

PAD

Servicio de Prevención de Adicciones





PAD

Servicio de Prevención
de Adicciones

Elaboración de contenidos:
Carmen Arbex Sánchez

Diseño técnico
(Departamento de Prevención. Instituto de Adicciones
de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid):

- Ana Ordóñez Franco
- Juan A. Rodríguez López
- Victoria Civantos Cantero
- Rafael Moyano Castro

Coordinación:
Francisco José de Antonio Lobo
Mari Paz González San Frutos

Maquetación e impresión:



Depósito legal: M-25107-2012
ISBN: 978-84-938016-8-7

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
1.1. CONDICIONES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA CONDUCTA DE CONSUMO DE DROGAS.....	13
1.1.1. MODELO ECOLÓGICO	14
1.1.2. LAS CONDICIONES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL ENFOQUE ECOLÓGICO DE LA CONDUCTA.....	16
1.1.3. EL ENFOQUE DE LA PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA	30
1.1.4. EL MODELO SOCIAL DE STANTON PEELE (1985)	37
1.1.5. EL MODELO DEL PROCESO DE REAFIRMACIÓN DE LOS JÓVENES DE KIM ET AL.....	38
1.1.6. TEORÍAS BASADAS EN LA FAMILIA Y EN EL ENFOQUE SISTÉMICO	39
1.2. MODELOS BASADOS EN EL EMPODERAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	44
1.2.1. MODELO DE POTENCIACIÓN	46
1.2.2. EL ENFOQUE BASADO EN LA PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA	50
2. PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES “PAD”: ESTRUCTURA Y EQUIPO	56
2.1. PRINCIPIOS RELEVANTES ORIENTADORES DEL SERVICIO PAD	61
2.2. EQUIPO DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO PAD	64

3.	OBJETIVOS Y GRUPOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO PAD	70
3.1.	OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO PAD	71
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SERVICIO PAD	71
3.3.	GRUPO DESTINATARIO Y PERFILES	73
4.	PROCESOS ESTRATÉGICOS Y PROCESOS OPERATIVOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES	74
4.1.	PROCESOS ESTRATÉGICOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES	76
4.1.1.	PREVENCIÓN SELECTIVA EN CONTEXTOS EDUCATIVOS	77
4.1.2.	PREVENCIÓN SELECTIVA EN CONTEXTO COMUNITARIO	82
4.1.3.	SEGUIMIENTOS INDIVIDUALES	84
4.2.	PROCESOS OPERATIVOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES	87
5.	PROCESOS ESTRATÉGICOS Y PROCESOS OPERATIVOS CON FAMILIAS	126
5.1.	PROCESOS ESTRATÉGICOS CON FAMILIAS	127
5.2.	PROCESOS OPERATIVOS CON FAMILIAS	134
6.	LÍNEA ESTRATÉGICA DE COORDINACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS	146
7.	DISEÑO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO PAD	152
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
9.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	182

ANEXO 1.	
PROTOCOLO DE APOYO A LAS SITUACIONES DE CONSUMO EN COORDINACIÓN CON CENTROS EDUCATIVOS EN LOS QUE SE IMPARTE ACE ´S, PCPI Y UFIL.	188
ANEXO 2.	
REGISTRO DE INFORMACIÓN ADOLESCENTE/JOVEN (RIA) ..	190
ANEXO 3.	
COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONJUNTA TPD & FAMILIAS	198
ANEXO 4.	
REGISTRO INFORMACIÓN TELEFÓNICA	208
ANEXO 5.	
REGISTRO DE INFORMACIÓN FAMILIAR (RIF)	214
ANEXO 6.	
PUBLICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2002 AL 2011)	230

ÍNDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS

Cuadro 1. Factores de protección que potencian la fortaleza personal y la resiliencia de los menores, adolescentes y jóvenes	19
Cuadro 2. Factores de protección que potencian la fortaleza personal y la resiliencia de los menores, adolescentes y jóvenes	20
Cuadro 3. Condiciones protectoras relacionadas con el grupo de iguales	25
Cuadro 4. Condiciones protectoras relacionadas con el exosistema	28
Cuadro 5. Condiciones protectoras relacionadas con el macrosistema	29
Esquema 1. Modelo de potenciación aplicado al consumo de drogas	49
Esquema 2. El proceso y los resultados de la resiliencia	51
Esquema 3. Marco teórico sobre la resiliencia relacionada con la salud de los menores: principios	53
Cuadro 6. Objetivos específicos por destinatarios	71
Esquema 4. Servicio de Prevención de Adicciones: Proceso de intervención con adolescentes y jóvenes	88
Cuadro 7. Valoración inicial e indicación inicial de equipo profesional de referencia	100
Esquema 5. Valoración inicial	105
Cuadro 8. Criterios para la evaluación multidimensional	107
Esquema 6. Proceso de intervención con adolescentes y jóvenes solos	118
Esquema 7. Proceso de intervención con familia sola	120
Esquema 8. Proceso de intervención con el adolescente/jóven y su familia	122
Esquema 9. Intervención con adolescentes y/o jóvenes: diagrama de flujo que describe el proceso	124
Esquema 10. Diagrama de flujo que describe el proceso de intervención con familias	140
Esquema 11. Protocolo de captación/intervención desde el PAD	142
Esquema 12. Proceso de intervención con familias en PAD	144

PRESENTACIÓN

Esta publicación, su contenido y su legado, es un ejemplo de lo que es la función pública. Un ejemplo de cómo y por qué nacen y se mantienen los servicios públicos. Pero sobre todo es la descripción detallada, sin letra pequeña, de cómo se trabaja en la administración pública y de cómo desarrollan su función los profesionales que han elegido libremente servir a la ciudadanía.

Como padres, en alguna ocasión, todos nosotros hemos soñado con tener en nuestras manos “un manual para educar a nuestros hijos”. Sabemos que no existe y somos conscientes de que, si existiera, cada uno de los padres y madres, hijos e hijas debería tener en él un capítulo propio.

Los profesionales del Servicio de Prevención de Adicciones (Servicio PAD) han escrito con cada familia su propio capítulo. La mayoría de las veces cuando ya existían problemas que requerían intervención concreta, pero con la certeza de que hacer cambios en algunas dinámicas familiares, es un reto más sencillo cuando te guían durante el camino.

Desde sus comienzos, hace ya doce años, como consulta telefónica y presencial en un pequeño despacho hasta nuestro actual proyecto para la incorporación de la consulta on-line, el Servicio PAD ha ido creciendo sin otro objetivo que dar respuesta a la necesidad de orientación y acompañamiento que necesita una familia cuando en su entorno directo surge un problema relacionado con el consumo de drogas.

Y cuando ese consumo se produce en un hijo, la alarma y la confusión son la primera reacción, la reacción natural. Los primeros consumos, las sospechas ante determinados cambios en la conducta, el aislamiento y la falta de comunicación, el fracaso escolar, etc., suelen despertar dudas y temores en la familia, convirtiéndose en los motivos de consulta más frecuentes.

Por ello, el Servicio PAD acompaña y orienta a las familias cuando el problema surge y se detecta, pero también trabaja para enseñarles a prevenir las situaciones de riesgo educando a sus hijos para afrontar dificultades y presiones, para hacer elecciones adecuadas y, sobre todo, para crecer sanos, independientes y autónomos.

En un entorno social en el que *"la tribu ya no educa"* (entendiendo por *tribu* desde el vecino de al lado hasta los medios de comunicación social), la creación, crecimiento y permanencia del Servicio PAD se justifica día a día como servicio público. Un servicio dirigido a las familias, en el que su valor diferencial radica en la capacidad de ser capaz de dar a cada una de ellas una respuesta adaptada a sus necesidades concretas.

Ese es su derecho y, por ello, es también nuestro deber.

D. José Oñorbe de Torre
Subdirector General
Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas.

**Ministerio de Sanidad,
Servicios Sociales e Igualdad**

D. Antonio Prieto Fernández
Gerente de Madrid Salud
Ayuntamiento de Madrid

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se describe el Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) diseñado por el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones Madrid Salud.

La estructura del trabajo consta de 9 bloques de contenidos que vamos a ir describiendo en la siguiente introducción.

En una primera parte se explicitan los modelos teóricos en los que se enmarca el Servicio PAD, es decir, los paradigmas teóricos que han servido de referencia para la elaboración y el desarrollo del Servicio. Es un apartado que se considera clave ya que fue imprescindible para orientar el diseño y su puesta en marcha. Se analizan básicamente cinco modelos: el modelo ecológico, el enfoque de la psicología evolutiva, el enfoque sistémico aplicado al ámbito familiar, el modelo de potenciación y el modelo basado en la promoción de la resiliencia.

En el segundo bloque del documento se entra de lleno en la descripción del Servicio PAD. En el capítulo 2, se realiza una presentación breve definiendo el servicio, deteniéndose en cómo está estructurado y el equipo de profesionales que lo integran y, por tanto, los artífices de su implementación.

En el capítulo 3, se recogen los objetivos previstos del servicio, tanto el objetivo general como los objetivos específicos formulados para cada uno de los colectivos destinatarios, a saber: los adolescentes y jóvenes y las familias.

Los capítulos 4 y 5 constituyen el eje troncal del servicio ya que en él se describen los procesos estratégicos que se han diseñado para el logro de los objetivos previstos, es decir, lo **que** se pretende hacer, así como los procesos operativos y **cómo** se van a llevar a cabo los procesos para desarrollar las estrategias diseñadas. Se ha dividido en dos capítulos para recoger en cada uno de ellos el funcionamiento del Servicio en los dos colectivos básicos a quien se dirige: los adolescentes, jóvenes y las familias.

En un sexto capítulo, se señalan las líneas estratégicas previstas por el Servicio PAD para la coordinación con los recursos comunitarios, uno de las ideas fuerza de esta intervención.

Se incluye también, en el capítulo 7, el diseño de la evaluación llevada a cabo, diseñando la matriz de la evaluación de los procesos como de los efectos/resultados del servicio.

Asimismo, se incluye en el documento una extensa bibliografía consultada, fundamentalmente para la elaboración de los modelos teóricos (capítulo 8), así como los documentos elaborados por el Departamento de Prevención del Instituto Madrid Adicciones a lo largo de estos años y también un glosario de términos (capítulo 9).

Para finalizar, se han incorporado al documento en un apartado de Anexos, fichas de registro e instrumentos de recogida de información que han ido elaborando el equipo técnico junto al Departamento de Prevención, tanto para el diseño de la intervención como para el seguimiento y la evaluación del Servicio PAD.

En el presente material se describe el Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) diseñado por el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud

ESTRUCTURA PAD

Bloque 1: Fundamentación teórica

Bloque 2: Descripción servicio

Bloque 3: Objetivos y destinatarios

Bloque 4: Procesos estratégicos y operativos con adolescentes y jóvenes

Bloque 5: Procesos estratégicos y operativos con familias

Bloque 6: Coordinación

Bloque 7: Diseño de evaluación

Bloque 8: Bibliografía

Bloque 9: Glosario de términos

Anexos

1 | FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Existe un consenso entre los profesionales del campo de las adicciones de la necesidad de diseñar e implantar programas preventivos basados en unos adecuados paradigmas teóricos, que nos permitan enmarcar el trabajo cotidiano en base a la información disponible sobre el fenómeno, con la suficiente validez en función de la evidencia empírica disponible.

En el campo del consumo de drogas existe un buen número de teorías y modelos explicativos. La mayoría de ellas se han orientado a explicar por qué algunas personas se inician y mantienen en el consumo drogas y otras no lo hacen, lo que posee una gran relevancia ya que, si logramos aprehender este hecho, será más factible aplicar programas preventivos pertinentes, coherentes y eficaces.

En este apartado, describiremos brevemente los modelos teóricos en que se ha fundamentado el **Servicio de Prevención de Adicciones (PAD)**. Se trata de modelos teóricos inspiradores del servicio que subyacen en sus líneas estratégicas, los programas y actuaciones que lo integran. Su explicitación es importante para una adecuada comprensión de sus fundamentos y de por qué se realizan determinadas intervenciones y no otras, así como para la comprensión de la metodología que se pone en práctica.

1.1. CONDICIONES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA CONDUCTA DE CONSUMO DE DROGAS

El patrón de interrelaciones entre los diversos factores de riesgo y protección se expresa en un estilo de vida particular y reconocible de cada sujeto (Jessor, 1992), de lo cual se deriva la conveniencia de orientar las intervenciones preventivas (servicios, planes, programas y/o proyectos), desde una perspectiva que comprenda diversas conductas de riesgo, en lugar de centrarse exclusivamente en una de ellas, ya que se ha constatado que los programas más eficaces son aquellos que logran optimizar el estilo de vida global del adolescente y joven. Se trata en suma de mejorar la calidad psico-social de la vida de los adolescentes, empoderando¹ su desarrollo personal y social a lo largo de su proceso madurativo, para lo cual es preciso llevar a cabo los cambios pertinentes y fortalecer los ambientes en que los adolescentes se desarrollan. Este propósito de empoderar se inspira en el modelo de potenciación o de competencias, como veremos más adelante.

A continuación, analizaremos uno de los modelos teóricos en que se ha fundamentado el Servicio PAD: el **modelo ecológico** fundamentado en la psicología ecológica (Bronfenbrenner, 1981).

1 *“empowerment”* en la literatura anglosajona. El uso moderno de *empower* tiene su origen en los movimientos por los derechos civiles, que buscaban *empoderar* a sus seguidores, es decir, conquistar derechos y, con ellos, fuerza, poder para tomar sus propias decisiones y asumir el control de sus vidas. En promoción de la salud, el **empoderamiento para la salud** es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El **empoderamiento para la salud individual** se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El **empoderamiento para la salud de la comunidad** supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

1.1.1. Modelo ecológico

Este modelo sostiene que el desarrollo de las personas es el resultado de la progresiva acomodación entre éstas (que están en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueven. A su vez, estos entornos próximos, tales como la familia, la escuela y el grupo de iguales, mantienen relaciones con otros entornos más alejados del joven, tales como la comunidad o el barrio en el que viven, los medios de comunicación que les llegan, etc. Pero la relación es bidireccional, es decir, el sujeto se va implicando en el ambiente y, por tanto, a su vez está influyendo en el mismo.

En esta dinámica bidireccional sujeto/ambiente, los adolescentes y jóvenes, en el curso de su ciclo vital, se van exponiendo a numerosas situaciones de riesgo, y también de protección, que forman parte de las circunstancias de los contextos inmediatos en los que viven y que, como señala Costa, M. (2008): "el balance dialéctico y cambiante entre esos factores de riesgo y los de protección biográficos y contextuales determina, en mayor o menor grado, su ajuste psicológico y afecta también a los resultados probables del desarrollo evolutivo".

La interacción compleja entre factores de riesgo y de protección desempeña un papel clave en las teorías integradoras como la **"Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes"** (Jessor, 1991) que tratan de explicar el consumo de drogas. Esta teoría subraya el papel decisivo de los factores de protección en la interacción compleja con los factores de riesgo (al igual que el modelo

Este modelo sostiene que el desarrollo de las personas es el resultado de la progresiva acomodación entre éstas (que están en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueven

En esta dinámica bidireccional sujeto/ambiente, los adolescentes y jóvenes, en el curso de su ciclo vital, se van exponiendo a numerosas situaciones de riesgo, y también de protección

El modelo ecológico sostiene que para comprender y prevenir las causas de las conductas de riesgo y la gravedad de sus efectos, es preciso adoptar una perspectiva interactiva considerando tanto las características del adolescente, como la interacción que establece con el ambiente que le rodea y conceptualizar éste a distintos niveles

de potenciación que describiremos más adelante), para explicar los comportamientos de riesgo y los estilos de vida como patrones organizados de conductas de riesgo interrelacionadas y encadenadas: abuso de alcohol y de otras drogas, conductas violentas, delincuencia, etc.

Los niveles que influyen en el sujeto son: los microsistemas, el mesosistema, los exosistemas y el macrosistema (Bronfenbrenner, 1981):

- **Los microsistemas.** Hacen referencia al conjunto de relaciones, actividades o experiencias que tiene el sujeto en sus entornos más próximos, como por ejemplo la familia o la escuela e influyen de forma decisiva en los problemas con el consumo de drogas, como señala Aguado M^aJ. (2003), "a través del impacto que tienen en el desarrollo de los primeros modelos y expectativas a partir de los cuales se desarrolla la confianza básica en uno mismo y en los demás, la capacidad de estructuración de la propia conducta en relación a las otras personas y la forma de autorregulación emocional".
- **El mesosistema o conjunto de microsistemas** en que se desenvuelve el adolescente. Comprende las interrelaciones de dos o más microsistemas y dependerán del momento evolutivo.
- **Los exosistemas:** sistemas que influyen directamente sobre los entornos más próximos al sujeto y que, por tanto, ejercen una influencia indirecta sobre él, por ejemplo, los medios de comunicación social como la televisión, la publicidad y las nuevas tecnologías como internet, facebook, twitter, blogs, etc.
- **El macrosistema:** las normas culturales, ideológicas y sociales que impregnan transversalmente e influyen en todos los demás sistemas.

La influencia de los sistemas es dinámica y, dependiendo del momento evolutivo de las personas, tienen más importancia unos contextos u otros. Así, en la infancia, el microsistema familiar tiene mucho más peso que los demás, mientras que, a medida que avanza el desarrollo de los niños/as, el grupo de iguales, el mesosistema y el exosistema van ganando en relevancia.

Esta afirmación es fundamental para el diseño de las actuaciones preventivas, ya que los factores de riesgo y de protección presentes en cada uno de los niveles varían en función del momento evolutivo de los adolescentes y jóvenes. Resulta necesario, por tanto, asociar el peso de los factores de riesgo y protección a las etapas del proceso de socialización concreto en que se encuentra el sujeto (Gerstein y Green, 1993; Dishion et al., 1999; Cava et al., 2008).

1.1.2. Las condiciones de riesgo y protección en el enfoque ecológico de la conducta

La psicología ecológica sobre las condiciones de riesgo y protección en los múltiples niveles de interacción individuo/ambiente, constituye un referente teórico clave a partir del cual diseñar programas preventivos, incluyendo actividades destinadas a optimizar, tanto el ambiente en el que está creciendo el menor o adolescente, como la representación que de él y de sus posibilidades tiene el mismo.

Los modelos teóricos más actuales hacen hincapié en la consideración conjunta de múltiples factores protectores y de riesgo individuales, sociales y familiares (Dodge, Malone, Lansford, Miller-Johnson, Pettit y Bates, 2007; Hansen y O'Malley, 1996). Esta perspectiva multicausal indica que en cada uno de ellos se articula un entramado de factores de riesgo que las diferentes y más recientes investigaciones sociológicas han correlacionado con el consumo de drogas por parte de los adolescentes y de los jóvenes. Veamos, a continuación los más relevantes, tomando como marco referencial los cuatro niveles de entornos que identifica el modelo ecológico.

Con relación al microsistema familiar

En numerosos estudios se ha constatado la influencia que la familia sigue ejerciendo en los hijos adolescentes, tanto en su adecuado ajuste psicosocial como en su implicación en conductas problemáticas, entre ellas el consumo de drogas (Dodge et al., 2007; Martínez, Fuentes, Ramos y Hernandez, 2003). Diversas investigaciones han correlacionado como condición de riesgo de drogodependencias las siguientes variables:

- **La calidad de las relaciones paterno-filiales** ha sido un factor reiteradamente señalado como significativo en relación a los consumos de drogas ya que la calidad de las relaciones podría incidir en la autoestima familiar y social del adolescente. El modo en que el adolescente se relaciona con los miembros de su familia y la percepción que tiene de la opinión y valoración que tienen de él, y las bajas expectativas paternas hacia el hijo/a, repercute, en gran medida, en la imagen que elabora el adolescente o joven de sí mismo (Parker y Benson, 2004).

- **Una pobre supervisión y disponibilidad familiar de los padres para atender psicológicamente al hijo/a** (Pollard et al., 1997), una comunicación negativa con los padres o falta de ella (Liu, 2003) y la falta de apoyo emocional (Musitu y Cava, 2003) traducido en: una interacción poco empática, afecto inestable, rechazo paterno o materno, dificultades en la expresión de sentimientos entre hijos y madre/padre, son todos ellos factores que inciden en el desarrollo de problemas conductuales y psicológicos en los adolescentes.
- **Unas pautas educativas inadecuadas**, con deficientes habilidades educativas (Moncada, 1997), traducidas en carencia de habilidades para establecer una disciplina equilibrada, es decir, demasiado severa, fruto de un modelo educativo autoritario, o bien demasiado laxa o inconsistente, como consecuencia de un modelo educativo permisivo o inhibido, así como las diferentes modalidades de abuso que se pueden dar en las relaciones entre padres/hijos (Brody y Forehand, 1993; Díaz Aguado, Martínez Arias, Dirs.; 2001; 2003; Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Kumpfer et al., 1998).
- **La disfuncionalidad familiar** (situaciones de violencia y, en casos extremos, maltrato físico, emocional o psicológico y/o abusos sexuales) (Muñoz-Rivas, 2000).
- **Actitudes positivas hacia el consumo de drogas por parte de los padres** y uso de drogas por parte de los padres (Hawkins et al., 1992).

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

Asimismo, las crisis y los cambios fuertes en la estructura familiar y, en general, todas aquellas condiciones que supongan altos niveles de estrés en este microsistema, suponen un importante factor de riesgo, sino se afrontan de forma equilibrada, sosegada y competente.

Consideramos fundamental dar a conocer los factores que ayudan a reducir la vulnerabilidad y el riesgo de los menores/adolescentes en este entorno, a pesar de que se han estudiado menos los factores protectores que los de riesgo, existiendo por tanto una menor variedad (Becoña, E., 2002). Entre los **factores protectores** claves en este entorno se destacan (Díaz-Aguado, M^aJ., 2004):

- **La presencia de adultos disponibles que acompañen el crecimiento del menor.**

El tiempo que los padres/madres pasan con sus hijos se ha limitado considerablemente, debido en gran medida a las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar. La supervisión y el seguimiento familiar, la atención de los padres/madres a las necesidades e inquietudes de los hijos/as, el acompañamiento en definitiva de su desarrollo madurativo, orientándoles y transmitiéndoles valores, actitudes y conductas positivas, constituye unos rasgos protectores de primer orden. Disponibilidad en definitiva, para atender psicológicamente al hijo/hija, proporcionando una interacción coherente, previsible y empática, que proporcione seguridad sin proteger en exceso (sobrepotección que impide crecer) y una disciplina consistente que enseñe a los niños/niñas a autocontrolar su propia conducta, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia. (Brody y Forehand, 1993; Díaz Aguado y Martínez Arias, 2001; 2003; Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Kumpfer et al., 1998). Asimismo, unas relaciones paterno-filiales cálidas, caracterizadas por la aceptación y la comunicación positiva, cumplen una función protectora clave. (Martínez Robles, 2001; Muñoz Rivas y Graña, 2001).

Así, por ejemplo, el papel de la autoestima familiar y escolar, configurado por unas buenas relaciones familiares y escolares, es clave en las primeras etapas adolescente. 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, como analizaremos más adelante.

- **Pautas educativas adecuadas y estilos educativos democráticos que transmiten referencias estables y orientación clara sobre lo que es una conducta positiva o negativa.**
- **Modelos adecuados de resolución de conflictos, de actitudes y conductas alejadas del consumo de drogas, de expresión de sentimientos y de comunicación asertiva.**

En efecto, el modelado es uno de los procesos de aprendizaje básicos para los niños/as, ya que éstos aprenden mediante la imitación, no solo de las conductas, sino también de los discursos y las actitudes. Por lo tanto, las actitu-

des negativas hacia el consumo de drogas por parte de los padres/madres, así como la no implicación de éstos en su consumo, se ha identificado como un elemento protector muy importante (Hawkins et al, 1992).

En síntesis, un conjunto de factores de protección, que se recogen en el cuadro adjunto que contribuyen a amortiguar los riesgos anteriormente descritos y, por lo tanto, son elementos prioritarios para fomentar y desarrollar en la prevención de las drogodependencias.

Cuadro 1. Factores de protección que potencian la fortaleza personal y la resiliencia de los menores, adolescente y jóvenes²

Experimentar apego emocional seguro con los adultos que les cuidan en los primeros años.

Tener una relación cálida, positiva, significativa y continuada en el tiempo con un adulto que proporciona cuidados (padres, otro adulto significativo, un hermano mayor, un tutor, un consejero...).

Disponer de modelos de identificación positivos y fuertes de apoyo fuera de la familia.

Pertener a una familia cohesiva y que proporciona apoyo emocional, que establece límites firmes y coherentes que mantiene pautas de comunicación claras y predecibles.

Tener padres con altas pero realistas expectativas de logro y de comportamiento respecto a sus hijos. El mensaje permanente "tú puedes hacerlo" ayuda a los menores a interiorizar una actitud optimista respecto a las propias habilidades.

Tener padres con habilidades parentales y que proporcionan un modelado positivo.

Desempeñar responsabilidades en la familia, cuidarse de algunos asuntos de la vida familiar, lo cual contribuye a desarrollar un sentido de competencia y a saber que se puede contar con ellos/as.

Pertener a una familia con fuertes tradiciones y que mantiene ciertos rituales y celebraciones conjuntas, lo cual contribuye a hacerles predecible el entorno y a desarrollar el sentido de pertenencia.

² Costa, M. y López, E. (2008). Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Edt. Pirámide.

Con relación al microsistema escolar

En concreto, en este entorno también muy próximo a los menores y adolescentes, se han constatado los siguientes factores de riesgo respecto al consumo de drogas (Costa, Jessor y Turbin., 1999; Díaz Aguado y Martínez Arias, Dirs., 2001, 2003; Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998; Marcos y Bahr, 1995; Petterson et al., 1992; Pollard et al., 1997; Swaim, 1991; Thomas y Hsiu, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000):

- Pobre apego con la escuela, percibiéndola como un espacio coercitivo y de insatisfacción.
- La falta de integración y de vinculación con las actividades académicas, al valorar poco el aprendizaje y los contenidos que se imparten en la escuela.
- El bajo rendimiento académico y el absentismo escolar que pueden conducir al fracaso escolar.
- Los problemas de relación con el profesorado, las conductas conflictivas en el aula y en el centro, así como el abandono prematuro de la escuela.

Las **escuelas de pobre o baja calidad** constituyen un factor de riesgo de primer orden. La baja calidad de un centro educativo tiene que ver con lo que se ha denominado **bajo sentido de coherencia escolar** (Nash, 2002) caracterizado por la percepción que tienen los escolares de un ambiente poco comprensivo, escasamente manejable y poco atento a sus necesidades, características todas ellas coherentes con la ausencia de control y participación del alumnado en la dinámica del centro y de las aulas. La baja calidad está también relacionada con la alta ratio alumno/profesor que facilita escuelas despersonalizadas, escasa relación entre profesores y alumnos y, por tanto, un contexto propicio para la intimidación entre estudiantes y el fracaso académico. Esta pobre calidad de la escuela coloca a los niños/as en riesgo de múltiples y variados resultados negativos.

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

Entre **los rasgos protectores** más significativos que tienen una implicación clara en la prevención de las drogodependencias se incluyen:

- **El buen rendimiento escolar**, ya que supone un incremento de la autoestima personal de los menores y además, contribuye a favorecer la implicación y la motivación del alumnado hacia el centro educativo.

- *El apego a la escuela y la integración adecuada al medio educativo.*
- *La buena supervisión y seguimiento en el centro.* Contar con un entorno escolar de apoyo que proporciona oportunidades para una participación e implicación positiva en actividades y que alientan a los niños y adolescentes a desarrollar sus propios intereses e inteligencias múltiples³, que contribuyen a desarrollar el sentido de pertenencia.

Cuadro 2. Factores de protección que potencian la fortaleza personal y la resiliencia de los menores, adolescentes y jóvenes

1. Buen rendimiento académico.
2. Apego e integración escolar.
3. Seguimiento y supervisión adecuada por parte del centro educativo.
4. Escuelas de calidad que supervisan, controlan, potencian la participación del alumnado en la dinámica del centro, ratio/alumnos equilibrado, comunicación asertiva entre profesores y alumnos, potenciación de inteligencias e intereses particulares.

En sintonía con el análisis que hemos llevado a cabo, el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1991) señala como la causa subyacente del consumo experimental de drogas por parte de los adolescentes, el estrés en general provocado por los cambios que tienen lugar en la adolescencia, a nivel físico, emocional (por la búsqueda de una identidad propia) y social (por la necesidad de aceptación en grupo de iguales), que acontecen en esta etapa evolutiva y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Cuando esto ocurre, el adolescente está en riesgo de implicarse con iguales desviados y producirse el consumo experimental, dado que siente inseguridad sobre sus propias habilidades académicas y percibe la escuela como un ambiente hostil y no reforzante.

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

Con relación al grupo de iguales o de amigos

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

La presión del grupo de amigos ejerce una influencia de primer orden, especialmente en la adolescencia, en la que el joven busca normas y valores fuera del ámbito familiar, en un intento de tomar la distancia que facilite su crecimiento. Esta influencia será mayor en la medida en que no se vea contrarrestada por unas relaciones familiares satisfactorias.

Así, las creencias y las actitudes positivas hacia las drogas en el grupo de amigos/as constituyen un factor de riesgo relevante, así como el consumo de sustancias en el grupo de iguales.

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

En condiciones extremas de oposición a los padres o a otras figuras de autoridad, la atracción y el sentimiento de ser aceptado y comprendido por el grupo, abonará la gran fuerza del modelado de éste sobre sus miembros, pudiendo llegar a todo tipo de conductas conflictivas delictivas grupales, entre las que se incluye el consumo de drogas como norma grupal.

