar para crear una relación sana y sólida es una prueba de profesionalidad, pese a ser vivida, en ocasiones, como una frustración.

La creación del vínculo conlleva la aceptación incondicional de la persona, no necesariamente de sus conductas; también implica el mantenimiento de una actitud empática y el respeto al “tempo”, marcado por la situación y las actitudes del menor y su familia. Es necesario mantener una comunicación fluida y fidedigna sobre la intervención, sobre los objetivos de la misma y sobre sus limitaciones.

Al convertirnos en un referente para el menor pasamos a ser parte de sus adultos significativos, un modelo de conducta que va a ser constantemente evaluado. Cuando trabajamos con el menor le transmitimos parte de nuestros valores personales, teniendo la responsabilidad de trasladarle modelos positivos.

Una herramienta significativa del educador es el sentido del humor. Los menores con los que trabajamos experimentan una gran variedad de emociones, pero no manejan las herramientas para expresarlas de forma constructiva, lo que les dificulta la búsqueda de ayuda y, en muchos casos, se traduce en un cuestionamiento del vínculo, en un desafío o exigencia. Si respondemos con seriedad nos podemos adentrar en una escalada de conflicto, mientras que una respuesta basada en el humor desactiva la situación comprometida o de excesiva emotividad.

Un riesgo para el educador menos experimentado, que cree haber establecido una buena relación, es asumir funciones que no le han sido demandadas o que pueden ser realizadas por el menor o su familia. En tal caso se obvia el principio de subsidiariedad consistente en realizar sólo las intervenciones necesarias, respetando la autonomía del usuario y huyendo de conceptos arcaicos de paternalismo o “asistencialismo”.

### **Atasco en la intervención**

Es frecuente que, tras el diseño de una intervención y su posterior aplicación, no se aprecien cambios significativos respecto a los objetivos iniciales. En ocasiones, centrados de un tema concreto y muchas veces urgente, puede perderse la perspectiva global, animados además por la apreciación de ciertos avances. Sin embargo, es necesario no confundir avances con movimientos. Los avances nos acercan a los objetivos, mientras que los movimientos no necesariamente. Puede que se trate de maniobras dirigidas a mantener inalterable la situación que queremos modificar.

Es necesario reconocer estas situaciones, que podemos entender como atascos en la intervención. Para ello estaremos atentos a una serie de indicadores, tales como:

- Albergamos sentimientos negativos hacia el usuario (le vemos como un sujeto problemático, egoísta y sin perspectivas de cambio).
- El menor nos rehuye, no acude a las citas que hemos concertado con él.
- No se dan avances.
- El menor no tiene conciencia de la necesidad de cambio.

En las situaciones en las que las señales de atasco no sean tan evidentes, la evaluación continua que hemos venido defendiendo nos dará las coordenadas exactas de dónde nos encontramos respecto de los objetivos.

Una vez detectado y reconocido este colapso en la intervención, hemos de analizar una serie de aspectos relacionados con el contexto de cambio que hemos creado o en el que nos encontramos:

- Definición del problema: ¿Ha participado el usuario en la definición del problema? ¿Ha variado el problema con el tiempo? ¿Hay acuerdo sobre cuál es el problema?
- Objetivos:
  - ¿Se ha tenido en cuenta la perspectiva del menor en el establecimiento de los objetivos? ¿Son consensuados?
  - ¿Coinciden nuestros objetivos con los del usuario? ¿Y con el demandante?
  - ¿Están bien definidos (operativos, conductuales...)?
  - ¿Se han definido cambio mínimo y cambio final?
- Estilo: ¿Hemos adaptado el estilo de intervención al usuario (muy directos, demasiados contactos o muy esporádicos (frecuencia), “agobiamos”, no escuchamos y vamos a lo nuestro, etc.)? Ritmo.
- Relación-vínculo: calidad del vínculo, ¿comprendemos su sistema de creencias? ¿Somos referente?...
- Sistema: ¿Estamos trabajando con los agentes reales de cambio? ¿Tenemos margen de maniobra? ¿Hay implicación real de los demás?
- Intervenciones anteriores: ¿Se ha intervenido con anterioridad? Utilizar lo que sirvió y no repetir errores ni insistir con lo que no funcionó.
- Educador: ¿Está capacitado? ¿Es neutral? ¿Sentimientos propios? Consultar con colegas.

### Caso Práctico

Víctor tiene 12 años y lleva 3 en Logroño. Vino por reagrupación familiar y convive con su madre, una mujer de 36 años que arrastra varias historias sentimentales difíciles, con presencia de malos tratos. En el momento de la entrevista la madre se encontraba inmersa en un proceso muy complicado de separación.

En esta transcripción se han omitido los exabruptos, exclamaciones y, evidentemente, el intercambio de señales de afecto que aportan muchos matices en la conversación y permiten al educador ahondar en los sentimientos de Víctor.

- *(Víctor) “No soporto a mi madre, sólo le preocupan sus novios”.*
- *(Educadora) Ya, a veces las madres se pasan. Aunque nos quieren, creen que lo que ellas hacen no nos afecta.*

Si reaccionamos ante esta expresión tan emotiva tratando de convencer al menor de que está equivocado, corremos el riesgo de entrar en un diálogo simétrico que llevará a la confrontación de argumentos, con escasas posibilidades de ser escuchado. Además, quién nos asegura de que lo que dice Víctor no es cierto. Nosotros partimos del hecho de que para él sí lo es desde el momento en el que lo expresa. Optamos por establecer un diálogo complementario, situándonos a su lado en lugar de hacerlo frente a él. También aprovechamos para connotar positivamente la figura de su madre.

- *(V) Ya, pero yo no la soporto.*
- *(E) ¿Nunca?*

Un adolescente tiende a sobredimensionar los problemas hasta llegar a creer que no tienen ningún control sobre ellos. Esta queja ya la había oído anteriormente y hay que devolvérsela enmarcada, manejable, en una dimensión que admita matices y sobre la que se pueda trabajar, sobre la que ellos puedan trabajar (devolver competencia).

- (V) *Casi nunca.*
- (E) *Entonces, ¿hay buenos momentos?*
- (V) *Pocos.*

En esta contestación nos ha abierto la puerta para trabajar con la excepción. Es una forma de trabajo optimista que más que centrarse en el pasado, lo hace en la capacidad del usuario para enfrentar el futuro.

- (E) *¿Cuándo fue la última vez que estuvo más soportable?*

En el trabajo con las excepciones se hacen las mismas preguntas que cuando pretendes focalizar un problema: ¿cuál es el problema?, ¿cuándo?, ¿todo el tiempo?, ¿dónde?

- (V) *Hace dos semanas que me hizo baclava (postre rumano).*
- (E) *¿Qué es?*
- (...).
- (E) *¿Estaba bueno?*
- (V) *Mucho, es mi postre favorito.*
- (E) *¿Cuesta hacerlo?*
- (V) *Bastante.*
- (E) *Entonces, fue un detalle.*
- (V) *Sí, eso sí.*
- (E) *¿Te gustó que lo tuviera?*
- (V) *Claro.*
- (E) *Si te he entendido bien, a pesar de que a tu madre le preocupen mucho sus novios, tiene detalles contigo.*

Le devolvemos la información que él nos ha dado, si dice que sí nuestra intervención lleva un buen camino, estamos trabajando con su problema, y si dice que no se recomienda pidiéndole que lo vuelva a explicar. En tal caso se puede optar por trabajar con una técnica diferente.

La intervención no invasiva, aquella que no impone directrices y no prejuzga, es inocua a las consecuencias del fracaso, es decir, no hace daño al menor ni bloquea la relación, no perjudica intervenciones posteriores.

- (V) *Sí, vale (se ríe).*
- (E) *Y, ¿cuándo fue la última vez que tú alegraste a tu madre?*

Ya le hemos dado la vuelta, ahora hay algo que él puede hacer para que la situación mejore, le estamos dando competencia.

- (V) *No me acuerdo.*

Los tonos de voz, el lenguaje no verbal es muy importante. Esta frase en un tono serio puede conllevar cierta culpabilidad, es mejor no seguir por ahí, no se trata de buscar culpables.

- (E) *¿Qué alegraría a tu madre?*
- (V) *Que sacara buenas notas. Es lo único que le importa.*

Reconducimos ese “único”.

- (E) *Ya veo que los estudios también le preocupan, pero no me refiero a eso, sino a algo que tú puedas hacer realmente, para tener más momentos agradables con tu madre.*

Utilizamos su respuesta para seguir añadiendo matices a su primera apreciación, pero necesitamos concretar la tarea en algo que pueda tener el éxito casi garantizado, que se sienta capaz de realizar en un espacio corto de tiempo, que posteriormente podamos reforzar y, sobretodo, que sea propuesta por él.

- (V) *Le puedo dar un masaje en los pies.*
- (E) *¡Increíble! Sabes dar masajes en los pies, eres el novio perfecto.*

Cuando un adolescente expresa un logro puede ser bueno primero hacerse los sorprendidos antes de alabárselo, porque existe la

posibilidad, teniendo en cuenta los problemas de autoestima en esta etapa vital, de que los interpreten como condescendencia.

(...)

A partir de ahí se pudo hablar de los sentimientos de su madre, porque él había reconocido su corresponsabilidad en la situación e incluso sabía que podía mejorarla. Unos encuentros más tarde conocimos a su madre y están siendo atendidos por un servicio especializado.

El trabajo en calle es complejo, no tiene la estructura o el hilo conductor de una terapia en un despacho donde acuden el menor y la familia esperando que se les ayude con un problema. En la calle la conversación puede darse en cualquier momento y tenemos que disponer de los recursos metodológicos suficientes para abordar lo que nos planteen en el momento. A nuestro favor tenemos el vínculo entre menor y el educador, que es más profundo en este contexto.

Algo que a nosotros nos viene muy bien es pensar que, aunque un joven sea difícil, consume, se meta en líos, sea agresivo, etc., ese menor tiene una historia detrás. En muchos casos, ese menor ha crecido en un entorno con escasos medios, no ha disfrutado del cariño de una familia, ha sido tratado desde pequeño como un niño conflictivo... Cuando le iba mal en la escuela, no se comprobó si sufría algún trastorno en vez de convencerle de que era mal estudiante. Si se portaba mal en clase, nadie pensaba que tal vez no entendía nada de lo que allí se decía o que la noche anterior presencié o escuché aterrado desde su habitación otra paliza más a su madre. La desnutrición emocional que ha podido sufrir ha robado de su vocabulario matices y expresiones como *tal vez, a veces, confianza...* y se han visto forzados a escoger siempre entre dos opuestos, bien o mal, alegre o triste, amigo o enemigo, me gusta o no me gusta, bueno o malo, ellos o nosotros... En fin, tratamos de que la historia que han vivido hasta ahora no sea su Historia, sino solamente una parte de ella.

Trabajar con niños y adolescentes es apasionante, para lo bueno y para lo malo, les enseñan, te enseñan, cada día es diferente, cada menor un mundo, un reto... pero no se tiene que olvidar que la adolescencia, la juventud han existido siempre, no se es ahora mejor o peor que antes, no debemos perder la perspectiva y queremos terminar citando una frase que resume esta última idea:

*“Ser joven y no ser revolucionario, es una contradicción hasta biológica”*

Salvador Allende

## BIBLIOGRAFÍA

- Carpenter, J. y Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Barcelona. Paidós.
- Cruz Roja Española (2010) Juventud, Alcohol y Cocaína. *Guía para la intervención. Cruz Roja Juventud*. <http://www.cruzroja.es/guiajuventud/index.html>
- Elzo Imaz, J. (2006). *Valores e identidades en los jóvenes. Jóvenes españoles 2005*. Madrid: S.M.
- García Zabaleta, E. (2004). *Conductas desadaptativas de los adolescentes en Navarra: el papel de la familia y de la escuela. Tesis doctoral*. Universidad de Valencia.
- Garrido Genovés, V. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol.1 Fundamentos de la intervención*. Valencia:Tirant Lo blanch
- Llena Berñe, A. (2008). *La acción socioeducativa en medio abierto: fundamentos para la reflexión y elementos para la práctica*. Barcelona. Graó.
- O’Hanlon, W. H. y Weiner, D. M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona. Paidós.
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid. Ediciones Morata.
- Quintanar Rioja, M., Blanco Laserna, L. y García Fernández, J. C. (2010), *Educación de calle: una experiencia de socialización en medio abierto*. En: Educación y futuro (p. 129-148).
- Tarín, M. y Navarro, J. J. (2006) **Adolescentes en riesgo. Casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa**. Madrid: Editorial CCS.

---

## Una experiencia educativa en intervención selectiva: el trabajo con el grupo

CLOTY LÓPEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup> - LAURA SIERRA BALMASEDA<sup>2</sup>

---

### Resumen:

En este trabajo se presenta la experiencia educativa del Área Sociolaboral que gestiona Fundación Pioneros y en lo que respecta a la intervención selectiva en grupo con los adolescentes y jóvenes que participan en sus diferentes programas. Con relación al consumo de sustancias, partimos de que en la vida de los adolescentes surge la presencia de la experimentación, por lo que consideramos necesario educar en la toma de decisiones de la forma más responsable y autónoma posible, dentro de sus experiencias vitales de desarrollo asociadas al consumo. En consecuencia, nuestra tarea consiste en favorecer que los adolescentes y jóvenes con los que trabajamos adquieran los elementos necesarios, a nivel formativo, emocional y de relación, para gestionar su vida de forma autónoma. Dentro de esta comunicación, en primer lugar señalamos brevemente la historia de la Fundación para pasar a un segundo apartado en el que se señalan los principios pedagógicos desde donde se interviene con los adolescentes. En tercer lugar, se desarrolla la intervención en grupo, abordando el problema del consumo de drogas y los objetivos de la misma.

**Palabras clave:** Vínculo educativo, trabajo en equipo, centros de interés, pioneros, intervención grupal.

---

Correspondencia:  
Fundación Pioneros, Logroño.  
[1cloty@fundacionpioneros.org](mailto:1cloty@fundacionpioneros.org)  
[2laura@fundacionpioneros.org](mailto:2laura@fundacionpioneros.org)

## **Introducción**

El objetivo de la formación que impartimos en el curso “Menores vulnerables y consumo de sustancias” fue ofrecer y compartir una reflexión práctica y teórica, acerca de nuestra experiencia en intervención grupal con adolescentes y jóvenes que presentan, en muchos de los casos, problemas de consumo, exponiendo nuestros aciertos y nuestros errores. El objetivo final de esta formación, y del artículo que ahora presentamos, es que fuera útil para los compañeros que trabajan en otros ámbitos de intervención diferentes al nuestro, y ajustarnos en la medida de lo posible a sus expectativas formativas.

Quisiéramos agradecer la participación y colaboración del grupo de trabajo con el que compartimos esta formación y las dinámicas planteadas en ella, por el esfuerzo que todos hicieron de pararse a pensar en lo que hacen y cómo lo hacen, lo que exigió cierto ejercicio de “mirarse hacia dentro”. También queremos señalar la experiencia de aprendizaje que para nosotras ha sido poder participar en este encuentro.

A lo largo de este documento utilizaremos indistintamente las expresiones “educador” y “educadora” para facilitar su lectura con el fin de incluir a lo largo de la misma al género masculino y femenino. Así lo haremos con los términos de “el adolescente”, “la adolescente”, “el joven”, “la joven”,...

### **1. Un poco de historia**

Fundación Pioneros es una entidad sin ánimo de lucro cuyo ámbito de intervención en la actualidad es la Comunidad Autónoma de La Rioja. En el año 1968 se crea como movimiento y desde entonces ha reivindicado que la prevención socioeducativa es la mejor manera de evitar el fracaso escolar, la inadaptación y la delincuencia juvenil. Pioneros trabaja desde situaciones de conflicto social como son la falta

de adaptación de la conducta, el absentismo, el fracaso escolar y la comisión de faltas y delitos.

En círculos profesionales, el inicio del movimiento se considera como introductor en España de la figura del “Educador de calle”, técnica aprendida en París por su fundador, Julián Rezola, quien establece la idea de que *“La educación no consiste en mandar, pegar y prohibir para que el niño piense como los mayores, sino en facilitarle el camino de su propia experiencia para que desarrolle su propia personalidad”*.

Desde Pioneros se apuesta por el dinamismo, la innovación, la supervisión, el trabajo en equipo y la ilusión/motivación como una forma de trabajo que permita adaptarse a los cambios socioculturales y ajustarse a la población a la que se atiende, con el objetivo último de ofrecer una buena respuesta educativa a los adolescentes, jóvenes y familias protagonistas de su labor educativa.

A lo largo de los años, Pioneros ha ido cambiando y se ha adaptado para dar respuesta a las diferentes necesidades y demandas que han ido surgiendo, incorporando profesionales y creando nuevos programas que complementan la acción de calle. Actualmente la entidad cuenta con cuatro áreas de trabajo: la socioeducativa, la socioeducativa-judicial, la de cooperación al desarrollo y el área sociolaboral, siendo esta última área en la que se va a centrar nuestra exposición.

## **2. Nuestro marco pedagógico**

La idea básica en la pedagogía de Pioneros es *“Enseñar al niño/a, al adolescente, al joven a amar la vida”*.

Se trabaja con el adolescente desde una visión integral y no se parcializa la intervención centrándonos en la conducta problema (consumo, absentismo, problemas familiares...), sino que se abarca la realidad de cada uno de ellos desde una visión constructivista y sistémica

de búsqueda de soluciones a sus planteamientos y necesidades, donde además el trabajo con las familias es fundamental. Con respecto al consumo, partimos de que en la vida de los/las adolescentes surge la presencia de la experimentación por lo que consideramos necesario educar en saber tomar decisiones de la forma más responsable y autónoma posible dentro de sus experiencias vitales de desarrollo asociadas al consumo. “*El riesgo no está en experimentar, sino en no aprender de lo experimentado*”. (Funes, 2010).

Desde nuestro trabajo se intenta:

- Evitar su inmersión en un itinerario de riesgo mediante la prevención del consumo de drogas, que se trabaja especialmente en el rango de edad de 14-15 años. Partimos de la idea de que prevenir no es impedir, a toda costa y como objetivo único, que se produzca una conducta, sino que aumenten las posibilidades de decidir de una forma más libre, reduciendo en la medida de lo posible la presión del grupo.

- Garantizar su protección frente a los daños añadidos, por medio de aumentar el conocimiento de las prácticas de reducción de riesgos asociados al consumo de tóxicos, ajustar las expectativas de los adolescentes en cuanto a efectos, rebatir mitos y creencias y reforzando la decisión de no consumir o la opción de prudencia ante el consumo. Tenemos claro que no educamos para la abstinencia como único objetivo, sino que creemos necesario que conozcan los riesgos y las formas de protegerse de ellos, especialmente cuando la población con la que trabajamos presenta en muchos casos consumos ya habituales.

Y, en definitiva y como eje transversal de nuestra intervención, tratamos de *promover el bienestar adolescente* mediante el entrenamiento en habilidades para la vida y la educación en valores. Se pone el énfasis en la convivencia respetuosa de las personas consigo mismas, con las demás y con el entorno.

En muchos de los casos con los que trabajamos, el adolescente no percibe tener un problema de consumo, aunque en otros casos sí que lo valora como una conducta problema.

El incremento de su interés por el consumo de tóxicos y alcohol, entre otros factores está asociado al imaginario de la diversión, y supone una conducta de emancipación del mundo adulto y un rito de paso de la infancia a la adolescencia. Pero, aunque sea así, no por ello tiene menos importancia, dado que en algunos casos las consecuencias del consumo, aunque sea inicial o no problemático, pueden ser una forma de acceso a otros más problemáticos.

En algunos casos, el consumo responde a una búsqueda de evasión de problemas a través de la obtención de bienestar; creemos que estas conductas arriesgadas solo pueden regularse si otras actividades les aportan similares experiencias de satisfacción. Por ejemplo, hemos comprobado que adolescentes, con altos consumos de sustancias, reducen su nivel de consumo tras incorporarse al Área Sociolaboral: pasan a la acción y obtienen satisfacción con lo que hacen y lo que viven, y su asistencia e implicación en el taller es incompatible con su pauta de consumo.

En un artículo publicado por Jaume Funes en El periódico de Catalunya el 8 de mayo de 2002, decía *“La escuela secundaria es un lugar para aprender; mejor dicho, para educar aprendiendo, pero no puede ser el lugar del tormento para un adolescente cuya característica principal es estar descubriendo la vida. Se puede y se debe disfrutar aprendiendo. En la escuela, la felicidad adolescente no es dedicarse a no hacer nada sino estar activo, haciendo aquello que les hace sentirse útiles y positivos”*. Desde nuestro trabajo, con los chicos y chicas que participan en los diferentes talleres del Área Sociolaboral, generamos experiencias formativas que favorezcan su autoestima y mejoren su sentimiento de autoeficacia y se ofrecen experiencias educativas que incluyan a aquellos que, por sus circunstancias, no se hayan adaptado al sistema formativo reglado tradicional.

Para poder llevar a cabo este trabajo con los adolescentes, la herramienta más importante para la intervención es *EL EDUCADOR, o EDUCADORA*, como adulto próximo y positivo que tiene la importante tarea de acompañar a cada adolescente en su proceso educativo durante el tiempo que dure la intervención. Además, tenemos claro que el educador no está solo, sino que forma parte de un *EQUIPO* que apoya y complementa la labor educativa.

La tarea de los adultos es *ocuparnos* de los adolescentes (Funes, 2010) y *Ocuparse es educar*, comenzando por ayudarles a gestionar su propia adolescencia, a situarse en ella, a comprenderse, a ubicar adecuadamente todo lo que va pasando a su alrededor:

- para que en sus vidas pasen cosas. Oportunidades de aprendizaje pero también de relación.
- para que aprendan de lo que viven. Nos necesitan para conseguir que de su experimentación vital salga experiencia.
- para ayudarles a adquirir y potenciar aquello que les permitirá gestionar sus riesgos con autonomía.

### **El Equipo, nuestro mejor compañero y aliado**

Desde Pioneros se considera a cada educador como la herramienta fundamental en la intervención, y se apuesta por el “trabajar y trabajarse” desde la formación y supervisión continua y dentro de un EQUIPO DE TRABAJO. Para ello, desde Fundación Pioneros, se ha apostado por aumentar las competencias personales y profesionales de cada uno de los educadores que conforman los equipos de trabajo. Exponemos a continuación algunos aspectos que nos parece interesante compartir desde nuestra experiencia de mejora en el desarrollo profesional, donde la Entidad hace una apuesta clara facilitando horarios y recursos económicos para:

- La formación externa en función de las necesidades y demandas que van surgiendo de la labor educativa.

- Realización de supervisión externa por parte de equipos especializados en supervisión que han facilitado la mejora en la intervención.
- El cuidado del equipo a través de distintas herramientas como pueden ser: coach, cuidar los espacios informales (buscando la motivación y la cohesión del equipo), las sinergias entre los distintos programas de la entidad...etc. Se consideran a los equipos como organismos vivos que hay que cuidar y esto permite al equipo madurar y crecer, y por ende, mejorar la relación de ayuda.

**Nuestro objetivo general, nuestra meta** siempre desde una carrera de fondo -es decir, poquito a poquito, con esfuerzo y constancia-, es favorecer que los adolescentes y jóvenes, con los que trabajamos, adquieran los elementos necesarios a nivel formativo, emocional y de relación para gestionar su vida de forma autónoma.

### **Los principios de nuestra intervención**

#### *La intervención individualizada. El interés superior de cada menor*

Cada menor es único por lo que, desde una visión integral del adolescente, la intervención se adapta a cada uno de ellos, teniendo en cuenta su situación, sus necesidades y demandas. Se acuerda con cada adolescente un proyecto educativo individualizado porque su participación es fundamental en su elaboración y a la hora de concretar los objetivos de trabajo. De esta forma se sentirá más protagonista de su propio proceso, y se le facilitará la evaluación y autoevaluación de los objetivos que con él se marquen, revisando sus potenciales y sus dificultades.

#### *La responsabilización*

De sus aprendizajes, de sus conductas, de sus actos. “No son responsables de lo que les pasa pero sí de lo que hacen con lo que les pasa”. (Funes, 2010).

Es importante que aprendan a asumir consecuencias para tener la posibilidad de actuar de otra manera. Si les ayudamos a establecer consensos en límites y normas, les va a facilitar ser más libres a la hora de tomar decisiones.

### *Confiar en el cambio*

Como educadores/as adoptamos la postura, sencilla a la par que complicada, de cooperar con los adolescentes hacia sus objetivos, desde su postura, usando su lenguaje y entendiendo su “estilo de cooperación” y de procurar que cada menor crea en sus potencialidades: “buscando pepitas de oro en el lodo de los problemas” (Beyebach, 2006).

En nuestro trabajo, y más en el caso de consumidores de sustancias, adoptamos el modelo de las fases de cambio de Prochaska y Di Clemente (Prochaska y DiClemente, 1982) porque este modelo supone respetar la fase de cambio en la que se encuentra el adolescente, que en el caso de los adolescentes habitualmente es la fase precontemplativa porque consideran que no tienen ningún problema al respecto, e ir promoviendo el paso de una fase de cambio a la siguiente, sabiendo la lentitud de esos cambios que en muchos casos se producen a largo plazo: “No podemos cambiar a los clientes; los clientes se cambian a sí mismos” (Lipchik, 2002).

### *Autonomía*

Que cada menor vaya adquiriendo los elementos necesarios, a nivel formativo, emocional y de relación, para establecer un proyecto de vida que se ajuste a sus posibilidades. *“Formar individuos capaces de prescindir del auxilio del maestro, de caminar por sí mismos, de olvidar o desmentir a quienes les enseñaron”*. (Savater, 1997).

Nos gustaría destacar dentro de nuestros principios , las siguientes herramientas metodológicas por las que apostamos y nos permiten llevar a cabo nuestro método de intervención:

### *La Intervención Grupal*

Es un proceso que utiliza el sistema grupal para influir en los individuos participantes del grupo. Este proceso genera cambios a nivel cognitivo, afectivo y conductual de los miembros del grupo.

Ventajas:

- Se llega a un nº mayor de personas. (Lizardi, 2002), (Molina, 2002)
- El grupo es un elemento autorregulador, y genera redes de apoyo entre sí.
- Todos los participantes del grupo manifiestan sus puntos de vista o experiencias vividas, lo cual fortalece la intervención.
- Facilita el planteamiento de objetivos individuales por parte del adolescente, a través de los objetivos grupales.
- Permite trabajar el sentido de pertenencia y de seguridad.
- La gestión de los conflictos en grupo, fortalece los procesos de intervención individual.

### *El Vínculo entre educadores y alumnas*

En la relación con los adolescentes y jóvenes se parte del **vínculo educativo** que se establece con ellos. Para establecer el vínculo educativo el educador debe alcanzar ser un referente válido para el adolescente, ya que éste no nos reconoce como autoridad si no le damos motivos para hacerlo. El educador puede ser útil en sus vidas, pero hay que saber hacerlo. Se trata de trabajar y trabajarse para conseguir ser una persona adulta próxima (accesible, disponible, que

muestra interés por su mundo) y positiva. Hemos comprobado que desde la cercanía, el afecto, la atención, el respeto y la implicación del educador mejora la predisposición del menor hacia lo que se le ofrece y por tanto al cambio. Todo ello dentro de unos límites necesarios para él o ella y para nosotras. Estos límites no pueden ser aleatorios y siempre han de estar bien fundamentados.

### *¿Qué nos permite el vínculo?*

Permite generar un ambiente validante, que facilite la intervención. Para estructurar este contexto facilitador para la intervención destacaríamos las siguientes fases:

-Primera etapa: **Establecimiento de la relación**, creando un marco claramente definido y regulado con muy pocas normas y que van a marcar el contexto en el que se enmarca la relación.

-Segunda etapa: **Confianza básica**: esta confianza es la que va a favorecer que el joven pueda permitirse confiar en el profesional, sentirse seguro en la relación y de esta forma el educador/a puede convertirse en un referente válido.

-Tercera etapa: **Autonomía**: este es el momento en el cual el adolescente, partiendo de sus propios recursos, se está enfrentando a diferentes situaciones generadas en su dinámica de vida y lo hace de forma alternativa a como lo había estado haciendo hasta el momento. (Escuela Vasco Navarra, 2010).

### *La Pareja Educativa*

En el Área Sociolaboral es una herramienta principal y estratégica dentro del modelo de intervención que se lleva a cabo en este contexto formativo y psicoeducativo.

El objetivo principal de la pareja educativa es acompañar al adolescente y favorecer la consecución de los objetivos que se han marcado en ambos contextos, unos objetivos están más relacionados con el ámbito formativo y otros más con el desarrollo de su propio

proceso vital. No podemos obviar que otro objetivo principal de la pareja educativa es favorecer la intervención grupal, ya que el adolescente, a parte de sus objetivos individuales, tiene otros que corresponden al grupo al que pertenece.

Esta herramienta en un principio la decide la dirección del Área teniendo en cuenta el estilo educativo del educador y competencias y habilidades concretas (formación básica, talleres, etc...). Señalamos en un principio porque esta herramienta está en constante evaluación a lo largo de todo su proceso de creación.

La pareja educativa que parte de una posición simétrica en cuanto a la responsabilidad sobre la intervención, como herramienta se va creando a lo largo del proceso de intervención, y esto implica:

- Coordinación intensa y diaria entre las dos personas que la conforman y junto con el equipo educativo que las está acompañando.
- Reflexionar y trabajar: desde su formación, los componentes de la pareja educativa reflexionan sobre su particular estilo educativo (democrático, autoritario, permisivo, etc..) y trabajan para llegar a una complementariedad entre ambos. Esta conjunción educativa logra que los dos educadores sean referentes válidos para el grupo.
- Estos procesos de interpelación educativa constante facilita el crecimiento del equipo educativo y el desarrollo de la intervención individual y grupal.
- La coherencia, el lenguaje utilizado y la presencia física en los espacios están estudiados minuciosamente por parte de la pareja educativa, para caminar hacia el éxito en la intervención.

Estamos cada vez más convencidas, y más con el paso de los años y el aumento de las experiencias educativas, que esta difícil y apasionante tarea de educar, para no perdernos en posiciones de expertos ineficaces y planteamientos obsoletos, requiere de un entrenamiento, supervisión y autoevaluación continuos. Por ello, queremos señalar las herramientas básicas imprescindibles para construir un buen vínculo educativo: escuchar, respetar sus ritmos, comprender su realidad, acompañar en sus procesos, no juzgar, aceptar su realidad y ser transparentes.

### **3. Área sociolaboral.**

#### **El consumo como una manifestación más de la vida del adolescente.**

**La Fundación Pioneros**, en sus más de cuarenta años de experiencia, ha detectado diferentes realidades sociales, entre ellas destacan el fracaso y abandono escolar. Estas situaciones, que actualmente viven un nutrido grupo de adolescentes y jóvenes, no se pueden contemplar exclusivamente desde un punto de vista académico. Como las causas son múltiples y se interrelacionan entre sí, las alternativas de solución deben contemplar diferentes perspectivas y hacerlo desde una visión interdisciplinar y desde una intervención integral con el adolescente.

Para dar respuesta a la necesidad de inserción social y laboral de un colectivo preferentemente adolescente nace el Área Sociolaboral.

#### **En la actualidad el Área Sociolaboral comprende los siguientes programas:**

-Dos Programas de Cualificación Profesional Inicial (P.C.P.I.):

- Operario de fabricación mecánica y soldadura.
- Actividades auxiliares en viveros, parques y jardines.

El perfil de los participantes es: jóvenes entre los 16 y 21 años que no han obtenido título de Graduado en Educación Secundaria. Como recursos, esta área cuenta con:

- Dos Aulas Externas: el perfil de los participantes es jóvenes entre los 14 y 16 años derivados del Sistema Educativo Reglado con amplio historial de absentismo y/o fracaso escolar. Son adolescentes que a todos los efectos, siguen formando parte de la enseñanza escolar obligatoria.

-Programa de Prelaboralidad: los destinatarios son jóvenes con amplio historial de absentismo, fracaso escolar y con una medida judicial.

-Servicio de fomento de empleo para jóvenes: coordina las distintas unidades formativas del Área Sociolaboral con el tejido empresarial; desde este Programa se realiza un seguimiento de los itinerarios formativo-laborales de cada joven que pasa por el Área de las empresas y del mercado de trabajo.

El objeto de esta área sociolaboral es el de contribuir al pleno desarrollo personal y laboral de adolescentes y jóvenes, especialmente en los casos en que, por su entorno sociofamiliar y comunitario, tienen un alto riesgo de absentismo y/o abandono escolar.

Partiendo de la premisa que hemos mencionado anteriormente, de que en la vida de los adolescentes surge la presencia de la experimentación, y entendiendo el consumo como una manifestación más de su vida, damos importancia a ofrecer respuestas a las diferentes necesidades que van surgiendo con respecto al consumo de sustancias desde el primer momento en el que empieza la relación educativa.

Así, en la fase de acogida, se les explican, a ellos y a sus tutores legales, cuáles son las normas del centro educativo, entre las que se encuentran las que respectan al consumo, así como las consecuencias en el caso de incumplirlas.

Durante el proceso de intervención, como eje transversal a los contenidos teóricos y formativos, se trabajan aspectos relacionados con las sustancias y se hace tanto a través de tutorías individuales como grupales, donde el propio grupo se convierte en un elemento regulador del consumo. De esta forma los propios chicos van siendo conscientes, a través de su propia experiencia, de la incompatibilidad entre consumir y el desarrollo de las tareas incluidas en los objetivos que ellos mismos se han marcado, y por ende, con la satisfacción que obtienen cuando las finalizan exitosamente.

Nuestra relación educativa no finaliza cuando termina el curso académico; aunque en algunos casos sí, en otros va a depender de la valoración conjunta del cumplimiento de los objetivos acordados con el/la joven desde el inicio de la relación, y de la necesidad o no de continuar en el recurso educativo.

### **¿Qué hacemos y para qué lo hacemos? Objetivos que trabajamos dentro del Área Sociolaboral**

#### *En el ámbito de las Competencias personales:*

- \* Incrementar la satisfacción en las relaciones personales con los iguales, compañeros y referentes de autoridad.
- \* Promover una integración de las emociones, frente a fenómenos disruptivos o paralizantes.
- \* Mejorar el autoconcepto, respecto al aprendizaje, el mundo laboral, los compañeros y compañeras y la autoridad.
- \* Cuidar la autonomía personal, en cuanto a imagen, higiene, alimentación, sueño, organización del tiempo y dentro de este objetivo tienen una especial relevancia los hábitos de consumo.

#### *En el ámbito de las Competencias profesionales:*

- \* Alcanzar los objetivos y contenidos planteados para cada alumna y alumno en su adaptación curricular correspondiente.

\* Adquirir los hábitos mínimos para un correcto trabajo en equipo en cuanto a comunicación, ejecución de órdenes de trabajo y respeto de los turnos establecidos.

\* Familiarizarse con el equipo de trabajo y las herramientas necesarias para cada tarea, siendo responsables de su uso y conservación.

\*Adquirir destrezas que permitan evaluar el trabajo propio y el ajeno, proponiendo mejoras.

### *En el ámbito de los elementos sociales:*

Valorar la influencia de la familia, el grupo de iguales, la presencia o no de **consumos**, así como las posibles enfermedades o discapacidades, para poder trabajar con el entorno social del alumno y así favorecer la consecución de los objetivos que se han marcado y consensuado con el adolescente en su itinerario formativo-laboral.

## **Metodología**

Para conseguir estos objetivos, la metodología empleada depende fundamentalmente del perfil del adolescente con el que trabajamos, cuya motivación e interés por la formación en la gran mayoría es mínima o inexistente, sobre todo porque muestra fuertes resistencias ante dinámicas educativas que les recuerden su trayectoria escolar, y porque su experiencia de fracasos en el aprendizaje ha influido tan negativamente en la formación de su autoconcepto y autoestima.

### *Método activo*

Se ha huido del formato de la escuela tradicional, principalmente teorizante y receptiva, buscando una formación donde prime el acercamiento a la realidad desde la práctica, donde “el hacer” está por encima del conocimiento teórico. Alrededor del taller práctico que se realiza, se desarrollan los objetivos que complementen la parte teórica (asignaturas instrumentales).

### *Contexto formativo*

Dada la actitud negativa hacia lo escolar, asociada a su historia de fracaso y conflicto, se intenta que el contexto formativo suponga una propuesta educativa diferente a lo que conocen y una apertura a nuevas experiencias. Para ello, se sale al medio abierto siempre que la actividad planificada lo requiera: al campo, espacios públicos y privados que ofrece la ciudad, y al monte. Hemos comprobado que estos espacios se convierten en herramientas educativas exitosas que facilitan a cada adolescente interactuar con otro medio diferente al que están acostumbradas.