De este modo, sobre todo entre los menores más vulnerables, el grupo se constituye en "grupo refugio" ante las insatisfacciones que les reporta el entorno familiar y/o escolar, tendiendo a unirse a menores en su misma situación. El consumo de drogas puede cumplir un papel cohesionador del grupo, que proporcione sentido de pertenencia e identidad grupal y que constituya un ritual de funcionamiento, asociado normalmente al ocio y al tiempo libre.

En efecto, la mayor parte de las conductas de riesgo, teniendo en cuenta los nuevos patrones de *consumos recreativos de drogas*,⁴ surgen en el ámbito de la calle, en el ocio y “la fiesta”. El adolescente o joven que vive estos carenciales en los macrosistemas más próximos (familia y escuela), es en los espacios en los que se va a sentir bien, porque por fin percibe que tiene habilidades para “algo”, porque sabe desenvolverse en un ambiente abierto y “peligroso” y exhibir que juega con los riesgos, lo cual le proporciona prestigio y admiración dentro del grupo. En este sentido, es muy sugerente tener en consideración los estudios más recientes sobre el papel que puede desempeñar el factor de la autoestima social como elemento de riesgo.

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

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

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

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

4 Drogas recreativas: Consumo de alcohol y otras drogas ilegales que se realiza por parte de los jóvenes en los espacios de ocio, (calles y plazas) que ocupan especialmente los fines de semana, con una finalidad de diversión, desinhibición y percepción de incremento de las relaciones personales, banalizándose su consumo y disminuyendo la percepción de riesgo sobre las consecuencias.

Esta relación positiva, podría deberse al hecho de que los adolescentes con menor autoestima social pasan menos tiempo con sus iguales y en actividades en la calle o en los escenarios de ocio, cada vez más nocturnos, sin supervisión adulta y, por tanto, tienen menos oportunidades de experimentar con el alcohol y otras drogas, que suelen iniciarse, generalmente, en la adolescencia y en el grupo de iguales.

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

En este consumo compartido, coexisten tanto procesos de influencia mutua como de selección de amistades (Dishion y Owen, 2002), por lo que es probable que la relación entre autoestima social y consumo de drogas se relacione con las expectativas que el adolescente tiene en relación con éstas. En concreto las expectativas y creencias en las que dicho consumo se vincula a la posibilidad de explorar nuevas experiencias, nuevas identidades, a la facilitación social, la auto potenciación, el manejo de la reputación ante el grupo u ofrecer una imagen propia como más adulto, más emancipado, más capaz de jugar con los riesgos y/o de controlar (Cava, Musitu y Murgui, 2006).

Asimismo, algunos estudios han identificado como factor de riesgo la mayor permanencia en actividades de tiempo libre con amigos que consumen drogas o que mantienen actitudes favorables hacia el consumo (Carballo et al., 2004).

Los factores protectores más significativos en este nivel y que, por tanto, serán objetivos de la prevención de las drogodependencias se recogen en el cuadro adjunto.

Cuadro 3. Condiciones protectoras relacionadas con el grupo de iguales

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

Interés por otros patrones de conducta y obtención de reconocimiento personal por otras vías que no sean el consumo de drogas.

Actitud grupal negativa hacia el consumo de drogas y que no incurran de forma significativa en conductas de riesgo.

Conocimiento y acceso a los recursos y equipamientos de ocio y tiempo libre del barrio.

Conocimiento y participación en actividades de ocio enriquecedor y diferente al modelo cultural dominante que asocia salir, diversión y beber o consumir otro tipo de drogas: actividades deportivas, culturales, en la naturaleza, voluntariado, religiosas...

Habilidades para resistir la presión del grupo y tomar decisiones autónomamente.

El mesosistema o conjunto de microsistemas en que se desenvuelve el adolescente

El modelo ecológico planteado por Bronfenbrenner (1981) afirma que "el potencial evolutivo de los diversos contextos que forman parte de un mesosistema aumenta si las demandas de los papeles que debe desempeñar en los diferentes entornos son compatibles y si se estimula la aparición de la confianza mutua, una orientación positiva y el consenso entre los entornos de las metas propuestas. Asimismo, sostiene que el potencial evolutivo de un entorno variará en relación directa con la facilidad y el alcance de la comunicación recíproca entre los diversos entornos".

Existen pocas investigaciones que hayan estudiado específicamente las características del mesosistema o conjunto de relaciones entre los distintos sistemas.

La evidencia de su importancia es sobre todo indirecta y procede de los estudios en los que se encuentra que una excesiva distancia y una pobre comunicación entre la escuela y la familia, incrementa el riesgo psicosocial del niño/a o adolescente y, sin embargo, que la calidad de la relación entre la escuela y la familia y la implicación de ésta última en el seguimiento académico y la dinámica del centro educativo, representa una importante condición protectora (Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998). Además, coincide en que la falta de familiaridad con la escuela es uno de los factores implicados en la baja participación de los padres en los programas de prevención (Cohen y Linton, 1995).

Establecer vías de comunicación fluida entre la escuela y la familia y viceversa es, por tanto, una estrategia preventiva fundamental, así como la necesidad de vínculos de apoyo mutuo entre ambos contextos.

Asimismo, la relación y la comunicación del entorno familiar con el grupo de amigos/as de los hijos facilitará un mejor conocimiento de la realidad en que éstos están inmersos, favoreciendo el acompañamiento y la supervisión de su desarrollo, tan importante en esta etapa adolescente.

Establecer vías de comunicación fluida entre la escuela y la familia y viceversa es, por tanto, una estrategia preventiva fundamental, así como la necesidad de vínculos de apoyo mutuo entre ambos contextos

La relación y la comunicación del entorno familiar con el grupo de amigos/as de los hijos facilitará un mejor conocimiento de la realidad en que éstos están inmersos, favoreciendo el acompañamiento y la supervisión de su desarrollo

El exosistema

Los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, la publicidad y sobre todo las tecnologías de información y comunicación (TICs) en estas edades, promueven un estilo de vida consumista y una tendencia a buscar gratificaciones inmediatas, por encima de otro tipo de valores, características que incrementan el riesgo de consumir drogas (Jessor, 1992; Catalano y Hawkins, 1996; Megías, 2000; Muñoz Rivas et al., 2000). Por otro lado, los medios transmiten un conjunto de estereotipos, que pueden tener una influencia sobre la configuración de la identidad deseable a la que deben aspirar, asociando el consumo de drogas por ejemplo con valores con los que los adolescentes y jóvenes se identifican, tales como: diversión, modernidad, valentía, éxito, rebeldía, etc.

Las representaciones de las drogas y su consumo también se transmiten por los medios de comunicación y pueden incrementar los riesgos de consumirlas al banalizar las consecuencias de algunas drogas, como por ejemplo el alcohol, y al sobrevalorar el consumo de los demás y de que se trata de un consumo normativo, es decir que *"todos lo hacen"*, por lo tanto, es preciso consumir para no desentonar y no ser identificado como chico/a "raro".

Relacionado con lo anterior, cabe incluir también como factor de riesgo, el modelo cultural imperante de ocupación del ocio en nuestro país caracterizado por un ocio consumista y nocturno, la ocupación de espacios físicos de la ciudad específicos para los jóvenes donde no tiene cabida la supervisión y el control de los adultos y la asociación entre salir/diversión y consumir alcohol fundamentalmente. En este sentido, numerosos estudios realizados en nuestro país sitúan el inicio del consumo de drogas recreativas en estos espacios y momentos de ocio y tiempo (Calafat et al., 2000; Comas, D. 1996, 2004; Conde, 1996; Gil Calvo, E. 1996; Megías, I. 2004; Cembranos y Pallarés, 2001).

La prevención se debería centrar, en este sentido, en desarrollar alternativas con las que responder a las necesidades de los jóvenes de espacios de encuentro, de diversión, de interrelación e integración en grupos de iguales, de comunicación entre iguales...sin necesidad de que medie el consumo de alcohol u otras drogas y sin incurrir en conductas de riesgo que superen la capacidad de afrontamiento de los adolescentes.

Algunos de los rasgos protectores más relevantes se señalan en el cuadro adjunto, con implicaciones clave para la prevención.

Cuadro 4. Condiciones protectoras relacionadas con el exosistema

Actitud crítica frente a los estereotipos de los medios de comunicación, especialmente los mensajes subliminales que se emiten sobre el alcohol asociado a juventud, ocio nocturno, traspasar, rebeldía, modernidad...

Recursos personales positivos capaces de contrarrestar la influencia negativa de estos medios respecto a la construcción de la identidad.

Una representación del consumo y de las drogas que disminuya la percepción del consumo generalizado como norma, sobre todo de alcohol y cannabis.

Desarrollo del autocontrol y la capacidad de: controlar la impulsividad, parar a reflexionar, sopesar pros y contras antes de actuar y decidir autónomamente.

Alternativas a las actividades de ocio y tiempo libre ligadas al consumo de alcohol y/o otras drogas.

Concienciación sobre los aspectos positivos del no consumo y la visibilidad de adolescentes y jóvenes que dedican su ocio y su tiempo libre en actividades más enriquecedoras.

El macrosistema

Algunas situaciones de riesgo están relacionadas con el barrio o el entorno en el que se desenvuelve la vida del adolescente o joven en el día a día. En una gran ciudad como Madrid, se aprecia quizás con mayor claridad la diferencia entre la vida en unos barrios u otros a la hora de valorar su influencia como situación de riesgo para el consumo de drogas. En estas situaciones influyen tanto factores urbanísticos (estructura de calles, plazas, ausencia de zonas verdes), los barrios deteriorados carentes de recursos básicos, como equipamientos deportivos, culturales, centros de encuentro juvenil, asociaciones juveniles, etc., que supongan alternativas saludables a las conductas del consumo de drogas, así como la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias (Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997; Muñoz-Rivas et al., 2000).

También, la poca cohesión social en la comunidad, caracterizada por falta de redes de apoyo y escasa participación comunitaria constituye un factor de riesgo en este nivel. Asimismo, la deprivación social tiene una influencia clave (Hawkins et al., 1992; Petterson et al., 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997; Muñoz-Rivas et al., 2000).

Algunas de las características de la realidad social actual incrementan el riesgo del consumo abusivo de drogas: la dinámica del consumismo, la situación actual de crisis de paradigmas socioeconómicos y de cambio social vertiginoso, con la consiguiente incertidumbre, desorientación en valores y referentes de otros estilos de vida basados en el éxito económico, así como la carencia de vínculos sociales sólidos con los que responder a los retos que dichos cambios están produciendo. La creciente situación de desigualdad social y exclusión social, motivada por la actual crisis socioeconómica, prevé un incremento de los factores de riesgo detectados en relación al entorno macrosocial. Algunas condiciones protectoras a incidir en las intervenciones preventivas son las que se adjuntan en el cuadro.

Cuadro 5. Condiciones protectoras relacionadas con el macrosistema

Resiliencia social alta o empowerment de las comunidades, basada en la cohesión social y el desarrollo de las competencias para afrontar sus problemas a través de la creación de redes de apoyo y dinamización de la participación social.

Comunidades con referentes sociales sólidos y pluralidad de referentes educativos.

Dotación y promoción en los barrios de los recursos y equipamientos disponibles.

1.1.3. El enfoque de la psicopatología evolutiva

Este enfoque trata de explicar y prevenir las posibles perturbaciones psicosociales durante la adolescencia, tomando como referencia las tareas y los procesos que favorecen un adecuado desarrollo.

La competencia que resulta de una adecuada solución de las tareas evolutivas críticas (Cicchetti, 2002) hace a las personas menos vulnerables a los efectos negativos de las diversas situaciones de riesgo psicosocial y, por el contrario, un inadecuado afrontamiento de las tareas críticas, aumenta la vulnerabilidad de las personas.

Así, la capacidad del adolescente o joven para afrontar los riesgos, los momentos críticos de inestabilidad y las crisis, denominados por algunos autores como resiliencia⁵ puede ser conceptualizada como el resultado de la combinación de una serie de habilidades.

Cuatro tareas evolutivas básicas de la infancia y la adolescencia han sido identificadas por Díaz-Aguado, M.J.; Martínez Arias, R. (2003), a partir de las cuales se adquieren la competencias necesarias para un desarrollo psicosocial equilibrado y que resultan especialmente significativas para la prevención de las drogodependencias: la capacidad para establecer vínculos seguros y la forma de afrontar el estrés, el sentido de eficacia y capacidad para orientar la conducta hacia objetivos, la interacción con iguales y, la adquisición de habilidades sociales y la construcción de una identidad diferenciada y positiva.

Se van a analizar cada una de estas competencias, tomando como referencia el análisis realizado por estos autores en el documento marco del Programa "Prevenir en Madrid" del Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

⁵ Resiliencia entendida en este contexto como la capacidad humana de encajar, resistir y recuperarse de las adversidades (Rojas Marcos, L. (2011)"Superar la adversidad: el poder de la resiliencia". Espasa.

Cuatro tareas evolutivas básicas de la infancia y la adolescencia a partir de las cuales se adquieren la competencias necesarias para un desarrollo psicosocial equilibrado: la capacidad para establecer vínculos seguros y la forma de afrontar el estrés, el sentido de eficacia y capacidad para orientar la conducta hacia objetivos, la interacción con iguales, la adquisición de habilidades sociales y la construcción de una identidad diferenciada y positiva

La capacidad para establecer vínculos seguros en diversos contextos de socialización en los que se desarrollan los adolescentes es clave

- **La capacidad para establecer vínculos seguros y la forma de afrontar el estrés**

Las relaciones de apego de los niños con los adultos que acompañan su crecimiento, cuando las relaciones que se establecen son positivas, cálidas y afectivas, contribuyen a que los niños adquieran una seguridad emocional básica, expectativas positivas sobre uno mismo y los otros, capacidad para estructurar la propia conducta en relación a las de otras personas y un estilo adaptativo de afrontar el estrés. Sin embargo, si dichas relaciones son inadecuadas desde la primera infancia, produce inseguridad, desestructuración y un estilo de responder al estrés caracterizado por la ansiedad y el pobre manejo del mismo. Si el desarrollo de la habilidad para pedir y recibir ayuda es deficitario, aumenta también la vulnerabilidad psicosocial general. (Bowlby, 1992; Crittenden, 1992).

La capacidad para establecer vínculos seguros en diversos contextos de socialización en los que se desarrollan los adolescentes es clave, como han confirmado diversos autores (Díaz Aguado y Martínez Arias, Dir., (2003); Eisenberg et al., 1996; Feliz Ortiz y Newcomb, 1999; Gardner et al., 2001; Kagan, 1991), entre otras razones porque permite desarrollar la confianza en uno mismo y en los demás y la capacidad de autorregulación emocional.

En la infancia, el papel de los padres y otras figuras cercanas de acompañamiento del menor son fundamentales como agentes protectores o de riesgo y en la escuela Primaria y Secundaria los profesores/as y los compañeros de clase tienen un papel también clave. Sin

embargo, esta función relevante va disminuyendo en la preadolescencia y la adolescencia, pasando a jugar un papel fundamental en este sentido el grupo de amigos y de iguales y otras personas con las que se establece relación relevante en un contexto comunitario más amplio (Catalano y Hawkins, 1996).

Por tanto, una estrategia clave de prevención consiste en hacer consciente a los padres y madres y profesorado de su papel como agentes preventivos en este sentido. Asimismo, es fundamental potenciar la formación de un vínculo de confianza, basado en la empatía con los educadores/mediadores que van a desarrollar la intervención preventiva, como requisito previo para garantizar su eficacia. Una de las estrategias prioritarias de los equipos de profesionales del Servicio PAD ha sido prestar especial atención a este hecho, teniendo conciencia de que si se ha establecido un vínculo adecuado con los adolescentes, basado en la empatía y la comunicación afectiva y asertiva, se tiene mucho ganado para el logro de una intervención eficaz.

- **La percepción de autoeficacia y la capacidad para orientar la conducta hacia objetivos**

El desarrollo de la percepción de autoeficacia es fundamental para desarrollar la capacidad de orientar la conducta hacia metas y objetivos propios y de esforzarse para conseguirlos, con la suficiente persistencia y eficacia para superar los obstáculos que suelen presentarse (Harter, 1978; White, 1959). Si los esfuerzos que realiza un niño/niña le permiten

Una estrategia clave de prevención consiste en hacer consciente a los padres y madres y profesorado de su papel como agentes preventivos

Si se ha establecido un vínculo adecuado con los adolescentes, basado en la empatía y la comunicación afectiva y asertiva, se tiene mucho ganado para el logro de una intervención eficaz

conseguir sus objetivos y los adultos que le rodean y acompañan su crecimiento significativos para él o ella, se lo reconocen, valoran y animan a seguir adelante con optimismo, los niños/as desarrollan una motivación intrínseca por la superación de las dificultades, convirtiéndose estos refuerzos positivos en apoyos y alicientes.

Además de los padres/madres, primeras y claves figuras de referencia en la infancia y primera adolescencia, los profesores tienen en este aspecto un papel también muy relevante. Estimular y fomentar el sentimiento de autoeficacia permite desarrollar la capacidad de autonomía, la curiosidad y la capacidad de enfrentarse a las dificultades y problemas, enfrentándose a los mismos y buscando y valorando alternativas, es decir, tomando decisiones con seguridad en ellos/as mismos. Todo esto va a contribuir al sentimiento de autoeficacia.

Esta tarea de apoyo al adecuado desarrollo evolutivo de los menores y adolescentes es muy importante en la prevención de las drogodependencias, ya que se han encontrado consistentes relaciones entre la carencia de esta pauta educativa y las dificultades para orientar la conducta hacia objetivos constructivos, esforzándose por conseguirlos, tanto en el ámbito educativo como en otros momentos clave en la vida del adolescente.

- **La interacción con iguales constructivos y la adquisición de habilidades sociales**

La adaptación socio-emocional depende, en buena medida, de las relaciones que los niños/as establecen con sus compañeros/as (Díaz-Aguado, 1996; Parker y Asher, 1987; Kupersmidt y Coie, 1990). Los estudios longitudinales llevados a cabo desde hace décadas, como señala Díaz-Aguado, M^ªJ., (2003), han permitido detectar que desde la infancia y, especialmente, desde la preadolescencia, el rechazo de los compañeros/as en la escuela es un predictor significativo de importantes problemas posteriores, entre ellos el consumo de drogas y las drogodependencias y el comportamiento violento y antisocial (Parker y Asher, 1987; Stengle, 1971; Roff y Wirt, 1984; Cowen et al., 1973). Detectar y actuar a tiempo sobre las dificultades para relacionarse con los compañeros permitiría disminuir estos riesgos en la etapa adolescente.

En la adolescencia, la influencia del grupo de iguales desempeña un papel fundamental en la formación de la identidad, al proporcionarles oportunidades para compararse y adoptar puntos de vista propios, con lo que

ir construyendo un conocimiento sobre uno mismo y sobre los demás (Selman, 1980).

Se han comentado anteriormente, algunos de los rasgos de riesgo y situaciones difíciles en que se puede desenvolver el adolescente en relación a sus grupos de iguales y amigos/as. También resulta interesante resaltar, **la creciente importancia que en los modelos explicativos del consumo de drogas se está otorgando a las variables de tipo cognitivo y actitudinal** (Buelga et al., 2006; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006). El rechazo a las actitudes y a los valores normativos de la sociedad y las actitudes positivas hacia el consumo de drogas constituyen un importante factor de riesgo para el consumo entre los adolescentes.

Unas actitudes favorables al consumo y una percepción del mismo vinculado a una cierta transgresión de las normas establecidas, pueden interpretarse como una forma de construir una identidad específica, diferente a la ofrecida por la sociedad. Estas actitudes, además, podrían considerarse como una de las variables más directamente relacionadas con el consumo de drogas, si tenemos en cuenta que dichas actitudes son también explicativas de otras conductas transgresoras de tipo predelictivo durante la adolescencia (Cava, Musitu y Murgui, 2006).

En este sentido, **la intención o decisión, de consumir, está modulada básicamente por las actitudes y las creencias normativas hacia el consumo, según el Modelo de la Acción Razonada de Azjen y Fishbein (1975).**

Las actitudes hacia el consumo, se configuran por las percepciones de los sujetos sobre las consecuencias positivas o negativas hacia el mismo y por el valor afectivo de esas consecuencias. Las creencias normativas a su vez se construyen a partir de las percepciones que tengan algunas personas importantes para el sujeto sobre el consumo de drogas (en la adolescencia, en general, son fundamentalmente los amigos/as y otros iguales frente a los padres/madres y/o el profesorado) así como por las motivaciones del sujeto para adaptarse y no defraudar las expectativas de los otros, que en la adolescencia de nuevo desempeñan un papel clave los amigos/as e iguales. Si son mayores los beneficios que los costes, las actitudes serán positivas hacia el consumo.

Por tanto, relacionarse con grupos de iguales consumidores de drogas, con actitudes positivas hacia las mismas y con una percepción normativa sobre la extensión del consumo (*"todos/as lo hacen" "el que no consume es raro"*) (Megías, I. y Rodríguez, E., 2005) favorece un balance positivo

Relacionarse con grupos de iguales consumidores de drogas, con actitudes positivas hacia las mismas y con una percepción normativa sobre la extensión del consumo, favorece un balance positivo hacia el consumo

hacia el consumo. Si a estas condiciones se añade la falta de habilidades para resistir las presiones del grupo y el mimetismo excesivo con las creencias y actitudes del grupo, por encima del criterio propio y la capacidad para decidir autónomamente, el riesgo de consumir drogas en el grupo de iguales se incrementa considerablemente.

- **La construcción de una identidad diferenciada y positiva**

El logro de una identidad positiva y diferenciada, así como la elaboración de un proyecto vital en las diferentes esferas del desarrollo madurativo, es una de las características y de las metas fundamentales de la adolescencia.

Algunos adolescentes no resuelven adecuadamente esta tarea crítica y crucial de esta etapa vital en el desarrollo madurativo de las personas y no consiguen una identidad diferenciada, sólida y coherente, que favorezca el compromiso personal y constructivo con el proyecto vital por el que se ha optado.

La formación de una identidad propia y claramente perfilada potencia la autoestima personal del adolescente y minimiza la ansiedad. Se produce a través de dos procesos relacionados: la diferenciación psicológica y la exploración personal. La diferenciación psicológica supone una conciencia del tipo de persona que uno es diferenciándose de las demás personas y la exploración personal implica un análisis de actitudes, valores y opiniones, comparando diferen-

tes alternativas y seleccionando unos principios éticos y unas normas de conducta determinadas frente a otras.

La crisis de identidad propia de la etapa adolescente, es una característica intrínseca del momento evolutivo y conlleva generalmente, la oposición y la rebeldía hacia el mundo adulto. No olvidemos que el adolescente se está construyendo a fuerza de oponerse. Sin embargo, la crisis de identidad puede producir una serie de respuestas que reflejan un cierto desequilibrio, absolutamente normal, pero que cuando se prolongan en exceso, pueden provocar respuestas inadecuadas. Algunos autores (Erikson, 1968; Marcia, 1996; Weiner y Elkind, 1976) han señalado dos fundamentales para el tema que nos ocupa:

- **La fijación prematura de la identidad** según la cual el adolescente o joven puede tener proyectos y metas claramente definidos, pero que no son propios sino que son "impuestos" por la presión externa, generalmente de su familia, o de su propia dificultad para mantener la incertidumbre que genera la confrontación de una identidad proporcionada por otros. El logro de una identidad propia sólida, no consiste en la aceptación del punto de vista de los padres/madres, sino que requiere un proceso de búsqueda personal entre distintas alternativas, que lleve a la interiorización y el afianzamiento personal de las propias creencias, actitudes y valores.
- **La identidad negativa** es la resultante de la confrontación con una determinada identidad convencional (la que proponen los padres o la sociedad), pero que se está definiendo en base a la negación de ésta, sin un proceso de interiorización ni reflexión propia, que conduzca a una alternativa constructiva clara. Algunas de las conductas antisociales y de los consumos problemáticos de drogas provienen de estas identidades negativas, que sustituyen a identidades diferenciadas pero de forma positiva.

1.1.4. El modelo social de Stanton Peele (1985)

Este modelo teórico está basado en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida. Sostiene este autor (Peele, S. 1985) que la adicción se produce por el modo como la persona interpreta la experiencia. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo, determinado por las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social, influyen de manera clave en la experiencia de consumo de drogas y en el modo de enfrentarse a ellas.

Las drogas y las conductas que producen adicción (como pueden ser la comida "basura" (fast food, etc.), el uso de las nuevas tecnologías) se convierten en una especie de "muletas" que utilizan algunos sujetos para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, sufrimiento, inestabilidad, etc.

La adicción serviría para conseguir lo que se desea, dada la incapacidad para encontrarse satisfecho consigo mismo. El consumo o el uso abusivo de las nuevas tecnologías, permitirá "desconectar" de lo que les rodea, aunque sea momentáneamente, de la insatisfacción y la frustración.

Para este autor, nuestra cultura favorece las adicciones al tener como valores centrales el logro del éxito y la satisfacción inmediata. Al ser difícil de conseguir y, dado que cada vez es más difícil afrontar la complejidad de nuestra realidad socioeconómica actual, especialmente para los jóvenes, el incremento de las adicciones, con una función "escapista", irá probablemente en aumento. Sobre todo este autor presta especial atención al alcohol, ya que esta droga permite dejar de lado las inhibiciones y ansiedades e incrementar la sensación de valor. En una sociedad tan compleja y difícil como la actual, el uso de alcohol es previsible que se incremente entre los jóvenes, además de por estar legalizado, estar banalizados sus riesgos entre los jóvenes y tener una accesibilidad fácil.

El factor clave para que un consumo de alcohol u otro tipo de drogas, o para un uso de las TICs (tecnologías de la información y la comunicación) no se conviertan en un problema de adicción, es que la persona haya desarrollado el **autocontrol**. Ello exige aprender a diferenciar un uso moderado del alcohol, de un uso perjudicial y problemático y tener modos en la vida de satisfacción distintos que el consumo y/o las conductas adictivas.

1.1.5. El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.

Algunos autores, entre ellos, Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, ya en el año 1998, reconocían que los factores de riesgo proporcionan una guía conceptual general y direcciones a seguir, especialmente para la aproximación al desarrollo de la conducta problema. Sin embargo, consideraban que estaba surgiendo un nuevo paradigma que enfatizaba la necesidad de promover el desarrollo completo del adolescente o el joven poniendo el foco de atención en la **potenciación de los factores protectores y desarrollando sujetos y familias resilientes**. Así, mientras que las estrategias preventivas tradicionales pretendían conseguir “jóvenes sin problemas”, el objetivo de este nuevo paradigma es lograr jóvenes preparados, competentes, reafirmados y resilientes para enfrentarse a los desafíos de la vida, entre ellos el uso de drogas.

Este modelo se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, tales como: la teoría del control social, el modelo de desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas.

La vinculación del adolescente o joven al orden social, para estos autores, se explica a través de la teoría del aprendizaje social, es decir, la conducta es aprendida a través del condicionamiento vicario (imitación) con los procesos de reforzamiento y castigo: imitación del consumo de drogas por parte de los padres/madres y del entorno en que se desenvuelve el joven.

La teoría de estados expectativas se basa en la idea de que el modo en que pensamos y las creencias de los sujetos es en gran parte una función de cómo los otros nos ven y nos tratan. El modo en que otros nos perciben está en gran parte condicionado por las expectativas que ellos puedan tener previamente. Las expectativas sobre los modos de “ser joven” se relacionan actualmente entre los jóvenes, y también entre los adultos, con el consumo de alcohol ligado al ocio. Se trata de una costumbre “normalizada” y aceptada incluso por la sociedad adulta. Parece que para ser joven hay que salir los fines de semana, trasnochar y beber alcohol.

Los componentes protectores que incluye este modelo son: adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos cercanos, expectativas adecuadas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para

Desde los modelos sistémicos actuales se considera que la familia ejerce una influencia de primer orden a lo largo del curso vital del individuo, por formar parte del microsistema en que está inmerso, aunque la naturaleza de esta influencia varía en cada etapa evolutiva

El Servicio para la Prevención de Adicciones (PAD) se sustenta en el enfoque sistémico familiar en el cual sus miembros desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre ellos/ellas

él, oportunidades para aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades para asumir responsabilidades y para participar y contribuir significativamente en los asuntos de tipo social, cultural y público de la escuela y comunidad, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos y tener un rendimiento reforzado por otras personas para el adolescente o joven en la escuela, la casa y por otros adultos en su comunidad.

Este modelo, ha sido el precursor del modelo de resiliencia actualmente muy extendido y que desarrollaremos más adelante en el apartado 1.2.2.

1.1.6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico

Desde los modelos sistémicos actuales se considera que la familia ejerce una influencia de primer orden a lo largo del curso vital del individuo, por formar parte del microsistema en que está inmerso, aunque la naturaleza de esta influencia varía en cada etapa evolutiva, constituyendo un elemento fundamental del proceso de socialización del adolescente.

El Servicio para la Prevención de Adicciones (PAD) se sustenta en el enfoque sistémico familiar en el cual sus miembros desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre ellos/ellas.

De la aplicación de este modelo teórico aplicado a la familia, se desprenden una serie de supuestos clave:

La familia es un sistema, es decir, un conjunto constituido por una o más unidades ligadas entre sí, de tal manera que el conjunto es algo diferente a la suma de sus partes. Un cambio en el estado de un elemento de la familia, estará seguido de un cambio en el estado de las otras unidades del sistema. De este modo, el sistema familiar incluye a todos los miembros pero también las relaciones entre éstos, los roles que desempeñan los diferentes miembros, cómo se organizan, las dinámicas que se generan, etc.