### *Flexibilidad y dinamismo*

Para mantener la motivación del grupo, los siguientes rasgos marcan el ritmo de las actividades: se desechan criterios rígidos que encorseten la intervención y no faciliten el cambio, y se modifican lo necesario para que esta motivación se mantenga lo más alta posible. Estas mismas cualidades se tienen en cuenta desde el punto de vista de la involucración activa de los participantes, siendo prioritaria cualquier sugerencia pertinente que venga de ellos.

Dentro del Área Sociolaboral, los recursos están en continuo cambio, en continuo movimiento para ajustarse y reajustarse a cada uno de los adolescentes que participan en sus talleres. Esto supone emplear energía y creatividad para diseñar nuevas estrategias de intervención, cuando las que funcionaban deja de funcionar por las circunstancias del grupo.

### *Visión interdisciplinar. Centros de interés*

Todas las actividades realizadas tienen su razón de ser en la consecución de un objetivo concreto. Buscamos que el centro de interés sea tangible y lo más atractivo posible para los alumnos, como hemos comentado mediante la realización de trabajos prácticos reales, el trabajo en medio abierto, los desplazamientos a otras localidades y dar oportunidades de cambiar de espacio físico. Lo que se pretende conseguir es que los alumnos conozcan y adquieran destreza en

diferentes oficios para en el futuro poder realizar tareas correctamente. Generalmente se eligen entornos poco urbanizados, propiciando así un escenario (intimidad entre el grupo y la pareja educativa, espacio mas desinhibido donde el adolescente no siente tanto las presiones de su día a día) que facilita trabajar otros objetivos transversales como puede ser el consumo.

### *Progresividad*

Desde el principio se establece una progresividad en el proceso educativo, que parte de hábitos básicos (asistencia, puntualidad, normas...) para que, a lo largo del mismo, el nivel de exigencia aumente poco a poco.

### *Límites y normas: consenso y mínimos básicos*

Para el buen funcionamiento de los Programas a la realidad conflictiva de los participantes, adaptamos los límites y normas básicas y somos flexibles en muchos aspectos para eliminar elementos de provocación y fricción innecesaria, pero marcando claramente los límites mínimos básicos de convivencia y se es firme en ellos: su incumplimiento trae una serie de consecuencias previamente explicadas, como sucede con el consumo dentro del taller y en cualquier actividad que el adolescente esté desarrollando en estos momentos. Por otra parte, ante cualquier conflicto que surge se opta por una negociación individual o colectiva, según la naturaleza del conflicto, en la que se pactan las condiciones que se deben cumplir y las consecuencias de su incumplimiento.

### *Los refuerzos aumentan la posibilidad de la conducta*

La baja motivación del grupo y sus expectativas de fracaso, hacen necesario el cuidado de los refuerzos, tanto individuales como grupales, poniendo la atención en las pequeñas mejoras, señalándolas y dándoles importancia, ya que son el motor que permite continuar avanzando.

### *Atención individualizada*

El diseño y desarrollo de todo el proceso formativo estará marcado por la evolución de cada alumno y alumna, respetando sus diferentes ritmos de aprendizaje y ajustándonos a sus potenciales y/o talentos, así como a sus necesidades especiales de formación. Esto no restará importancia al grupo, ya que la socialización del alumno se contempla como un objetivo prioritario.

### *Acción tutorial individual y grupal.*

Esto es un aspecto, fundamental de la programación, que va dirigido a la reestructuración de la persona y su entorno, para conseguir una integración personal, social, escolar, familiar y laboral.

La tutoría individual se centra en las incidencias o aspectos a destacar del itinerario formativo, así como sobre su rendimiento y expectativas.

La tutoría grupal se ha convertido en un elemento muy importante en el desarrollo de los Programas ya que sirve de evaluación continua semanal del grupo y de cada uno de sus miembros, validados tanto por los compañeros como por las educadoras. Dentro del trabajo en grupo, las tutorías grupales son una herramienta muy útil que empleamos para que el grupo evalúe semanalmente su evolución, el alcance de los objetivos planteados, las normas y consecuencias ante situaciones que hayan podido surgir durante el tiempo que el grupo comparte una actividad (situaciones de consumo, conflicto entre iguales, incumplimiento de normas....)

### *Implicación de la familia*

Desde nuestra perspectiva de intervención, nos parece interesante conocer las distintas dinámicas familiares de los adolescentes, para poder profundizar y adecuar más nuestra intervención en el centro, y también facilitar una mayor colaboración entre los padres y educadores.

Para el centro, las familias no son simplemente un órgano al que informamos o consultamos, sino que son un órgano participativo.

Para finalizar este apartado, nos gustaría destacar que el planteamiento del Área Sociolaboral es seguir la línea de trabajo marcada en los objetivos mencionados anteriormente. Esta línea de trabajo es apoyada por la Fundación Pioneros, que en estos momentos está poniendo la atención en “ir más allá” y se está sumando a experiencias que están siendo útiles para la mejora de la calidad educativa y del éxito académico. En este sentido, está en proceso de renovación e innovación constante, y abierta a los nuevos procesos que promuevan valores como el esfuerzo, la responsabilidad, la participación y el compromiso. Actualmente se está profundizando en diferentes prácticas educativas, como *Aprendizaje-Servicio (APS)*, y se está formando en *Comunidades de Aprendizaje*.

## **Conclusiones**

Deseamos que la exposición de nuestro trabajo haya cumplido con el objetivo que nos planteamos en su preparación: ofrecer y compartir una reflexión práctica y teórica acerca de nuestra experiencia de intervención selectiva en grupo. Exponemos nuestra apuesta por trabajar con adolescentes desde una visión integral, constructivista y sistémica, mediante la búsqueda de soluciones a sus planteamientos y necesidades, y favoreciendo la implicación de las familias en su proceso educativo.

Queremos señalar que la formación ofrecida en el curso “Menores vulnerables y consumo de sustancias” ha sido un taller práctico donde, a partir del diálogo sobre nuestra tarea educativa y del trabajo conjunto en diferentes dinámicas planteadas, hemos pretendido transmitir una alternativa educativa por la que apostamos y en la que creemos, y que da respuesta a adolescentes y jóvenes que se “descuelgan” de otros itinerarios formativos y que gracias a nuevas oportunidades educativas descubren sus capacidades y talentos.

Por el conocimiento adquirido de que son posibles otras experiencias educativas, alternativas a los modelos tradicionales, nos atrevemos a afirmar que en muchos de los casos de adolescentes con historias de fracaso y conflicto, y en los que está presente el consumo de sustancias adictivas, se pueden facilitar vivencias exitosas de aprendizaje y de relación y favorecer la autorregulación y regulación grupal del consumo. Por este camino, será el propio adolescente, desde su propia práctica, quien llegue a la conclusión de que es incompatible la asistencia e implicación en un taller con su pauta de consumo, por lo que terminará reduciéndola o abandonando el consumo. En consecuencia, consideramos necesario educar con el objetivo de que sepan integrar experiencias vitales de desarrollo que no pueden ir asociadas al consumo y para que aprendan a tomar decisiones de la forma más responsable y autónoma posible.

Para finalizar, quisiéramos agradecer la participación y colaboración del grupo de trabajo que se formó a lo largo de toda la sesión formativa que, sin duda, ha enriquecido nuestra aportación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Beyebach, M. (2006): *24 Ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona. Herder.

Colectivo Energy Control (2011): *Página sobre reducción de riesgos en el consumo de drogas*. <http://energycontrol.org>

Cruz Roja Española: *Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención*  
<http://www.cruzroja.es/guiajuventud/index.html>

Estalayo Hernández, Á.; Rodríguez Ochoa O. y Romero León J. C. (2010): *Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención* Cuaderno divulgativo de formación recibido en Fundación Pioneros e impartido por Escuela Vasco Navarra

Funes, J. (2010): *9 Ideas Clave, Educar en la adolescencia*. Barcelona. Grao.

Gobierno de La Rioja <http://infodrogas.org/inf>

Lipchick, E. (2003): *Terapia Centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Barcelona. Amorrortu.

Lizardi, M.M. y Molina G.M. (2003): *La Intervención grupal en situaciones de violencia familiar Ponencia presentada en la Tercera Conferencia de Trabajo Social Forense*. Servicios Sociales de la rama judicial de Puerto Rico.

Pereira, R. (Comp.) (2011): *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid Morata.

Programa Órdago <http://www.ordago.net/>

Savater, F. (1997): *El valor de educar*. Barcelona. Ariel.

Segura, M. (2007): Ser persona y relacionarse. Competencia Social en el Aula. *Habilidades Cognitivas, Valores Morales, Habilidades Sociales* [www.educared.org](http://www.educared.org).

Proyecto Hombre (2011) *Revista nº 75* <http://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/revista-ph-75.pdf>

<http://www.aprendizaje y servicio.com>

<http://www.comunidades de aprendizaje.net>

<http://www.fundacionpioneros.org/>



---

## El trabajo individualizado y la intervención breve en la práctica psicoeducativa

MARGARITA HERRERO DE VEGA<sup>1</sup>

---

### Resumen:

En el siguiente artículo tratamos de hacer un breve análisis de cómo surgen los tratamientos de intervención breve para, posteriormente, ubicar la Terapia Centrada en las Soluciones, como un modelo eficaz de cooperación y cambio dentro de ellos. Se revisan las premisas principales del modelo, de las que parten los principios básicos que ponen de relieve la importancia de potenciar la autonomía de nuestros consultantes y sus lados fuertes. Describimos la utilización clínica de tres técnicas características de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Una técnica de proyección al futuro: La “Pregunta Milagro”; el trabajo sobre “Excepciones” y la “Escala de Avance”. Por último resaltamos la importancia de la utilización de los elogios al final de la sesión y la utilidad de las tareas.

**Palabras clave:** Terapia Centrada en las Soluciones (TCS), excepción, recurso.

---

<sup>1</sup>Correspondencia:  
Universidad Pontificia de Salamanca  
[margaherrero@upsa.es](mailto:margaherrero@upsa.es)

## ¿Por qué una intervención breve?

Existen muchísimas investigaciones de cómo la terapia breve es capaz de provocar cambios positivos rápidamente y con intervenciones mínimas o breves. Para ello el tratamiento debe ser dirigido hacia un objetivo resoluble y personalizado.

Los años noventa fueron testigo de numerosos desarrollos teóricos y clínicos, que llevaron a plantear nuevos interrogantes en el campo de la psicoterapia. Estos nuevos desarrollos llevaron a favorecer la utilización de enfoques de terapia breve en la práctica pública y semipública. Esta práctica, aunque no exenta de agrias polémicas, ha tenido un impacto directo sobre el trabajo clínico de numerosos terapeutas familiares, así como sobre la configuración de programas de investigación y entrenamiento de terapeutas.

Podemos entender estos nuevos desarrollos desde una triple perspectiva:

- La tendencia hacia el acortamiento de la terapia por unas condiciones socioeconómicas y políticas claramente definidas.
- La coyuntura económica actual, que empuja hacia una restricción creciente y potencia aquellos tratamientos que resultan más rentables desde un punto de vista económico. La investigación en psicoterapia indica que la mayoría de las intervenciones terapéuticas son mucho más cortas de lo que la mayoría de los terapeutas pretenden (Garfield, 1986; Beyebach, 1993; Bischoff y Sprenkle, 1993).
- Por último, la Terapia Breve surge como un intento de ofrecer alternativas más viables a los tratamientos interminables y poco fructíferos de algunos tipos de pacientes (a lo largo del texto se utilizarán de manera indistinta las palabras paciente, cliente y consultante).

En esta búsqueda de nuevas opciones terapéuticas, la terapia

familiar aportó tres dimensiones que, desde nuestro punto de vista, son características de todo tratamiento breve: reintrodujo la acción a la terapia, bien con técnicas activas, bien con el uso de tareas terapéuticas; comenzó a utilizar elementos del contexto interpersonal y social de los pacientes y apostó por los recursos de los mismos.

A nuestro entender, este último aspecto ha sido el más descuidado por los terapeutas porque, aunque desde el punto de vista conceptual todos los terapeutas familiares asumen que la terapia debe fomentar los puntos fuertes de sus consultantes, son pocos los que proponen técnicas dirigidas explícitamente a este fin.

Desde nuestro punto de vista, los argumentos a favor de la brevedad del tratamiento serían: acortar el sufrimiento de los pacientes y el estigma social y cultural que se asocia al hecho de ser consumidor de terapia; devolver a los consultantes su competencia personal para que les ayude a funcionar autónomamente; por último, nos permite también gestionar mejor los recursos atendiendo a un mayor número de demandas.

Este artículo pretende recoger las premisas y técnicas fundamentales para poder intervenir de forma eficaz en un período de tiempo breve, cooperando con los consultantes y trabajando desde sus recursos, ayudándoles a que se adhieran al tratamiento.

### **La Terapia Breve Centrada en las Soluciones**

La Terapia Centrada en las Soluciones (TCS) nace a comienzos de los años 80, Steve de Shazer e Insoo Kim Berg crean en Milwaukee el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). La importancia de este enfoque es que no pone el énfasis en el problema, sino que subraya lo que funciona en cada caso a fin de señalar y ampliar las secuencias de solución.

Una característica de este modelo es que trata de aprovechar todo lo que los consultantes llevan a terapia; es decir, las creencias, lenguaje, síntomas, “resistencia”..., para promover el cambio, convirtiéndose así en un auténtico “modelo de cooperación con los consultantes”.

Como en cualquier otra psicoterapia, las técnicas no existen en el vacío, su carácter viene dado por la manera como se usan y la intención con que se emplean. Los procedimientos se aplican dentro de un contexto de intervención que se configura como una matriz de estrategias, principios clínicos y premisas teóricas (Beyebach, 2006). Por esta razón, exponemos a continuación las premisas teóricas que subyacen en nuestro propio trabajo y desde las que adoptamos ciertas posiciones terapéuticas ante nuestros consultantes.

### **Premisas**

Las premisas fundamentales que utilizamos cuando trabajamos desde la TCS serían:

Un punto de vista constructivista, que incluye también adoptar un punto de vista no-normativo. Es decir, esta premisa nos lleva a rechazar un modelo de normalidad y a aceptar que hay muchas formas de actuar o de comportarse, tanto en familia, como en pareja o con uno mismo. Por lo tanto, la función del terapeuta sería ayudar a cada consultante a alcanzar sus propias metas y objetivos, y no a adaptarlos a un patrón preestablecido de normalidad.

Además, este punto de vista supone que la realidad es algo que nosotros mismos creamos y negociamos mediante el uso del lenguaje, por lo tanto, no considera que exista un conocimiento realmente verdadero de las cosas, sino un conocimiento instrumental que nos permite administrar la realidad con la cual interactuamos; a partir de aquí, se pueden tener percepciones y opiniones muy diversas de la realidad, y las reacciones de las personas cambian sobre la base de cada una de éstas.

La implicación clínica de adoptar el constructivismo como premisa lleva al terapeuta a contribuir, de una forma más activa, a la co-construcción de una realidad más positiva para los clientes mediante el uso del lenguaje, sin la necesidad de hacer una evaluación o un diagnóstico de la “realidad” de las cosas. Además, implica también conceptualizar los problemas de una forma diferente: el problema sería la construcción que cada consultante hace de una realidad dada. Paul Watzlawick (Watzlawick, 1976) distinguía dos tipos de realidad: la realidad de primer orden, realidad sensorial que se percibe a través de los sentidos, y realidad de segundo orden, refiriéndose al significado que cada uno damos a esa percepción. Este significado a su vez estaría influenciado por las experiencias y conocimientos previos que cada uno de nosotros hemos adquirido a lo largo de nuestra historia. La psicoterapia trataría precisamente de modificar la realidad de segundo orden, aunque los cambios en este nivel pueden también provocar modificaciones en la realidad de primer orden.

Asimismo, adoptar un punto de vista sistémico implica entender los fenómenos en relación a su contexto interpersonal; es decir, se entienden los comportamientos humanos en relación a su contexto más amplio y al modo en que interactuamos con los demás.

Tener en cuenta esta premisa implica no focalizar sólo hacia lo intrapsíquico, sino ampliar el foco a lo interpersonal, de manera que nos ayude a modificar nuestra comprensión de las conductas que son consideradas como problemáticas.

Contemplar este punto de vista nos ayuda a contar con un número mayor de recursos, ya que podemos intervenir no sólo sobre el individuo, sino también sobre el contexto en el que vive, sobre personas cercanas o con otros profesionales que estuvieran implicados en el proceso de la intervención, como pueden ser profesores, psiquiatras, compañeros, etc. Este recurso nos puede ayudar por un lado a entender mejor el “problema”, y por otro a generar una “solución”.

Por último, se sirve del punto de vista centrado en las soluciones; punto de vista que es sin duda el aspecto distintivo del modelo. Adoptar este punto de vista implica creer que todos nuestros consultantes poseen los recursos necesarios para resolver sus problemas.

En la clínica, esta creencia comporta que el o la terapeuta se centre en lo que va bien, en lo que sí funciona, a fin de identificar y ampliar estas secuencias de solución, poniendo mayor énfasis en aquellos momentos en los que, esperando que ocurra el problema, éste no sucede (excepciones). Lo distintivo, por tanto, es que el o la terapeuta trabaja desde los propios recursos de los consultantes, fomentándolos hasta que el problema desaparece o deja de ser considerado como tal.

Los principios básicos, que nos orientan en la toma de decisión a la hora de intervenir terapéuticamente, se derivan de estas tres premisas fundamentales que llevan a entender el modelo de la TCS como un modelo de cooperación.

Consideramos estos principios como meras creencias, que nos ayudan a posicionarnos ante nuestros consultantes y sus problemas de una manera determinada. Una vez más se hace hincapié en los recursos y en las fortalezas de nuestros clientes, y esto tendrá un efecto positivo en el trascurso de la terapia ya que los terapeutas creamos a veces, sin darnos cuenta, profecías autocumplidoras (W. H. O'Hanlon, 1993).

En definitiva, colaborar con nuestros clientes significa trabajar con ellos y no contra ellos; en este sentido, nos son útiles una serie de principios básicos que nos ayudan en la toma de decisión de nuestro trabajo terapéutico:

### *Los clientes tienen recursos*

Aprovechamos sus puntos de vista, en vez de cuestionarlos de entrada; es el “enfoque de utilización” desarrollado por M. Erickson.

Erickson subrayaba la importancia de confiar en los recursos de nuestros clientes para resolver las situaciones problemáticas. "... Debes confiar en la capacidad de cada paciente de proporcionarte las claves y la información con las que organizar tu psicoterapia, porque el paciente puede si le das una oportunidad" (Erickson, 1966).