La familia es un sistema abierto que intercambia información con el exterior (otros sistemas) de manera dinámica y permanente, es decir, el sistema familiar está inmerso en un conjunto de redes de sistemas más amplios con los que interactúa constantemente y por los que es influido; escuela, compañeros de trabajo, vecinos, cultura de origen, etc.

Este intercambio provoca **permanentes ajustes en el sistema** que provocarán procesos de cambio o de mantenimiento en cuanto a su estructura y su dinámica. Por ejemplo, un adolescente con problemas de drogas puede dar lugar a crisis en la pareja y desajustes en los restantes miembros de la familia.

La familia es un sistema imprevisible, puesto que una misma entrada de información o acontecimiento puede dar lugar a estados finales diferentes. Por ejemplo, un mismo acontecimiento familiar (un hijo/a con un problema de adicción a las drogas o un adolescente con cualquier otra conducta conflictiva) puede ser gestionado por la familia de formas diferentes y generar dinámicas impredecibles.

La familia es un sistema en formación orientado a objetivos: crianza de los hijos, seguridad emocional, satisfacción de necesidades afectivas, etc., puesto que se van superando distintos momentos evolutivos y generando un contexto formativo para sus miembros: educación de los hijos, desarrollo de habilidades parentales en los padres...).

En la familia, como en todo sistema, se observa **una interacción circular y recurrente entre sus miembros**. Cualquier acto comunicativo genera una respuesta que es desencadenante a su vez de otras respuestas y así sucesivamente. La relación y la comunicación entre sus miembros son inevitables. Estas interacciones generan relaciones duraderas, estables en el tiempo y claves para el desarrollo de las personas.

En la familia, como en todo sistema, se observa una interacción circular y recurrente entre sus miembros. Cualquier acto comunicativo genera una respuesta que es desencadenante a su vez de otras respuestas y así sucesivamente

El estilo democrático ofrece, equilibrar la necesidad de límites y de autonomía, manteniendo un grado de control moderado, tratando de que ese equilibrio permita la experiencia de aprender a partir del error y al mismo tiempo proteger de riesgos graves

Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar, según este enfoque son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación (Foster y Gurman, 1988).

- **La estructura** incluye características tales como el grado de claridad y difusión de los límites entre los miembros de la familia y da lugar a diferentes modelos educativos.

El autoritarismo en la relación de los padres con sus hijos puede incrementar la conformidad y la obediencia a corto plazo, pero los adolescentes están en riesgo de vincularse en exceso al control externo, culpando a los demás cuando algo no sale adecuadamente y asumiendo menos responsabilidades en sus decisiones y en sus compromisos.

Por contra, un estilo excesivamente permisivo o inhibido, según el cual los padres/madres se muestran generalmente cohibidos, desimplicados, sin abordar con una mínima profundidad lo que requieren sus hijos/as. Se traduce en los hijos/as en una falta de normas y límites que aboca a adolescentes que tienden a responsabilizar a los demás de los que les ocurre, con escasa implicación y empuje para abrirse un camino hacia lo que uno quiere hacer en la vida. No es de extrañar que muchos de ellos deleguen en el profesorado la educación de sus hijos.

El estilo democrático ofrece, por el contrario, equilibrar la necesidad de límites y de autonomía, manteniendo un grado de control moderado, tratando de que ese equilibrio permita la experiencia de aprender a partir del error y al mismo tiempo proteger de riesgos graves.

Se trata, desde este modelo educativo, de establecer límites claros, razonados y justificados, de acuerdo con expectativas realistas y ajustadas a las características del adolescente y velar porque sean respetados, con una actitud firme en lo esencial y flexible en lo secundario.

- **La regulación** se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones.

En las relaciones padres-hijos/as adolescentes, como en cualquier otro tipo de interacción, la presencia de conflictos en sí misma no tiene por qué ser motivo de alarma. El conflicto es inevitable en las relaciones significativas y en la vida en general. El hecho de que los padres e hijos discrepen y confronten no es tan preocupante como que no se logren resolver la confrontación mediante el diálogo, la negociación y el compromiso (Steinberg y Silk, 2002). El afrontamiento del conflicto en las interacciones familiares, en lugar de su evitación, favorece el desarrollo psicosocial de los adolescentes y fomenta los vínculos positivos.

Al llegar a la adolescencia, los hijos siguen necesitando que sus padres se muestren cercanos, afectuosos, comunicativos y les ofrezcan apoyo emocional para afrontar con éxito el desafío que suponen sus retos evolutivos. Así, los adolescentes en cuyas familias impera este clima afectivo tienden a mostrar un mejor equilibrio y desarrollo psicosocial.

El afrontamiento del conflicto en las interacciones familiares, en lugar de su evitación, favorece el desarrollo psicosocial de los adolescentes y fomenta los vínculos positivos

Una comunicación asertiva basada en la escucha activa y empática de los otros, la transmisión de sentimientos y necesidades de forma clara y directa haciendo entender al máximo nuestro mensaje, sabiendo recibir y expresar las quejas y los cumplidos, son fundamentales en la comunicación entre los miembros de la familia

- **La información** hace referencia al modo en que los miembros de la familia se comunican entre sí.

Las familias que tienen una buena comunicación, adoptan una solución de sus problemas más competente y tienen un mayor grado de armonía que las familias en las que la comunicación es pobre y/o complicada.

Los jóvenes que reciben en sus familias información clara, objetiva, desdramatizada y adaptada a las necesidades de sus hijos sobre los riesgos del consumo de drogas, es menos probable que tengan problemas con su uso (Kelly, Comello y Hunn, 2004).

Asimismo, una comunicación asertiva basada en la escucha activa y empática de los otros, la transmisión de sentimientos y necesidades de forma clara y directa haciendo entender al máximo nuestro mensaje, sabiendo recibir y expresar las quejas y los cumplidos, son fundamentales en la comunicación entre los miembros de la familia.

- **La capacidad de adaptación** es la capacidad de la familia para enfrentarse ante los desafíos que se vayan produciendo ante las crisis que puedan desequilibrar su estabilidad, es decir, la construcción de familias resilientes capaces de desarrollar respuestas sosegadas, amortiguadoras y positivas que se activen como consecuencia de una situación estresante o suceso potencialmente traumático.

Por tanto, una estrategia prioritaria a desarrollar desde el Servicio PAD es la intervención con padres/madres para orientarles hacia un mejor conocimiento de las características evolutivas de la adolescencia, proporcionándoles herramientas educativas para ayudarles a enfrentarse y dar respuesta constructiva a los posibles conflictos con sus hijos motivados por el consumo de drogas u otras problemáticas, con determinaciones no autoritarias ni permisivas, sino a través de las medidas consideradas más coherentes con los valores de la democracia, es decir: comunicación, racionalidad, respeto a la dignidad de la persona, tratar de convencer en lugar de imponer, negociación, consenso y compromiso, respeto a los límites, en suma, orientándoles hacia el ejercicio de una socialización familiar democrática.

1.2. MODELOS BASADOS EN EL EMPODERAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

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

La investigación longitudinal sobre poblaciones de alto riesgo ha encontrado que al menos en el 50% 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).

En efecto, estudios longitudinales con colectivos de riesgo indican que 1/3 de los menores sucumben a las condiciones de riesgo, pero 2/3 partes 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 estos grupos de edad.

Si el análisis de la realidad de un colectivo se realiza poniendo el foco solamente en los riesgos o déficits, a menudo deja en un segundo plano la visión de los activos, potencialidades o fuerzas que toda las personas tenemos y al poder fundamentalmente protector que tiene alguien joven y cuya confianza en la vida y en el futuro pueden ser usados como una fuerza de motivación.

Además, 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". Asimismo, 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 adolescentes y jóvenes 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 este colectivo, y también con otros, debería poner el acento.

El número de investigaciones sobre cómo y debido a qué algunos adolescentes y jóvenes 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 acercan a este concepto y sus postulados ya que lo encuentran más esperanzador, a la vez que da validez a intuiciones que ya existían derivadas de la práctica y 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 adolescentes/jóvenes de recibir afecto, acompañamiento, pertenencia, respeto, identidad, poder y dar significado a sus vidas.

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

Desarrollamos, a continuación, en los dos apartados siguientes, las características más significativas de dos modelos clave basados en estas premisas para enmarcar la intervención con menores: el modelo de potenciación y el enfoque que pone el acento en el desarrollo de la resiliencia.

1.2.1. Modelo de potenciación

El modelo de potenciación (MdP) tiene sus orígenes en Albee (1980) que afirma que existe riesgo de presentar más problemas de salud y dificultades de adaptación social en los sujetos que presentan déficits de habilidades. Posteriormente, las aportaciones de la psicología conductual comunitaria (Jeger y Slotnick, 1982 y Costa, M. y López. E., 1986) sostuvieron que la preservación/recuperación de los estados de salud física y psicosocial pasa por completar el enfoque exclusivamente individual con intervenciones en los contextos que reúnen poblaciones en riesgo, consistentes en la formalización de actuaciones que promuevan habilidades y competencia.

El MdP constituye una nueva perspectiva estratégica y un nuevo enfoque, inspirado y dirigido por el propósito de empoderar y fortalecer. Define un estilo de intervención, marca un talante, unos valores y una ética, a la vez que proporciona orientaciones sobre cómo intervenir, además de ser un enfoque educativo que se concentra tanto en los recursos personales como sociales. Se trata de un modelo en esencia **pedagógico y educativo** que diseña y pone en práctica estrategias para optimizar aprendizajes en el plano de desarrollo intelectual, socio-relacional y emocional.

El MdP constituye una nueva perspectiva estratégica y un nuevo enfoque, inspirado y dirigido por el propósito de empoderar y fortalecer. Define un estilo de intervención, marca un talante, unos valores y una ética, a la vez que proporciona orientaciones sobre cómo intervenir, además de ser un enfoque educativo que se concentra tanto en los recursos personales como sociales. Se trata de un modelo en esencia pedagógico y educativo que diseña y pone en práctica estrategias para optimizar aprendizajes en el plano de desarrollo intelectual, socio relacional y emocional

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

- **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, fundamentalmente los entornos más próximos: familia, escuela y grupo de iguales.
- **Las raíces del poder y el control constituyen un proceso dinámico** que no tiene tan sólo dimensiones intrapersonales, sino también fuentes y raíces ecológicas y dimensiones de interacción e interdependencia social (Zimmerman, 1995; Speer, 2000). Está estrechamente vinculado al acceso a las oportunidades, recursos materiales, psicológicos y factores de protección que están en grados diferentes disponibles en los escenarios del contexto, por ello es clave cooperar en el fortalecimiento de los escenarios por donde transcurre la vida de los adolescentes y jóvenes. Se trata, por tanto de fortalecer el escenario familiar, el escenario escolar y diseñar escenarios de ocio alternativo enriquecedor.
- **Es un enfoque educativo** que se concentra en los recursos, tanto personales como sociales, asegurándose que se está contribuyendo al proceso de crecimiento personal, teniendo en cuenta el desarrollo del adolescente y joven.
- **Se sitúa en una perspectiva positiva.** El foco se pone en las posibilidades del adolescente/joven, en lo que es capaz y en lo que puede llegar a ser capaz, apostando por sus **potencialidades**, la creencia en su capacidad de aprendizaje y el desarrollo de recursos, en suma, se hace hincapié en la promoción de los factores de protección.

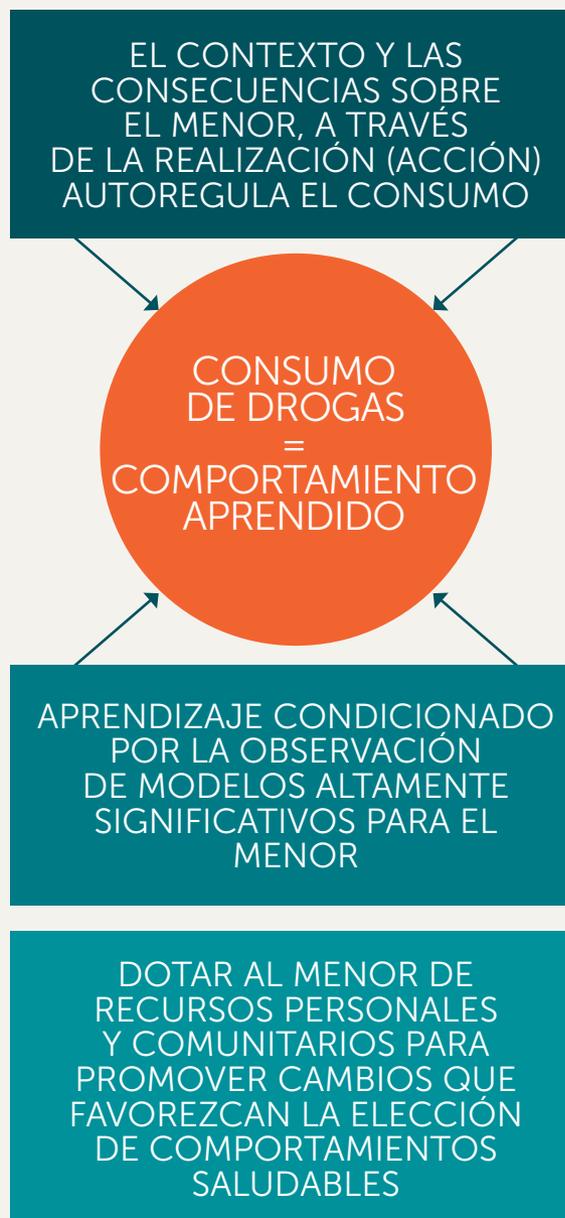
En síntesis, “los factores de protección que seamos capaces de movilizar, en coordinación con otros escenarios, pueden reducir la probabilidad de problemas y desajustes, bien de manera directa a través de un desarrollo óptimo de los adolescentes, bien de manera indirecta a través de la alteración y amortiguación de los factores de riesgo” (Costa, M. y López, E., 2008). Estos factores de protección desempeñan un papel clave en los diferentes escenarios del

contexto por donde transcurre la vida cotidiana del adolescente/joven (familia, escuela, grupo de iguales, etc.).

- **Para fortalecer las competencias personales** es fundamental definir metas motivadoras y significativas, que faciliten que los adolescentes perciban la capacidad de aceptarlas y alcanzarlas. Sólo de esta manera se traducirán en un compromiso con las acciones de aprendizaje y cambio, ya que otro de los principios estratégicos del modelo es **promover el compromiso responsable con el cambio**.
- **La acción como elemento que facilita y consolida el aprendizaje**, ya que el cambio a través de la acción es consustancial al curso de la vida y del desarrollo de los adolescentes.
- Se propone incidir directamente sobre el adolescente/joven **proporcionándoles herramientas personales** para: aumentar la percepción de control sobre sus circunstancias, favorecer elecciones más informadas, facilitarles el desarrollo de la autoeficacia, asegurándonos que los esfuerzos les compensen, identificando y reconociendo los logros alcanzados en la realización y el mantenimiento de comportamientos de salud. Asimismo, se hace hincapié en **promover el aprendizaje de la responsabilidad**, permitiendo que se expongan a las consecuencias de lo que hacen y promoviendo su responsabilidad en el cambio.
- **El propósito estratégico se despliega en el seno de los encuentros de la comunicación interpersonal** que el equipo de profesionales del Servicio PAD comparten con los adolescentes y los adultos de referencia, fundamentalmente padres/madres y docentes.

Por último, 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 adolescente/joven que en la infancia y adolescencia temprana son los padres/madres, pero 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 están creciendo y las consecuencias percibidas sobre el mismo (percepción de riesgo).

MODELO DE POTENCIACIÓN APLICADO AL CONSUMO DE DROGAS



1.2.2. El enfoque basado en la promoción de la resiliencia

La resiliencia es una competencia compleja y multifactorial, en nuestro caso referida a los niños y adolescentes que hace referencia a la fortaleza para resistir y no sucumbir ante contextos con numerosos factores de riesgo y experiencias adversas (acontecimientos vitales estresantes, situaciones de alto riesgo, transiciones evolutivas especialmente convulsas, crisis fuertes, acoso escolar, violencia...).

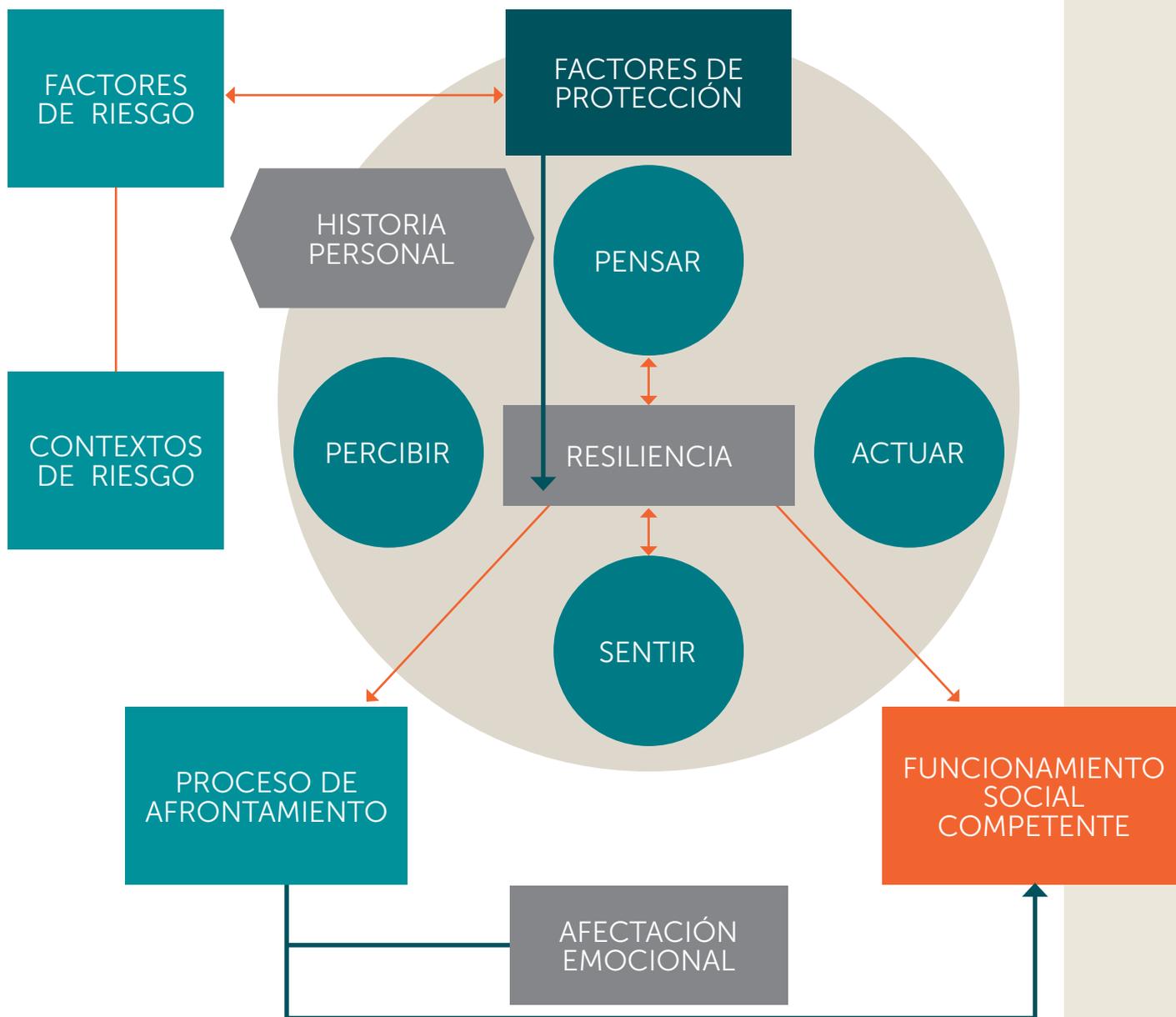
El interés reciente por la resiliencia tuvo sus inicios en los estudios longitudinales de Werner y Smith, 1982, 1992, sobre un grupo de niños expuestos a múltiples y acumulativos factores de riesgo. Desde entonces se han realizado numerosos estudios sobre este concepto y sigue siendo abundante la literatura sobre el mismo.⁶

Efectivamente, los factores de riesgo pueden actuar de manera acumulada y exponencial y tienden a hacer más vulnerable al adolescente para gestionar de manera competente los riesgos a los que se ve expuesto (entre ellos el consumo de drogas). Sin embargo, los factores de protección, que son el resultado de la interacción biográfica del menor con su entorno social y familiar, que son interdependientes, y que actúan de forma sinérgica y dinámica, potencian y apoyan un afrontamiento positivo de los riesgos y de las dificultades, amortiguando, contrapesando y compensando los factores de riesgo, en definitiva, potenciando la fortaleza personal frente a las dificultades. (Costa, M. y López, E., 2008). Pero la resiliencia, como señalan estos dos autores, no es un atributo personal con el que se nace, sino que se va desarrollando evolutivamente en las transacciones proximales de afrontamiento. El proceso y los resultados de la resiliencia se pueden ver representados en el siguiente esquema.

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

⁶ Rutter, 1987; Garmezy, 1985; Anthony y Cohler, 1987; Demos, 1989; Masten, Best y Garmezy, 1990; Rutter, 1990; Bernard, 1991; Cowen, Work y Wyman, 1992; Luthar, 1993; Egeland, Carlson y Sroufe, 1993; Cichetti y Garmezy, 1993; Vanistendael, 1995; Cyrulnik, 2002; Olson, Bond, Burns, Vella-Bodrick y Sawyer, 2005.

EL PROCESO Y LOS RESULTADOS DE LA RESILIENCIA



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

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

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

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

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

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

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

MARCO TEÓRICO SOBRE LA RESILIENCIA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS MENORES: PRINCIPIOS



Las relaciones primarias supuestas entre el activo externo e interno son indicadas en la figura que se adjunta por flechas de color azul, mientras otras hipotéticas relaciones importantes se indican con flechas finas de color naranja.

RASGOS DE RESILIENCIA: APOYOS Y OPORTUNIDADES EXTERNAS

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

RASGOS DE RESILIENCIA: RESULTADOS DE DESARROLLO INTERNO POSITIVO

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

2 | PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES "PAD": ESTRUCTURA Y EQUIPO

La rapidez con la que se producen los cambios sociodemográficos actuales, la multiplicidad de culturas presentes en un mismo ámbito geográfico, las transformaciones en la estructura familiar y los nuevos reagrupamientos familiares, la ambigüedad educativa en las figuras referenciales de los jóvenes y la aparición de nuevos contextos de socialización y aprendizaje, conllevan una continua modificación de las situaciones de riesgo de generar comportamientos adictivos, dibujando un panorama complejo y cambiante.

Así, los nuevos escenarios y la prevalencia del consumo de drogas en los adolescentes y jóvenes generan la necesidad de actualizar y adecuar los objetivos, las líneas estratégicas y los protocolos de actuación a los nuevos perfiles y pautas de consumo desde los ámbitos de la prevención y la atención integral.

La planificación de la intervención en este contexto tan cambiante debería basarse en la identificación clara de grupos vulnerables o en riesgo. Resulta necesario, por tanto, definir el perfil de la población a la que van dirigidas las actuaciones, estableciendo qué se entiende por población en riesgo y qué factores se tendrán en cuenta para su determinación, evitando caer en convencionalismos y etiquetas no basadas en criterios técnicos. El ajuste de la intervención a las características y necesidades del grupo resulta prioritario.

El Instituto de Adicciones de Madrid Salud, dentro del marco del Plan de Adicciones 2011/2016, ha consolidado y ampliado en los últimos años los programas y servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes consumidores en los diferentes ámbitos de actuación. Así, el Departamento de Prevención ha impulsado e implementado dos importantes líneas de trabajo: el Servicio de Prevención de Adicciones y el Equipo de adolescentes y jóvenes de los Centros Asistenciales. Ambos servicios dirigen sus esfuerzos a intervenir en el ámbito preventivo, tanto a nivel de prevención universal, selectiva como indicada.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016, pretende, entre otros objetivos, enriquecer las actuaciones en materia de adicciones con nuevos programas, estrategias y ámbitos de actuación, acordes con la evolución que el fenómeno de las drogodependencias y de otras adicciones ha venido experimentando a lo largo de los últimos años, prestando una especial atención a los aspectos relacionados con la calidad de los servicios y la mejora continua.

El Plan promueve un modelo de intervención integral e integrador, que tiene en cuenta el origen multicausal y el carácter multidimensional de las adicciones.

Resaltamos los ocho principios orientadores del Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid como guías fundamentales en el necesario proceso de adaptación al colectivo de adolescentes, jóvenes y familias:

1. **Compromiso ético.** Defender que todas las actuaciones desarrolladas en el marco del presente Plan de Adicciones tengan en cuenta los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia e inocuidad.
2. **Enfoque integral.** Entender las adicciones como un fenómeno complejo, múlticausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores intervinientes, desde la aplicación de un modelo bio-psico-social, tanto para la prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.

3. **Universalidad y equidad.** Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.
4. **Cooperación e interdependencia.** Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, como estrategia para la articulación de respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.
5. **Integración y normalización.** Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo asistencia-reinserción, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.
6. **Adaptabilidad e innovación.** Prever y anticiparse a los cambios sociales en general y, de forma concreta, los que continuamente se producen en el ámbito de las adicciones, monitorizando su evolución a fin de conocer las necesidades emergentes y poder articular una respuesta flexible y adaptada a las mismas.
7. **Participación comunitaria.** Establecer los mecanismos que posibiliten la implicación de las instituciones públicas, de las organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales, de los servicios o recursos comunitarios, del voluntariado, de los ciudadanos en general y de las propias personas afectadas y sus familias, facilitando la articulación de respuestas ágiles y globales a las necesidades planteadas.
8. **Calidad.** Orientar las acciones del Instituto de Adicciones hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la eficiencia y la efectividad del sistema, a través de procesos de formación, investigación y evaluación continua. En este sentido, el presente Plan aboga por el avance en la implementación de programas, en los que la fundamentación teórica, la validación empírica de las intervenciones y la evaluación sean elementos nucleares de una forma de actuar basada en la evidencia científica.

Complementando lo anterior, el diseño del Plan de Adicciones ha dado la oportunidad de definir, en el ámbito de la prevención, una serie de **ideas fuerza** entre las que destacamos: **la integralidad en las acciones**, referida a la necesidad de realizar un trabajo coordinado entre las diferentes unidades que conforman el Instituto de Adicciones (Servicio de Asistencia y Departamentos de Prevención y Reinserción), de modo que pueda ofrecerse una intervención integral al individuo y a su familia como referente natural y a la sociedad de la que forma parte.

El Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) está constituido por un conjunto de programas y actuaciones de carácter preventivo dirigidas a la totalidad de la población madrileña, siendo su objetivo principal ser referente para las actuaciones y programas que en materia de prevención de adicciones se desarrollen en la ciudad de Madrid.

Los distintos “tipos de actuaciones preventivas” conllevan las especificidades necesarias para adecuarse a los distintos niveles de riesgo y vulnerabilidad del grupo destinatario. Así, se justifica la aplicación y el desarrollo de **distintos programas de prevención universal, selectiva e indicada** diferenciados en su aplicación, en su metodología y en sus objetivos.

Prevención universal

Se trata de programas y actuaciones de prevención dirigidas a todos los adolescentes, jóvenes y familias de la ciudad de Madrid con el objetivo de prevenir riesgos de consumo de alcohol y otras drogas, dotándoles de herramientas útiles para el afrontamiento de las situaciones de riesgo. Son programas dirigidos a todos los adolescentes y jóvenes (población general de esas edades). En este tipo de prevención se desarrollan los siguientes programas:

Programa de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en contextos educativos: **“Prevenir en Madrid”**.

- *Prevenir en Madrid para Educación Primaria*
- *Prevenir en Madrid para Educación Secundaria*

Programa de prevención familiar

- *Servicio de orientación familiar*
- *Trabajo formativo con familias*

Programa de prevención en entornos comunitarios

- *Formación de mediadores sociales*
- *Intervención en ciclos formativos y universidades*
- *Formación e información preventiva en redes sociales*

Prevención selectiva

Programas y actuaciones de prevención dirigidas a adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid de especial riesgo, que suelen presentar consumos experimentales, ocasionales o consumos problemáticos de alcohol o de otras drogas, asociados a otras circunstancias de riesgo en otras áreas tales como: salud y autocuidados, psicopatológica, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio.

- *Prevenir en Madrid para intervención selectiva con grupos de riesgo*
 - *Contextos educativos*
 - *Contextos y recursos sociales*
- *Intervención preventiva individual*

Prevención indicada

Programas y actuaciones de prevención y atención integral dirigidas a adolescentes, jóvenes y familias de la ciudad de Madrid que presentan perfiles de abuso o dependencia del alcohol o de otras drogas, asociados a circunstancias y conductas de riesgo en otras áreas, tales como: salud y autocuidados, psicopatológica, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio.

- *Intervención preventiva individual*

2.1. PRINCIPIOS RELEVANTES ORIENTADORES DEL SERVICIO PAD

El Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) nace como una respuesta a una demanda concreta: orientar a las familias que sospechan o detectan un problema de consumo de drogas en su entorno directo.

Este servicio surge tomando el pulso a la realidad e identificando aquellas demandas que no perciben como respuesta adecuada los servicios tradicionales de atención a las drogodependencias, debido a que algunos de los perfiles de consumidores de drogas y perfiles adictivos exigen nuevas respuestas. Por ello, el Servicio PAD nace con un objetivo claro: analizar, orientar y canalizar los problemas relacionados con el consumo de drogas hasta una solución, que puede darse desde el propio servicio o desde cualquier otro recurso de la red del Instituto de Adicciones, sea este especializado o no lo sea.

La idea fuerza de este Servicio es la intervención dirigida a los adolescentes, jóvenes y familias sobre el consumo de drogas, desde un modelo de intervención con un enfoque no sanitario, sino ecológico, social y comunitario.

Los principios fundamentales del Servicio PAD son la atención inmediata, la confidencialidad y la intervención personalizada y adaptada a cada caso concreto.

La población destinataria final del Servicio PAD son los adolescentes/jóvenes y familias residentes en el municipio de Madrid, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas, pero que presentan carencias en factores, rasgos o circunstancias personales, familiares, sociales o culturales (factores de protección), situándose, por tanto, en una posición de especial vulnerabilidad frente al consumo de drogas.

Las intervenciones, como criterio y norma general, se complementan con acciones dirigidas a trabajar con los diferentes ámbitos relacionales del individuo o grupo: el centro educativo, la familia, el grupo de iguales y, por supuesto, la comunidad entendida como el entorno más cercano.

El Servicio PAD articula su intervención fundamentalmente sobre dos poblaciones beneficiarias del servicio: la intervención con adolescentes y jóvenes y la intervención con las familias. Se trata de dos “patas” o dos pilares fundamentales sobre los que se articula el servicio y para lo que cuenta con un equipo interdisciplinar de profesionales especializados: los técnicos de prevención de drogas en los distritos (TPD) y los psicólogos del Servicio PAD para la atención a las familias y también a los adolescentes y jóvenes y los supervisores/as de áreas. **Se trata de un equipo de profesionales que actúan de manera coordinada, complementaria y convergente, ya que las intervenciones que llevan a cabo, con los adolescentes y jóvenes y con las familias, se desarrollan de manera imbricada.**

La intervención preventiva que se lleva a cabo desde este servicio se caracteriza por ofrecer orientación, información, asesoramiento, pautas de actuación, motivación, apoyo y acompañamiento, tanto a los adolescentes y jóvenes, como a las familias. Asimismo, para una mayor claridad expositiva y conceptual, quizás resulta clarificador definir el Servicio PAD por aquello que no le define: **no se trata de un servicio desde el que se oferte tratamiento terapéutico ni terapia familiar, tampoco escuela de padres/madres, ni un compromiso familiar de larga duración.** Se trata por el contrario de una intervención preventiva, con un enfoque ecológico, psicosocial y comunitario.

En esta publicación, se van a describir y a profundizar específicamente en las actuaciones que se realizan desde este servicio, dirigidas a individuos y colectivos de adolescentes/jóvenes en los que, debido a la con-

El Servicio PAD articula su intervención fundamentalmente sobre dos poblaciones beneficiarias del servicio: la intervención con adolescentes y jóvenes y la intervención con las familias. Se trata de dos “patas” o dos pilares fundamentales sobre los que se articula el servicio

La intervención preventiva que se lleva a cabo desde este servicio se caracteriza por ofrecer orientación, información, asesoramiento, pautas de actuación, motivación, apoyo y acompañamiento, tanto a los adolescentes y jóvenes, como a las familias

Las actuaciones preventivas desarrolladas desde el servicio de Prevención de Adicciones constituyen un continuum que abarca desde la prevención universal a la selectiva e indicada

currencia de una mayor carencia de factores de protección, presentan una mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de conductas desadaptativas (*programas de prevención selectiva y seguimiento individualizado*), así como las actuaciones de prevención dirigido a las familias que se llevan a cabo desde el Servicio PAD, teniendo en cuenta que las actuaciones preventivas desarrolladas desde el Servicio de Prevención de Adicciones constituyen un continuum que abarca desde la prevención universal a la selectiva e indicada.

Así por ejemplo, en el ámbito educativo existen grupos en los que concurren un mayor número de factores de riesgo, lo que hace necesario aplicar programas de mayor especificidad, como es el Programa *"Prevenir en Madrid"* en su adaptación para la prevención selectiva. En ocasiones, a través de la intervención con este tipo de grupos en el medio educativo, ya sea en el propio aula o el entorno escolar, es posible identificar casos individuales, en los que se considera necesario realizar una intervención más personalizada, buscando para conseguirlo, la complicidad del centro educativo y de la familia.

En el ámbito familiar se producen también situaciones de especial vulnerabilidad, que hacen necesario intervenir desde una perspectiva de mayor riesgo. La detección de estas situaciones se realiza a través de las acciones de prevención realizadas en los colegios y/o con el tejido asociativo. En otras ocasiones, son las propias familias las que acuden directamente al Servicio PAD, formulando una demanda de atención.

Por otra parte, en el trabajo comunitario, que se realiza en los distritos, a través de estructuras de coordinación (mesas de salud, mesas de prevención, equipos de zona, etc.) y en las intervenciones del día a día en las diferentes zonas de actuación con las entidades del tejido asociativo, se detectan también individuos o colectivos con necesidades específicas, que requieren una intervención en la que se contemple la necesidad de este abordaje.

En síntesis, el conjunto y la articulación de todas estas actuaciones preventivas constituye un elemento clave del Servicio PAD y es lo que vamos a tratar de detallar en profundidad a lo largo de esta publicación.

2.2. EQUIPO DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO PAD

Para poder hacer una adecuada valoración, que nos permita diferenciar claramente entre los niveles de prevención selectiva y prevención indicada que facilite la consiguiente derivación al servicio más adecuado, se considera fundamental contar con un **equipo interdisciplinar** para poder llevar a cabo una **“evaluación multidimensional”** de los adolescentes, jóvenes y familias que acceden a la red.

Asimismo, es importante mantener una estrecha colaboración con los **“equipos de adolescentes y jóvenes”** de los Centros de Atención a las Drogodependencias de la red asistencial, ya que sólo desde una valoración integral es posible establecer un sistema que permita hacer una indicación de intervención adecuada y favorecer el buen resultado del mismo. En cualquier caso, se considera fundamental tener en cuenta la **variable edad**, considerando que los menores de 18 años tendrían una consideración especial a la hora de decidir el centro asistencial adecuado y se dará prioridad a su atención en espacios normalizados y, solamente excepcionalmente, cuando este criterio clave no sea posible, serán apartados de su entorno normalizado.

El Servicio PAD, como ya se ha comentado con anterioridad, cuenta con un equipo de profesionales responsables del desarrollo e implementación del mismo.

Los profesionales del equipo del servicio, además de su titulación inicial y un bagaje previo requerido en prevención de drogodependencias, han recibido una capacitación complementaria como expertos en intervención preventiva en contextos educativos y como expertos en prevención de drogas y otras conductas de riesgo. Dicha formación, impartida por el Departamento de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid, tiene como objetivo unificar criterios de intervención y garantizar la coherencia del modelo de atención que se oferta desde el Servicio PAD.

Además de esta capacitación, los profesionales realizan un “training práctico” acompañado por un supervisor/a con mayor experiencia que observa la forma en que responde e interactúa el profesional con los adolescentes/ jóvenes y/o con las familias, como requisito previo a comenzar su intervención. El equipo, además de esta formación inicial, recibe una formación continua.

El equipo se sustenta en tres grupos de profesionales o subequipos:

- Los técnicos de prevención de distrito (TPD): 21 profesionales
- Psicólogos del Servicio PAD: 4 profesionales
- Supervisores de área: 4 profesionales responsables cada uno respectivamente del área educativa, familiar, comunitaria y riesgo.

El Departamento de Prevención diseña las estrategias, proporciona las directrices para la intervención y lleva a cabo el seguimiento y una evaluación del proceso de implementación de las actuaciones, así como define unos criterios e indicadores para la evaluación de los efectos del servicio en los beneficiarios.

A continuación, definiremos las características y las funciones de los diferentes miembros del equipo técnico del Servicio PAD.

Subequipo de técnicos de prevención de distrito (TPDs)

Las especiales características de la intervención preventiva, hacen necesaria la existencia de una figura de proximidad que sirva de vínculo y referencia entre los adolescentes/jóvenes y el resto de recursos que puedan generarse en torno a sus necesidades.

El equipo de los técnicos de prevención de distrito (TPD) está formado por profesionales, distribuidos en los 21 distritos de la ciudad de Madrid y está conformado, en su gran mayoría, por educadores sociales, pedagogos y psicólogos que realizan una labor de prevención con adolescentes y jóvenes en una situación de mayor riesgo. Su acción se sitúa en entornos formales, no formales e informales, trabajando tanto en grupos como a nivel individual.

La figura del TPD nace con la vocación de ser un elemento activo en la comunidad, desempeñando un rol de agente de prevención entre jóvenes y adolescentes, así como con sus familias, y de contacto entre aquellos que desarrollan actividades de riesgo que ponga en peligro su salud, entendida ésta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y los recursos que podrían paliar o solucionar su situación.

Los TPDs conocen y se integran en la realidad del distrito en el que trabajan y se dan a conocer como un servicio público que oferta el Ayuntamiento de Madrid, como un agente de prevención integrado en la red sanitaria y social del área comunitaria en la que intervienen.

Tienen entre sus funciones facilitar la accesibilidad de los adolescentes, jóvenes y las familias que están en situación de mayor vulnerabilidad a los servicios que puedan serles de utilidad. **La cercanía del técnico de prevención facilita la intervención al ser una figura conocida y estable, que identifica y valora su realidad y sus necesidades**, colaborando activamente con ellos para encontrar respuestas a través de los recursos más adecuados en cada caso.

Los miembros del equipo de intervención son un elemento activo en la comunidad, desempeñando una función especializada como expertos en prevención, pero desde la indispensable coordinación con el resto de los recursos comunitarios, con los que trabaja activamente en red. Bajo esta filosofía, el TPD representa una figura referente para los propios adolescentes y jóvenes, para el profesorado y orientadores del centro educativo, las familias, el tejido asociativo, así como para el resto de los servicios comunitarios de carácter público.

La intervención en el territorio se diseña y planifica bajo la supervisión de un coordinador para cada una de las áreas de intervención (educativa, familiar, comunitaria e intervención en riesgo). Las directrices de supervisión están consensuadas de manera constante con el Departamento de Prevención con el fin de unificar los criterios, homogeneizar las acciones y dotar de la misma calidad a las intervenciones, programas y servicios que se desarrollan en cada zona.

Una función esencial del TPD es la planificación y desarrollo de acciones que, entroncadas en el contexto social, educativo y comunitario, permitan capacitar a diferentes agentes sociales como promotores de salud (formación del profesorado y de otros mediadores sociales que implementan la labor preventiva en sus áreas de influencia). Paralelamente, desarrolla **actividades consideradas clave desde este servicio orientadas a la detección y captación de casos** y al establecimiento de vínculos adecuados con los adolescentes y jóvenes que faciliten la intervención.

Uno de los principales objetivos de las actuaciones del TPD es lograr la motivación del adolescente/joven y su predisposición para el cambio de aquellos comportamientos de riesgo, evaluando los factores que están influyendo en su conducta.

El TPD desarrolla sus funciones siguiendo una planificación y el desarrollo de un programa personalizado de intervención (PPI) fruto de un trabajo en equipo interdisciplinar en el que participa junto al resto de los profesionales que constituyen el equipo técnico del Servicio PAD

Ofrecerá modelos referenciales útiles en su desarrollo personal, educará en hábitos de conducta saludables, desarrollará o posibilitará actividades de ocio enriquecedor que refuercen estilos de vida sanos e integradores y posibilitará actuaciones coherentes, sin necesidad de institucionalizar al menor en riesgo, para lo que recurrirá, como norma general, a los recursos normalizados

Para el diseño de la intervención, su seguimiento y posterior evaluación de cada uno de los casos, se cuenta con la orientación y coordinación de todos los miembros del equipo.

El TPD desarrolla sus funciones siguiendo una planificación y el desarrollo de un programa personalizado de intervención (PPI) fruto de un trabajo en equipo interdisciplinar en el que participa junto al resto de los profesionales que constituyen el equipo técnico del Servicio PAD, es decir, el subequipo de psicólogos y los supervisores de área (educativa, familiar, comunitaria y riesgo).

El TPD podrá **desarrollar estrategias de intervención**, ya sea en grupos o de manera individualizada tratando de potenciar el aprendizaje de contenidos básicos sociales y culturales. De la misma manera, tratará de facilitar la integración y participación del adolescente/joven en riesgo en grupos de iguales y de adultos referentes constructivos. Para ello, ofrecerá modelos referenciales útiles en su desarrollo personal, educará en hábitos de conducta saludable, desarrollará o posibilitará actividades de ocio enriquecedor que refuercen estilos de vida sanos e integradores y posibilitará actuaciones coherentes, sin necesidad de institucionalizar al menor en riesgo, para lo que recurrirá, como norma general, a los recursos normalizados.

Subequipo de psicólogos del servicio

Otro pilar fundamental sobre el que se sustenta el Servicio PAD es el subequipo de psicólogos expertos en drogodependencias e intervención familiar que trabajan de manera imbricada con los TPDs en el diseño, desarrollo del PPI, así como en el seguimiento de dicho programa de intervención, tanto a nivel familiar como con adolescentes y jóvenes.

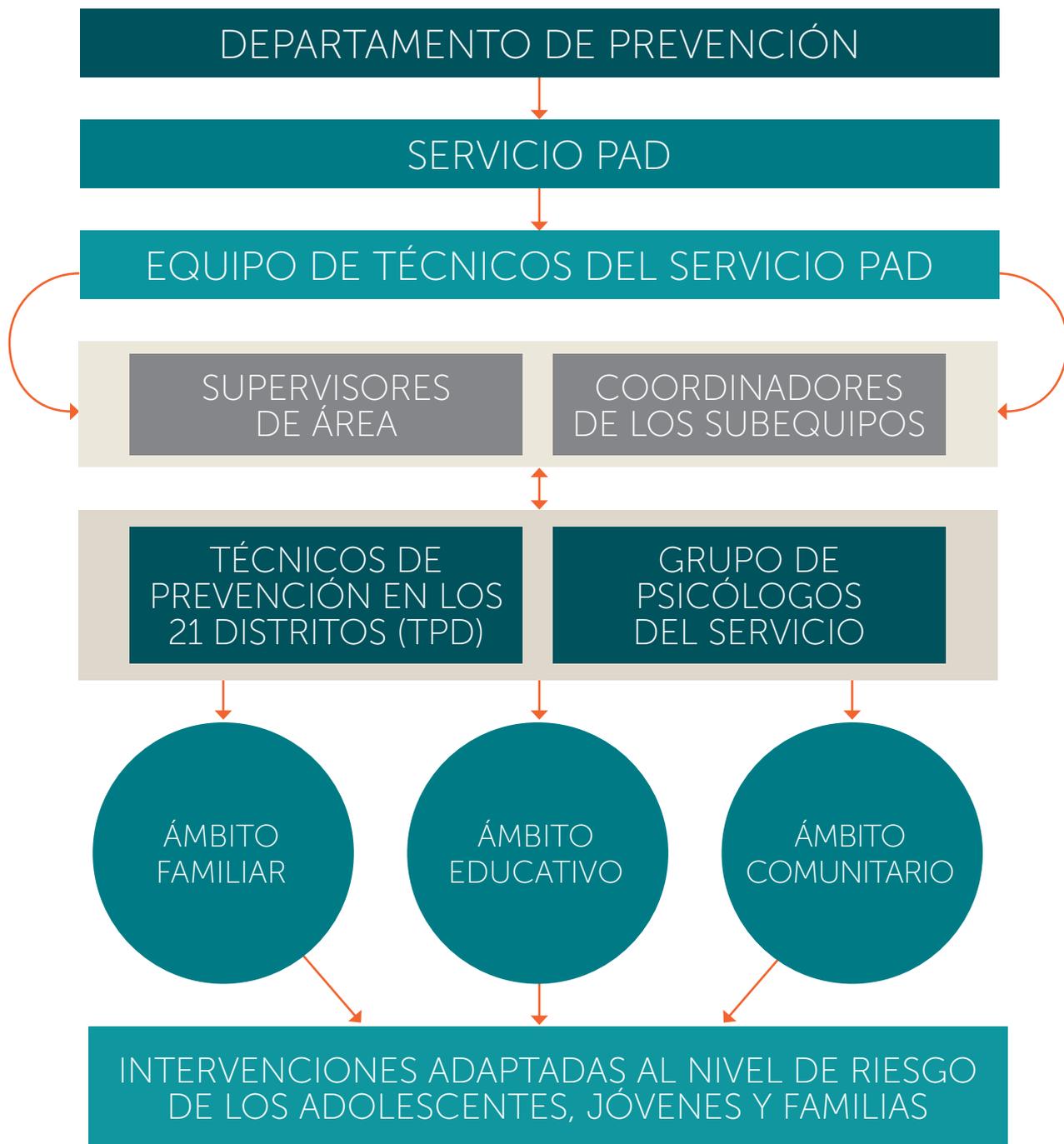
Estos profesionales desarrollan un papel de orientación, información, asesoramiento, motivación, apoyo y la transmisión de pautas de actuación ante las inquietudes de los padres/madres sobre los comportamientos de sus hijos/as relacionados con el consumo inadecuado de sustancias, a través de tres vías: telefónica, presencial y on line.

Subequipo de supervisores de área (educativa, familiar, comunitaria y riesgo)

Además de los subequipos operativos descritos, el subequipo de **supervisores de área (educativa, familiar, comunitaria y riesgo)** se encargan del diseño, planificación, supervisión, toma de decisiones y evaluación de la intervención con adolescentes/jóvenes y sus familias, señalando las directrices precisas y necesarias que optimizan la calidad de las intervenciones.

Por otro lado, se cuenta con una serie de servicios o recursos implicados en las tareas preventivas y con los que se trabaja en estrecha colaboración, con objeto de realizar una adecuada valoración, que permita diferenciar claramente entre los niveles de prevención selectiva y prevención indicada, facilitando la consiguiente derivación al servicio que se considere más adecuado.

Desde los Centros Asistenciales, los TPDs y los psicólogos del Servicio PAD, se establece una coordinación, en los casos en los que se considera indicado, con centros y servicios de atención a adolescentes y jóvenes de los centros de servicios sociales, centros municipales de salud (CMS) y Centro Madrid salud joven, servicios educativos, servicio de orientación laboral (SOL) con talleres específicos para adolescentes y jóvenes, talleres jóvenes (taller de mecánica de motos y taller de electricidad), atención primaria de salud, centros de apoyo a la familias (CAF), comunidades terapéuticas específicas para adolescentes y jóvenes y otras instituciones y entidades sociales que trabajan con adolescentes y jóvenes.



3 OBJETIVOS Y GRUPOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO PAD

La meta o finalidad del Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) es "evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos, cuando éstos se producen, y lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, haciendo hincapié en las adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid, potenciando asimismo la prevención y la disminución de esta problemática.

3.1. OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO PAD

El objetivo general del Servicio PAD, en coherencia y con el marco de la meta o finalidad prevista, es planificar y desarrollar acciones que, entroncadas en el contexto comunitario, educativo y familiar, favorezcan el acercamiento al colectivo de adolescentes/jóvenes y familias, desarrollando diferentes actuaciones que favorezcan la detección, captación y el posterior proceso armónico de socialización, en poblaciones especialmente vulnerables y/o que pueden estar realizando actividades o rutinas de ocio asociadas al consumo, que puedan desencadenar comportamientos de riesgo, entre ellos la posibilidad de desarrollar una adicción o comprometer su desarrollo madurativo .

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SERVICIO PAD

El Servicio PAD formula a su vez una serie de objetivos específicos y operativos que se recogen en el cuadro adjunto:

Cuadro 6. Objetivos específicos por destinatarios

OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR DESTINATARIOS	
Dirigidos adolescentes y jóvenes	<p>Favorecer el desarrollo socioeducativo de los factores de protección grupales e individuales, a través del entrenamiento en habilidades que permitan afrontar adecuadamente los conflictos, teniendo en cuenta el período evolutivo en que se encuentran los destinatarios.</p> <p>Facilitar la integración y participación del adolescente/joven en riesgo en grupos de iguales y de adultos constructivos, que permitan ofrecer modelos de referencia positivas y útiles para su desarrollo personal.</p> <p>Establecer y consolidar vínculos con los alumnos/as para posibilitar las posibles intervenciones individuales.</p> <p>Llevar a cabo un seguimiento y un acompañamiento de los adolescentes, jóvenes consumidores de drogas, a través de un programa personalizado de intervención (PPI).</p> <p>Llevar a cabo un seguimiento coordinado, tras la derivación del sujeto a otras instituciones, en la que se irá reduciendo la responsabilidad del técnico en favor del incremento de la del sujeto y de la entidad a la que se ha derivado.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR DESTINATARIOS

Dirigidos a las familias

Orientar a las familias sobre la forma más adecuada de detectar precozmente y actuar ante las sospechas de consumo de drogas o consumos iniciales entre alguno de sus miembros, especialmente entre los menores de edad o mayores no emancipados.

Ofertar a las familias información, orientación, aclaración, asesoramiento especializada sobre la forma más adecuada de actuar ante los problemas derivados del consumo de drogas y otras conductas adictivas en el núcleo familiar, teniendo en cuenta que esta orientación, información y asesoramiento no implica un compromiso familiar de larga duración.

Poner a disposición de las familias orientación sobre pautas educativas y apoyo para mantener un estilo educativo democrático en la convivencia entre los miembros de la familia, así como formación especializada sobre la prevención de las drogodependencias.

Ayudar a contener y manejar la angustia de la familia ante situaciones de conflicto con sus hijos/as, evitando el deterioro de la comunicación y de las relaciones afectivas con sus hijos/as.

Acercar a las familias los recursos y servicios disponibles en el municipio de Madrid.

Dirigidos a ambos destinatarios: adolescentes/jóvenes y sus familias

Evaluar apropiadamente el distrito al que los técnicos de prevención de drogas va ser asignado en coordinación con los diferentes agentes sociales.

Planificar actuaciones conjuntas con recursos y agentes sociales que intervienen con este colectivo, detectando situaciones que afecten a sus competencias.

Atender aquellas demandas concretas, intentando dar respuesta a las mismas, relacionadas con el consumo de sustancias y adicciones sociales que puedan surgir en los centros educativos o en otros entornos comunitarios por parte de los alumnos/as, padres/madres y/o profesionales que trabajan en el mismo.

Trabajo interrelacionado de los miembros del equipo de profesionales del Servicio PAD para dar una respuesta conjunta a las demandas del adolescente, joven y su familia, estableciendo un trabajo paralelo con los adolescentes, jóvenes y las familias.

3.3. GRUPO DESTINATARIO Y PERFILES

La población diana a la que se dirige el Servicio PAD son los adolescentes, jóvenes y familias de la ciudad de Madrid, menores de 25 años, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas, que presentan una serie de factores o circunstancias personales, familiares, sociales o culturales (factores de riesgo) que les sitúan en una posición de especial vulnerabilidad frente al consumo.

Conviene diferenciar, sin embargo, dos tipos de adolescentes de riesgo a los que se dirige el servicio:

- Los que ya han comenzado a comprometer su desarrollo al iniciar las conductas que lo ponen en riesgo, situación en la que se encuentran los de mayor edad y/o tiempo de exposición a los factores de riesgo.
- Los que tienen una gran probabilidad de incurrir en dichas conductas, debido a las condiciones que les caracterizan y al ambiente que les rodea, pero todavía no se han iniciado en las conductas de riesgo. En este grupo suelen encontrarse los de menor edad y/o menor tiempo de exposición al riesgo y con los que cabe esperar una mayor eficacia de la intervención preventiva selectiva.

Las actuaciones a desarrollar se realizan de forma diferenciada atendiendo a las siguientes franjas de edad:

- Hasta los 15 años inclusive.
- Entre los 16 y 17 años.
- Entre los 18 y 21 años.
- Entre los 22 y 24 años.

Otros colectivos intermedios también son beneficiarios indirectos del servicio: los profesores/as de los centros educativos y otros mediadores sociales significativos presentes en los distritos y barrios de la ciudad de Madrid.

4 | PROCESOS ESTRATÉGICOS Y PROCESOS OPERATIVOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES

La realidad de una intervención se disecciona, de una manera u de otra, en función de la perspectiva teórica que se sustenta. En el diseño e implementación del **Servicio de Prevención de Adicciones (PAD)** se ha partido de la programación de procesos⁷, según la cual la visión de la programación se centra en los procesos que han sido necesarios para la generación de los resultados previstos (procesos estratégicos y procesos operativos), ya que cualquier actividad que recibe entradas (*inputs*) y las convierte en salidas (*outputs*) puede considerarse un proceso (2008, Ligeró, J.A.).

La visión del análisis se centra en los procesos que han sido necesarios para la generación de los resultados. Según este enfoque, un buen proceso, es decir, una buena implantación basada en unos acertados diagramas de flujo, logrará unos hallazgos y unos resultados positivos. Se han clasificado los procesos según los niveles de planificación:

Procesos estratégicos: aquellos que están relacionados con la definición y el control de los objetivos del servicio, su planificación y estrategia. Responde a la pregunta ¿qué se hace?, recogiendo así lo que se pretende realizar con el colectivo diana de la intervención, en este caso con los adolescentes, jóvenes y las familias.

Procesos operativos: aquellos que permiten el desarrollo de la planificación y estrategia definida del servicio e inciden directamente en la satisfacción de la población beneficiaria. Esta dimensión se centra en **cómo** se están aplicando los procesos estratégicos y los programas.

Es importante hacer hincapié en que el **Servicio PAD** interviene de manera conjunta e interrelacionada con los adolescentes y jóvenes y las familias, ya que una de las estrategias clave es trabajar conjuntamente con estos dos grupos de beneficiarios, constituyendo dos pilares sobre los que se articula todo el servicio. En aras de una mayor claridad pedagógica, en este apartado se irán describiendo y analizando los procesos estratégicos y operativos que se han llevado a cabo con los adolescentes y jóvenes por un lado, para en un capítulo posterior (capítulo 5), describir y analizar los procesos estratégicos y operativos que se llevan a cabo con las familias, pero subrayando una vez más que todos los procesos que se describen conforman un único servicio.

⁷ Por proceso se entiende la cadena integrada de un conjunto de acciones, equipos y funciones necesarias para la prestación de un servicio, que acaba generando un valor añadido, es decir, unos resultados. Responden a la pregunta ¿qué procesos estratégicos se están llevando a cabo?, y ¿cómo se han operativizado e implementado los procesos estratégicos? (Ligeró, J.A., 2008).

4.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES

La comunidad educativa es un contexto privilegiado para actuar desde las etapas tempranas del desarrollo, con programas dirigidos al refuerzo de factores de protección que limiten o, al menos, disminuyan las posibilidades de aparición de conductas de riesgo, especialmente aquellas relacionadas con los trastornos adictivos.

Es importante destacar que, entre sus valores añadidos, está el de concentrar el esfuerzo de una serie de mediadores sociales que participan en el proceso educativo de los jóvenes: padres, profesorado y otros agentes comunitarios.

El Servicio PAD desarrolla un conjunto de actuaciones en el contexto escolar y en el contexto comunitario. Algunas de ellas son actuaciones claves para la captación y detección de adolescentes, jóvenes y familias que posibiliten una intervención preventiva. A continuación, describiremos brevemente los programas diseñados e implementados en la ciudad de Madrid.

El Servicio PAD desarrolla un conjunto de actuaciones en el contexto escolar y en el contexto comunitario

En el contexto educativo existen grupos en los que concurren un mayor número de factores de riesgo, lo que hace necesario aplicar programas de mayor especificidad que el programa de prevención universal "Prevenir en Madrid"

4.1.1. PREVENCIÓN SELECTIVA EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

En el **contexto educativo** existen grupos en los que concurren un mayor número de factores de riesgo, lo que hace necesario aplicar programas de mayor especificidad que el programa de prevención universal *"Prevenir en Madrid"*. No obstante, este programa, así como otro tipo de actuaciones preventivas que se realizan desde el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones dentro de la tipología de prevención universal, constituyen una intervención clave para la detección y captación de adolescentes y jóvenes más vulnerables, es decir, aquellos que presentan menores rasgos de protección y que, por tanto, van a ser objeto de una intervención más focalizada en los factores de riesgo que se evalúen en cada caso y más intensa.

Así, considerando el centro educativo como uno de los contextos más relevantes, se implementan diferentes actuaciones encaminadas a la reducción de factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección en el marco del entorno educativo de los adolescentes/jóvenes. De esta manera, se integraría la educación para la salud con la educación formal, fomentando que los alumnos/as adquieran el valor por su propia salud también en lo que respecta al consumo de sustancias y a las adicciones sociales.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN CONTEXTOS EDUCATIVOS DE MAYOR RIESGO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Programa dirigido a profesores y alumnos de centros educativos gestionados por entidades públicas, privadas y sin ánimo de lucro. Se trata de una intervención preventiva en centros educativos en los que se detecta un porcentaje elevado de factores de riesgo, tales como: determinados Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), centros educativos en los que se imparte Aulas de Compensación Educativa (ACEs), Unidades de Formación e Inserción Laboral (UFIL), Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI).

La aplicación se realiza a través de diferentes modalidades que dependen de dos variables: la presencia y formación del profesorado o agente social y las propias características del grupo, que condicionan las actividades que se vayan a desarrollar con una metodología lúdica y participativa a través de talleres, actividades artísticas, deportivas, etc.