### *Los clientes definen sus objetivos*

"Cada persona es un individuo único. Por tanto, la psicoterapia debería formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo, en vez de adaptar a la persona para que quepa en el 'lecho de Procusto' de una teoría hipotética de la conducta humana" (Zeig, 1982, pág. vii).

Ya que no creemos que haya una única forma de funcionalidad correcta tanto en la forma de vivir individual, como en pareja o en familia, preferimos preguntar a nuestros consultantes cuáles son los objetivos que desean alcanzar para dar por exitosa la terapia. Existen circunstancias poco frecuentes en las que sugerimos otros objetivos, o no aceptamos los propuestos por nuestros clientes, por ej, "seguir maltratando a mi mujer, abusar de un menor, etc".

### *El cambio es constante*

Cuando adoptamos el principio de que el cambio es "inevitable", automáticamente nos lleva a creer que el problema que las personas traen a terapia ha cambiado; muchas veces lo que ocurre es que la forma en que hablan de él es lo que sigue igual pero no el problema en sí mismo. De todos los cambios que se han producido nos centramos en esos que han sido para mejor: parte de la terapia consistiría en identificar y ampliar esos cambios, dirigir la terapia con las preguntas que hacemos y focalizar la conversación en aumentar aquellas cosas que ya están funcionando.

### *No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla*

De hecho, muchos terapeutas quedan atascados por tener demasiada información sobre la queja y demasiada poca sobre la solución. Nos interesa saber más acerca de las excepciones; es decir, de aquellos momentos en que se debería dar el problema y no se da. Una vez identificados estos momentos, mantenemos el foco de atención en ellos para ampliarlos y atribuir el control de los logros a los clientes, de manera que puedan volver a repetirlos siempre que lo deseen hasta que el problema desaparezca.

### *Un cambio pequeño es suficiente*

Una vez que una persona hace un cambio positivo, por pequeño que éste sea, se siente optimista y con más esperanza para generar nuevos cambios. Además, otra característica del cambio es que es contagioso y, desde un punto de vista sistémico, un cambio en una parte del sistema provoca cambio en otra parte del sistema. Así, podemos entender, un pequeño cambio en la vida de una persona funciona como una onda expansiva en otras áreas de su vida.

### *La “resistencia” no existe.*

Ver resistencia en los clientes crea resistencia, genera culpa en ellos y fomenta la oposición. Preferimos ver la resistencia como una expresión de que no hemos creado suficiente seguridad en el sistema terapéutico (“es miedo y ansiedad, no resistencia”) (Friedlander y cols, 2006); como un error del terapeuta (de Shazer, 1989) o bien como la forma en que los clientes nos dicen cómo quieren que colaboremos con ellos. Así, si un cliente no realiza alguna tarea que le hemos sugerido, no creemos que sea porque se resiste al cambio si no que lo interpretamos como que no nos hemos ajustado a su estilo, y a partir de ahí intentaremos ajustarnos de una forma diferente, de mayor colaboración con él. Ajustar el estilo a las preferencias del cliente correlaciona con satisfacción con la sesión. Y la satisfacción

correlaciona con la puntuación en la pregunta escala (mediando la expectativa de eficacia) (Ezama Coto y Fontanil, 2000, 2008).

### *Trabajar con ellos, no contra ellos*

Una conversación centrada en la cooperación entiende que tanto el consultante como el terapeuta son expertos. Los consultantes son expertos en su vida, en su sufrimiento, en su historia de dolor o de problema, en sus inquietudes; en definitiva, son expertos en su propia experiencia. Los terapeutas somos expertos en crear una relación con nuestros clientes, en utilizar el lenguaje de manera que facilite el cambio y la resolución del problema. Ambos, clientes y terapeutas, colaboramos en la toma de decisión respecto a qué método y qué objetivos vamos a decidir para llegar a la resolución del conflicto y finalizar de una forma eficaz el tratamiento.

Estos principios básicos se acompañan de unas técnicas dirigidas a subrayar los recursos de los consultantes.

### **Técnicas**

En el modelo de Terapia Centrada en las Soluciones, las técnicas van enfocadas a fomentar los recursos y la cooperación con nuestros clientes, y el trabajo desde sus objetivos es fundamental para lograrlo.

### **Técnicas más características**

#### ***1. La proyección al futuro: “La Pregunta Milagro”***

Esta técnica fue desarrollada por Steve de Shazer en el año 1972, a partir del recurso ericksoniano denominado “la bola de cristal” que consistía en pedir a los consultantes que, en estado de trance, imaginaran su futuro sin el problema.

La técnica de la “Pregunta Milagro” se emplea para construir con los clientes “objetivos bien formados”, ya que la existencia de objetivos claramente definidos es un importante predictor del resultado final del tratamiento (Bandura y Schunk, 1981; de Shazer, 1988; Pérez Grande, 1992). De hecho, la construcción de un solo objetivo bien formado multiplica por dos el éxito final de la terapia (Rodríguez Morejón, A., 1994).

Esta técnica no sólo pretende recoger una serie de objetivos sino que, más allá de esto, pretende romper el encuadre del problema que el consultante ya ha contado una y otra vez y crear así una experiencia emocional positiva, de manera que una persona, pareja o familia que se han quedado congelados en el presente, puedan visualizar un futuro más esperanzador (Rodríguez, A. y Beyebach, M.1994).

La “Pregunta Milagro” no es en realidad una sola pregunta, sino una secuencia de preguntas que bien pueden ocupar toda o una buena parte de la entrevista. La formulación de la técnica con la que solemos iniciar esta secuencia sería:

“Imagínense que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro se ha producido”?

Habitualmente, al formular esta pregunta, los clientes responden en términos de quejas (mi hijo no fumaría tanta marihuana como ahora, que está todo el día en la calle con amigos bebiendo y fumando), en negativo (no discutiría tanto con mis padres), de forma vaga (estaría mucho más tranquila y relajada) o intrapersonal (mi madre estaría mejor). No es frecuente que nos contesten de manera

ajustada a las características de los objetivos bien formados. Para ello se inicia la secuencia de preguntas que tiene como finalidad convertir estas respuestas que ellos nos dan en respuestas trabajables; es decir, transformamos sus objetivos en objetivos sobre los que se pueda trabajar. En ningún momento imponemos o sustituimos sus objetivos por los nuestros, simplemente ayudamos a que formulen sus objetivos en un lenguaje que facilite su consecución, un lenguaje desprovisto de juicios de valor negativos (O'Hanlon & Hudson, 1991).

Preguntas que ayudan a transformar los objetivos en Pregunta Milagro:

Si el cliente habla...	El terapeuta pregunta
...en términos de queja	¿cómo va a cambiar eso?
...en negativo (dejar de)	¿qué es lo que harán en vez de?
...en términos poco concretos	¿en qué va a notar que...?
	¿cuál será la primera cosa que...?
...en términos individuales	¿cómo va a reaccionar usted cuando él/ella...?
	¿cómo va a responder él/ella cuando Usted...?
Si se agota un tema	¿Qué más va a cambiar?

Es necesario que tanto los terapeutas como los consultantes establezcan criterios para saber cuándo dar por terminada la terapia; sin estos criterios será muy difícil evaluar si se ha hecho algún progreso o no y, a menudo, esto hace que el tratamiento se prolongue.

En el caso de las personas que presentan problemas por consumo de drogas, generalmente sienten que no han tenido muchos éxitos en su vida y hay muchos elementos en su vida cotidiana que constantemente les recuerda sus fracasos. Este tipo de consultantes necesita experimentar algún éxito y tener la sensación de que están

avanzando en el tratamiento: sin unos objetivos explícitos es muy difícil evaluar estos éxitos. Sentir que se avanza hace a la terapia más eficiente y eficaz (Kim Berg, I. y Miller, S., 1992)

Así que, como ya hemos comentado, utilizamos esa secuencia de preguntas para construir objetivos bien formados que nos ayuden a tal fin.

Insoo Kim Berg y Scott D. Miller han identificado siete cualidades de los buenos objetivos de tratamiento (características de los objetivos trabajables) (Kim Berg, I. y Miller, S., 1992).

#### *Cualidades de los buenos objetivos de tratamiento:*

- Relevantes para el cliente, cuando el objetivo es importante para el consultante es más probable que éste se sienta más motivado para alcanzarlo y para seguir el tratamiento.

Por ejemplo, si un cliente tiene como objetivo “disminuir” el consumo de drogas en vez de la abstinencia total, preferimos trabajar con ese objetivo en vez de insistir en que lo deje totalmente, ya que es más probable que, si consigue disminuir el consumo, de un paso más hacia la abstinencia y, si advierte que no puede consumir menos, es posible que se replantee el objetivo inicial.

- Pequeños, y limitados para que la persona los pueda cumplir. Estos éxitos le dan a la persona la sensación de estar triunfando y esta sensación fomenta la esperanza y la motivación para seguir trabajando.

- Descritos en términos conductuales y concretos: el tener los objetivos descritos en términos conductuales y concretos ayuda al terapeuta y al consultante, porque a ambos les sirve para evaluar el progreso; por otra parte, además de permitir que el consultante pueda atribuirse inmediatamente el mérito de su éxito, también le ayuda a saber exactamente que más puede hacer para lograrlo. Ejemplo de un

objetivo poco concreto: “sentirme mejor”; este objetivo no permite una clara evaluación de progreso. Ejemplo de un objetivo concreto: “tomar un refresco en vez de una copa antes de comer”.

- Descritos “como presencia de algo” en vez de “ausencia de algo”. Es más útil formular los objetivos en positivo que en negativo; es decir, lo que el cliente hará en vez de lo que el cliente dejará de hacer. Esta descripción en positivo hace que el tratamiento sea más eficaz y que la persona tenga más claro en qué dirección ir. Otra razón, para preferir los objetivos descritos en términos de “hacer algo” en vez de “dejar de hacer algo”, es la paradoja que se plantea cuando nos ordenamos a nosotros mismos no hacer alguna cosa: la primera imagen que nos viene a la mente es justo la actividad que no queremos hacer para acto seguido evitarla. Un ejemplo de un objetivo formulado en negativo (que es lo más frecuente) sería: “dejar de consumir”; este mismo objetivo en positivo establecería lo que la persona va a hacer en vez de consumir (un hobby, una reunión con amigos, una actividad social, etc).

- Descritos como un comienzo y no como un fin. Los objetivos deben describir los primeros pequeños pasos que los clientes necesitan dar para alcanzar la meta final. Esto hace que estén más dispuestos a participar. Así, si hay una meta muy grande como “ser feliz”, habría que establecer con él ¿cuál sería el primer paso para ir en esa dirección?

- Que el objetivo sea realista y alcanzable. No sirve de nada que el consultante establezca grandes promesas inalcanzables. El terapeuta debe ayudar a los clientes a establecer objetivos realistas que aseguren el éxito del mismo.

- Que reconozca un “trabajo duro”. Por último, les damos el mensaje a nuestros clientes de que los cambios que van a intentar requerirán un “trabajo duro”. Transmitirles esta idea protege su dignidad y autoestima, en caso de que no alcancen el objetivo deseado. Además, el consultante se ve obligado a internalizar más responsabilidad para el logro del objetivo. Sea cual sea el resultado podrá considerar que

sus esfuerzos tuvieron éxito. Si no alcanza el objetivo, sabrá que tiene que hacer más “trabajo duro”; si lo alcanzó se adjudicará el mérito de haber descubierto cómo resolver su problema, y si tarda más tiempo en alcanzarlo, lo vivirá como un proceso normal y también recibirá elogios por el trabajo duro que realizó.

## ***2. El trabajo con Excepciones***

Una excepción es aquella ocasión en la que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema (de Shazer y cols., 1986; de Shazer, 1991). Cuando, además, esto ocurre en el inicio de la primera sesión; es decir, cuando los consultantes informan de mejorías antes de que se haya iniciado el trabajo terapéutico, las llamaríamos Cambios Pretratamiento (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987).

No sólo se considera excepción cuando no aparece la conducta problema, sino también cuando en su lugar se da una conducta alternativa, o la conducta-problema se da en menor intensidad, e incluso cuando ésta finaliza antes. Las excepciones serían, entonces, todas aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991).

Aunque debemos distinguir entre el cambio pretratamiento (mejorías antes de que se inicie la terapia) y el producido en el caso de las excepciones (mejorías que se producen cuando ya se ha iniciado el tratamiento); en uno y en otro caso la manera de trabajar será la misma si queremos sacarle el máximo rendimiento. Distinguimos cinco pasos para aprovechar esta técnica al máximo y, como en la Pregunta Milagro, hay una formulación inicial seguida de una secuencia de preguntas que tiene como objetivo ampliar esa excepción, e identificar cómo consiguieron los consultantes las mejorías logradas, con el fin de reforzar, una vez más, las competencias de nuestros clientes.

- Elicitar o preguntar por las excepciones. Preguntamos por las mejorías como una forma de suscitar una conversación más fructífera sobre el tema. Si estamos al inicio de la primera sesión (Cambio Pretratamiento) la manera en que originamos este diálogo sería: *“Hemos visto con frecuencia que la gente nos dice que, entre el momento de llamar por teléfono para pedir cita por primera vez y el momento de la entrevista, se han producido ya algunas mejorías. ¿Qué pequeñas mejorías habéis notado vosotros”*.

También podemos preguntar por este tipo de mejorías al terminar el trabajo con la Pregunta Milagro: *“¿Qué parte de este Milagro ha ocurrido ya?”*.

Si, por el contrario, queremos preguntar por las excepciones cuando ya se ha iniciado el tratamiento (en segunda sesión o más) preguntaríamos: *“¿Qué cosas están un poco mejor desde la última vez que nos vimos?”* o *“¿Qué cosas están un poco menos mal desde la última vez que nos vimos?”*.

- “Marcar” los avances. Si los consultantes responden a la pregunta anterior (o también puede ser que nos comenten una mejoría de forma espontánea) reconociendo algún tipo de avance, tratamos de que no pase desapercibido, de que ese avance cobre importancia a los ojos de ellos y que suponga una “diferencia que marque una diferencia” (Bateson, 1958). La forma en que el terapeuta “marque” la excepción dependerá de su estilo, de la relación que tenga con el consultante o de la propia postura de éste. A nosotros nos resulta útil mostrar sorpresa desmesurada cuando se trata de niños y una postura más cautelosa o más neutra con los adultos, mostrando curiosidad e interés por las mejorías que nos están contando.

- Ampliar las mejoría. Centramos la conversación en comentar los éxitos de nuestros consultantes al comienzo de la sesión: esto hace que las discusiones sobre otros problemas, a menudo más graves, se vuelvan menos abrumadoras y desalentadoras (Kim, I., Miller, S., 1992).

Utilizamos una serie de preguntas minuciosas para sacar y exaltar las pequeñas, pero importantes, mejorías que los consultantes han realizado. La idea es crear una historia detallada de cómo se sucedieron los avances y quién más los ha notado, ya que este hecho amplifica estos cambios positivos.

Algunas preguntas que utilizamos para ampliar de forma detallada la historia de las mejorías son: *¿Qué sucedió entonces?; ¿Quién más lo notó?; ¿Cuándo sucedió eso?; ¿Cómo reaccionaron ellos al ver que usted...?; ¿Qué efecto positivo ha tenido eso sobre el resto del día?*

- Atribuir los avances a los consultantes. Atribuimos el control a nuestros consultantes con el fin de darles a entender que ellos son los que han iniciado todo el cambio, no otras personas ni posibles acontecimientos que hayan ocurrido: son ellos los responsables de las mejorías y no la casualidad.

Este proceso de “culpabilización positiva” (Kral y Kowalski, 1989) ayuda a fortalecer y motivar a los consultantes, y les permite aumentar la frecuencia con que aparecen las excepciones. Para ello es útil ayudarles a identificar una especie de “receta” eficaz que les indique cómo hicieron las cosas para que el problema mejorase.

Algunas preguntas para atribuir control a nuestros clientes son: *¿Cómo consiguió usted hacer eso?; ¿Cómo se le ocurrió hacerlo de esa manera?; ¿Cómo conseguiste frenar las ganas de consumir?; ¿Quién o qué te ayudó a hacerlo?; ¿Cómo hiciste tú para que esa persona te ayudara?...*

- Seguir. El último paso en el trabajo sobre excepciones es el de seguir preguntando qué más cosas han mejorado. Una vez identificada la nueva excepción, volvemos a ampliar, atribuir control, etc.

Esta pregunta, muy simple por otro lado, ayuda a los consultantes a identificar más recursos y posibilidades en ellos mismos (desde

nuestra experiencia, los pasan por alto en la mayoría de las ocasiones). La insistencia del terapeuta ayuda a los consultantes a sentirse más exitosos.

### ***3. El trabajo con los números***

Nos referimos en este apartado al trabajo con la “Escala de Avance”, una técnica que desarrolló Steve de Shazer en el año 1986 para poder trabajar en aquellos casos en que la sesión terapéutica había sido muy vaga y daba como resultado problemas y soluciones mal definidos. Teniendo en cuenta que las situaciones vagas pueden constituir un problema, la “Escala de Avance” ayuda a establecer objetivos mensurables que permiten distinguir el fracaso del éxito. Además, constituye un valioso recurso técnico para generar información de utilidad para los clientes, ya que no sólo permite establecer objetivos a corto plazo, sino también identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos. Es una técnica, pues, que nos permite por un lado, el trabajo sobre las excepciones, y por otro, el trabajo sobre los objetivos.

Como en las técnicas anteriores (“Pregunta Milagro” y “Excepciones”), la “Escala de Avance” comienza con una primera pregunta introductoria y se continúa con una secuencia de preguntas que se dirigen, por un lado, a identificar los avances ya ocurridos y, por otro, a establecer objetivos y concretar metas intermedias. Incluso en el caso de que esto ya haya quedado establecido con la “Pregunta Milagro”, la “Escala de Avance” nos ayudaría a descomponer los objetivos finales en pasos más pequeños.

La formulación inicial sería la siguiente: “En una escala del 1 al 10, en la que 1 es el momento en el que los problemas que les han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionados, ¿en qué puntuación dirían que están ahora?”

Si la respuesta de algún consultante (o de todos) en primera entrevista es distinta de 1, y en caso de que sea superior a la puntuación del día anterior en la segunda entrevista o más adelante, podríamos trabajar las excepciones siguiendo los pasos vistos en el apartado dos.