OBJETIVOS

- Involucrar a los profesionales del centro educativo o institución social en el programa.
- Establecer un contacto y un trabajo paralelo con la familia.
- Ofrecer modelos de referencia útiles en su desarrollo personal.
- Evaluar la influencia de los distintos factores de riesgo sobre la población seleccionada.
- Vincular a los adolescentes y jóvenes al centro escolar de una forma positiva y productiva, facilitando la integración y participación del adolescente/joven en riesgo en grupos de iguales y de adultos constructivos como referentes.
- Potenciar el aprendizaje de contenidos básicos sociales y culturales, dando a conocer alternativas eficaces para disminuir la incidencia de los factores de riesgo seleccionados.
- Modificar las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, mejorando la información y/o asesoramiento sobre las sustancias, y promoviendo una toma de decisiones responsable.
- Promover una actitud reflexiva y crítica sobre las drogas y sobre los usos del ocio asociado a ellas, incrementando las actividades alternativas.
- Favorecer la captación y el desarrollo de medidas socioeducativas de aquellos individuos que requieran una intervención y un seguimiento individualizado.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL AULA EN EL ESPACIO DE TUTORÍAS DEL CENTRO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa se dirige a alumnos/as que acuden a Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (IESO), centros educativos en los que se imparte ACEs, Unidades de Formación e Inserción Laboral (UFIL), programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI).

El programa organiza talleres de comunicación preventivos con el protagonismo del alumnado en programas de radio en coordinación con emisoras de radio comunitarias, actividades deportivas y de ocio saludable y acompañamiento en actividades extraescolares y de ocio que se programen desde el centro.

OBJETIVOS

- Informar, analizar y reflexionar sobre cuestiones relacionadas con la adolescencia y el riesgo, las adicciones y el uso de las nuevas tecnologías.
- Explorar y desmontar los mitos más extendidos sobre las drogas y su consumo, proporcionando una información adecuada y adaptada respecto a las sustancias consumidas.
- Establecer y consolidar vínculos con los alumnos/as para posibilitar las posibles intervenciones individuales.
- Establecer un trabajo paralelo con la familia (si es posible y se considera oportuno) ante las demandas y necesidades de los adolescentes y jóvenes.
- Orientar a los profesionales que intervienen en el centro educativo sobre prevención de adicciones.

TUTORÍAS INDIVIDUALIZADAS DE ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO A ALUMNADO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Se trata del establecimiento de un espacio de asesoramiento y orientación periódico en el centro y acompañamiento familiar al servicio PAD, e intervención familiar en caso necesario. Va dirigido a alumnos/as que acuden a los IESO, centros educativos en los que se imparte ACEs, Unidades de Formación e Inserción Laboral (UFIL), programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI).

OBJETIVOS

- Atender las demandas concretas, intentando dar respuesta a las mismas, relacionadas con el consumo de sustancias y adicciones sociales que puedan surgir en los centros educativos por parte de los alumnos/as y familias, así como de los profesionales que trabajan en el mismo.
- Evaluar cada caso concreto con objeto de reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL EN CASO DE SANCIONES POR CONSUMO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Cuando el agente tutor de la Policía Municipal, inicie o tenga conocimiento sobre una intervención relacionada con el consumo de drogas u otras conductas adictivas realizadas por menores de edad, se inicie o no el procedimiento sancionador, procederá, en todos los casos, a informar del hecho a los padres, tutores o representantes legales.

Si el adolescente es menor de 16 años, el agente tutor dará a conocer a la familia, la existencia del TPD y de los otros profesionales del servicio PAD, con el objetivo de facilitarles orientación sobre las pautas de actuación más adecuadas para prevenir o actuar ante consumo de drogas y otras conductas adictivas en su caso.

En el caso de que el menor tuviera 16 años cumplidos, el agente tutor dará a conocer, además de a la familia, al propio menor la existencia del técnico de prevención del distrito y del resto del equipo del servicio PAD, con el objetivo de facilitarles información y orientación sobre los diferentes recursos y servicios del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

No obstante, en lo referente al consumo de alcohol en esta franja de edad, se realizará el contacto con la familia y la derivación al TPD, cuando a criterio del actuante así lo estime conveniente, y cuando concurren los siguientes supuestos: grave riesgo para la salud o integridad del menor, ausencia de autocontrol o bien a solicitud del propio menor y reiteración en las sanciones.

En aquellos casos que por su gravedad o reincidencia, transcurrido un mes desde la puesta en conocimiento por parte del agente tutor a la familia o directamente al interesado de la posibilidad de contactar con el técnico de prevención de distrito y/u otro profesional del servicio PAD, no se haya producido este contacto, el agente tutor volverá a ponerse en contacto con la familia o el individuo para conocer el estado de la situación y reiterar la oferta de asesoramiento.

En el caso de ser una sanción grupal, se desarrollan actividades de información y reflexión sobre adicciones a través de dinámicas y técnicas interactivas grupales, asimismo se trabajará de manera individual con los casos que se considere adecuado y conllevará el seguimiento individualizado.

Cuando el agente tutor o el técnico de prevención reciban una solicitud por parte de un centro educativo para llevar a cabo una actuación relacionada con la prevención o intervención sobre el consumo de drogas u otras conductas adictivas, propondrá al centro educativo las siguientes alternativas:

- **Sesión formativa conjunta:**

El agente tutor informará al centro educativo sobre la posibilidad de que el técnico de prevención de distrito, desarrolle los contenidos específicos sobre prevención del consumo de drogas y viceversa. Será el TPD el que informará al centro educativo sobre la posibilidad de que el agente tutor desarrolle los contenidos propios de su intervención.

- **Sesión individual:**

En aquellos casos en los que el agente tutor valore que el TPD es la figura más adecuada para asumir los contenidos solicitados por el centro educativo, el agente tutor derivará la solicitud al TPD, previo conocimiento y expreso consentimiento del centro educativo.

Si se efectúa denuncia a un menor en horario escolar o existen indicios de que pudiera estar implicado en conductas de riesgo, bien en el interior del centro educativo o en sus alrededores, el agente tutor contactará con el director del centro, informándole sobre las funciones del técnico de prevención de distrito, tanto para la intervención individualizada, si fuera necesario, como para el desarrollo de programas y actividades de prevención de adicciones dirigidas a los contextos educativos (profesorados, alumnados y familias).

Para el desarrollo de las acciones previstas, los agentes tutores y los TPDs mantendrán reuniones periódicas con el fin de intercambiar información sobre las intervenciones individuales, así como de trasladarse las necesidades detectadas en los centros educativos de cada uno de los distritos.

Se llevarán a cabo también actividades de divulgación de ambos servicios. Así, los agentes tutores proporcionarán información sobre las funciones de los técnicos de prevención y del Servicio PAD a cualquier persona o entidad, pública o privada que, según su valoración, necesite un asesoramiento especializado sobre servicios o recursos en materia de adicciones. Asimismo, los técnicos de prevención informarán a su vez de las labores de los agentes tutores a los dispositivos con los que se coordinan o intervienen.

OBJETIVOS

Incorporar aspectos sanitarios, sociales y preventivos a las medidas disciplinarias por consumo en el centro y/o su entorno comunitario.

4.1.2. PREVENCIÓN SELECTIVA EN CONTEXTO COMUNITARIO

El modelo de intervención en medio abierto en los 21 distritos de Madrid, permite conocer, contactar e intervenir con la población en el mismo entorno en el que desarrolla su vida diaria, en el que se encuentran muchos de los factores de riesgo que les afectan y de donde deben surgir los factores protectores a desarrollar.

Este modo de proceder, facilita contactar con adolescentes y jóvenes que hacen uso o abuso de determinadas drogas y comenzar con ellos un proceso de motivación para que inicien un estilo de vida más saludable o, si fuera necesario, pudieran incorporarse a un programa de tratamiento diseñado a su medida. En determinadas situaciones o entornos, la reducción o gestión de riesgos es la vía de aproximación inicial a estos colectivos.

La intervención grupal **en medio abierto**, utiliza una metodología fundamentada en los principios del aprendizaje social y la educación entre iguales. Esta metodología hace necesario el establecimiento de una serie de fases que ordenan y rentabilizan las actuaciones:

- Selección de la zona de intervención según el nivel de riesgo detectado.
- Toma de contacto y captación del grupo.
- Análisis de las necesidades grupales.
- Detección de posibles variaciones individuales.
- Derivación a recursos.
- Seguimiento.

INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN MEDIO ABIERTO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa diseña y desarrolla un conjunto de estrategias de aprendizaje y dinamización grupales, tales como: actividades deportivas, actividades culturales, actividades lúdico-recreativas, talleres educativos, salidas a espacios naturales, realización de actividades educativas en aula abierta, derivación y coordinación a recursos, talleres educativos.

OBJETIVOS

- Evitar o reducir el consumo de alcohol y otras drogas.
- Potenciar el desarrollo de hábitos saludables y el desarrollo habilidades sociales.

- Favorecer la cohesión grupal.
- Fomentar la comprensión e interiorización de normas.
- Potenciar una actitud sana frente a si mismo.
- Potenciar la confianza en el grupo.
- Favorecer espacios de relación saludables, motivando hacia un ocio creativo y no consumista, facilitando y promoviendo alternativas educativas saludables de ocio y tiempo libre.
- Favorecer la participación de la población de riesgo en su medio natural de socialización, incrementando el aprendizaje de estrategias y de actividades que les permitan integrarse positivamente en cualquier entorno.
- Actuar sobre el grupo para que éste, a su vez, actúe como factor de protección sobre sus propios miembros.
- Formar al grupo o a los líderes naturales del mismo como agentes preventivos.

4.1.3. SEGUIMIENTOS INDIVIDUALES

A través de todas las líneas de trabajo señaladas se detectan casos en los que resulta necesario realizar lo que denominamos *“Intervención o seguimiento individual”*, mediante el cual el equipo técnico del Servicio PAD se encarga de atender las diferentes necesidades del sujeto o grupo detectadas y/o canalizarlos adecuadamente hacia los servicios oportunos.

La captación de casos que requieren una intervención individual, previo diseño de un programa personalizado de intervención, (PPI) proceden, con mayor frecuencia, de los siguientes recursos o espacios en los que desarrollan su vida cotidiana los adolescentes y jóvenes: centros educativos (la mayoría de los casos), agente tutor de la policía municipal, captación propia de los equipos de TPD, tejido asociativo comunitario, servicios sociales municipales, centros de atención a las drogodependencias y/o centros municipales de salud (CMS).

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Los motivos más frecuentes que requieren una intervención individual son, por este orden: sospecha de consumo de drogas, alto riesgo social, es decir, ausencia de numerosos factores protectores y presencia de vulnerabilidad, uso experimental y/o recreativo de drogas y multa administrativa por tenencia o consumo en vía pública.

Las intervenciones se realizan siguiendo un protocolo de actuación definido que es similar para los ámbitos de intervención, escolar o comunitario, que comprende las siguientes fases, y el cual describiremos con mayor profundidad en el apartado correspondiente a procesos operativos:

- Identificación de la población diana.
- Captación.
- Análisis de necesidades individuales.
- Determinación del nivel de riesgo.
- Definición de objetivos a cubrir.
- Aplicación de las estrategias socioeducativas previstas.
- Derivación y coordinación con servicios especializados, si fuese necesario. Las derivaciones a otros recursos más frecuentes son, por este orden: recursos de ocio y tiempo libre, CMS, centro asistencial, tejido asociativo comunitario, recursos para el empleo, recursos municipales generales.
- Seguimiento individual y evaluación de proceso y resultados.

Los contenidos y las estrategias que se pondrán en marcha son las siguientes:

- Educación para la salud en colaboración con recursos específicos.
- Mediación familiar.
- Apoyo y seguimiento escolar.
- Asesoramiento y apoyo para la planificación adecuada del tiempo libre.

- Asesoramiento laboral.
- Visitas domiciliarias.
- Acompañamiento, derivación y coordinación con recursos especializados y/o no especializados.
- Asesoramiento en materia de consumo y disminución de comportamientos adictivos: orientación a la abstinencia, control y reducción del consumo, disminución de los riesgos asociados.

OBJETIVOS

- Aplicar criterios, previamente establecidos, para definir la población diana.
- Favorecer la captación de la población considerada en riesgo.
- Favorecer la aplicación de estrategias socioeducativas adaptadas a cada situación de riesgo específica, mediante el diseño de un programa personalizado de intervención (PPI).
- Potenciar los hábitos de vida saludables.
- Desarrollar actitudes recreativas saludables.
- Favorecer la motivación hacia los recursos formativos; tanto para paliar el absentismo como para disminuir el índice de fracaso escolar.
- Implicar y vincular a la población diana a los recursos especializados necesarios.
- Favorecer la integración en redes comunitarias.
- Evitar en lo posible la institucionalización de esta población.

4.2. PROCESOS OPERATIVOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES

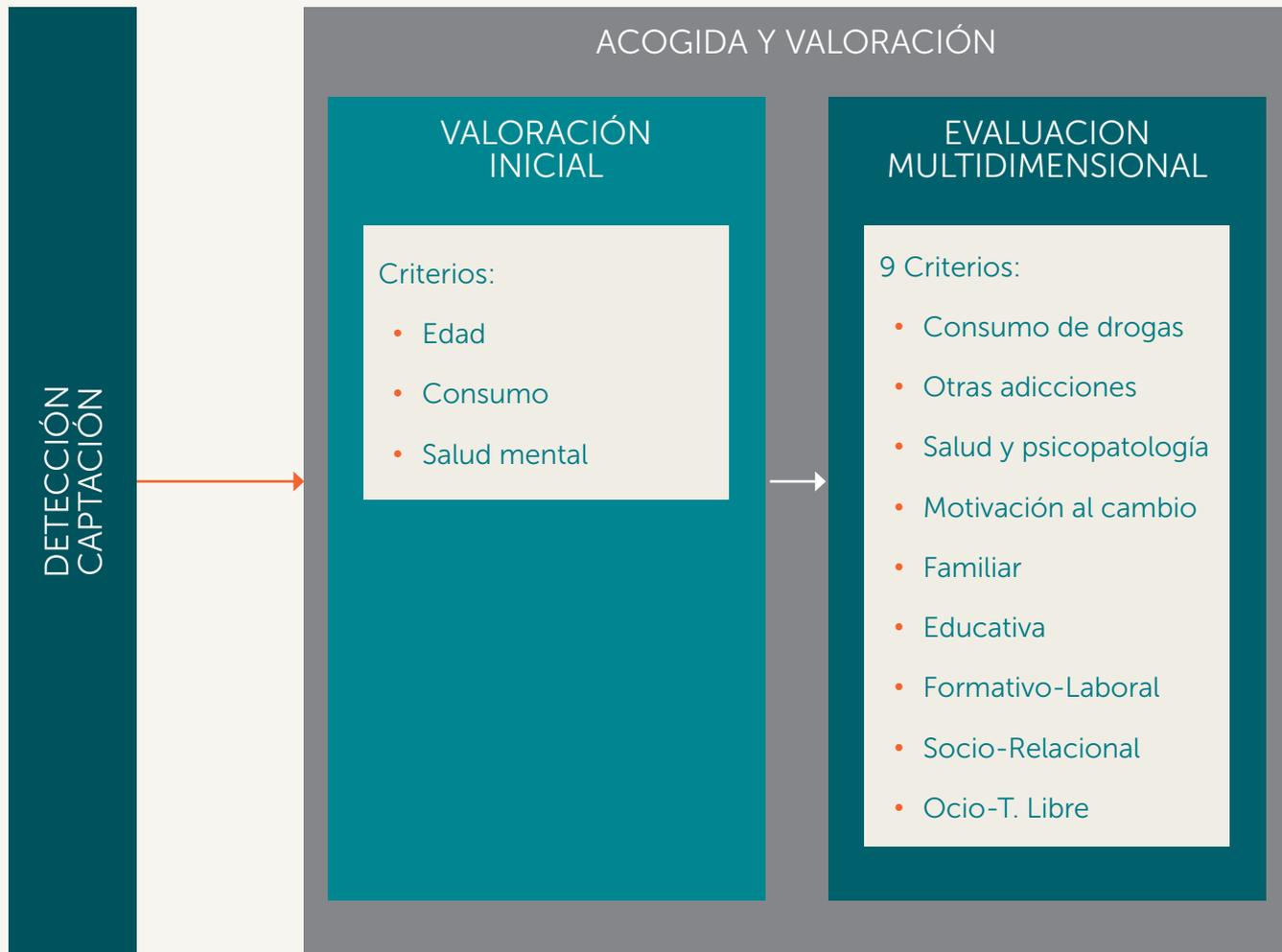
En este apartado describimos los procesos operativos más relevantes que se han protocolizado desde el **Servicio de Prevención de Adicciones (PAD)** para la intervención con adolescentes y jóvenes, es decir, una vez descritas las líneas y los procesos estratégicos, analizamos *¿cómo se llevan a la práctica?, ¿cómo se hace?*

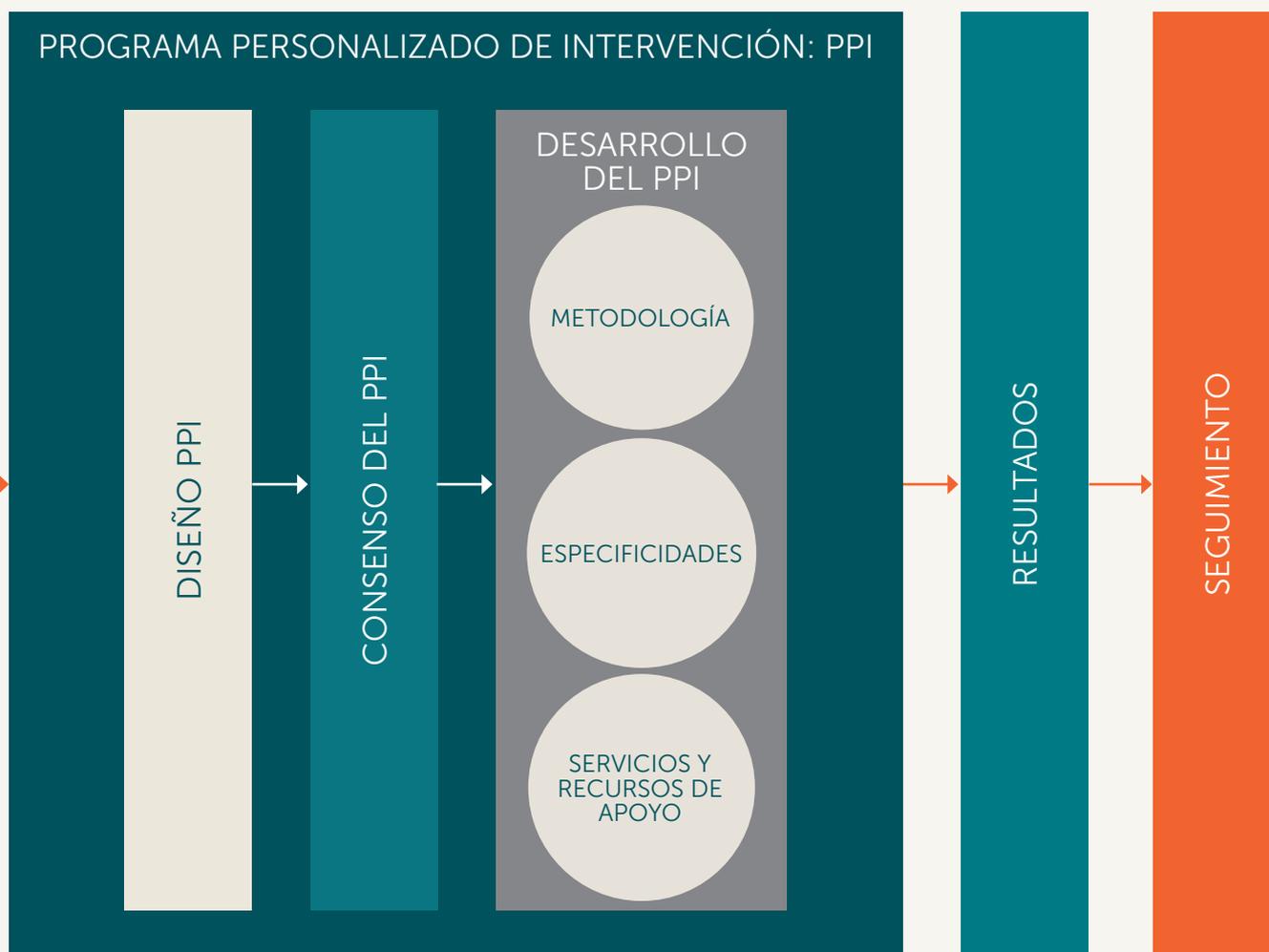
Partiendo de la concepción del proceso de atención integral contenido en el Plan de Adicciones 2011-2016 se establecen una serie de pasos o fases en la intervención preventiva.

En el cuadro adjunto se presenta un esquema sintético de las fases de dicha intervención, para, a continuación, a lo largo de este apartado describir y analizar los procedimientos llevados a cabo en cada una de las fases que componen la actuación preventiva.

SERVICIO PREVENCIÓN DE ADICCIONES (PAD)

PROCESO DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES Y JÓVENES





PASO 1. DETECCIÓN Y CREACIÓN DE UN VÍNCULO

Desde el posicionamiento de invulnerabilidad que acompaña por definición a la adolescencia, no podemos esperar que la conciencia de problema, la percepción del riesgo y la motivación al cambio constituyan el eje principal de la relación con el adolescente y joven. La negación del problema impregna cada una de las estrategias de captación y, cuando la llegada del caso se produce de forma espontánea (recepción y acogida), suele estar motivada por los problemas asociados al consumo (familiares, escolares, laborales, relacionales, sanciones, etc.) más que por el consumo en sí mismo.

Esto abre para los equipos técnicos una nueva exigencia, pero también una nueva oportunidad, como es incorporar el contexto del adolescente/joven como parte activa de la intervención, tanto desde la perspectiva coadyuvante como desde la visión sistémica en la que la modificación del entorno directo permite estabilizar los cambios conseguidos y optimizar resultados.

Con frecuencia, las principales vías de detección y captación de adolescentes y jóvenes se encuentran en los contextos cotidianos donde estos viven y se relacionan: el instituto, el barrio, el contexto familiar, etc.

El **técnico de prevención de distrito (TPD)** que está en contacto directo con los adolescentes y jóvenes a través de la realización de actividades y programas preventivos en distintos ámbitos y en todos los distritos de la ciudad, es una figura/profesional que tiene o puede tener cercanía, disponibilidad y además criterio técnico, para valorar conductas de riesgo sobre el consumo de sustancias. **El establecimiento de un vínculo adecuado es imprescindible** para poder iniciar cualquier proceso de intervención con adolescentes y jóvenes.

En esta fase destaca una de las finalidades y tareas clave de este servicio: identificar a los individuos y grupos de mayor riesgo, con el objetivo de llevar a cabo una intervención preventiva, estableciendo con ellos una relación dirigida a conseguir un vínculo estable en su propio entorno.

En resumen, en esta fase de **detección y captación** de adolescentes y jóvenes y/o sus familias, tienen una importancia fundamental las acciones que se requieren para lograr los principales objetivos; éstos son:

Definir la población diana.

Captar y establecer vínculos con los adolescentes y jóvenes seleccionados en función de su situación de riesgo, logrando una aproximación personal óptima por parte del TPD o del profesional encargado de la captación del adolescente o joven.

Valorar el tipo de intervención preventiva pertinente.

Identificar la prioridad de las diferentes necesidades socioeducativas detectadas en el inicio de la intervención.

Lograr una adecuada motivación y disposición por parte del adolescente y/o joven y de su familia, que favorezca un proceso de socialización positivo en población especialmente vulnerable, así como su progresiva implicación en el programa personalizado de intervención que se determine.

Los ámbitos y/o principales vías para la detección y establecimiento del vínculo con adolescentes y jóvenes para la realización de una intervención preventiva son las siguientes:

CENTROS EDUCATIVOS

Tanto desde la aplicación del "*Programa Prevenir en Madrid*" de prevención universal con los alumnos, padres y/o profesores, como en intervenciones puntuales en el marco del centro escolar (entradas y salidas, recreos, actividades del centro como semanas culturales, etc.), a través del orientador/a, o en el acompañamiento al alumnado en actividades extraescolares, se pueden detectar a grupos o alumnos/as de especial riesgo con los que conviene llevar a cabo una intervención específica de prevención.

El equipo de técnicos del Servicio PAD ha diseñado un protocolo de actuación y de apoyo al profesorado cuando se detecten situaciones de consumo en IESO y en centros educativos en los que se imparte ACEs, PCPI, y UFIL ("*Protocolo de apoyo a la situaciones de consumo en coordinación con centros educativos en los que se imparte ACE'S, PCPI Y UFIL*" en **(ANEXO 1)**).

Los supuestos de aplicación del protocolo son los siguientes:

- Sospecha de consumo fuera del centro.
- Evidencia de consumo dentro del centro durante la realización de actividades externas.
- Signos visibles de efectos del consumo, pese a no haberse realizado dentro del centro.

Cuando la detección de posible consumo se produce a nivel individual, es decir, existe la inquietud entre el profesorado o personal no docente del centro educativo de la cercanía o consumo de drogas (en la mayor parte de los casos de consumo de cannabis) por parte de algún alumno o alumna, el procedimiento de actuación seguirá el procedimiento establecido.

Es importante, en relación a la detección de casos de consumo en los centros educativos, hacer hincapié en una serie de consideraciones:

- La intervención derivada del consumo por parte del TPD se realizará en el centro en horario escolar y será siempre de carácter educativo.
- En el caso de que el alumno/a sea expulsado del centro por un tiempo determinado, tan sólo podrá acceder al mismo para la realización del seguimiento con el TPD, no pudiendo acceder al resto de instalaciones antes o después de la intervención.
- El centro, de acuerdo a su normativa interna, informará a las familias del hecho y programará una cita junto con el TPD, donde se producirá un asesoramiento y una orientación familiar (si se estima conveniente).
- El TPD garantizará la confidencialidad del alumno/a en toda la información que se trate en el proceso.
- La coordinación entre el TPD y el centro será estrecha, si bien el TPD guardará la confidencialidad debida al alumno/a respecto a la información que éste le trasmita.
- Cuando existan sospechas o evidencias de consumo fuera o dentro del centro o haya síntomas de haber consumido por parte de algún grupo de alumnos/as, el procedimiento de actuación seguirá el mismo patrón que en el caso individual añadiendo una medida reeducativa grupal sobre las consecuencias del consumo.

GRUPOS DE FAMILIAS

La realización de grupos de familias con objetivos de orientación y/o capacitación, organizados a través del centro educativo o de las AMPAS, puede ser también una vía de captación de adolescentes/jóvenes que precisan una intervención socioeducativa más intensa.

FAMILIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO PAD

La captación de adolescentes y jóvenes es a través de intervenciones individuales con familias, antes o después del grupo de familia, o a partir de demandas concretas, por parte de los psicólogos del equipo PAD.

En el caso de atender demandas de familias se valorará la implicación de los técnicos de atención a las familias del Servicio PAD y conjuntamente con los TPD se planificarán futuras actuaciones de intervención y se proporcionará la información adecuada.

TEJIDO ASOCIATIVO

El TPD, partiendo del conocimiento del tejido asociativo y comunitario de la zona en la que trabaja, se integrará como un referente educativo más, optimizando las posibilidades que ofrece cada organismo o asociación, al coordinarlas de manera global. De esta manera, podrá tener un mayor acceso a la población, tanto juvenil como a las familias, y ofrecer un mejor servicio con la oportuna participación de los agentes más competentes. Es por ello que desarrollará modelos de actuación que motiven la participación de la propia comunidad.

ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN COMUNITARIAS

Mesas de salud, de servicios sociales, de educación (absentismo escolar), etc.

TRABAJO EN MEDIO ABIERTO

La intervención en medio abierto surge desde el trabajo individual del TPD (trabajo en calle) la coordinación con servicios sociales y el tejido asociativo.

En el medio abierto hay diferentes formas de intervenir: seguimientos individuales o grupales, puntos informativos y otras actividades generadas desde la iniciativa del TPD y el impulso del Instituto de las Adicciones, al estimarse que pueden ofrecer alternativas de ocio y tiempo libre a jóvenes y adolescentes, creando un marco en el cual, posteriormente podrá encontrar el procedimiento para la captación y los seguimientos individuales.

Por otra parte, el TPD puede poner en marcha, en relación con otros agentes del distrito o municipales, los puntos de información (Programa "Sales Hoy"), los programas de gestión o reducción de riesgos, que tienen una duración concreta y una localización determinada. Es una actividad de apoyo a la difusión de programas, la captación de casos individuales y la información. Es susceptible de aplicación en diferentes contextos: institutos, universidades, asociaciones, escuelas de adultos, etc.

AGENTE TUTOR DE POLICÍA MUNICIPAL

A través de la comunicación a la familia de una sanción administrativa por tenencia de drogas y/o consumo en la vía pública.

El agente tutor contactará con el técnico de prevención de drogas cuando se presente un caso de sanción administrativa y el sujeto requiera actuaciones posteriores, es decir, intervención o tratamiento.

La derivación y coordinación se llevará a cabo con el CMS o con el centro de la red asistencial, pudiendo extenderse la intervención a cualquier recurso comunitario o de intervención individual.

OTROS RECURSOS COMUNITARIOS Y PROYECTOS MUNICIPALES

Centros de drogodependencias de la red asistencial, centro municipal de salud (CMS), programas como “Domingos de Deporte” u otros grupos de ocio y tiempo libre son también vías idóneas de captación y establecimiento de vínculos con adolescentes y jóvenes en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad.

Los técnicos de prevención de los distritos se ponen en contacto con jóvenes y adolescentes (o en su defecto con su familia o su entorno social más inmediato) tratando de establecer vínculos con aquellos que, tras ser seleccionados **en función de la situación de riesgo potencial** en la que se hallan, estimen que se ajustan al perfil de los sujetos con los que se trabaja.

Por otra parte, en el trabajo comunitario que se realiza en los distritos, tanto a través de estructuras de coordinación (mesas de salud, mesas de prevención, equipos de zona, etc.) como en las intervenciones del día a día en las diferentes zonas de actuación con las entidades del tejido asociativo, se detectan también individuos o colectivos que requieren una intervención en la que se contempla la necesidad de abordar e intensificar las acciones socioeducativas.