Para suscitar la mejoría, o las mejorías, utilizaremos alguna de las siguientes preguntas u otras similares: *¿Cómo es que las cosas están en un x en vez de en un 1?; ¿Qué cosas han mejorado para que las cosas estén en un x en vez de en un 1? ¿Qué cosas está viendo que le permite puntuar la situación en un x?*

Después ampliamos esa información y atribuimos los avances a nuestros consultantes como hacíamos en el trabajo con las excepciones. Finalmente, preguntamos: *¿Qué más hace que las cosas estén en ese x?*

Si el consultante no identifica más avances, le preguntamos cuál será el paso siguiente y añadimos una unidad a la puntuación anterior que él mismo ha dado. La secuencia de preguntas que utilizamos a partir de aquí van dirigidas a establecer los pequeños pasos siguientes de la forma más conductual y detallada posible, de manera que estos objetivos puedan convertirse en autoinstrucciones. Estos son algunos ejemplos de preguntas: *¿Cuál sería una pequeña señal de que las cosas están en un x?* (si anteriormente la puntuación ha sido un 3, trabajaríamos hacia un 4). *¿Qué sería diferente?; ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta?* Y dejaríamos la atribución de control para el final: *¿Qué te podría ayudar a que eso ocurriera?; ¿Qué vas a poner de tu parte?; ¿Cómo lo vas a hacer?*

Si la puntuación que dan los consultantes es 1 en primera entrevista, y en las siguientes no es superior a la puntuación anterior; es decir, si no hay avances, dirigimos el trabajo hacia el establecimiento de objetivos trabajando sólo la anterior secuencia de preguntas.

Además de la “Escala de Avance”, también es muy útil la “Escala de

Confianza”, que se utiliza cuando los consultantes han alcanzado una puntuación elevada en la “Escala de Avance”. Ejemplo de preguntas: *“En una escala del 1 al 10, en la que 10 sería que tienen toda la confianza del mundo en que mantendrán este nivel y 1 significa que no tienen ninguna confianza de mantenerlo, ¿en qué puntuación se pondrían?”*

También será útil la “Escala de Motivación” para establecer cuánto está dispuesto el cliente a hacer para que el problema desaparezca. Ejemplo de preguntas: *“En una escala del 1 al 10, en la que 10 sería que estás dispuesto a hacer cualquier cosa que te pidamos para que el problema mejore, y 1 sería que no estás dispuesto a hacer nada, ¿en qué puntuación te situarías en este momento?”*

En ambos casos se trabajaría igual que la “Escala de Avance”.

Estos son sólo algunos ejemplos de qué escalas aplicar, en realidad se pueden aplicar escalas para un sinfín de situaciones más.

En nuestro trabajo terapéutico, utilizamos la “Escala de Avance” hacia el final de la entrevista en todas las sesiones.

Además del trabajo con la Pregunta Milagro, las Excepciones y la Escala de Avance, utilizamos también, como una herramienta útil a la hora de cerrar la entrevista terapéutica, los elogios. Cerramos la sesión elogiando a nuestros clientes y sugiriéndoles alguna tarea. De hecho, utilizamos los elogios a lo largo de toda la sesión, sin embargo tienen mayor impacto cuando se dan al final de ésta (de Shazer y cols., 1986).

#### **4. Otras herramientas terapéuticas**

- Los elogios. Cuando elogiamos a nuestros consultantes y subrayamos sus aspectos positivos, la persona siente que se validan sus recursos y sus lados fuertes.

Algunas de las finalidades por las que elogiamos a nuestros consultantes son: fomentar su competencia personal destacando sus méritos; generar en ellos optimismo y esperanza; aumentar su colaboración con la terapia y mejorar la relación terapéutica y, por último, crear una disposición positiva que haga más probable que realicen las tareas que les hemos sugerido (Beyebach, M., 2006).

Elogiar es una manera más de aprovechar los recursos de nuestros clientes y, en consecuencia, de acortar la terapia. Sin embargo, no es válido cualquier elogio. Para que el elogio sea eficaz debe cumplir algunos requisitos: que sean creíbles y genuinos, para ello, los elogios que demos tienen que estar en relación con lo hablado durante la sesión; deben ser expresados con el lenguaje de los consultantes; estar personalizados para cada caso e incluir a todos los miembros de la familia.

- Las tareas terapéuticas. Nos referimos con “tareas terapéuticas” a las propuestas que un terapeuta hace a sus consultantes para el tiempo entre sesiones.

Desde nuestra práctica terapéutica entendemos que una buena terapia es mucho más que una suma de buenas tareas. De hecho, desde nuestro punto de vista, la intervención ideal es aquella en la que el profesional ni siquiera necesita ofrecer pautas de actuación a sus interlocutores, porque le habrá ayudado, en el transcurso de la conversación con ellos, a que ellos mismos descubran qué quieren y pueden hacer respecto de los temas que les preocupan (Beyebach, M., 2006b). Sin embargo, la experiencia clínica nos dice que en ocasiones una buena tarea puede paliar una mala sesión y reconducir una terapia poco productiva (Beyebach, M., y Herrero de Vega, M., 2010). Por lo tanto, las tareas son a menudo útiles en una terapia y, en ocasiones, imprescindibles para que resulte exitosa.

A la hora de proponer una tarea hay que tener en cuenta el contexto más amplio que supone el proceso terapéutico. Así, proponer

una tarea u otra dependerá de lo que nos permita el estado actual de la alianza terapéutica, teniendo en cuenta que las propias tareas pueden contribuir a reforzarla o debilitarla. Otro aspecto a valorar es el estilo de cooperación de nuestros consultantes (de Shazer, 1985, 1988) y concretamente habrá que valorar la fase de cambio en la que se encuentren en ese momento (Prochaska y DiClemente, 1982).

En cuanto a las tareas a encomendar, deberemos tener en cuenta el estilo de cooperación de nuestros consultantes; es decir, sus características respecto a la relación que establecen: a) relación de “comprador”: el consultante considera que hay un problema, quiere solucionarlo y se ve como parte de la solución, por lo que podríamos sugerirle una tarea que implique acción. b) relación de “demandante”: ve un problema, quiere que se solucione, pero no se ve como parte de la solución porque entiende que compete a otro cambiar; en este caso sería más indicada una tarea de observación de la conducta del otro, y c) relación de “visitante”: el consultante no ve ningún problema y por tanto no cree que haya nada que solucionar; en este caso lo más indicado sería no sugerirle ninguna tarea pero sí elogios.

Otro punto a tener en cuenta a la hora de sugerir una tarea que hemos diseñado es utilizar la postura y el lenguaje de nuestros interlocutores, y personalizarlos para que se ajuste al máximo a su idiosincrasia (Beyebach, M., 2006).

Hemos presentado en este artículo las creencias principales junto con algunas técnicas del modelo de Terapia Centrada en las Soluciones. Entendemos que tanto los principios básicos como las técnicas son recursos con los que los clientes y los terapeutas construyen soluciones de forma cooperativa.

Resolver con éxito los problemas que los consultantes llevan a terapia “no significa que sea necesario explorar detalladamente el

problema del cliente, ni definirlo con exactitud y ni siquiera hablar demasiado de él” (de Shazer, 1988).

El modo en que describimos lo que vemos, las palabras que elegimos para describir las situaciones, ayuda a construir una realidad y no otra. Nosotros nos decantamos por dirigir la conversación hacia las potencialidades de nuestros consultantes, hacia lo que ya están haciendo bien, para que cobre importancia para ellos y se responsabilicen de su éxito.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. y Schunk, D. (1981). *Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation*, en *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona. Herder.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona. Herder.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva Cork. Norton.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona. Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. Nueva Cork. Norton.
- De Shazer, S., y cols. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona. Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*, Nueva Cork. Norton.
- Erickson, M. (1966). *Advanced Psychotherapy, transcripción inédita de la grabación de una conferencia*.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1992). *Working With the Problema Drinker. A solution-Focused Approach*. New York. Norton.
- O’Hanlon, W.H., & Hudson, P.O. (1991). *Rewriting love stories: Brief marital therapy*, Nueva York. Norton.
- O’Hanlon, W.H., y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*, Buenos Aires. Paidós.

- O'Hanlon, W. H. (1993). *A brief guide to brief therapy*. New Cork. Norton.
- Pérez Grande, M.D. (1992). *Las semillas de la cibernética*. Obras escogidas de Heinz von Foerster. Barcelona. Gedisa.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. ( 1982). "*Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*, en *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Rodríguez, A., y Beyebach, M. (1994). *Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas*, en Garrido M. y García J. (comps). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia, Promolibro.
- Rodríguez Morejón, A. (1994). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas del control percibido en terapia sistémica breve*. Tesis Doctoral. Facultad de psicología, Universidad Pontificia de Salamanca. España.
- Watzlawick, P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* Munich. Piper.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. y Gingerich, W.J. (1987). *Desarrollo del cambio pretratamiento para construir la solución terapéutica: un estudio exploratorio*, en Beyebach, M. Y Rodríguez-Arias, J.L (comps.). *Terapia Familiar.Lecturas I*. Salamanca. Kadmos.
- Zeig, J. (1982). *Ericksonian approaches to hipnosis and psychotherapy*. Nueva York. Brunner/Mazel.



## RECURSOS COMUNITARIOS



---

## La derivación a otros recursos: cuándo, cómo y adonde. Los canales de comunicación

LEYRE MENDIZÁBAL BENITO - MARÍA MILAGRO SÁENZ - BELÉN PACHECO SANTA OLALLA  
JOSÉ LUIS RABADÁN RITUERTO<sup>1</sup>

---

### Resumen:

El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes de salud pública que padece en la actualidad nuestro país, problemas que se extienden a otros ámbitos como el familiar, el laboral, el escolar, el de la seguridad ciudadana, el social, etc. Pero si hablamos de menores que consumen drogas esa problemática aumenta de manera exponencial. A lo largo de este artículo explicaremos la forma de trabajar de ARAD con los dos tipos de menores que atendemos: los que acuden para cumplir una medida impuesta por el Juzgado de Menores y los que acuden sin esa obligación. También damos información de nuestra forma de trabajar con las familias de esos menores, tanto si están en tratamiento con nosotros como si no lo están.

**Palabras clave:** Menores, drogas, familias, ARAD.

---

<sup>1</sup>Correspondencia:

Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas (ARAD).

C/ Madre de Dios, 3, bajo LOGROÑO, 941241889

Logroño (La Rioja).

[aradrioja@telefonica.net](mailto:aradrioja@telefonica.net)

## **Arad: quiénes somos y qué hacemos**

En 1982, había un importante problema de consumo de drogas, principalmente de heroína. La administración no dio, en ese momento, una respuesta al nuevo fenómeno y un grupo de padres, de familias afectadas y de voluntarios, pusieron en marcha, con mucho entusiasmo y superando numerosos problemas, la Asociación (una ONG sin ánimo de lucro). Desde entonces hasta el momento actual han cambiado muchas cosas: se ha pasado del voluntarismo a la profesionalización, pero sin olvidar nunca la colaboración de los voluntarios. Por otra parte, decir que fuimos declarados de Utilidad Pública en Consejo de Ministros el 27-7-1983.

Somos una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, sin inclinación ideológica ni religiosa. Nos dedicamos a la prevención, asesoramiento, tratamiento e investigación en materia de drogas tóxicas.

## **Cómo acceder a Arad**

La forma de acceso es sencilla y clara. En primer lugar definiremos quién accede a nuestra Asociación y después estableceremos la forma de acceso.

### *¿Quién accede a ARAD?*

- Cualquier persona que consuma drogas y que desee iniciar un tratamiento con nosotros.
- El consumidor de drogas acompañado por su familia (que es la situación ideal, pero que no siempre se cumple).
- La familia sola, para demandar consejo, apoyo, orientación sobre el problema que presenta su familiar consumidor, pero que en este momento no desea iniciar un proceso terapéutico para abandonar el consumo de drogas.

### *¿Cómo acceder a ARAD?*

- Directamente, poniéndose en contacto con nosotros, en nuestras instalaciones (c/ Madre de Dios, 3, Logroño).
- Siendo derivado por otros recursos de nuestra Comunidad Autónoma.
- Solicitando una primera cita por teléfono (941241889).

En cualquier caso, creemos importante decir que la primera cita de información se da antes de tres días hábiles, tras la solicitud (según reza en nuestra Carta de Compromisos).

### **Secuencia de la intervención**

Lo habitual es la recepción del caso por parte de la Trabajadora Social, que realiza la primera entrevista con el usuario de drogas y con su familia (si no es posible con los dos, la entrevista se lleva a cabo con el usuario solo o con la familia sola).

En esta primera entrevista se informa al consumidor y/o familia sobre la forma de trabajar que tenemos en nuestra Asociación.

En caso de que el usuario de drogas y/o su familia decidan iniciar tratamiento, se procede a una Valoración multidisciplinar del caso, en la que intervienen la trabajadora Social, la Psicóloga y el Médico.

Tras esa Valoración se realiza una Propuesta de Tratamiento Personalizado, tanto a nivel individual como grupal, tanto del consumidor de drogas, como de su familia.

Se procede a la inclusión en el programa propuesto por el equipo terapéutico y se inicia el proceso terapéutico.

Es importante decir, en este punto, que el usuario de drogas no

se adapta a nuestros Programas, sino que intentamos, en la medida de nuestras posibilidades, proporcionar a cada usuario lo que necesite para la resolución de su problema.

### **Tipología de los menores atendidos**

En nuestra Asociación atendemos a dos tipos de menores que son claramente diferentes y diferenciables. Esa afirmación tan categórica proviene, principalmente, de la aplicación de la Ley del Menor. Por esta razón los dos tipos de menores que atendemos son:

- Menor infractor drogodependiente, sometido a la Ley del Menor.
- Menor no infractor (y no sometido a obligación legal).

### **El programa de Arad con menores infractores**

Nuestro trabajo con menores infractores drogodependientes se encuadra dentro de nuestro “Programa de ejecución de medidas en medio abierto y reinserción social para la deshabitación de sustancias en el ámbito de la responsabilidad penal de los menores”, que consiste en la aplicación de varios tipos de medidas (que es el nombre que reciben las penas cuando son impuestas al menor):

- Tratamiento ambulatorio.
- Libertad vigilada.
- Tareas socioeducativas.
- A veces a las tres medidas se les complementa con Reglas de Conducta:
  - Obligación de curso formativo laboral.
  - Control de tóxicos.
  - Prevención de consumo de alcohol,
  - ...

*Secuencia de intervención con el menor infractor (3 fases de la intervención)*

- La fase de derivación a ARAD se produce desde la Dirección General de Justicia e Interior (del Gobierno de la Rioja)
  - La familia del menor recibe una notificación por parte de la Dirección General, para que se ponga en contacto con ARAD:
  - ARAD recibe la documentación relativa al menor, por parte de la Dirección de Justicia e Interior.
  - Se concierta la primera cita.
  
- Fase de intervención, que se lleva a cabo en tres etapas:
  - **Fase de acogida**, en la que se realiza una entrevista con el menor y su familia (siempre queremos dar protagonismo al menor) y se realizan las siguientes actividades:
    - Información general del recurso al menor y su familia.
    - Estudio de la situación judicial del menor y responsabilidad del cumplimiento de la medida.
    - Aclaración de las dudas que puedan tener sobre el recurso.
    - Concertamos el horario de asistencia del menor a nuestro Centro.
  
  - **Fase de valoración**
    - Se procede a la elaboración del PEI (Programa Educativo Individualizado) valorando la situación actual del menor en las diferentes áreas (se plantean los objetivos e intervenciones que se van

a desarrollar durante la ejecución de la medida y que quedan reflejados en su PEI).

- **Fase de seguimiento**, en la que se realizan
  - Intervenciones socioeducativas y psicológicas con el menor y su familia (individual y grupal).
  - El número de intervenciones individuales con cada menor: de una a tres semanales.
  - Se realizan intervenciones grupales (en función de la valoración del equipo técnico y según las características y situación de los menores).
  - Se trabaja en áreas específicas como educación afectivo-sexual, educación para la salud, habilidades sociales, ocio y tiempo libre, cultura general,...
  - Se realizan informes de seguimiento trimestrales (se informa sobre el cumplimiento de la medida del menor, la evolución y la consecución o no de los objetivos planteados en su PEI).
  
- **Fase final de la intervención** en la que se llevan a cabo intervenciones próximas a la finalización de la fecha de liquidación de la medida del menor, como son:
  - Análisis de la evolución del cumplimiento de la medida.
  - Análisis de los logros y objetivos alcanzados y los que no.
  - Reflexión sobre los cambios positivos alcanzados y las consecuencias derivadas.

Se realiza la entrevista de fin de intervención con el menor y su familia (en cuanto a la medida judicial).

Se oferta y facilita la continuidad del tratamiento si se valora necesario.

Se realiza el informe final del menor (grado de cumplimiento de la medida impuesta, consecución de objetivos, logros alcanzados....) y situación en la que queda el menor al finalizar la medida y se remite a la Dirección General de Justicia e Interior del Gobierno de la Rioja (dando así por concluido el trabajo con el menor infractor drogodependiente).

### **Nuestra forma de trabajar con menores**

En este apartado nos centraremos en nuestra forma de trabajar con los menores y en la forma de trabajar de ARAD. Creemos interesante hacerlo desde la perspectiva de nuestros valores, para ilustrar cómo éstos se materializan a nivel de la gestión y cómo se traducen en el “día a día”, a nivel de la intervención.

Cuando hablamos de nuestros valores, nos referimos en realidad a nuestras señas de identidad, a las señas de identidad de ARAD, a aquellos principios que definen una manera de pensar, de analizar y de hacer.

#### *Metodología de nuestro trabajo con los menores.*

ARAD lleva a cabo un PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA dirigido a jóvenes y menores de ambos sexos, con problemas de consumo de drogas,

Para alcanzar dicho objetivo, ARAD ha dotado al programa de una metodología de intervención, evaluación y seguimiento individualizado del menor, que permite analizar el grado de eficacia de las misma, y que a su vez estimula el desarrollo global y equilibrado de todas las áreas sociopedagógicas del joven o menor, detectando y corrigiendo sus carencias, haciendo que el mismo se sensibilice y se responsabilice de sus acciones.

En este sentido, y con vistas a alcanzar la completa reinserción

social del menor, cobra especial trascendencia el aprendizaje de pautas de comportamiento social adaptadas, dentro de cuya actuación tiene especial significado la orientación a las familias del menor.

Cuando hablamos de metodología, de la forma de trabajar de ARAD, hacemos referencia a los puntos esenciales que nos identifican, a nuestra manera de entender la intervención educativa y terapéutica, a cómo traducimos nuestra Misión y nuestra Visión en acción. Nuestro estilo lo marcan, sin ningún género de duda, las personas: los profesionales que conforman nuestros equipos humanos y que son capaces de enseñar y aprender constantemente, que fusionan teoría, práctica y experiencia personal, para aportar soluciones, propuestas y mejoras. Y siempre con un fin: prestar un apoyo global al menor consumidor de drogas.