En el siguiente diagrama de flujo se observa, de forma sintética, el proceso de detección/captación de los adolescentes/jóvenes.

DETECCIÓN / CAPTACIÓN

CONTACTOS INICIALES

- Centros educativos: Primaria, institutos de Secundaria, centros en los que se imparte ACEs, PCPI, UFIL
- Desde la atención a las familias (equipo PAD)
- Trabajo en medio abierto
- Instituciones, asociaciones y estructuras de coordinación comunitarias
- Agente tutor policía municipal
- Otros recursos municipales: centro municipal de salud, centro de atención a las drogodependencias de la red asistencial, etc.

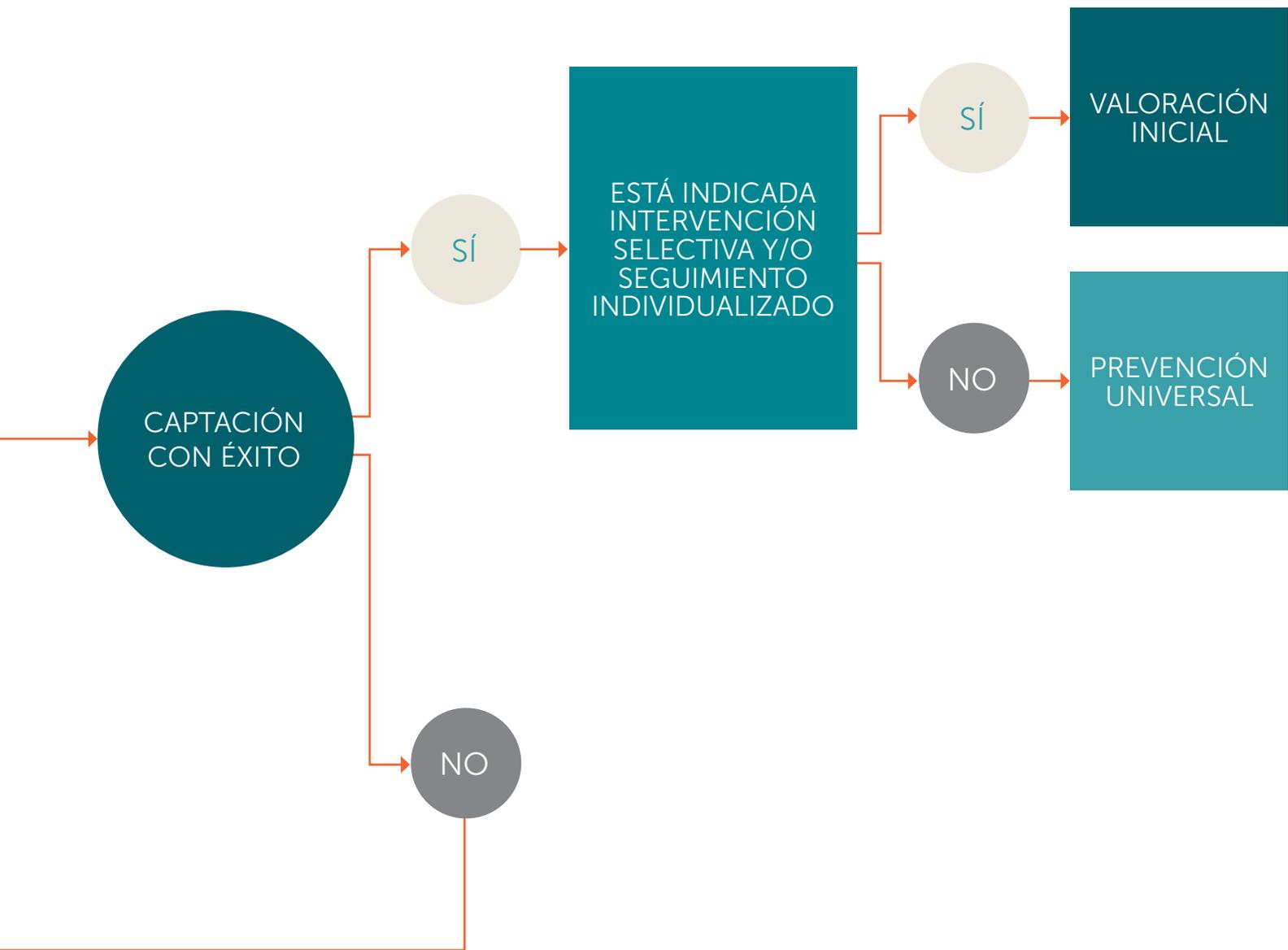
DETECCIÓN DE CASOS DE ADOLESCENTES Y/O JÓVENES DE RIESGO

INTERVENCIONES GRUPALES Y/O INDIVIDUALES DIRIGIDAS A:

VÍNCULO AFECTIVO

RELACIÓN DE CONFIANZA Y AYUDA

MOTIVACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN Y, POR TANTO, AL CAMBIO



PASO 2. ACOGIDA Y VALORACIÓN INICIAL

Una vez que se ha establecido un contacto con un joven o grupos de adolescentes en riesgo, en los que se valora la conveniencia de llevar a cabo una prevención selectiva y/o indicada, tanto si se ha logrado una captación con éxito o si se presenta una demanda de atención realizada por el mismo sujeto y/o por su familia, en primer lugar se procede a escuchar y atender las necesidades explícitas. A continuación, se llevará a cabo una detección de las necesidades implícitas a partir de una valoración inicial del caso y de la situación que lo acompaña.

Para ello, y a fin de lograr una mayor operatividad y agilidad en la intervención que se propone iniciar, se van a tomar en consideración, de modo previo, **3 de los 9 criterios**, que serán tenidos en cuenta a la hora de realizar una evaluación multidimensional del adolescente o joven y que se describe en el paso 4.

La elección de estos 3 criterios (la madurez evolutiva, el consumo, la situación de salud mental) en base a los cuales realizar una valoración preliminar, se realiza por considerar que los mismos tienen un peso y una significación clave a la hora de decidir cuál puede ser el ámbito y el recurso más adecuados para realizar la intervención, unificando así los **criterios entre los distintos equipos y recursos de la red**.

En caso de valorar la conveniencia de llevar a cabo una prevención selectiva, los TPD realizarán, en primer lugar, un análisis de las necesidades individuales, de las demandas del adolescente/joven, así como de la situa-

Una vez que se ha establecido un contacto con un joven o grupos de adolescentes en riesgo, en primer lugar se procede a escuchar y atender las necesidades explícitas. A continuación, se llevará a cabo una detección de las necesidades implícitas a partir de una valoración inicial del caso y de la situación que lo acompaña

ción *real* respecto al consumo de sustancias. No hemos de olvidar que este análisis ha de llevarnos a catalogar el patrón de consumo, en caso de darse éste, analizar la realidad cotidiana en relación al marco familiar, educativo, grupal, sanitario, etc.

Para realizar esta valoración, se tienen en consideración, en primer lugar, tres criterios fundamentales:



Estos criterios, tienen una significación importante a la hora de decidir cuál puede ser el ámbito más adecuado para llevar a cabo la **valoración multidimensional** que realizará posteriormente el equipo de profesionales correspondiente.

Esta valoración inicial, **la realiza el profesional que capta o recibe el caso y** deberá permitirle decidir acerca de las alternativas siguientes:

1. Si el adolescente o joven es susceptible de intervención o no.
2. Si es susceptible de intervención, en qué contexto se realizará la misma y **qué equipo/dispositivo** realizará la evaluación multidimensional que permita el diseño y desarrollo del PPI.

En base a los criterios iniciales ya mencionados, se trabajará en coordinación con los servicios especializados en caso de valorarse la necesidad de tratamiento por dependencia/adicción.

Con el fin de facilitar la toma de decisiones en cuanto a la asignación de cada caso al profesional de referencia (PR) y, por tanto, la asignación al equipo interdisciplinar y recurso correspondiente, se señalan a continuación una serie de criterios orientativos.

Cuadro 7. Valoración inicial e indicación inicial de equipo profesional de referencia

SITUACIÓN DE CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES/JÓVENES	INDICACIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA
No existe consumo	Equipo PAD
Se detecta un consumo esporádico, ocasional, que no cumple criterios de abuso ni de dependencia (cualquier edad)	Equipo PAD
Existe consumo con la presencia de un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias	Equipo del recurso asistencial que le corresponda, estableciendo coordinación con "Equipo de intervención con adolescentes/jóvenes" del dispositivo
Existe abuso de consumo de drogas, pero con ausencia de numerosos factores de riesgo y con presencia de factores de protección en los adolescentes/jóvenes que aconsejen realizar una intervención de carácter preventivo (prevención selectiva)	Equipo PAD
En el supuesto que la presencia de factores de riesgo sean mayores que los de protección	Preferiblemente equipo del recurso asistencial que le corresponda
Los adolescentes/jóvenes cumplen criterios de abuso, pero no de dependencia	Equipos conjuntos PAD y equipo del recurso asistencial que le corresponda

<p>Los casos que están siendo atendidos en el PAD, que se detecte que cumple los criterios de abuso, y se considere necesaria una intervención temprana, pero hay una negativa expresa por parte del adolescente/joven o de sus padres para recibir tratamiento en el recurso asistencial que le corresponda, se continuará un trabajo de toma de conciencia de su problemática y motivación para el cambio. Asimismo, será necesario modificar la percepción que éstos tengan sobre lo que es un tratamiento en un recurso asistencial: prejuicios, estigmatización, etc.</p>	<p>Equipo PAD</p>
<p>En el caso de que exista dependencia y ante la negativa expresa por parte del sujeto o de sus padres para recibir tratamiento en un recurso asistencial, se continuará un trabajo de toma de conciencia de su problemática y motivación para el cambio</p>	<p>Equipo del recurso asistencial que le corresponda estableciendo coordinación con “Equipo de intervención con adolescentes/jóvenes” del dispositivo en cuestión</p>
<p>SITUACIÓN DE CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES JUNTO A PSICOPATOLOGÍA O TRASTORNO MENTAL</p>	<p>INDICACIÓN INICIAL DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA</p>
<p>En el caso de existencia de cualquier tipo de consumo y de algún indicio o diagnóstico de trastorno mental, por la interacción entre esta patología y el consumo</p>	<p>Equipo del recurso asistencial que le corresponda estableciendo coordinación con “Equipo de intervención con adolescentes/jóvenes” del dispositivo en cuestión</p>

No obstante, ha de tenerse en cuenta que esta evaluación preliminar puede ser modificada al realizar una evaluación en mayor profundidad, que se describe en el paso siguiente (evaluación multidimensional), o cuando, a lo largo del proceso de intervención, se detecten nuevas situaciones o necesidades, de modo que, debido a la nueva y mayor información obtenida, puedan modificarse decisiones previas. Por ejemplo; la decisión acerca de la asignación del equipo de profesionales idóneo para atender el caso o la decisión acerca de la conveniencia de participación de los distintos servicios, etc. Todo ello en base al mejor y más profundo conocimiento de la situación concreta del adolescente o joven

y teniendo en cuenta que el PPI no es un proyecto estático, sino dinámico, sea cual sea el itinerario en el que se haya incluido al adolescente o joven.

En estas revisiones continuas puede verse indicado que se incorporen modificaciones o prioridades en los objetivos a conseguir o en las acciones a implementar para conseguirlos, dentro del mismo itinerario previsto, o bien puede detectarse la necesidad de un cambio en el propio itinerario, por ejemplo que una intervención que se esté realizando en el servicio PAD, pase a ser desarrollada en el Servicio PAD junto al recurso asistencial que le corresponda, o bien la intervención se lleve a cabo solamente en el dispositivo asistencial, si la situación del adolescente/joven con relación al consumo de drogas ha empeorado. También es posible que se precise derivar o apoyar la intervención con servicios externos en un momento dado durante el proceso de intervención.

Si la demanda la hace una familia sola, se tendrán en cuenta los mismos criterios a la hora de decidir acerca del servicio o servicios más adecuados para la intervención con la misma.

PASO 3. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO Y DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS

La intervención con adolescentes y jóvenes en esta fase debe comenzar por un trabajo de motivación, que constituye un proceso necesario y con una entidad propia. La intervención de "un agente externo" ante el perfil de este colectivo debe, como primera pauta, **vencer las resistencias** de quienes inicialmente y, en gran parte de los casos, no tienen conciencia de problema y, si contemplan alguna posibilidad de intervención, lo hacen desde la demanda de ayuda externa y no desde su propia implicación como sujetos activos para el cumplimiento de los objetivos.

En este sentido, los TPDs del Servicio PAD han de realizar una serie de actuaciones individualizadas o grupales para motivar al cambio, confrontando al adolescente/joven con su realidad para que, de este modo, asuman necesidades y déficits, evaluando los factores que están influyendo en su consumo y/o dependencia y ofreciéndoles una perspectiva real de un estilo de vida alternativo y viable en el que predominen conductas saludables.

Se trata de contemplar intervenciones orientadas a la consecución de objetivos, más o menos ambiciosos, que van desde la orientación del adolescente hacia estilos de vida más saludables (por ejemplo derivación a grupos de ocio y tiem-

La intervención con adolescentes y jóvenes en esta fase debe comenzar por un trabajo de motivación, que constituye un proceso necesario y con una entidad propia

Los TPDs del Servicio PAD han de realizar una serie de actuaciones individualizadas o grupales para motivar al cambio

En cada caso, se valorará la derivación idónea a otros recursos, dependiendo de la problemática detectada

po libre) hasta, si fuera necesario, considerar la posibilidad de incorporarse a un programa de tratamiento con un diseño personalizado (derivación al centro asistencial que corresponda). En cada caso, se valorará la derivación idónea a otros recursos, dependiendo de la problemática detectada.

En los casos en los que, previa valoración inicial, se decida que la intervención debe desarrollarse en otro dispositivo distinto al que ha llevado a cabo dicha valoración inicial, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Notificación telefónica por parte del equipo receptor de la necesidad de atención de un caso al equipo designado para la intervención, quien deberá ofertar una primera cita con el adolescente/joven y/o su familia en un plazo lo más inmediato posible y, en todo caso, no superior a 15 días.
2. Envío del informe de coordinación interservicios (PAD-dispositivo asistencial que corresponda), con los datos necesarios sobre el caso para el centro receptor.

En casos puntuales y a criterio del equipo, podrá decidirse que se realice el contacto con el adolescente/joven en un dispositivo o contexto cercano al adolescente/joven, tales como: centro municipal de salud, centro cultural, colegio o instituto, etc.)

La derivación al dispositivo asistencial correspondiente, se realiza en aquellas situaciones en las que se detecte un abuso o dependencia al consumo de drogas, así como en los casos de consumos recreativos de fin de semana, que por su incidencia en el ámbito de desarrollo personal, familiar, formati-

vo, laboral o sanitario, requieran la participación de otros profesionales que puedan dar respuesta a esas problemáticas y donde las estrategias socioeducativas no sean suficientes.

El TPD del PAD motivará al adolescente/joven hacia el recurso, acompañándolo, poniéndole en contacto con los profesionales adecuados, asesorándolo sobre el recurso, tanto al individuo como a su familia y comprometiéndolos con la intervención que se haya considerado más conveniente.

Si se ha realizado la derivación a un recurso pertinente, el TPD establecerá un modelo de intervención definiendo los objetivos a cubrir por ambos recursos y estableciendo una serie de reuniones periódicas de coordinación. Para ello, se ha de contar con un referente en cada recurso asistencial y CMS, así como en el resto de los organismos comunitarios, en aras de lograr establecer una mayor agilidad en dichas coordinaciones, en la elaboración conjunta de los protocolos de derivación que favorezca la fluidez en el trasvase de información y, finalmente, la realización de un informe final donde se reseñen los objetivos alcanzados, las dificultades encontradas y aquellos objetivos que han quedado pendientes y el motivo por lo que no se han logrado.

De este modo, dependiendo de la problemática detectada, se valorará la necesidad de la derivación a otros recursos, en el caso de que se vea conveniente llevar a cabo una prevención indicada.

VALORACIÓN INICIAL



PASO 4. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Las características de consumo de drogas por parte de los adolescentes y jóvenes no son independientes de los cambios que se han ido produciendo en sus esferas relacionales y ambientales. De ahí que desde este servicio se abogue, desde el continuo prevención-asistencia-reinserción, por una evaluación multidimensional como forma de valorar los ejes constitutivos de la realidad interna y contextual de cada persona.

Con el fin de llevar a cabo la evaluación que permita diseñar un proceso personalizado de intervención (PPI), se hace necesario el análisis de los factores de riesgo y protección que puedan estar presentes en cada caso y en cada momento o situación.

Para delimitar y definir esta evaluación, se han tenido en cuenta aquellas áreas, dimensiones o ejes que suelen verse afectados por un problema de consumo de drogas. Teniendo en cuenta las especificidades de la población adolescente y joven resultarían **9 áreas o ejes** a tener en cuenta en la evaluación multidimensional. Para ello se ha diseñado un instrumento de recogida de esta información: *“Registro de información adolescente”* (RIA) (**ANEXO 2**).

Subrayar que, a la hora de establecer los criterios de valoración, es insuficiente limitarnos al tandem “desarrollo madurativo/consumo”, sin prestar especial atención a otro tipo de variables clave en estas edades, tales como: la percepción de riesgo, centrada en la conciencia de problemas derivados de la propia sustancia o de los efectos y conse-

Con el fin de llevar a cabo la evaluación que permita diseñar un proceso personalizado de intervención (PPI), se hace necesario el análisis de los factores de riesgo y protección que puedan estar presentes en cada caso y en cada momento o situación

Se han tenido en cuenta aquellas áreas, dimensiones o ejes que suelen verse afectados por un problema de consumo de drogas

La evaluación multidimensional es realizada por el equipo interdisciplinar al que pertenece el profesional de referencia (PR) asignado al caso inicialmente, estableciendo una coordinación con recursos relacionados con los adolescentes o jóvenes para la recogida de la información necesaria

cuencias de su consumo, así como la motivación al cambio por parte del adolescente o joven, de manera que estos dos criterios pasen a ocupar puestos prioritarios en la valoración de cada caso.

Resultan de todo ello 9 criterios para la evaluación multidimensional que se señalan en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Criterios para la Evaluación Multidimensional

1. Consumo de drogas
2. Otras adicciones o usos problemáticos
3. Salud y psicopatología
4. Motivación al cambio e interés inicial sobre la intervención
5. Situación en el Área Familiar
6. Situación en el Área Educativa
7. Situación en el Área Formativo-Laboral
8. Situación en el Área Socio-Relacional
9. Situación en el Área Ocio y Tiempo Libre

La evaluación multidimensional es realizada por el equipo interdisciplinar al que pertenece el *profesional de referencia (PR)* asignado al caso inicialmente, estableciendo una coordinación con recursos relacionados con los adolescentes o jóvenes para la recogida de la información necesaria. La evaluación da comienzo desde la primera toma de contacto con el adolescente y, cuando es posible, con su familia, y se continúa como un proceso dinámico a lo largo de la intervención integral, incorporándose toda la información útil que se va generando y que esté relacionada con las diferentes áreas que se están valorando.

En base a esta evaluación se realiza la formulación de los objetivos de la intervención en las diferentes áreas, es decir, *el diseño de un programa personalizado de intervención (PPI)*, dando así las claves para orientar las sucesivas intervenciones, así como las modificaciones en el diseño inicial, en función de un proceso de evaluación continua por parte del equipo responsable de cada caso. Se han diseñado unos instrumentos para el registro de la información y

el seguimiento de los casos. **ANEXO 3:** “*Seguimiento y coordinación para el desarrollo del PPI*”.

Es importante insistir en que el PPI es una herramienta dinámica para el seguimiento y la evaluación continua de los adolescentes, jóvenes y familias atendidos, que se revisará de forma periódica, de modo que puedan incorporarse en el mismo las modificaciones que se consideren oportunas, tanto en relación a los objetivos como a las estrategias y los recursos que se habían previsto. Este proceso abierto facilitará la toma de decisiones de los profesionales que trabajan en cada caso de forma ágil y adaptada a las necesidades individuales, ya sea el reajuste de las intervenciones o, incluso, el cambio de itinerario y, por lo tanto, de equipos y recursos.

En este sentido, la intervención con adolescentes, en pleno proceso de cambio y búsqueda de su identidad, somete a los profesionales a nuevos retos para los que deben estar preparados, no sólo desde la perspectiva sanitaria o socio-educativa, sino desde aquellos aspectos evolutivos que marcarán las fluctuaciones que durante la intervención puedan producirse, tanto en el adolescente o joven por su propio proceso madurativo, como también por los cambios que en éste pueda haber propiciado la intervención. Por tanto, los recursos y los profesionales dirigidos a la intervención con adolescentes se han de caracterizar por la flexibilidad y el dinamismo. Este procedimiento dinámico se puede graficar de la siguiente manera:

El PPI es una herramienta dinámica para el seguimiento y la evaluación continua de los adolescentes, jóvenes y familias atendidos, que se revisará de forma periódica, de modo que puedan incorporarse en el mismo las modificaciones que se consideren oportunas, tanto en relación a los objetivos como a las estrategias y los recursos que se habían previsto

Los recursos y los profesionales dirigidos a la intervención con adolescentes se han de caracterizar por la flexibilidad y el dinamismo

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

DISEÑO DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)

INTERVENCIÓN
EN PAD

INTERVENCIÓN
EN RECURSO
ASISTENCIAL
QUE
CORRESPONDA

INTERVENCIÓN
CONJUNTA PAD
& RECURSO
ASISTENCIAL
QUE
CORRESPONDA

RECURSO
EXTERNO

EVALUACIÓN CONTINUA DEL PPI POR PARTE DEL EQUIPO RESPONSABLE

REVISIÓN DEL PPI: VALORACIÓN CONTINUIDAD
EN EL MISMO RECURSO PPI

NO
CONTINÚA
EN EL MISMO
RECURSO

CONTINÚA
EN EL
MISMO
RECURSO

MODIFICACIONES
EN EL PPI Y
CAMBIO DE
ITINERARIO

PASO 5. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Es el momento de marcar unos objetivos de intervención realistas y ajustados a la realidad de los adolescentes/jóvenes y de sus familias realizado por el equipo interdisciplinar del Servicio PAD, en el cual cada uno de los profesionales desarrolla determinadas funciones, como hemos descrito y analizado con anterioridad.

EQUIPO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

El diseño de la intervención tiene **carácter interdisciplinar**. El profesional que capta o recepciona el caso, traslada la información al equipo del servicio PAD y **conjuntamente** con el resto del equipo, diseñan la intervención, dando un especial significado al momento evolutivo del adolescente/joven.

La meta o finalidad es trabajar siempre con las familias, incluyendo al adolescente o joven en la intervención. Se interviene conjuntamente o por separado, o únicamente con la familia o con el joven por no ser posible, temporalmente, la deseable intervención conjunta.

¿QUIÉNES ELABORAN EL PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)?



El diseño de la intervención tiene carácter interdisciplinar. El profesional que capta o recepciona el caso, traslada la información al equipo del servicio PAD y conjuntamente con el resto del equipo, diseñan la intervención

La meta o finalidad es trabajar siempre con las familias, incluyendo al adolescente o joven en la intervención

El programa personalizado de intervención (PPI), se caracteriza por tener unos objetivos y unas estrategias adaptadas a las peculiaridades del caso y con un planteamiento progresivo de cumplimiento, que se negocia y/o consensua con el adolescente/joven y la familia

En base a la evaluación multidimensional realizada, se formulan los objetivos y estrategias de la intervención en las diferentes áreas. Esta fase está marcada por lo que se denomina intervención de carácter socio-educativo, enmarcada en un modelo de potenciación y fomento de la resiliencia de los adolescentes/jóvenes y sus familias.

En líneas generales, el PPI se articula en torno al entrenamiento en habilidades personales y relacionales, estrategias de aprendizaje para el logro de comportamientos adaptativos, acciones dirigidas a fomentar la normalización social del sujeto y su acercamiento e inclusión en las redes normalizadas de los diferentes recursos, tratando de imbricar el aprendizaje de recursos personales, actitudes, habilidades y conductas positivas con la realidad personal y el entorno vital del sujeto.

El programa personalizado de intervención (PPI), se caracteriza por tener unos objetivos y unas estrategias adaptadas a las peculiaridades del caso y con un planteamiento progresivo de cumplimiento, que se negocia y/o consensua con el adolescente/joven y la familia, de manera que se puedan establecer puntos de acuerdo entre sus necesidades y aquellos aspectos que, desde el punto de vista motivacional, resulten más importantes. Esta negociación y planteamiento progresivo de objetivos permitirá ir desarrollando una adecuación evolutiva del diseño inicial al nivel de cumplimiento. En algunos casos, por ejemplo, será necesario trabajar sobre carencias educativas básicas que están dificultando la adecuada socialización del adolescente/joven, en otras ocasiones, sin embargo, será importante poner en marcha acciones de orientación formativo-laborales y de aproximación al mercado de trabajo.

De forma paralela, se definen las funciones y tareas específicas que se asignan a cada una de las figuras que han de implicarse en el desarrollo de la intervención en cada momento. Esta fase se caracteriza por una posición más activa del profesional/es correspondiente/es, en la que se debe fomentar el alcance de acuerdos y compromisos concretos, desde el análisis conjunto de situaciones, la toma de decisiones y el ajuste de expectativas compartidas.

Las líneas de actuación se establecen, en síntesis, tal y como se recoge en el gráfico siguiente:

¿CÓMO SE ESTABLECEN LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN?



El PPI incluirá, junto a los objetivos a conseguir en las diferentes áreas de intervención, las actuaciones a poner en marcha y/o los recursos que se consideren necesarios en la intervención, tal y como se recoge en la ficha adjunta.

Programa personalizado de intervención (PPI), diseñado por el equipo técnico del Servicio PAD			
Áreas	Objetivos	Actuaciones a poner en marcha	Recursos necesarios en la intervención
Consumo de drogas			
Otras adicciones o usos problemáticos			
Psicopatología			
Salud			
Motivación para la intervención			
Situación familiar			
Situación formativo-laboral			
Situación sociorelacional			
Situación en el ocio y tiempo libre			

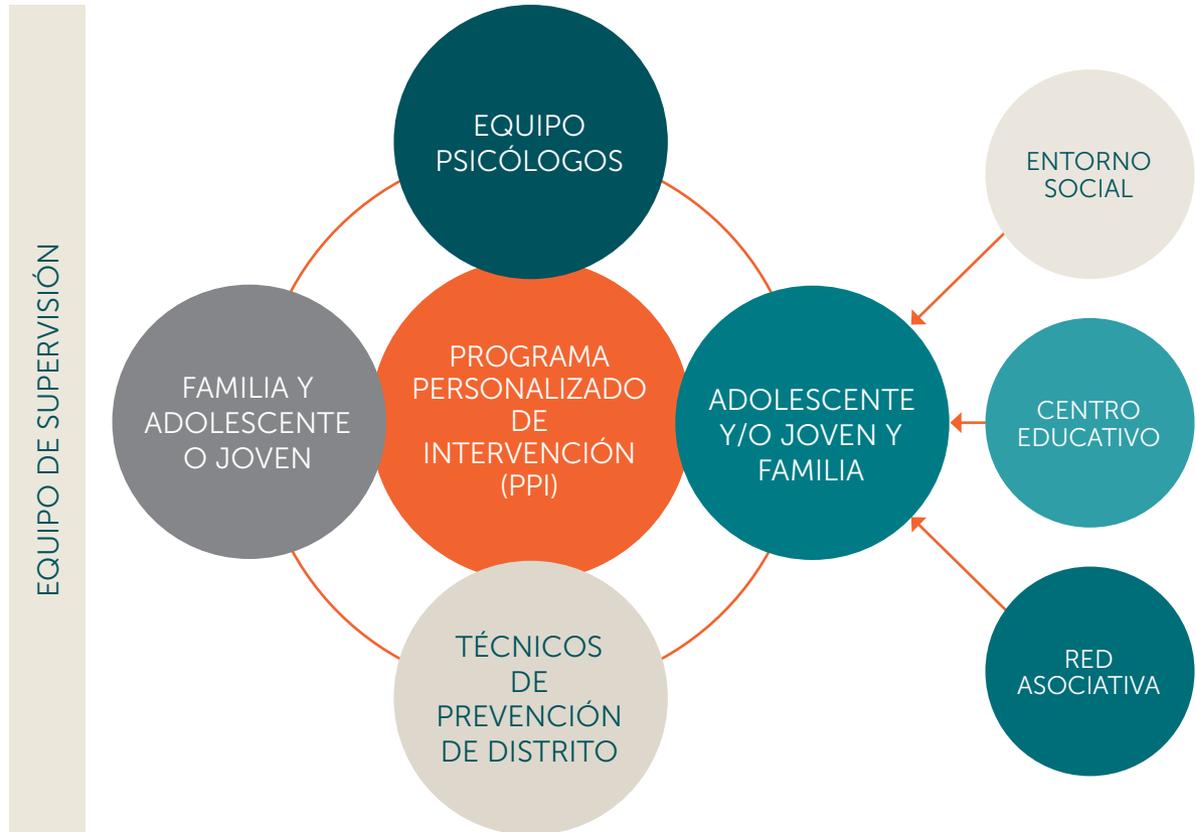
Asimismo, el desarrollo del proceso de intervención, desde su diseño y su planificación, contempla la participación de las diferentes figuras y recursos que constituyen el entorno del sujeto. En este sentido, el técnico de prevención de drogas, para el diseño de un programa personalizado de intervención, lo más ajustado posible a las características y necesidades educativas del adolescente y/o joven, establece coordinación con su entorno social, educativo y la red asociativa de la comunidad en la que desarrolla su vida cotidiana el sujeto en cuestión.

Se busca activamente la implicación de la familia/tutores y o viceversa, a partir de la familia se busca activamente la implicación del adolescente o joven. También se desarrollan estrategias para la implicación de diferentes figuras de referencia para el adolescente/joven como pueden ser: personal docente (profesores, tutores, orientadores y otros adultos referentes de su contexto educativo), personal de recursos normalizados que juegan un papel importante en la vida del adolescente/joven, como profesionales de la red sanitaria, monitores u otras figuras de recursos de ocio (deportivos, culturales, recreativos, etc.) y otros agentes y entidades entroncadas en el entorno comunitario más próximo, con los que, desde el diseño de la intervención se considera necesario planificar actuaciones conjuntas, metodológicamente coherentes, para la consecución de los objetivos propuestos en el PPI.

Se busca activamente la implicación de la familia/tutores y o viceversa, a partir de la familia se busca activamente la implicación del adolescente o joven. También se desarrollan estrategias para la implicación de diferentes figuras de referencia para el adolescente/joven

El PPI incluirá, junto a los objetivos a conseguir en las diferentes áreas de intervención, las actuaciones a poner en marcha y/o los recursos que se consideran necesarios en la intervención

IMPLICADOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL PPI Y OTRAS ÁREAS DE INFLUENCIA



El equipo de profesionales del PAD, partiendo del diseño de la intervención diseñada ex profeso, en la que se definen los objetivos y las actuaciones a llevar con el adolescente/joven y su familia (PPI), llevará a cabo un seguimiento individualizado de la intervención, tratando que no se extienda en el tiempo más allá de seis meses, estructurando los encuentros de manera que se vayan logrando los objetivos socioeducativos e integradores previstos.

En el trabajo cotidiano nos encontramos con al menos tres situaciones distintas, que nos remiten a tres diferentes posibilidades de intervención:

1. Intervención con el **joven o adolescente únicamente**, ya sea porque solo haya conseguido captarse al adolescente y no a la familia o porque la demanda sea formulada por el propio adolescente o joven no acompañado.
2. Intervención con la **familia solamente**, porque no se ha conseguido captar al adolescente o joven o porque la demanda ha sido formulada únicamente por la familia.
3. Intervención con el **adolescente o joven junto a su familia**, ya sea desde el inicio, porque la demanda se realiza conjuntamente o porque, a través de intervención con una de las partes (adolescente o familia) se haya conseguido incorporar a la otra parte.

Si bien la tercera de las alternativas (intervención con el adolescente o joven y su familia) es la que se considera más adecuada y, por tanto, aquella a la que hay que tender, cualquiera de las otras dos tiene también una importante entidad en sí misma y permite cumplir importantes objetivos preventivos y/o terapéuticos.

El equipo de profesionales del PAD, partiendo del diseño de la intervención diseñada, llevará a cabo un seguimiento individualizado de la intervención

La intervención con el adolescente o joven y su familia es la que se considera más adecuada y, por tanto, aquella a la que hay que tender; cualquiera de las otras dos tiene también una importante entidad en sí misma y permite cumplir importantes objetivos preventivos y/o terapéuticos

La tarea final del profesional debe contemplar la necesidad de fomentar un progresivo nivel de autonomía, subrayando que la intervención con adolescentes, jóvenes y familias se plantea desde su inicio como un proceso

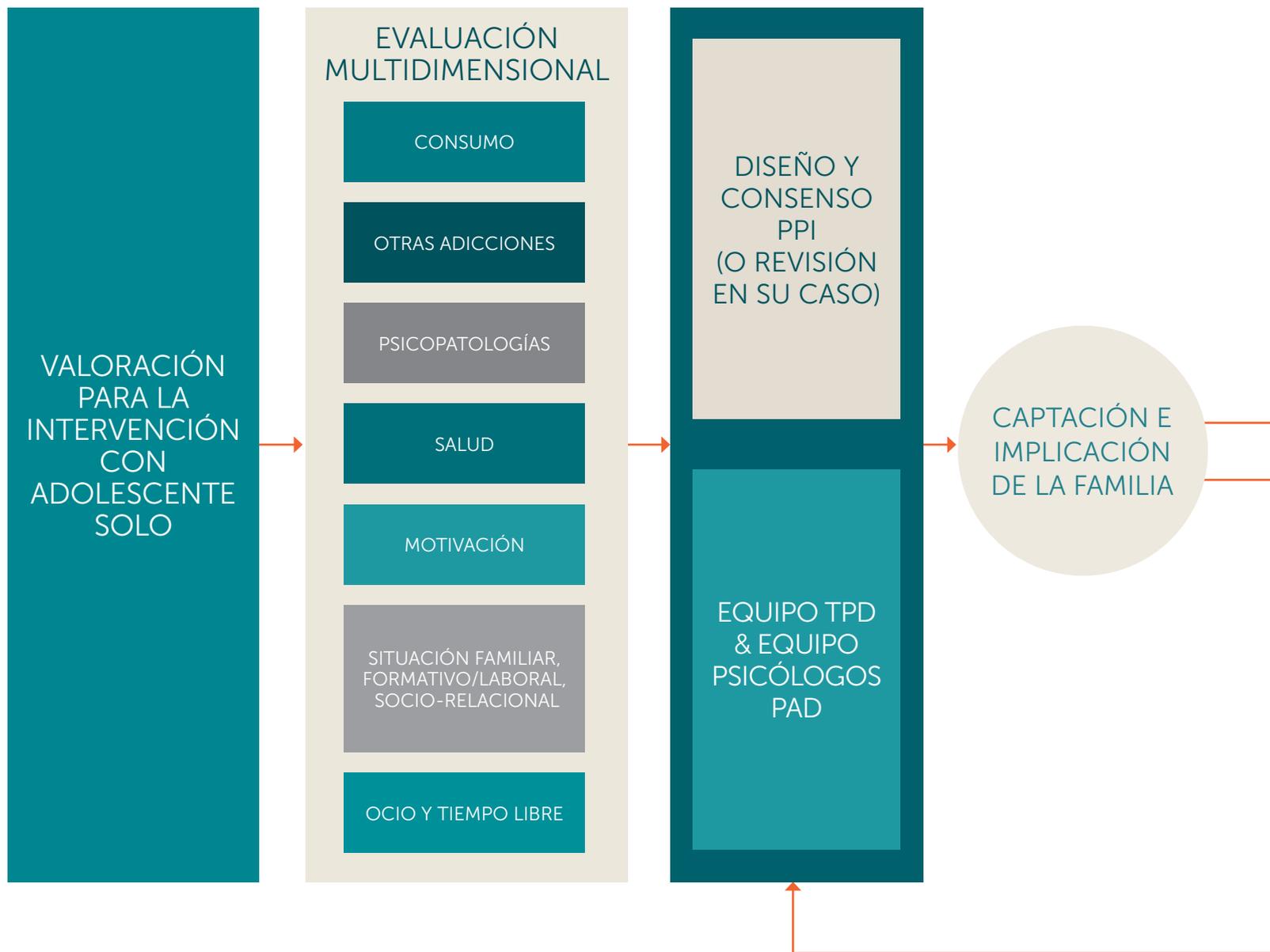
PASO 6. SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES JÓVENES Y FAMILIAS POR PARTE DEL EQUIPO PAD

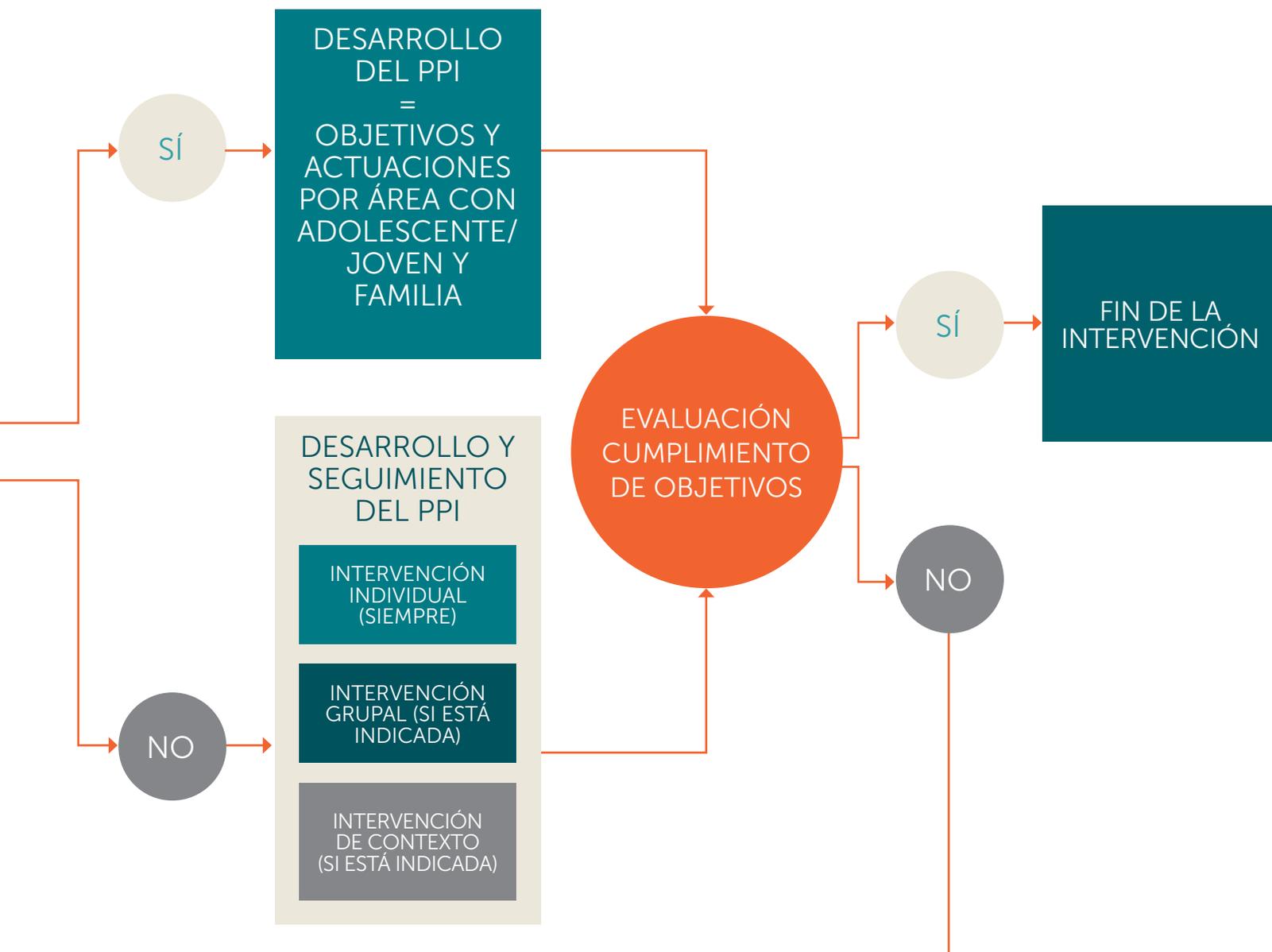
Una vez que se va consiguiendo un cumplimiento adecuado de objetivos, la tarea final del profesional debe contemplar la necesidad de fomentar un progresivo nivel de autonomía, subrayando que la intervención con adolescentes, jóvenes y familias se plantea desde su inicio como un proceso y, como tal, debe entenderse su carácter temporal, en el que los plazos formarán parte de los acuerdos establecidos en el diseño de intervención y que el objetivo final es la normalización y autonomía.

Al final de todo este proceso desarrollado desde el Servicio PAD, el equipo de intervención, evaluará la actuación llevada a cabo, para lo que contará con una serie de registros de carácter interno donde se recoge información cualitativa y cuantitativa que le proporcionará datos relevantes para la evaluación final del proceso y para posteriores mejoras. **ANEXO 3:** *“Coordinación y seguimiento conjunto TPD/familias”*.

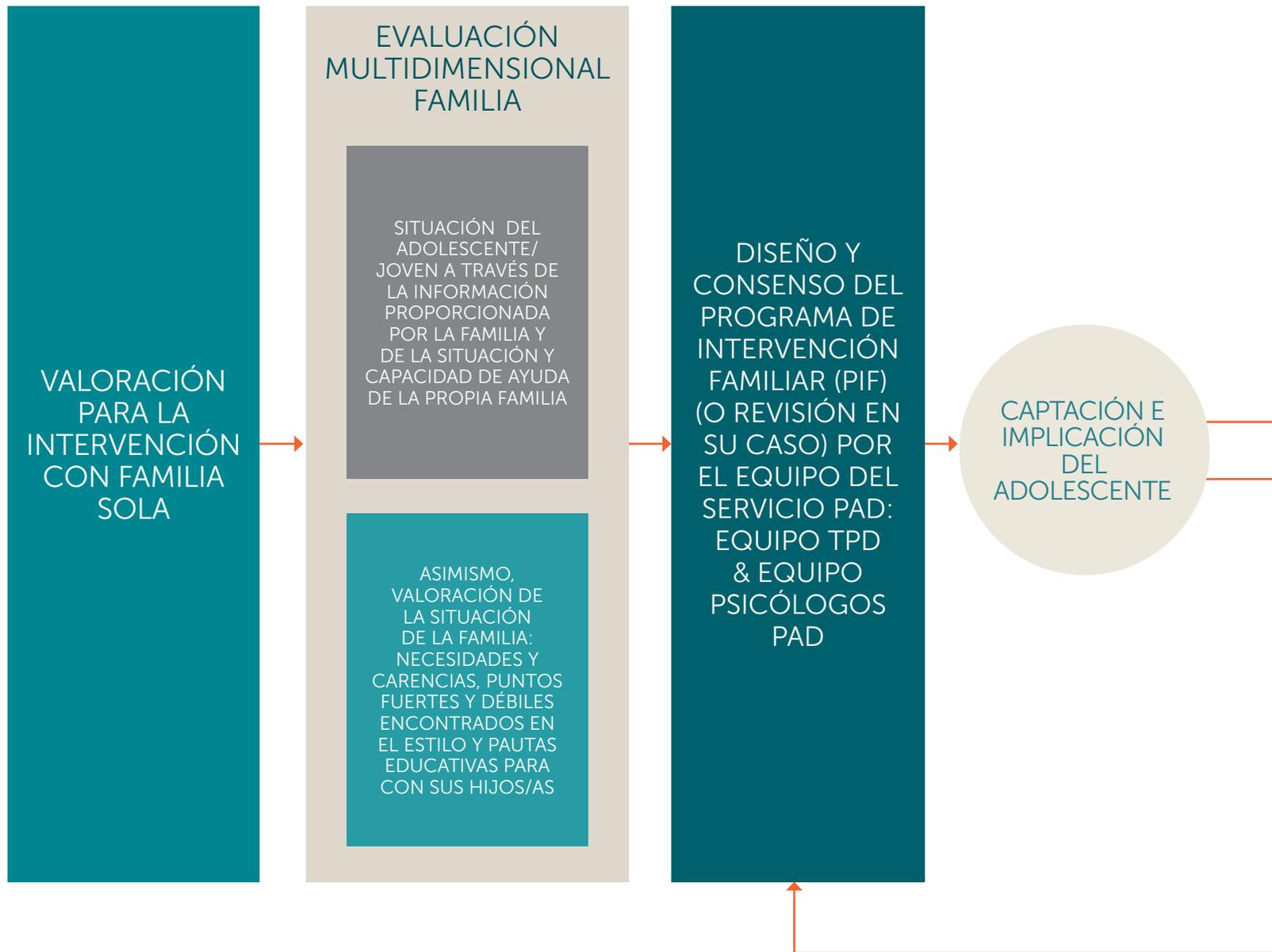
Se han realizado los diagramas de flujo correspondientes a las tres alternativas de intervención mencionadas, con objeto de graficar y visualizar los procesos de intervención descritos.

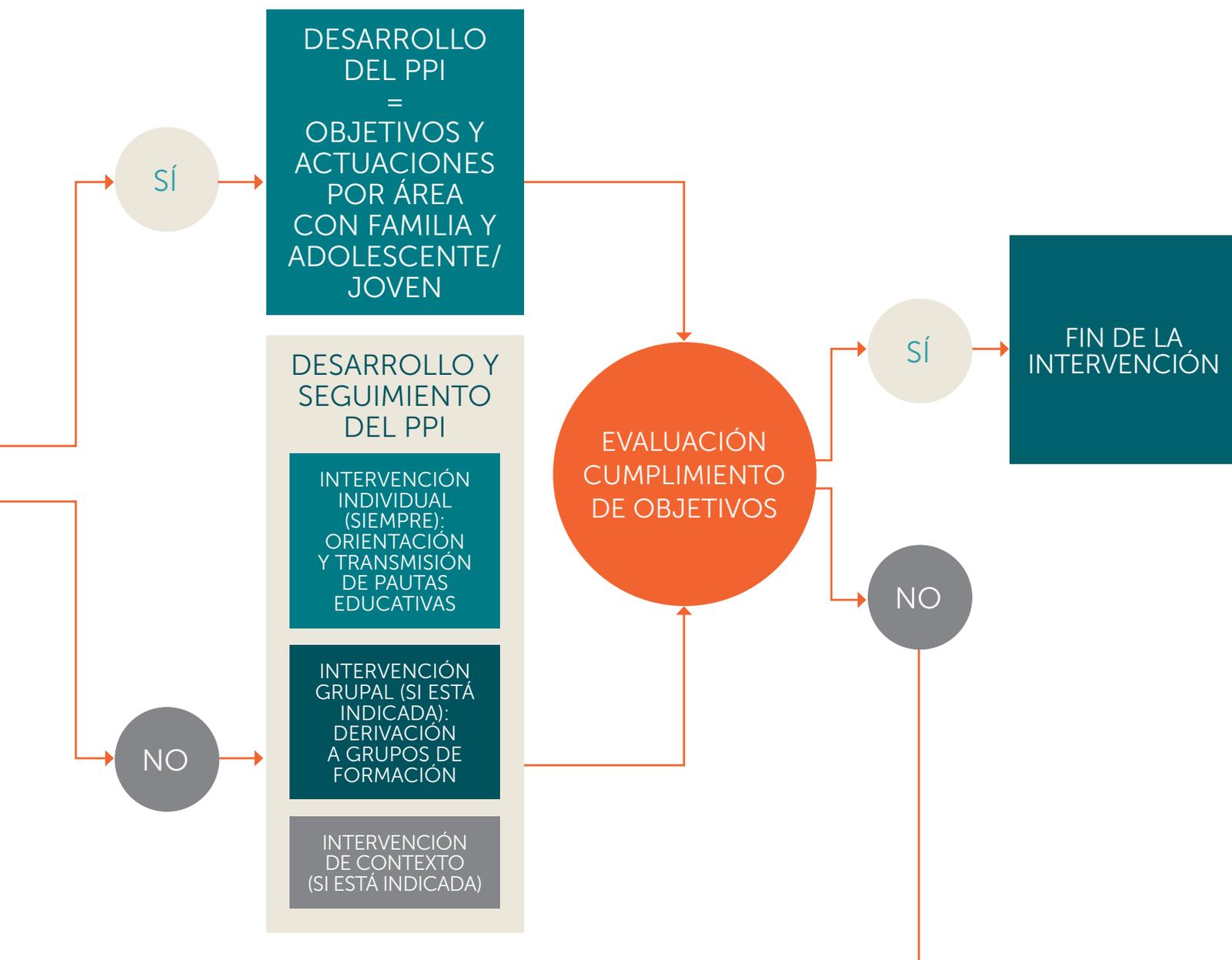
PROCESO DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES Y JÓVENES SOLOS



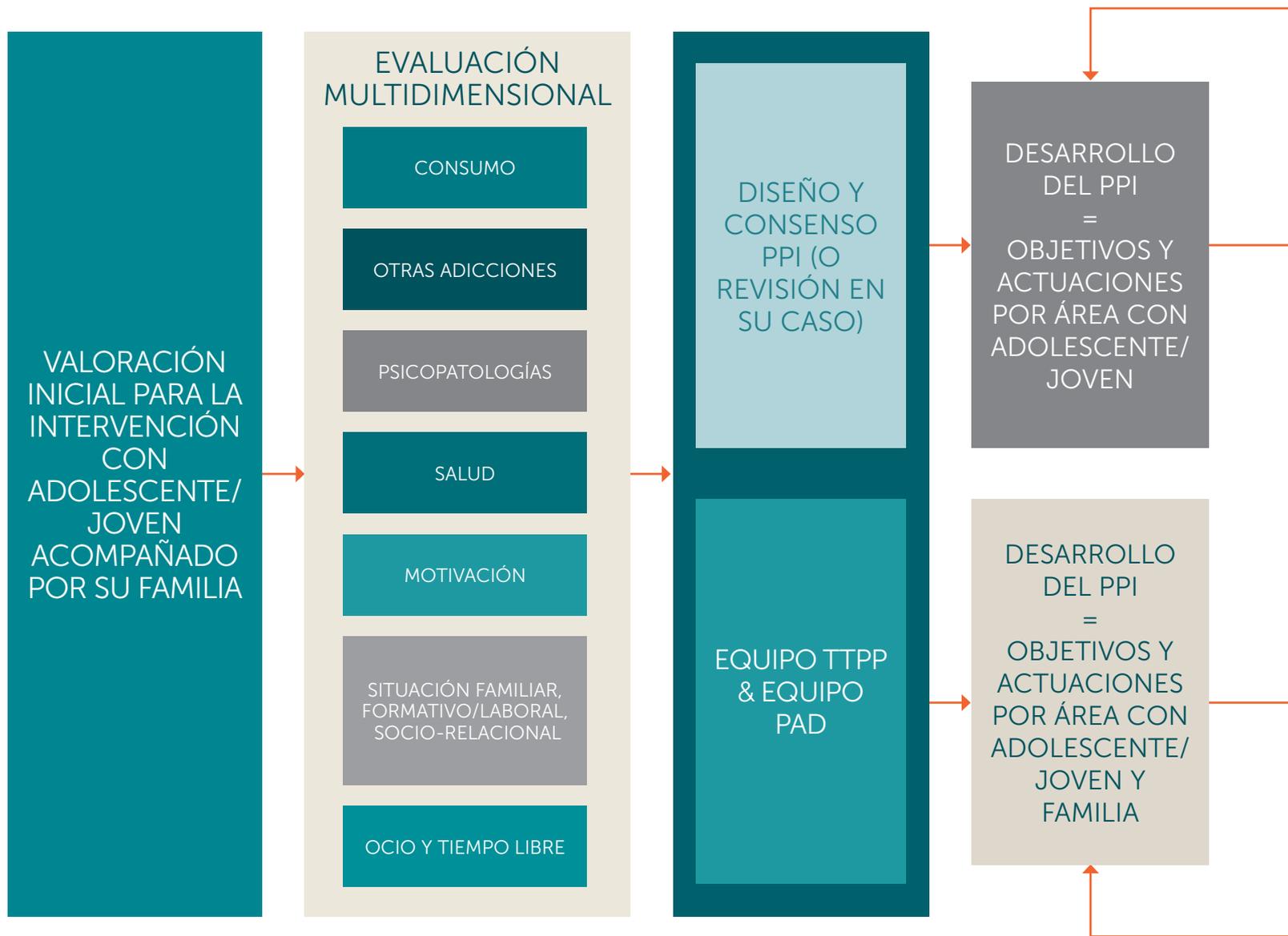


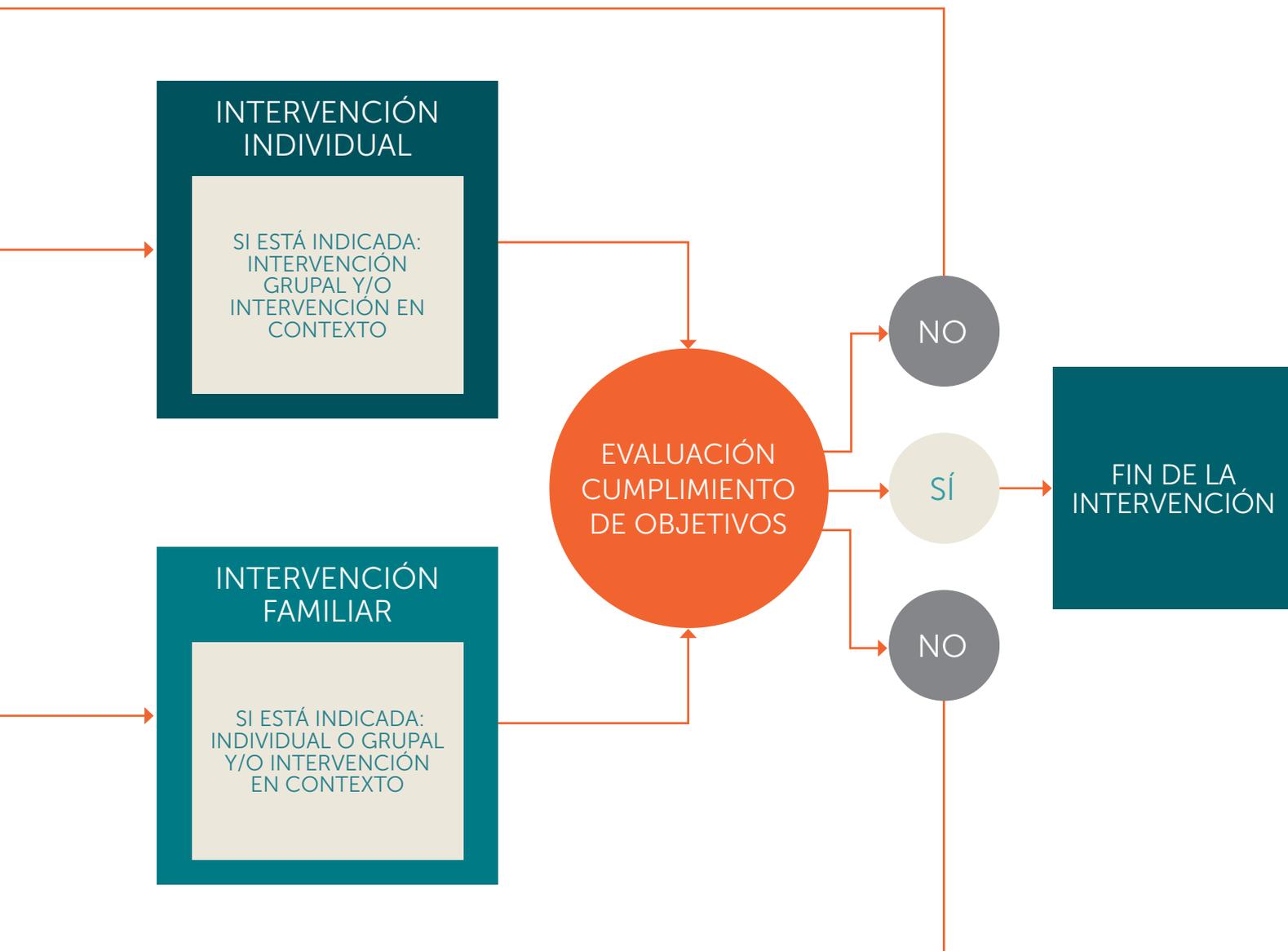
PROCESO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIA SOLA