### *El equipo que trabaja con menores.*

Si definimos nuestro equipo, podríamos hablar de valores relacionados con la profesionalidad. Pero creemos que estaríamos más cerca de conceptos como dinamismo, creatividad, entusiasmo y personalidad (tanto por la suma como por el tipo de personas que forman nuestro equipo: de fuertes convicciones). Nuestra forma de trabajar es la puesta en común de las ideas, de los esfuerzos y del sentido de la ayuda de todos.

Hemos sabido sacar el mejor provecho de la interdisciplinariedad, entendiéndola como la combinación de dos perspectivas:

- ✓ La dimensión personal, de forma que el análisis y observación desde las diferentes disciplinas permiten un diagnóstico completo de cara a la elaboración de un proyecto individualizado del menor y a la priorización de aquellas intervenciones ligadas a las necesidades reales del menor.

- ✓ La dimensión profesional, de forma que el equipo humano de ARAD parte de un compromiso con proyectos de vida para construir la intervención, convirtiéndose en referente y figura afectiva de apoyo social para los menores.

*Nuestra manera de intervenir con el menor:*

Ambas perspectivas se fusionan y traducen en una marcada orientación a la resolución de problemas y a la búsqueda incesante de propuestas educativas y terapéuticas adaptadas a cada caso.

Nuestra intervención se define en una doble dimensión: la educativa y la terapéutica, que pasamos a describir brevemente:

- ✓ Intervención terapéutica, que tiene como objetivo la corrección o modificación de los factores afectivos, cognitivos, comportamentales y/o patológicos que han colaborado a la instauración del consumo de drogas, a su mantenimiento y a la dificultad para abandonar el uso de drogas.
- ✓ Intervención educativa, que fija su objetivo en el desarrollo de las capacidades personales que posibiliten un adecuado ajuste entre el menor y la sociedad a la que pertenece.

Aunque es cierto que no hay una frontera explícita que delimite el programa en los dos ámbitos de intervención referidos, se puede afirmar que una intervención terapéutico-educativa se basa la interacción entre ambas, con la finalidad de realizar un abordaje integral de las problemáticas del menor.

*Objetivo General de nuestro trabajo con menores consumidores de drogas.*

Potenciar la autonomía del menor consumidor de drogas ofreciendo pautas para procurar la eliminación del consumo de drogas, mediante la promoción de todas las acciones conducentes a dotar al menor de un entorno normalizado.

*Objetivos Específicos en nuestro trabajo con menores consumidores de drogas.*

Que se desglosan entre las diferentes áreas de intervención:

- ✓ En el área social:
  - Desarrollar habilidades que favorezcan la competencia social del menor
  - Favorecer la reflexión sobre el consumo de drogas
  - Obtener información clara, objetiva y veraz sobre las drogas: efectos, riesgos
  - Minimizar los riesgos del consumo de drogas
  - Fomentar el desarrollo de hábitos y recursos personales que refuercen al menor ante las presiones del entorno
  - Fomentar alternativas de ocio y tiempo libre
  - Educar para un ocio saludable
  - Conocer los recursos comunitarios
  - Facilitar y ofrecer estrategias personales para el abandono del consumo
  - Optimizar los tiempos de ocio
  - Adquirir nuevas amistades no consumidoras
  - Aprender y manejar habilidades para la búsqueda de empleo en el proceso final del tratamiento
  - Conocer los recursos comunitarios
  - Ofrecer factores de protección desde la familia

En el área psicológica en relación al menor:

- Adecuar y mejorar la autoestima y el Autoconcepto.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Favorecer el desarrollo y maduración emocional.
- Fomentar y afianzar habilidades comunicacionales.
- Promover el desarrollo de habilidades y estrategias útiles en el manejo de la frustración.
- Orientar en el desarrollo y manejo de recursos de autocontrol.
- Fomentar la adquisición de técnicas para el manejo de la ansiedad y el estrés.
- Favorecer la asunción de responsabilidades y la aceptación de normas.
- Orientar para la reestructuración cognitiva (modificación de distorsiones cognitivas y creencias irracionales en relación al propio sujeto, su entorno social, lúdico y en relación al consumo de drogas).
- Fomentar el sentido de identidad y autonomía personal frente al grupo.
- Desarrollar recursos para el reconocimiento y resistencia a la presión grupal.
- Educar para la promoción de la salud (prevención de ETS, hábitos de vida saludables).

En el área psicológica en relación a la familia:

- Optimizar la relación familiar reforzando y fomentando los recursos y habilidades existentes en la misma
- Desarrollo y maduración emocional
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Fomentar y afianzar habilidades comunicacionales
- Adecuar y mejorar la Autoestima y el Autoconcepto
- Favorecer el desarrollo de habilidades útiles e el manejo de la frustración

- Desarrollo y manejo de recursos de autocontrol y relajación
- Fomentar nuevos valores y actividades de ocio
- Favorecer la asunción de responsabilidades
- Desarrollar habilidades y recursos personales encaminados a la reinserción socio-laboral

En el área educativa:

- Aumentar el grado de capacitación académico del menor
- Despertar inquietudes por temas y actividades culturales

En el área médica:

- Informar de forma general sobre los efectos de las drogas
- Conocer los riesgos del uso de las drogas
- Conocer las ventajas a nivel físico de la abstinencia al consumo de drogas
- Mejorar el estado físico del menor
- Educar para la salud

En la intervención con la familia:

- Darle a conocer los recursos existentes
- Ofrecer factores de protección y enseñar factores de riesgos
- Optimizar la relación familiar existente
- Adquirir conocimientos sobre la adolescencia
- Mejorar las habilidades comunicacionales
- Identificar los consumos problemáticos

Con los recursos comunitarios:

- Establecer criterios de derivación
- Utilización adecuada de los recursos
- Establecer relaciones fluidas

### *Tratamiento específico: el menor nunca es mezclado con adultos*

En ARAD somos conscientes de las grandes diferencias, en todos los aspectos, que hay entre los menores consumidores de drogas y los adultos en iguales condiciones. Tanto unos como los otros presentan elementos claramente diferenciadores. Elementos que hacen que nuestro compromiso, que cumpliremos bajo cualquier circunstancia, sea que “nunca” unimos en la misma terapia a menores y a adultos.

Cada uno tiene elementos que los diferencian, lo que hace que la forma de trabajar con ellos sea muy diferente. Los menores precisan otros tiempos, otros enfoques, otra metodología. Y eso ponemos nuestro empeño.

Para nosotros es algo muy importante, forma parte de nuestra filosofía de trabajo.

### **Conclusiones**

Para finalizar, creemos importante recordar la forma de acceso a ARAD. Y nos centraremos en los menores consumidores de drogas no infractores (no sujetos a obligación de acudir a nuestro centro). En este grupo podemos, en términos generales, diferenciar entre dos tipos de menores:

- Los que acuden “voluntariamente”, derivados de otros recursos.
- Los que acuden con su familia.

Todos estamos de acuerdo en que el trabajo con menores consumidores de drogas presenta grandes dificultades. Y uno de los motivos principales es la falta de “voluntariedad” de los mismos a la hora de iniciar un proceso terapéutico. No ven las consecuencias a medio y largo plazo del consumo de drogas, creen que no presentan dependencia, etc.

Es por lo anterior, por lo que pedimos a todos los trabajadores (de cualquier recurso) que, en el caso de que detecten menores con problemas de consumo de drogas y tengan pensado remitirnos a algún menor, apliquen lo que hemos dado en llamar “Ticket Moderador”. Pensamos que no tiene sentido que nos sea remitido un menor que no desea en absoluto que se produzca un cambio en su vida en relación al consumo de drogas. Puede, incluso, ser una mala experiencia para el menor y generar resistencias para una intervención adecuada en el futuro.

En estos casos, creemos que sería más efectivo remitirnos a la familia, para ser incluida en nuestro programa específico de Atención a Familias.

Recordaremos la forma de acceder a ARAD:

- Poniéndose en contacto directamente con nosotros, de forma presencial (c/ Madre de Dios, 3, bajo, Logroño).
- Siendo derivado por otro recurso.
- Por teléfono (941241889)

Nuestro compromiso es que la primera cita de información se producirá antes de tres días hábiles desde la solicitud.

---

## **Menores vulnerables y consumo de sustancias: una propuesta de intervención desde Proyecto Hombre - La Rioja**

MARÍA JOSÉ BARRIO CADIÑANOS<sup>1</sup>

---

### **Resumen:**

Se presenta en este artículo una breve explicación de la Organización Proyecto Hombre y que incluye sus objetivos primordiales y los principios en los que se basa su actuación. Más adelante, se sitúa en el contexto actual el fenómeno de las drogas en el consumo de menores y, por último, se realiza una descripción del tratamiento que Proyecto Hombre La Rioja propone para el tratamiento de las adicciones en jóvenes, haciendo especial hincapié en la importancia de la familia como elemento socializador y la necesidad de la coordinación entre recursos.

**Palabras clave:** Adolescencia, drogas, recursos, intervención.

---

<sup>1</sup>Correspondencia:  
Dirección Centro de Día de Proyecto Hombre.  
Logroño (La Rioja)  
[phrioja@proyectohombrelarioja.es](mailto:phrioja@proyectohombrelarioja.es)

## 1.- Introducción

Proyecto Hombre La Rioja nació en el año 1990 con el objetivo de contribuir a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de proporcionar un tratamiento eficaz para todas aquellas personas afectadas por el consumo de las mismas, esto es: consumidores problemáticos, familias, entorno social y comunitario.

Sobre esta base, los principios de intervención de Proyecto Hombre La Rioja son los que se describen a continuación:

1. De tipo Terapéutico-educativo, ya que tan importante es proveer al individuo y su entorno de estrategias terapéuticas para solucionar sus problemas como del conocimiento de habilidades de tipo adaptativo y prosocial, que suponen un elemento indispensable en la consecución del éxito en el proceso.
2. Multi e interdisciplinar: las áreas que se ven afectadas (biológica, psicológica y social) hacen necesaria la intervención de profesionales expertos en cada una de estas esferas durante el proceso de intervención como parte de un equipo de intervención.
3. Integral e integrador: es decir, el proceso debe incidir en todas las áreas comprometidas del individuo y su entorno para conseguir una integración real y efectiva en su medio. Por ello, desde Proyecto Hombre La Rioja entendemos que el diagnóstico no sólo debe ir orientado hacia la persona, sino que se debe incluir un diagnóstico de su sistema familiar y social, de sus actividades de ocio y tiempo libre, de su situación económica e incluso de su situación laboral o formativa.
4. Terapia centrada en la persona. Entendemos que el consumo problemático de sustancias no es un problema en sí mismo, sino que constituye un síntoma más de la existencia de dificultades y carencias subyacentes en el individuo (ya sea en su psique,

su salud física o su entorno socio-familiar). Por otro lado, el consumo problemático de sustancias, conlleva el desarrollo de un comportamiento adictivo y éste, generalmente, repercute negativamente en las situaciones de crisis personal. Es decir, el paciente entra en un círculo de retroalimentación entre sus dificultades y su adicción que conducen a una situación ante la cual se ve incapaz de actuar de manera eficaz, porque la drogodependencia es un fenómeno multicausal y multidimensional.

## **2.- La adolescencia y las drogas**

La adolescencia es una fase del crecimiento que se caracteriza por un estado continuo de crisis. Una etapa que se sitúa en el pleno desarrollo psicosocial y que está plagada de estados emocionales contradictorios (ansiedad, estrés, soledad, frustración, euforia, confusión, impotencia...).

Por una parte, la escuela y la familia se encuentran igualmente en algunas ocasiones inmersas en su propia crisis, y no pueden desempeñar adecuadamente sus funciones para proveer al individuo de una correcta socialización, para que éste aprenda a convivir, a aceptar y respetar límites, a gestionar correctamente la afectividad y a adoptar una escala de valores adecuada.

Por otra parte, la escasa influencia que puedan ejercer la familia y la escuela sobre el joven, ha sido sustituida por los cantos de sirena de los medios (televisión, nuevas tecnologías), de la calle y de una sociedad que en muchos aspectos promueve contravalores como el consumismo, la competencia y el individualismo

En esta coyuntura, las drogas cobran cada vez más importancia, ya que son sustancias capaces de generar cambios en los sistemas de percepción del individuo, que modulan el comportamiento normal del cerebro y que, entre otras cosas, son capaces de proporcionar grandes

intensidades en los estados de bienestar o bien, experiencias únicas, entendiendo esto como vivencias que, aunque sean artificiales, no se pueden experimentar de ninguna otra manera

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, no nos resultará difícil entender que en muchas ocasiones y, sobre todo en los individuos que no han aprendido pautas básicas de afrontamiento, la respuesta lógica del adolescente ante todo lo que le rodea puede ser la anestesia o el descontrol, que son básicamente dos de los efectos que brinda el consumo de sustancias.

### **3.- Propuesta de intervención con menores desde Proyecto Hombre La Rioja**

La intervención que Proyecto Hombre realiza en problemáticas de tipo adictivo se centra en varias áreas de trabajo (individual, familiar, actividades de ocio y tiempo libre, red social, componente laboral y/o formativo, etc.) y se realiza sobre los siguientes componentes básicos:

- a) Terapia con el sujeto
- b) Terapia con la familia
- c) Terapia con la familia y el sujeto
- d) Trabajo con la red social

Básicamente, los adolescentes consumen sustancias por curiosidad (experimentación); búsqueda del bienestar o huída del malestar (frustración, relajación); por integrarse en el grupo (pertenencia) y para sentirse adultos (imitación).

Después de 21 años trabajando y aprendiendo en el campo de las adicciones, desde Proyecto Hombre La Rioja articulamos la intervención con adolescentes que presentan un consumo problemático de sustancias en seis puntos:

crisis, en constante cambio. Y debemos entender las crisis como una oportunidad de mejora y no como una situación de estancamiento, meramente problemática y que hay que resolver.

2. Intervención en clave evolutiva; es decir, individual, flexible y dinámica. Es necesario dedicar los espacios de reflexión necesarios para revisar el diagnóstico, o mejor dicho, es imperativo realizar continuamente análisis de la situación presente del sujeto.
3. Huir de la etiqueta (drogadicto, enfermo, conflictivo). El consumo problemático de sustancias no es un departamento estanco que podamos aislar y solucionar, sino que tiene su origen en diversas causas y genera efectos en distintas áreas (multicausal y multidimensional).
4. No intervenir si no es necesario. El hecho de que un adolescente presente una conducta problema no significa necesariamente que se vea incapaz de solucionar otras cosas por sí mismo. Hay veces que, simplemente, hay que dejar que pase el tiempo y hay que darle la oportunidad de resolver por sí mismo sus dificultades
5. Mantener en el medio. La persona se desarrolla en su medio y las dificultades se le presentan allí, con lo cual, hay que contribuir a que aprenda a solucionar sus problemas en su mismo entorno.
6. Motivar la participación en la intervención de cuantos recursos sean necesarios o se vean implicados en la evolución del menor (escuela, familia, asociaciones, instituciones, etc.).

Este último punto es particularmente importante porque devuelve a la familia el papel que había perdido. Es importante proveer a la familia de estrategias de afrontamiento adecuadas, de pautas de educación eficaces para que pueda resolver sus propias crisis y pueda volver a jugar el importantísimo papel socializador que debe tener.

Desde Proyecto Hombre entendemos que la participación de la familia en el proceso del menor es primordial y por ello se han

desarrollado varios programas de intervención a tal fin (como son “Encuentro familiar”, “Entre todos”, “Rompecabezas” y “A Tiempo”). Entendemos que la familia es uno de los ámbitos que mejor puede y debe colaborar a la hora de prevenir o frenar el consumo. Pero a la vez, los padres y madres no se sienten capacitados para desarrollar esta tarea, por su desconocimiento y desinformación sobre drogas, por la dificultad para ejercer medidas adecuadas de relación con los hijos y por el alto grado de ansiedad que supone para los padres y madres enfrentarse a una situación en la que está en juego el bienestar de su familia (en un anexo, se describen brevemente las características de dichos programas).

En cuanto a la articulación en el proceso de intervención de otros recursos públicos y privados, Proyecto Hombre La Rioja propone el siguiente itinerario:

1. Realización de un informe de derivación.
2. Valoración por parte de los profesionales de Proyecto Hombre de los objetivos a trabajar.
3. Establecimiento de mecanismos de coordinación, que facilitan:
  - a. El trabajo y la coordinación entre los recursos.
  - b. Puesta en común de objetivos y estrategias de trabajo.
  - c. La percepción por parte del sujeto de la implicación de dichos recursos en un proyecto común.
  - d. La puesta en marcha de normas comunes, que dificultan posibles manipulaciones por parte del individuo.
4. Realización, a lo largo de todo el proceso, de reuniones periódicas y/o coordinación telefónica y/o elaboración de informes, para:
  - a. Realizar un seguimiento adecuado de la evolución del sujeto y su familia o grupo social.
  - b. Incorporación de nuevos objetivos.
  - c. Resolución a la mayor brevedad posible de posibles crisis que puedan aparecer.
5. Coordinación con el recurso de referencia y/o elaboración de un informe técnico si procede en la finalización del tratamiento.

## **ANEXO I**

### **Programas de intervencion familiar**

#### **1. ¡A TIEMPO!**

Dirigido en particular a los familiares de jóvenes con el siguiente perfil: Menores de edad que consumen drogas legales sin llegar al criterio de abuso del DSM IV, que inicien la experimentación con sustancias ilegales, o estén en situación de riesgo.

También está indicado para padres y madres: cuyos hijos estén integrados en grupos de amigos que presentan signos de consumo de drogas; que realicen actividades de ocio cercanas al consumo; y muestren una baja motivación y rendimiento escolar.

El programa consta de dos materiales distintos:

- el Manual del Formador (en el que se detallan los contenidos que se deben impartir y desarrollar en las sesiones formativas)
- el Manual de la familia (Material didáctico para consulta de los padres).

Es un programa estructurado y evaluable que consta de 7 unidades didácticas que pretenden aportar formación e información a los padres (información sobre drogas, estrategias para reducir la tensión emocional que les provocan los consumos de los hijos, manejo de normas, estrategias de comunicación, resolución de conflictos).

#### **2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN SELECTIVA ROMPECABEZAS**

Dirigido a Jóvenes de entre 16 y 21 años que participen en programas de formación o pre-laborales y que cumplan algunos de los siguientes criterios:

- Dificultades de adaptación en el ámbito educativo y/o con

experiencias anteriores de fracaso escolar

- Con frecuencia provenientes de familias con un importante grado de desestructuración
- Dificultades de integración en el mercado laboral
- Consumidores de drogas legales sin llegar al criterio de abuso según el DSM IV y que se inicien en la experimentación con drogas ilegales
- Que estén en situación de riesgo por tener amigos consumidores, tipo de ocio...
- Con déficits en habilidades sociales

La aplicación del programa la desarrollará preferentemente el educador responsable del centro (profesor, mediador, etc) que previamente habrá realizado un curso de formación impartido por Proyecto Hombre cuyos técnicos tendrán también una intervención puntual en el aula en caso de ser necesario y que acompañarán al formador en su labor a lo largo de todo el proceso.

Los contenidos sobre los que versa este programa son 6 y se recomiendan dos sesiones por cada uno (drogas, afectividad y sexualidad, aficiones, Desarrollo personal, Interacción social y responsabilidad en el trabajo)

### 3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL “ENTRE TODOS”

Prevención universal de las conductas adictivas que se desarrolla en el ámbito escolar, implicando también a las familias del alumnado. Se centra fundamentalmente en los factores sociales y psicológicos que empujan al adolescente a involucrarse en comportamientos problemáticos, como el consumo de drogas, y que dificultan su proceso de maduración.

Su objetivo es mejorar la competencia personal de los adolescentes a través del aprendizaje de habilidades y competencias sociales.

Se lleva a cabo con la implicación de los equipos tutoriales de los centros, el alumnado y sus padres, así como el equipo terapéutico de Proyecto Hombre. Abarca todo el tiempo de la ESO y contempla actividades del tutor con su clase, del alumnado con sus padres en casa y de los técnicos de Proyecto Hombre con todos en sesiones conjuntas

#### 4. PROGRAMA ENCUENTRO FAMILIAR

Programa de prevención selectiva dirigido a padres y madres con hijos con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años que se inician en el consumo de sustancias adictivas, o se sospecha su consumo, y que presentan un comportamiento que afecta a la armonía familiar.

Desarrollo del Programa y objetivos

- a) Fase Inicial: 10 entrevistas individuales con la pareja o progenitor si la familia es monoparental, cuyos objetivos son:
  - Establecer una relación terapéutica de confianza donde la persona que inicia el programa encuentre un espacio donde poder expresarse
  - Análisis y tratamiento de los sentimientos desagradables (culpa) que pueden estar afectando al progenitor en su labor educativa
  - Explicación teórica con la realización de ejercicios prácticos adaptados a cada caso de diversos conceptos que los padres han de tener en cuenta para ayudar a los hijos y educarles en responsabilidad
  
- b) Fase intermedia: los padres que han terminado la fase inicial, pasan a formar parte de un grupo de autoayuda cuyos objetivos son:
  - Encontrar en común un espacio con otros padres y madres que se encuentran en la misma situación y avanzan y mejoran en su situación familiar
  - Puesta en práctica de lo aprendido durante la fase inicial,

expresando sus avances, dudas y temores en su grupo de referencia

- c) Fase final: Finalización del proceso. Entrevista final individualizada con el terapeuta en la que se realiza un balance de todo el proceso y donde las personas que han realizado el programa reciben una retroalimentación con respecto a cómo iniciaron el proceso y cómo lo terminan.

---

## El sistema educativo ante las drogas: apuntes para una reflexión

LUIS ÁNGEL DELGADO GONZÁLEZ<sup>1</sup>

---

### Resumen:

Cuando hablamos de menores vulnerables y consumo de drogas, e introducimos ambos factores dentro del sistema educativo encontramos una serie de dificultades para su tratamiento. El primero de ellos es la escasa capacitación de los profesionales de la educación para abordar este tema. También podemos olvidar que la propia estructuración del sistema plantea dificultades. La metodología empleada, el tipo de agrupamientos, el número de menores por aula... son elementos que no facilitan esta intervención. Esto no significa que no haya una preocupación por el tema, aunque se vea como un problema “externo” al propio sistema. Las medidas de prevención, especialmente en los institutos, se basan en la aplicación de actividades y campañas ligadas a la acción tutorial. Pero el problema del consumo de drogas requiere un tratamiento más continuado y transversal que complemente esas actuaciones preventivas. La pregunta es ¿quién debe hacerlo?, ¿debe ser responsabilidad del propio sistema educativo? Asimismo, debemos plantearnos que necesitamos una coordinación entre servicios y profesionales, para de este modo darle un sentido más global a nuestras intervenciones y a la lucha contra este problema. Sólo de los esfuerzos conjuntos podremos obtener resultados satisfactorios.

**Palabras clave:** Capacitación, prevención, coordinación, responsabilidad

---

<sup>1</sup>Correspondencia:  
Instituto Batalla de Clavijo de Logroño  
[luisangelviana@hotmail.com](mailto:luisangelviana@hotmail.com)

## **Punto de partida: el sistema educativo ante el consumo de drogas**

El fenómeno de las drogas es algo que no es indiferente a nuestra sociedad. Nadie debería abstraerse ante este problema. Ello evidencia que las intervenciones en este sentido deben partir desde múltiples ámbitos. Sin duda alguna, el Sistema Educativo debe tener claro que puede jugar un papel importante a la hora de trabajar, tanto en prevención del consumo de drogas como en la generación de hábitos adecuados, que ayuden al alumnado en su conformación como personas. Es más, casi diríamos que es una de sus obligaciones fundamentales. No olvidemos que una de las funciones básicas de este sistema es educar y formar ciudadanos responsables para que participen de forma activa y adecuada en la sociedad. Pero ¿resulta esto fácil?

Amando Vega, en el año 2005 ya hacía una reflexión sobre cómo se abordaba el tema de las drogas desde el sistema educativo y a la enorme dificultad que reviste este problema. Su perspectiva no era excesivamente positiva. Han transcurrido seis años y aunque la evolución de las formas de consumo, del tipo de sustancias y del propio sistema educativo han sufrido cambios, parece que sus palabras siguen hoy vigentes y con más fuerza que nunca:

*“... la respuesta educativa a la cuestión de las drogas deja mucho que desear. Es verdad que se habla mucho más del tema, es verdad que existen más educadores concienciados por el problema, es verdad que ya están en marcha algunos programas educativos y que disponemos de un precioso Plan Nacional sobre Drogas, así como de planes autonómicos más o menos ambiciosos. Sin embargo, el aparato educativo sigue sin comprometerse con esta cuestión que tanto preocupa a la sociedad.”<sup>1</sup>*

Podemos estar seguros de que el profesional de la educación, que trabaja frente a un grupo y tiene interés en realizar sus funciones educativas con eficacia, posee información sobre el problema de las adicciones. Sin embargo, esto no supone que luego sea capaz de utilizar esta información de manera adecuada y desarrollar de forma apropiada una serie de actuaciones que formen parte de un programa preventivo.

En estos esfuerzos preventivos se le debería pedir al profesor que fuera facilitador, conductor, modelo, mediador..., y se le asignasen tareas para las que no ha sido preparado, o bien que lo obligasen a llevar a cabo una formación que le sirviese para realizar esas funciones. Ya vemos, como punto de partida una serie de dificultades para abordar este fenómeno desde el sistema educativo. Entonces ¿qué podemos hacer?

En primer lugar debemos hacer una reflexión profunda de qué elementos confluyen en el sistema educativo y conocerlos a fondo, para luego poder intervenir de una forma más adecuada. A priori, si nos centramos por un lado en los menores vulnerables y por otra, en el consumo de drogas, vemos que tenemos una mezcla explosiva. No cabe duda de que tenemos que añadir un tercer elemento, que va a incidir y “atenuar” en la medida de lo posible el efecto de los otros dos: la educación.

Pero vamos a empezar por el principio. Nuestro punto de partida va a ser analizar cada uno de estos elementos y ver cómo se perciben desde el sistema educativo:

**Menores vulnerables.** Debemos partir de la idea de que todos los menores son vulnerables, ya que están en proceso de formación, de maduración, de educación. Evidentemente la influencia que reciban, en un principio de la familia y un poco después del sistema educativo y de su propio grupo de iguales, va a ser determinante. Junto a ésta,

no podemos olvidar la importancia del entorno donde se mueven, donde viven, donde crecen. Esto hace que haya una diversidad de situaciones, que se convierten en especialmente preocupantes para aquellos que tienen menos posibilidades, bien por provenir de un entorno depauperado, o de una familia desestructurada, o por no haber tenido las mismas posibilidades en la vida que otros. Todos estos aspectos van a generar menores con un mayor grado de vulnerabilidad: problemáticos, con escasa tolerancia a la frustración, sin motivaciones adecuadas, que no aceptan fácilmente las normas, que carecen de hábitos y habilidades adecuadas para integrarse de forma adecuada en el sistema... Estos menores van a ser más propensos al consumo de determinadas sustancias, a moverse en entornos no muy adecuados, a buscar modelos que se alejan de lo pretendido por la sociedad, a caer en la delincuencia y a no sentirse integrados.

Evidentemente, estos menores deben estar escolarizados, por lo menos hasta los 16 años, que es lo que marca la ley. Pero encontramos que el sistema educativo tiene verdaderos problemas para trabajar con ellos. Ni la formación del profesorado es la adecuada, ni la metodología empleada favorece este proceso. Son menores que molestan, disruptivos, colgados del fracaso escolar, con elevados índices de absentismo, y con escasa motivación por el estudio y todo lo que ello supone. Se deberían habilitar medidas y fórmulas adecuadas para trabajar de una forma más útil con ellos. Se habla mucho, dentro del sistema educativo, de la atención a la diversidad, y el tener en cuenta los diferentes momentos de evolución y desarrollo de la persona, de un tratamiento más individualizado y adecuado a las posibilidades de cada uno. Pero esto no deja de ser una utopía, de momento.

Asimismo, debemos tener en cuenta que muchos de estos menores requieren que se intervenga con ellos desde diferentes ámbitos, y ello precisa de una coordinación y una planificación de conjunto entre servicios sociales, educación, salud... Y esto es algo que es muy difícil de conseguir. Cada uno trabajamos en nuestra parcela, y nuestros

logros o fracasos son puntuales y concretos, no teniendo nada que ver con el abordaje global de las diferentes situaciones. De todas formas, esto no significa que no tengamos una comunicación directa entre diferentes servicios, sino que no existe un programa individualizado y global para trabajar con cada uno de estos menores.

**Consumo de drogas.** Cuando hablamos de “drogas” en el sistema educativo, debemos tener presentes varios aspectos. El primero, es que aunque los profesionales somos conscientes del problema que éstas suponen, lo vemos como a “distancia”. Es decir, nos parece que la problemática de las drogas trasciende a nuestro trabajo. Por supuesto, ésta es una visión errónea. Tendemos, por tanto, a identificar este problema como algo externo a nuestro ámbito, como algo más de tipo social. Evidentemente en las normas que regulan la convivencia y la organización de los centros, especialmente de los institutos, se recoge que tanto el consumo como la venta de este tipo de sustancias está terminantemente prohibido, tanto en el centro educativo como en sus inmediaciones. Ambos aspectos se consideran contrarios a las normas de convivencia del centro y conllevan la aplicación de una serie de medidas correctoras, que generalmente tienen un mayor carácter sancionador que rehabilitador o educativo.

En adolescentes, preocupa sobre todo el consumo de alcohol, en su modalidad “botellón” y el de tabaco, al considerarse puerta de entrada al consumo de porros. Pero en general, los centros educativos no tienen medidas o protocolos específicos que sirvan para trabajar este problema. En el ámbito de la prevención, se depende de programas y campañas que planifican otros servicios, y que tienen un carácter básicamente informativo. Estos, suelen desarrollarse a través de actividades puntuales, ligadas a la acción tutorial. Deberíamos pensar que la prevención del consumo es algo que requiere un trabajo más continuado y transversal, a realizar en el día a día del centro. Una vez más, nos encontramos con la duda de si los profesionales de la educación estamos preparados para hacer esta labor.

**Educación.** Es el elemento clave, el que puede hacer que el peso tanto de la vulnerabilidad de los menores como del consumo de drogas que acabamos de describir, disminuya, y por tanto forma parte activa de la resolución del problema. Evidentemente, el concepto “educación” debe rebasar con creces el ámbito del sistema educativo. Debemos tener en cuenta que la familia es el primer elemento educador y socializador que nos encontramos, siendo después el sistema educativo el que complementa y continúa esta labor educadora. Sin olvidar, por supuesto el resto de la sociedad, y especialmente los grupos en los que nos movemos.

Pero si nos fijamos en la labor de educación que se hace desde el sistema educativo, observamos que tiene un carácter muy desigual. En las primeras etapas (educación infantil y primaria), cuando los menores son considerados todavía niños, reviste un carácter “paternalista”, de tipo protector y con un sentido casi más educativo que formativo. El paso al instituto marca ya una clara diferencia. El maestro deja paso al profesor, que se considera más un formador que un educador. Lo importante en esta etapa es más dar una buena formación que nos capacite para incorporarnos al mundo laboral o seguir estudiando, que proporcionar una educación. El alumnado empieza a ser visto ya como más maduro, más independiente, y por ello más capaz de asumir una serie de responsabilidades. Pero estamos hablando de preadolescentes y adolescentes, con todo lo que ello supone. Es un momento delicado en la vida de las personas y precisa de una supervisión y una orientación adecuada. Esto hace que no debemos pensar que la educación debe venir “puesta desde casa”, sino que los institutos debemos ser agentes de ese proceso educativo, complementando su educación y sirviendo de modelos, de referentes, de espejos en los que se deben mirar.

Estas diferencias, dentro del sistema educativo aún se agudizan más entre la enseñanza obligatoria y la no obligatoria. Los 16 años marcan el límite de esta obligatoriedad, y eso parece indicarnos a los profesores

que es también la edad en la que “debemos ocuparnos menos de su parte educativa y más de su formación”, ya que si acuden a formarse es de motu proprio, sin ningún tipo de obligación. Nuevamente estamos en un error, ya que a partir de esta edad es cuando más hábito de consumo estamos encontrando. Y no podemos obviar que pese a su edad, siguen siendo alumnos, siguen estando dentro del sistema educativo, y ello merece toda nuestra atención.

### **La prevención en el sistema educativo**

Desde el sistema educativo, diremos que tan deseable es hablar de *hábitos saludables como de prevención del consumo de drogas*, ya que ambos aspectos son necesarios y complementarios. Son varias las razones para intervenir en este sentido, pero aquí señalaremos las cuatro que podemos considerar más importantes:

- a) En el ámbito educativo se ponen en práctica muchas de las acciones que los buenos programas recomiendan para la prevención, más allá de la información indispensable. Uno de los aspectos más determinantes en este sentido es la generación de hábitos saludables.
- b) Si decimos a los jóvenes que lo que hay que prevenir es la adicción, podrían asumir que un consumo ocasional no representa riesgos. La realidad es que cualquier uso de una sustancia psicoactiva representa peligros, uno de los cuales es que se puede llegar a la adicción. Además, tratándose de sustancias ilegales, siempre existe la posibilidad de entrar en problemas con la justicia. Es necesario comunicar lo anterior a los menores como parte de nuestra acción educativa preventiva, ya que se trata de una realidad (no una exageración como algunos creen).

- c) Está aceptado que el esfuerzo preventivo debe dirigirse a que los niños y jóvenes no se inicien en el consumo de drogas. Hay que insistir en que no las «prueben». Ello contribuye a crear un clima social de no aceptación del uso de estas sustancias. En la medida en que se logre esto, se estará evitando la verdadera adicción o dependencia. No empezar a consumirlas, esa es la consigna. El centro educativo es una instancia que proporciona a los alumnos defensas para no iniciarse en el consumo. Es decir, asistir a la escuela o al instituto es un *factor protector* contra esa práctica indeseable. El ámbito escolar, junto con el familiar, debe proveer a los niños y jóvenes de los instrumentos prácticos y morales para desenvolverse sanamente en la vida. Al tiempo que se transmiten conocimientos y valores, se moldean las actitudes y se afianzan o rechazan costumbres y prejuicios. Los maestros y profesores, con su ejemplo y actitud, están en situación ideal para influir en la conducta de su alumnado. Tomar conciencia de ello es asunto importante, y esto supone que los profesores deben conocer su responsabilidad de participar en programas de prevención del uso de sustancias adictivas. Los centros en los que prestan sus servicios juegan un papel primordial, porque es en ellos donde se puede dar información actualizada sobre las drogas y sus efectos.
- d) Una tarea importante es la de identificar a aquellos que por primera vez prueban una droga o que la usan ocasionalmente, y a quienes ya tienen el hábito del consumo. Sin duda el ámbito educativo da al docente una excelente oportunidad para reconocer los problemas personales, familiares y sociales que se relacionan con el uso de sustancias capaces de provocar adicción. Por eso es que una parte importante de su capacitación debe dirigirse a darle elementos para lograr ese diagnóstico. Es necesario que los docentes conozcan con cierta profundidad los efectos de las drogas más usadas en nuestro medio y

aprendan a reconocer los problemas físicos y psicológicos que provoca su consumo. Esto supone que se debe formar a estos profesionales en el campo de las drogas y en cómo intervenir cuando existen problemas al respecto.

Algunas de las acciones de mayor valor preventivo en el ámbito educativo son las siguientes:

### *Acciones educativas e informativas*

- Enseñar los efectos de las drogas a corto y a largo plazos utilizando métodos interactivos sencillos, respetuosos y amenos. Sin dramatizar, ni llamar demasiado la atención, ya que ello puede generar curiosidad por probar en vez de conseguir el efecto deseado.
- Informar sobre lo que establecen las leyes y las consecuencias de violarlas, haciéndolo con objetividad y sin excesos. No atemorizar, pero que queden claras las responsabilidades en las que se puede incurrir.
- Colaborar con los alumnos a establecer metas positivas personales y colectivas a corto y medio plazo. No “sermonear”, sino partir de intereses y necesidades del alumnado, lo cual nos ayude a llegar de una manera más positiva al mismo.

### *Acciones preventivas indirectas*

- Favorecer la práctica de actividades saludables y atractivas para el alumnado (deporte, actividades artísticas y creativas, y todas aquellas que puedan estimular un uso adecuado del ocio y tiempo libre, transmitiendo valores y pautas de actuación adecuadas para su formación como personas).

- Desarrollar y facilitar la cooperación y ayuda entre el alumnado formando grupos para la ejecución de los trabajos escolares y otras actividades.
- Motivarles para que se favorezca la comunicación con sus padres, con sus profesores y con su grupo de iguales.

### **Cara y cruz de los principios de intervención**

*1. Los programas preventivos deben considerar todas las sustancias, tanto las legales como las ilegales.* Esta afirmación se basa en algo muy sencillo: el modelo integral para la iniciación en el consumo, la adquisición del hábito y la adicción es aplicable a todas las sustancias adictivas. Sin embargo, también existen argumentos basados en la falta de recursos suficientes para aplicarse a la prevención en este campo. Pero esa no sería razón suficiente si la integración de metas fuera en detrimento de la eficacia. Por ello los esfuerzos de estos programas preventivos se basan en programas específicos sobre: a) el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas; b) el consumo de tabaco, y c) el consumo de drogas ilegales.

*2. Deben promoverse fórmulas para reforzar las actitudes sociales de rechazo al consumo de drogas y fortalecer la voluntad de la comunidad para actuar en ese sentido.* Este es uno de los principios más importantes para intervenir sobre el problema de las adicciones. Si la sociedad entera se pronuncia en actitud y en acciones en contra del consumo, si se niega explícitamente a aceptar un papel permisivo y negligente ante las drogas ilegales, el programa preventivo tiene grandes posibilidades de éxito. Evidentemente este aspecto está muy lejos de conseguirse. Sí que existe una visión social negativa hacia el problema de las drogas, pero esto no conlleva una actuación consecuente con lo que pensamos. Esto parece que es un problema de educación en el que los medios de comunicación deben jugar un papel esencial. Los contenidos a divulgar y los procedimientos deben ser establecidos por

los expertos, pero la actitud de la sociedad entera de rechazo a las drogas es un componente básico de la buena estrategia preventiva.

*3. Los programas preventivos deben diseñarse para fortalecer los factores protectores y debilitar los factores de riesgo.* Es muy importante tener un conocimiento suficiente de las circunstancias comunitarias, familiares e individuales que favorecen el inicio en el consumo de drogas entre los jóvenes. Lógicamente, puede esperarse que si se pueden modificar en un sentido positivo, cada vez serán menos los menores que decidan empezar a consumir una droga. La dificultad radica en que el consumo de algunas sustancias está socialmente admitido, y es incluso bien visto a nivel social.

*4. La educación contra las drogas impartida a los jóvenes debe evitar caer en el didactismo, pero ha de fomentar el método interactivo y la concienciación de lo negativo de estas sustancias.* Esto tiene más que ver con la capacitación que los docentes tengan para el correcto manejo de las sesiones interactivas con sus alumnos, que con el propio contenido de las mismas. De lo que ya no hay duda es que la sola exposición oral, sin la participación de los menores, no es buen camino para informarlos sobre los efectos de las drogas y sobre los demás asuntos que atañen a su consumo. Además estamos acostumbrados a que expertos y profesionales en la materia sean los que acudan a los centros a darnos esta información preventiva. Estas intervenciones, generalmente se realizan ligadas a la acción tutorial. Evidentemente es necesario hacerlo, pero debemos plantearnos que se producen de manera muy puntual, cuando lo más adecuado sería que tuviesen un tratamiento más profundo y de forma transversal, es decir, que cada profesor pudiera trabajar estos aspectos en su día a día.

*5. Es conveniente la participación de las familias en las actividades preventivas que se realicen con los menores en los centros educativos.* El problema de las drogas no se puede abordar de manera aislada desde el sistema educativo. Es labor de todos, y además debemos tener en

cuenta que los padres forman parte de la comunidad educativa, y ello supone que deben participar en las intervenciones que se hagan al respecto. El problema que podemos encontrar es en aquellos menores que proceden de entornos marginales y desestructurados, que no tienen esos referentes positivos, esos apoyos tan necesarios en un momento tan crucial y difícil de la vida como es la adolescencia.

*6. Los programas deben considerar acciones a largo plazo, continuadas y sistemáticas.* Es necesario dejar de hablar de las «campañas» contra esto o lo otro, que sólo hacen pensar que se trata de esfuerzos que empiezan y terminan en un determinado plazo. Nuevamente encontramos aquí el problema de la capacidad y formación del profesorado para realizar esta tarea.

*7. El papel activo y comprometido de los profesionales de la educación.* La actitud y formación del profesorado es fundamental para poder abordar adecuadamente el problema de la prevención de drogas dentro del sistema educativo. El profesor, especialmente en educación secundaria, debe alejarse del estereotipo de formador en una materia concreta y debe asumir su carácter de educador. Para ello no sólo es necesario un cambio de actitud de los profesionales ante esta realidad, sino también recibir la preparación adecuada para abordar este problema, tal y como ya se ha reseñado en apartados anteriores. La intervención ante el problema de las drogas atañe a todo el profesorado y ello debe quedar patente, y ser recogido dentro de los documentos institucionales que cada centro debe elaborar sobre su funcionamiento y objetivos.

*8. Las acciones que se realizan en la comunidad deben tener en cuenta al sistema educativo como un componente esencial.* La educación es un factor protector indudable si se aprovecha a fondo el hecho de que este sistema está compuesto por el profesorado, el alumnado, las familias y otros agentes sociales. Además de las actividades directamente ligadas a la prevención (charlas, talleres,

contenidos curriculares, servicios psicopedagógicos y de orientación, aplicación de las medidas recogidas en los reglamentos orgánicos de funcionamiento, vigilancia, etc.) se realizan otras de influencia indirecta, como las deportivas y las recreativas, es decir, ligadas al ocio y tiempo libre de nuestros jóvenes. Las evaluaciones periódicas de los programas preventivos y sus estrategias señalan con certeza que la escuela debe ser un punto de concentración de las acciones en las que se hace participar a la comunidad. Este principio es, pues, muy importante. Nuevamente debemos aludir a la recomendación de capacitar suficientemente a los docentes y de favorecer el acercamiento de la familia a los centros y a las actividades que se desarrollan en ellos. Es decir, es en el sistema educativo donde se puede actuar positivamente sobre los grupos en riesgo, debido tanto al tiempo que pasan en el centro como a tenerlos agrupados. Cuando salen del centro, la dispersión dificulta la intervención y el control de los mismos.

*9. La intervención dentro de los centros educativos, ante la detección de situaciones de consumo de drogas, debe potenciarse.* Este es otro problema que debe abordarse, y que debe complementar a todas las medidas preventivas. Por supuesto, todo centro que se precie tiene recogidos estos aspectos en su Reglamento de Organización y Funcionamiento, con las consiguientes medidas “sancionadoras”. Esto es considerado contrario a las normas de convivencia del centro y por tanto se debe intervenir. Pero encontramos una laguna en cuanto a la forma de abordarlo, ya que, no debemos quedarnos sólo con la medida sancionadora y ejemplarizante, sino que deberíamos abordar cómo trabajar y reeducar la actitud de esos menores. He aquí la dificultad y lo que, desde nuestro punto de vista supone el mayor problema para los profesionales de la educación. No existen protocolos estandarizados, ni pautas de actuación claras. Se recurre al sentido común, a la experiencia que uno pueda tener de casos similares... pero en ningún momento a una clara determinación de qué hacer y cómo hacerlo. Esta es sin duda una de las carencias básicas del sistema.

*10. Siempre que sea posible, los programas preventivos incluirán acciones específicas para cada etapa, pero debe hacerse especial incidencia en la ESO.* En las etapas anteriores a la Educación Secundaria ya deberían abordarse actuaciones tendentes a prevenir lo que puede pasar en etapas posteriores. Por supuesto, las acciones a realizar deben trabajarse de diferente manera. Este asunto de preparar acciones distintas para cada edad o para cada sector social, no solamente se refiere a los mensajes informativos. Tan importantes como éstos son las demás acciones preventivas.

### **El profesorado ante el alumnado que consume drogas. pautas de actuación**

Trataremos de proporcionar respuestas útiles y prácticas a las múltiples preguntas que el profesor se hace cuando ha descubierto -con certeza- que uno o más de sus alumnos consumen drogas adictivas, especialmente las ilegales. Decimos «ha descubierto con certeza», aunque lo común es que se llegue sólo a una sospecha fundada. Esto es suficiente para empezar a actuar, pues la pérdida de tiempo puede significar la diferencia entre una intervención oportuna, exitosa, y la adquisición de un hábito que lleve a la adicción verdadera.

Puede parecer lo más adecuado, una vez que se ha descubierto el caso, proceder inmediatamente a comunicarlo a los padres. Recordemos que estamos hablando de menores de edad, y esto es absolutamente necesario, ya que ellos son sus principales responsables.

Asimismo, el profesor debe plantearlo primero al equipo directivo y es éste quien debería citar a los padres para informarles, aconsejarles y entre todos ver qué medidas se toman. En los centros de secundaria la labor del Orientador facilita la atención del alumnado y de su familia. Sin embargo, en la práctica suele ocurrir que los padres o el propio muchacho se resistan a recibir ayuda en el centro educativo, ante la mirada del resto de los alumnos y sus familiares. De hecho, esta situación dificulta a veces la intervención.

En algunas ocasiones es poco frecuente que el centro tenga una planificación sobre cómo actuar en estos casos. Más bien, se toman medidas en base al sentido común y a la aplicación de los Reglamentos Orgánicos de Funcionamiento de los centros. En los centros que no tienen programas preventivos con estrategias y acciones claramente establecidas, el profesorado debería insistir en que los haya y comprometerse a cumplirlos. Por lo menos deben respetarse algunos principios y líneas de actuación acordadas entre las autoridades escolares, los profesores y los padres. De este modo se evitarían malos entendidos y, seguramente, habría mayores posibilidades de prevenir el consumo de drogas entre el alumnado.

Volvamos a nuestro planteamiento inicial. Hemos descubierto que un alumno (o varios) consume drogas: ¿cómo procederemos? Parece, en primer término, que es conveniente informar a las autoridades escolares y conjuntamente decidir el paso siguiente. Éste puede consistir en llamar al muchacho/a para comunicarle que se conoce su situación y que el profesorado y el equipo directivo desean ayudarlo a enfrentar con éxito su problema. Pero debe quedar claramente expresado que esa conducta es intolerable en un alumno, aunque el consumo de sustancias se lleve a cabo fuera del centro. También se le dirá, en función de la situación, que su conducta no es adecuada. Ello implicará una necesaria reflexión y, en caso de ser necesario, las sanciones que el reglamento del centro establezca. Pero siempre debe prevalecer un carácter educativo, trabajando en él este aspecto con programas y profesionales adecuados. Por tanto deberemos darle la oportunidad de cambiar positivamente su conducta, para lo cual se proporcionará apoyo, si éste es aceptado por el chico y por su familia. Ello significa que como paso inmediato se hablará con los padres, lo que se informa al muchacho ofreciéndole discreción y comprensión. Alguien del Equipo directivo, el profesor o ambos, se entrevistarán con ellos.

¿Qué conviene decirles? Lo primero es dar seguridad de que no se trata de anunciar castigos sino de manifestar solidaridad con la familia y de pedir a los padres que tomen una actitud positiva y de apoyo hacia su hijo, considerando que el consumo de drogas por un alumno es asunto de todos. Lo más normal es que los padres manifiesten su disgusto e indignación. En ocasiones incluso se negarán a aceptar la situación, pero en otras manifestarán disgusto y una mayor disposición a castigar que a aceptar la situación y todo lo que ello va a suponer. Por ello, hay que insistir ante los padres en que el problema se puede enfrentar con éxito. Si se trata de un consumidor que sólo ha consumido alguna sustancia de forma esporádica, y muestra sincero interés en no volver a hacerlo, no necesitará ser derivado a un especialista ya que quizás con la intervención de la familia y el centro podrá solucionarse el problema.

De los padres se buscará la seguridad de que actuarán conforme se les pide, y para establecer esta especie de «compromiso» entre las autoridades escolares, el profesor y el alumno, será de utilidad que todos tengan la mayor información sobre este tema (existen múltiples materiales preparados para estas etapas sobre cualquier tipo de sustancia); también se comprometerán a reunirse en el futuro para analizar la situación y continuar o reconsiderar las acciones emprendidas.

Al profesor le queda como responsabilidad el cumplimiento de otras acciones. Estará más cerca del alumno/a en cuestión, le motivará en el cumplimiento de sus deberes escolares, le estimulará para que practique y realice actividades más adecuadas y provechosas. Es bueno reconocerle el empeño en el cumplimiento del compromiso establecido con sus padres y con el centro educativo, y reforzarle su capacidad de rechazar nuevos intentos de quienes lo inducen a utilizar sustancias adictivas. Es muy importante que el profesor muestre discreción ante los demás sobre el asunto, lo que favorecerá la confianza de su alumno/a, condición muy valiosa para la evolución positiva de la situación. El muchacho/a debe estar convencido de que puede en

cualquier momento, recurrir al profesor y esperar su comprensión, tolerancia razonable y apoyo. Lo ideal es que pueda decirse lo mismo de sus padres.

En ocasiones el descubrimiento de que un joven consume alguna droga no ocurre tan a tiempo, sino cuando el uso se ha convertido en un hábito. En este caso la intervención es más difícil y puede conllevar la intervención de agentes externos expertos en el tema.

En el reglamento del centro, generalmente ya aparecen recogidas las consecuencias del consumo o venta de este tipo de sustancias dentro del mismo. Esto hace que también debamos tener en cuenta un carácter sancionador, ante el incumplimiento de una norma básica de convivencia. Pero nunca debemos olvidar acompañarlo de una serie de actuaciones de tipo educativo. Las sanciones pueden ir desde la expulsión del centro durante varios días hasta la apertura de un expediente disciplinario, que puede conllevar incluso el cambio de centro. Tampoco debemos obviar que en algunos casos tenemos la obligación de “denunciar” la situación ante las autoridades, con todo el talante sancionador que ello puede conllevar. Incluso en esta perspectiva sancionadora, debemos ver un componente educativo, ya que servirá como “lección” para quien se ha saltado la norma y a la vez mostrar una intención preventiva pensando en los demás alumnos.

Debemos pensar que muchos jóvenes han pasado por una etapa de desorientación en la que consumen drogas, pero que afortunadamente no llegan a convertirse en adictos y retoman el camino apropiado para su desarrollo normal hacia una personalidad sana.

Nos damos cuenta de la responsabilidad que está depositada en el profesional de la educación... como si fuera poca la que ya tiene ante sus alumnos, sus familias y la comunidad. Pero la educación en su más amplio sentido implica un compromiso conducente a «educar», sin olvidar que éste es un término que proviene del latín educare,

que significa sacar desde dentro. Así pues la labor de los docentes es fundamental en este terreno, pero debe capacitárseles de manera adecuada para que lo hagan con mejor conocimiento del problema que representa el consumo de sustancias tóxicas.

### **¿Y qué pasa cuando estos menores son más vulnerables? equipos interdisciplinarios e intervención**

Si hablamos de menores vulnerables, en los que además confluye el consumo de algún tipo de sustancia, la intervención suele ser parecida a la anteriormente descrita, pero en muchos de los casos están ya en manos de los servicios sociales, por su especial singularidad. Esto hace que el trabajo con la familia se dificulte y se haga más complejo, aunque por otro lado el control y seguimiento de los mismos es más exhaustivo, al estar ya en manos de educadores, psicólogos u otros profesionales. La coordinación se convierte así en una herramienta de primer orden, pero no sólo debe producirse porque nos lo dicta el sentido común, sino que debe obedecer a un plan previamente establecido, y convenientemente estructurado, en el que cada profesional debe saber cómo intervenir, y lo que están haciendo el resto de agentes implicados.

Casi siempre debemos tener en cuenta que en este tipo de menores aparecen una serie de factores de riesgo que debemos tener en cuenta, y que les han “conducido” a esta situación. Estos factores se relacionan tanto con el sistema educativo, como con la comunidad, aunque generalmente es su situación familiar y lo que han vivido en este entorno, lo que les ha conducido por el camino más difícil. Encontramos así menores con perfiles en los que se dan varias situaciones que recogemos a continuación:

- 1) *Elevado índice de fracaso escolar.* Por supuesto son muchas las razones que pueden llevar a ello, desde la incapacidad real de aprendizaje hasta la inasistencia frecuente a clases, no

siempre imputable al muchacho. Pero en ausencia de esas y otras causas, el mal aprovechamiento en este sistema es un elemento que predispone para empezar a consumir drogas.

- 2) *Pobre adaptación social con malas relaciones interpersonales*, lo mismo si se trata de muchachos «conflictivos» por irritables o intolerantes, que de otros con características diferentes: timidez, tendencia a la soledad, incapacidad para las relaciones interpersonales normalizadas, como correspondería a su edad.
- 3) *Permisividad en el consumo de determinadas sustancias*. Percepción, por parte del menor, de que su grupo de amigos y la comunidad en general aceptan el consumo de alcohol y otras sustancias como algo «no tan malo en realidad». Esta permisividad social se ha identificado como un factor de suma importancia, ya que normaliza algo que se puede convertir en el punto de inicio del consumo de drogas.
- 4) *Asociación con jóvenes de conducta disruptiva o antisocial*, dentro o fuera de la sistema educativo (generalmente esto último), lo cual le conduce a tener conductas similares a ellos y casi siempre ligadas a factores de riesgo y desintegradores.
- 5) *Fácil acceso a las sustancias adictivas*. Muchos jóvenes empiezan a consumirlas si se ponen a su alcance a bajo coste y con pocos riesgos de ser descubiertos; se facilita así el proceso de adquirir el hábito y, eventualmente, de llegar a la adicción.
- 6) *Exceso de tiempo libre y de no saber muy bien en qué emplearlo*. Este es un factor en el que se reflexiona poco, pero que comprobadamente influye en muchos jóvenes, sobre todo en quienes no llenan su tiempo de ocio con actividades positivas y saludables.

Por todos estos factores debemos tener en cuenta que la intervención con estos menores se complica. Parecen estar ya muy “de vuelta” de todo, y eso dificulta que el uso de determinadas herramientas, que puedan emplearse para trabajar este problema con otro tipo de menores, sirvan adecuadamente en estos casos. Son menores de trato

más complicado, que en muchas ocasiones parecen no tener nada que perder. Por ello, en estos casos debe existir una coordinación más intensa entre los diferentes agentes implicados en su proceso vital, e incluso promover planificaciones y actuaciones de equipos multi e interdisciplinarios. Sólo de esta manera se puede abordar su situación de manera global. Es en este aspecto donde debemos insistir, ya que existe una gran dispersión y se tiende a compartimentar la intervención, lo que resta los resultados que podamos obtener.

## REFERENCIAS

VEGA, A. (2005): *Los miedos del sistema educativo ante las drogas: nuevos retos para la enseñanza Enseñanza*, nº 23 (pp. 403-422) Universidad de Salamanca.