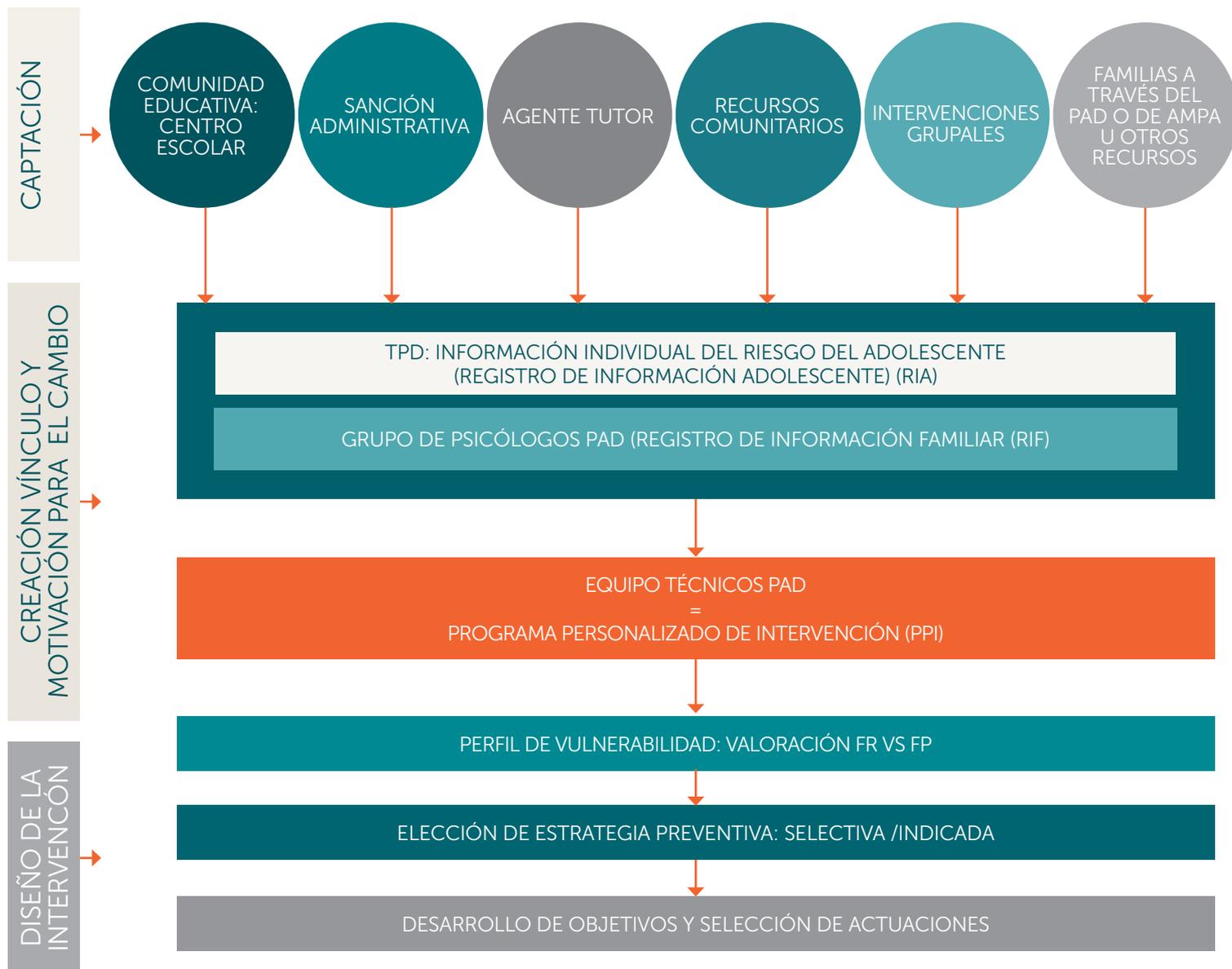


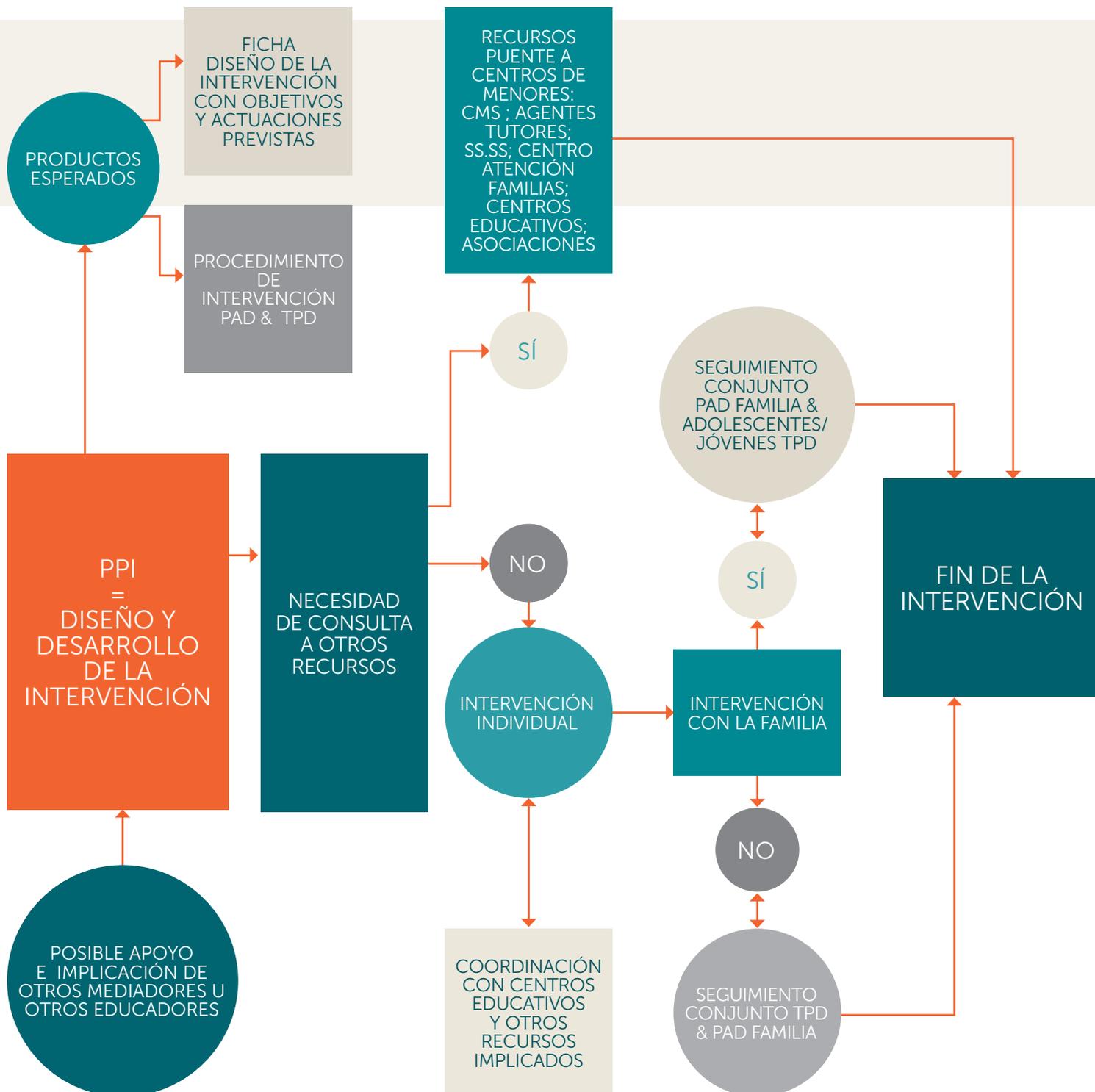
PROCESO DE INTERVENCIÓN CON EL ADOLESCENTE/JÓVEN Y SU FAMILIA





INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES Y/O JÓVENES: DIAGRAMA DE FLUJO QUE DESCRIBE EL PROCESO





5

PROCESOS ESTRATÉGICOS Y PROCESOS OPERATIVOS CON FAMILIAS

El Instituto de Adicciones de Madrid Salud destaca entre sus actuaciones la intervención con familias como un eje prioritario de las acciones preventivas y un espacio preferente desde el que trabajar continuada e intensamente.

Para facilitar la tarea educativa que desarrolla la familia como principal agente socializador, se organizan y desarrollan los siguientes servicios y acciones preventivas:

- Servicio de orientación familiar para la prevención de adicciones (SOF).
- Programa de formación familiar.
- Grupos de apoyo.

5.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS CON FAMILIAS

SERVICIO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR (SOF)⁸

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Este servicio pone a disposición de las familias madrileñas un espacio personalizado en el que se ofrece orientación y pautas de actuación en materia de adicciones. El Servicio se presta por profesionales especializados, a través de una triple modalidad:

- **Telefónica:** Permite una fácil y cómoda accesibilidad, una confidencialidad e inmediatez en la atención, así como una intervención adaptada a cada caso concreto.
- **Presencial:** Las familias son atendidas personalmente por profesionales especializados, con un horario de atención de lunes a viernes.
- **Web 2.0 www.serviciopad.es:** ofrece orientación e información *on line* y seguimiento de casos previamente atendidos en el servicio presencial.

⁸ Este servicio ha obtenido el 2º premio en la Categoría "Prevención Familiar" en la 3ª Convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) año 2007.

OBJETIVOS

- Facilitar el papel de las familias como agentes preventivos, especialmente con los menores de edad, aumentando la competencia de los padres/madres ante las cuestiones relacionadas con el consumo de drogas.
- Orientar a las familias sobre la forma más adecuada de detectar y actuar precozmente ante los problemas relacionados con el consumo de drogas y ante un mal uso de las nuevas tecnologías.
- Informar y orientar ante los problemas derivados de la existencia de adicciones a sustancias u otras conductas de riesgo o usos problemáticos (telefonía móvil, internet, videojuegos, etc.).
- Acercar a las familias los recursos y servicios disponibles en la ciudad de Madrid.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS

El Servicio de orientación familiar está atendido por un equipo de expertos en intervención familiar y prevención de adicciones que ofrece:

- Orientación y pautas generales de prevención familiar.
- Orientación e información sobre características de la adolescencia.
- Información sobre sustancias adictivas.
- Orientación sobre uso inadecuado de las nuevas tecnologías.
- Orientación sobre diagnóstico del consumidor de drogas: valoración inicial y diagnóstico provisional.
- Información sobre recursos preventivos y asistenciales.
- Motivación para la utilización de los recursos preventivos y asistenciales.

En la actualidad, las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) están integradas en nuestra sociedad, estableciendo nuevas formas de interacción social, pensamiento y aprendizaje. Las oportunidades para los más jóvenes son incuestionables. El acceso instantáneo a la información, las relaciones sociales en la red y el llamado ocio digital son el marco de referencia que nos muestra que las tecnologías digitales están inmersas en el proceso de socialización cultural de niñas, niños y adolescentes. Por ello, una de los contenidos y/o estrategias es el **Servicio de orientación familiar ante las nuevas tecnologías**, a través fundamentalmente de la página web, con objeto de proporcionar orientaciones y pautas educativas a los padres/madres para favorecer un uso adecuado y racional de dichas tecnologías.

PROGRAMA DE FORMACIÓN FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La intervención preventiva se realiza a través de distintos grupos de familias.

El grupo de familias, es un espacio dirigido por un profesional, donde los padres se reúnen para recibir una formación, compartir inquietudes y opiniones y recibir orientaciones educativas y estrategias sobre la prevención de las drogodependencias, el uso de las nuevas tecnologías y otros trastornos adictivos.

Existen varios tipos de grupos según los objetivos propuestos:

- Grupos informativos y de sensibilización.
- Grupos de formación en prevención de adicciones.

La duración de la intervención o formación de estos grupos, es variable y está adaptada a las necesidades del grupo de participantes, estructurándose en sesiones, aproximadamente de dos horas cada una.

Un aspecto clave de esta intervención es conseguir grupos reducidos, ya que permite una mayor profundización y una respuesta más adaptada al perfil de las familias.

OBJETIVOS

- Favorecer que la familia tome conciencia de que tiene una gran capacidad de influencia sobre los hijos en materia de prevención de conductas de riesgo y, entre ellas, la del consumo de drogas.
- Facilitar a la familia estrategias y recursos que permitan su actuación de un modo adecuado en lo que respecta a la educación y la prevención de conductas de riesgo en los hijos/as.
- Dotar a los padres y madres de estrategias de intervención cuando existen problemas de adicciones dentro del entorno familiar.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS

- Sesión informativa: la prevención en el ámbito familiar: ¿qué podemos hacer como padres? ¿cuál es nuestra función preventiva?
- La afectividad como eje central del sistema familiar.
- Hablar en familia sobre el tema del alcohol y otras drogas.
- La comunicación: barreras que la entorpecen y estrategias que la favorecen.
- El modelado positivo como principio educativo clave.
- El establecimiento y la adecuación de las normas y los límites.
- Educar para un ocio saludable.
- Las drogas: realidades y recursos.
- Uso adecuado de las TICs e implicaciones preventivas.

Para más información sobre los cursos de prevención de drogodependencias dirigidos a padres/madres consultar los manuales de los cursos en las siguientes direcciones:

- Prevención Familiar: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Prevención_Familiar.pdf
- Afectividad: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Afectividad.pdf
- Ocio y Tiempo Libre: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Ocio_y_TiempoLibre.pdf
- Normas y Límites: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/NormasyLímites.pdf
- ¿Qué hacer?: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Que_hacer.pdf
- Comunicación: Guía para familias
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Comunicacion.pdf
- Tecnología de la Información y la Comunicación
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/TIC.pdf
- Guía educaTIC para familias: Tecnologías de la Información y Comunicación
www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Guia-EDUCATIC-familias_cc_ok.pdf

PAD MÓVIL

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

En cada una de las sesiones de formación con las familias se cuenta con la presencia de un psicólogo del PAD que, posteriormente, mediante cita, presta atención **individual** a aquellos padres que deseen realizar una consulta personal sobre sus inquietudes y dificultades. La atención se realiza *in situ*, una vez finalizada la sesión formativa. Esta intervención puede finalizar en ese momento puntual o puede ser el puente de acceso para una intervención presencial normalizada a través del Servicio PAD presencial.

El equipo de psicólogos/as se traslada a los 21 distritos de la ciudad de Madrid, dando una atención personalizada a aquellas familias que acuden a la formación familiar "Grupos de Familia".

OBJETIVOS

- Proporcionar a los padres/madres que acuden a las sesiones de formación, orientaciones y pautas educativas ante demandas puntuales sobre sus inquietudes en su papel como agentes preventivos de salud y referentes educativos clave.
- Detección y captación de padres/madres que requieren unas orientaciones sobre pautas educativas específicas para manejar adecuadamente las relaciones afectivas y formativas con sus hijos/as.
- Valorar la conveniencia de iniciar una intervención más intensa y motivar hacia la misma y orientar a otro tipo de recurso, en caso necesario.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS

- Acercamiento de los profesionales al entorno formativo de los padres/madres.
- Atención de demandas puntuales de los padres/madres sobre cuestiones educativas que les inquietan en la relación educativa con sus hijos/as.

INTERVENCIÓN PSICÓLOGO/A PAD FAMILIAS

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El equipo de psicólogos/as PAD, una vez establecido el contacto y el vínculo con los padres/madres a través de las diferentes vías de captación descritas anteriormente, desarrolla una actuación con mayor frecuencia e intensidad en aquellos casos de familias que presentan mayores problemáticas en realidad y dinámica familiar.

OBJETIVOS

Ayudar a contener y manejar la angustia de la familia ante situaciones de conflicto con sus hijos/as, proporcionándoles estrategias y pautas educativas para enfrentarse eficazmente a sus conflictos, evitando el deterioro de la comunicación y de las relaciones afectivas con sus hijos/as.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS

- Valoración inicial de la demanda:
 - Análisis de la situación del joven y de su entorno (nivel de consumo real).
 - Redefinición del problema.
 - Valoración de factores de riesgo vs. protección.
- Información sobre consumo y sustancias: pautas de actuación ante el consumo.
- Definir objetivos y ayudar a tomar decisiones: ¿qué se quiere hacer y cómo hacerlo? Jerarquizar prioridades y esfuerzos.
- Pautas de actuación:
 - Afectividad (autocontrol y autoestima). Visibilizar y hacer explícitos los factores de protección del adolescente y/o joven (habilidades, recursos personales...).
 - Comunicación (escucha activa y resolución de conflictos).
 - Normas y límites: revisión, establecimiento y adaptación. Autoridad y negociación familiar.
- Evaluación y seguimiento familiar: revisión periódica de objetivos y readaptación, así como seguimiento del caso/familia (telefónico y/o presencial).

5.2. PROCESOS OPERATIVOS CON FAMILIAS

PASO 1. CAPTACIÓN

En el ámbito familiar se producen también situaciones de especial vulnerabilidad, que hacen necesario intervenir desde una perspectiva de mayor riesgo. La detección de estas situaciones se realiza a través de las acciones de prevención realizadas en los colegios, a través del profesor y/o orientador, con el tejido asociativo, a través del agente tutor de policía municipal que lleva a cabo una comunicación a la familia de una sanción administrativa por tenencia de drogas y/o consumo en la vía pública, de los grupos de formación en prevención de familias en el ámbito escolar o grupos de formación en otros contextos comunitarios, a través de la estructuras de coordinación comunitarias (mesas de salud, SSGG, centro de salud...etc.).

Sin embargo, en otras ocasiones, son las propias familias las que acuden directamente al Servicio PAD, formulando una demanda de atención. Suelen ser familias con cierta preocupación por los comportamientos relacionados con el consumo inadecuado de sustancias por parte de alguno de sus hijos/as. La palabra que mejor define a esta población es la de "familia preocupada". No es que exista un problema "definido", pero sí que existe un elevado nivel de angustia en alguno de sus miembros, padre o madre.

En el ámbito familiar se producen también situaciones de especial vulnerabilidad, que hacen necesario intervenir desde una perspectiva de mayor riesgo

La demanda de atención puede realizarse vía atención telefónica o bien a través de la atención personalizada. Siempre es atendida por personal técnico especialista en drogodependencias e intervención familiar

En la modalidad telefónica, el uso del teléfono es un instrumento facilitador de una inmediata toma de contacto: cómodo, rápido, sin espera y sin proporcionar datos personales

La demanda de atención puede realizarse **vía atención telefónica o bien a través de la atención personalizada** y **siempre** es atendida por personal técnico especialista en drogodependencias e intervención familiar, no por monitores, formadores educadores o voluntarios.

En la modalidad telefónica, el uso del teléfono es un instrumento facilitador de una inmediata toma de contacto: cómodo, rápido, sin espera y sin proporcionar datos personales.

El procedimiento de atención telefónica es el siguiente:

1. **Recepción de llamada** al teléfono de atención telefónica del PAD.
2. **Escucha activa**, que implica escuchar empáticamente y definir la consulta para poder resolverla de forma satisfactoria. La duración media de las llamadas/consultas suele sobrepasar los veinte minutos y esto responde a que se está realizando una consulta a través del teléfono, aspecto diferenciador del "teléfono de información" que normalmente se limita a informar y derivar.
3. **Atención y/o derivación**. Se pueden presentar dos situaciones, que suelen ser las más comunes:
 - a. Se llama para solicitar información y finaliza la intervención al ser ésta facilitada.
 - b. Búsqueda de atención u orientación sobre un problema concreto: se concerta una cita con el profesional del PAD o se deriva el caso al técnico de prevención de drogas del distrito correspondiente en función de la necesidad específica que presente.

Es interesante señalar que la gran mayoría de los padres/madres que realizan las consultas telefónicas, según los datos registrados de los últimos años, no habían recibido previamente ningún tipo de atención o intervención, lo cual nos indica que este tipo de servicio constituye una buena estrategia para la detección precoz, para la captación de nuevos casos y como posible puerta de entrada y acceso a la red de prevención del Instituto Madrid Adicciones.

4. **Finalización de la llamada**, recordando la información ofrecida o las características de la cita concertada.
5. Complimentación de la "*Hoja de registro de intervenciones telefónicas*" (**ANEXO 4**).

A partir de la vinculación que se establece entre la persona que realiza la llamada con el profesional que le atiende, en la mayoría de los casos, se reclama un contacto directo, es decir, avanzar un paso más en la relación con el profesional que les atiende y conocer a la voz que les orienta. De este modo, surgen las consultas presenciales del servicio, como una evolución natural desde un espacio protegido por el anonimato telefónico, a una relación de confianza que queda establecida cuando el ciudadano siente que la respuesta está al otro lado de la línea.

La atención presencial se lleva a cabo en el local del PAD, un lugar de encuentro para quienes acuden a grupos de formación y sesiones de apoyo y un lugar de consulta para quienes esperan encontrar orientación y estrategias para prevenir, detectar o, en su caso, afrontar los problemas derivados del consumo de drogas.

Se trata de una intervención fundamentalmente motivacional, de apoyo y de corta duración. La idea fuerza es que este servicio “no se queda con las familias” en tratamiento, seguimiento, etc., pero tampoco “las desplaza” de un recurso a otro. El procedimiento previsto es el siguiente:

1. Si es la primera cita:
 - a. Se comprueba previamente en la hoja de registro de intervención telefónica el caso que llega a consulta.
 - b. Se procede a la información y análisis previo de los requerimientos de la atención.

La atención presencial se lleva a cabo en el local del PAD

Se trata de una intervención fundamentalmente motivacional, de apoyo y de corta duración. La idea fuerza es que este servicio “no se queda con las familias” en tratamiento, seguimiento, etc., pero tampoco “las desplaza” de un recurso a otro

2. Se acoge a la familia.
3. Se valora la situación específica.
4. Se orienta de manera extensa y detallada sobre la demanda concreta de la familia.
5. Se deriva, en su caso, hacia los recursos adecuados, o se continúa con la intervención. Se considera que, generalmente, entre una o tres entrevistas, más la consulta telefónica son suficientes para lograr los objetivos propuestos, aunque obviamente depende de las necesidades que presente cada familia.
6. Coordinar la actuación con los técnicos de prevención y otros recursos.
7. Evaluar el proceso con instrumentos unificados que posibiliten valorar todo el proceso. Se cuenta con registros mensuales de información por distrito y fichas de carácter interno que se utilizan donde se recoge información cualitativa que sirve para hacer la evaluación del proceso.
8. Registro en la memoria.

PASO 2. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Situación del adolescente/joven a través de la información proporcionada por la familia y de la situación y capacidad de ayuda de la propia familia. Asimismo, valoración de la situación de la familia: necesidades y carencias, puntos fuertes y puntos débiles encontrados en el estilo y pautas educativas para con sus hijos/as. "Registro de información familiar (RIF presencial)" **ANEXO 5**.

PASO 3. DISEÑO Y CONSENSO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (PIF)

- O revisión en su caso, por el equipo de técnicos del Servicio PAD, para definir objetivos y actuaciones por área, a implementar con los padres/madres, de orientación y transmisión de pautas educativas y/o derivación a grupos de formación (si se estima necesario y conveniente).

A través de la captación y atención familiar se intenta lograr la captación, motivación e implicación del adolescente/joven. Si los resultados son positivos, se desarrolla el programa de intervención familiar (PIF) por área con la familia y el adolescente/joven conjuntamente. Si los resultados son negativos, el desarrollo y el seguimiento del PIF se realiza con la familia únicamente. En algunos casos se puede indicar a la familia la participación en grupos formativos de familias y/u otro tipo de intervención familiar en el contexto que se estime pertinente.

A través de la captación y atención familiar se intenta lograr la captación, motivación e implicación del adolescente/joven. Si los resultados son positivos, se desarrolla el programa de intervención familiar (PIF) por área con la familia y el adolescente/joven conjuntamente. Si los resultados son negativos, el desarrollo y el seguimiento del PIF se realiza con la familia únicamente

PASO 4. SEGUIMIENTO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (PIF) Y PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PPI)

El seguimiento, la revisión, y actualización en su caso, de los programas de intervención familiar (PIF) y del PPI, los realiza el equipo de profesionales del Servicio PAD.

PASO 5. DERIVACIÓN & COORDINACIÓN RECURSOS

En determinados casos, puede ser preciso recabar una mayor información sobre los adolescentes/jóvenes y sus familias y/o realizar una intervención de otro tipo de recursos, en estos casos es labor del equipo del Servicio PAD realizar dicha derivación y/o coordinación.

A continuación, presentamos los diagramas de flujo correspondientes al Servicio de orientación familiar del Servicio PAD, de las actuaciones de sensibilización, información y formación familiar para la prevención de adicciones y, por último, del protocolo de captación desde el PAD.

DIAGRAMA DE FLUJO QUE DESCRIBE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

Intervención con la **familia sola**, es decir, cuando es la familia la que hace la demanda y el adolescente o joven no quiere, no puede acudir o no está indicado.

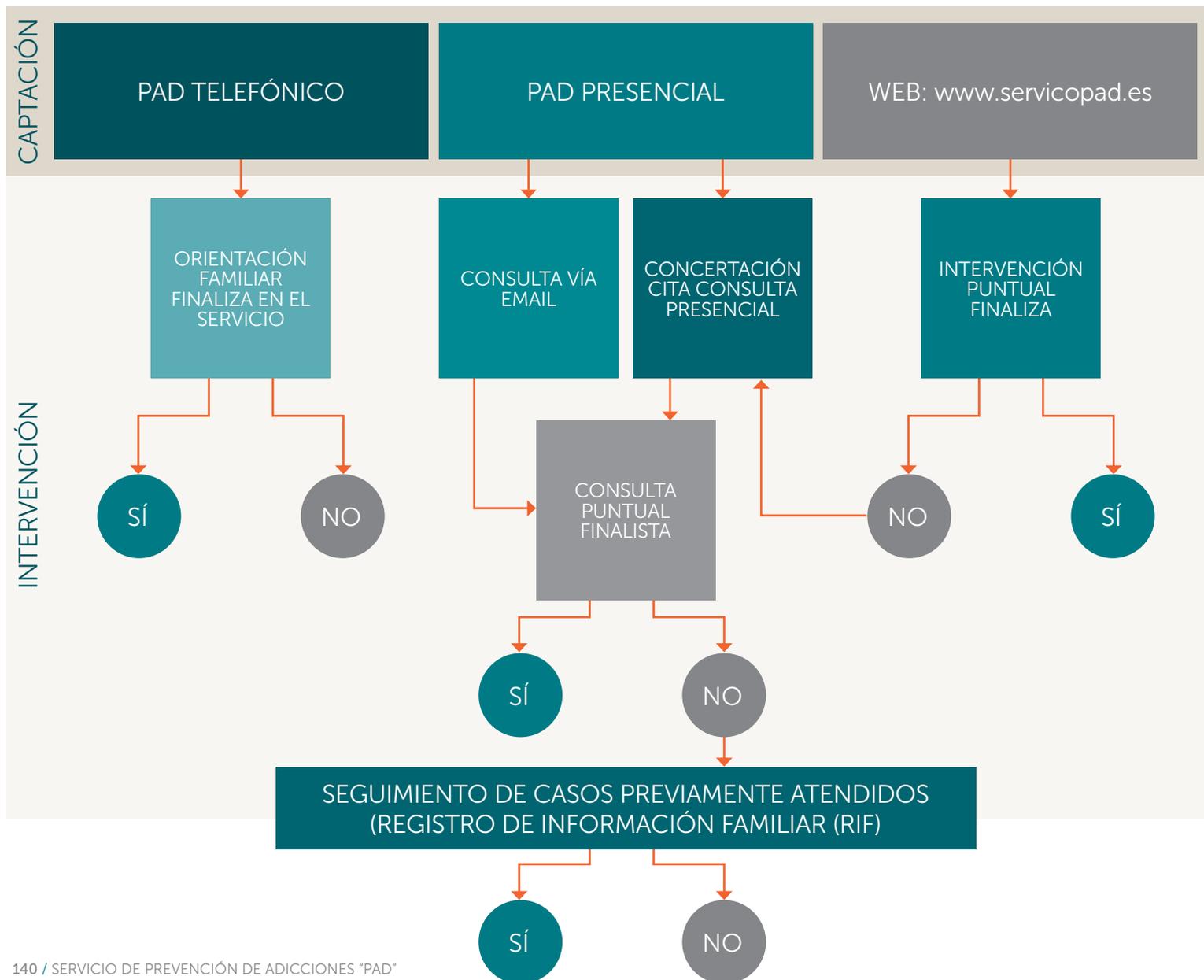
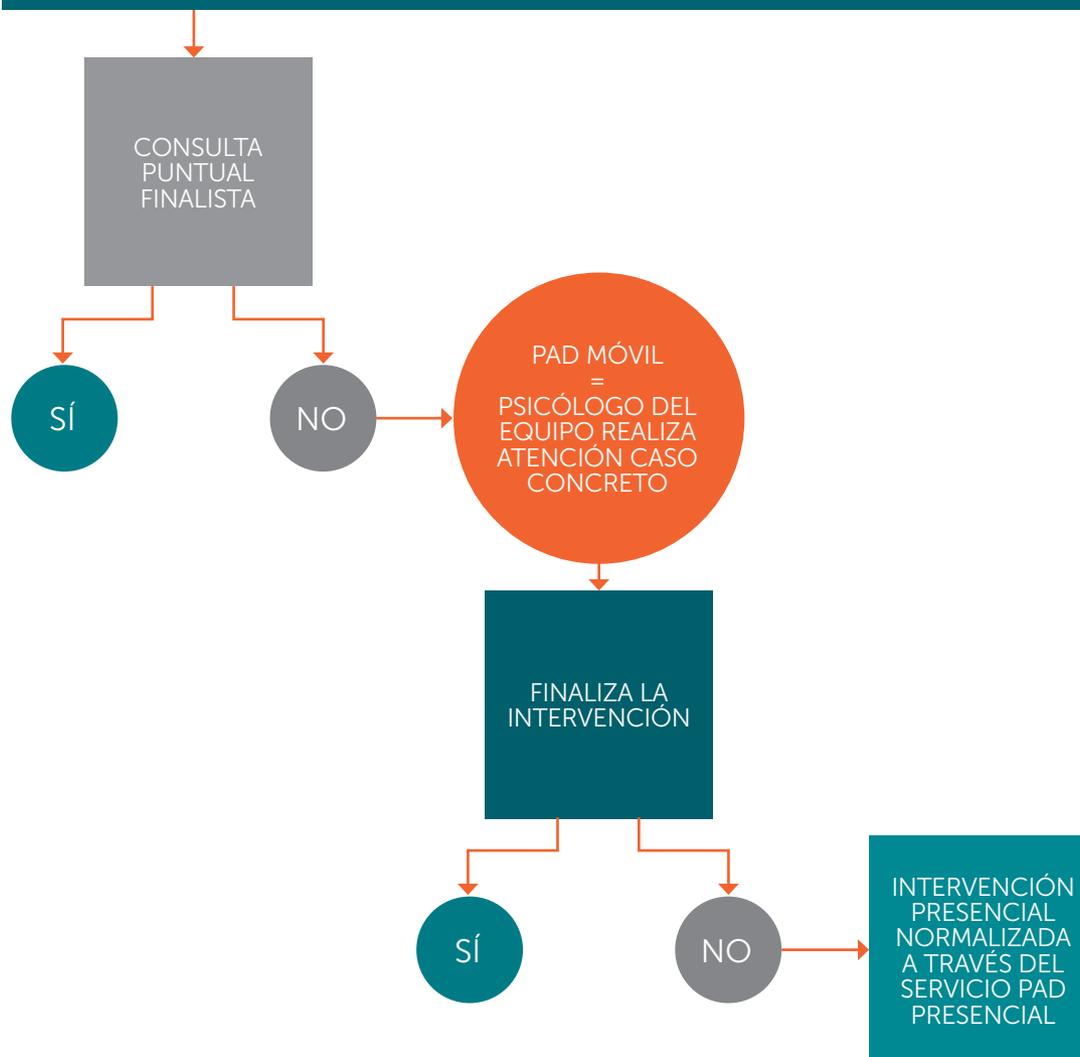
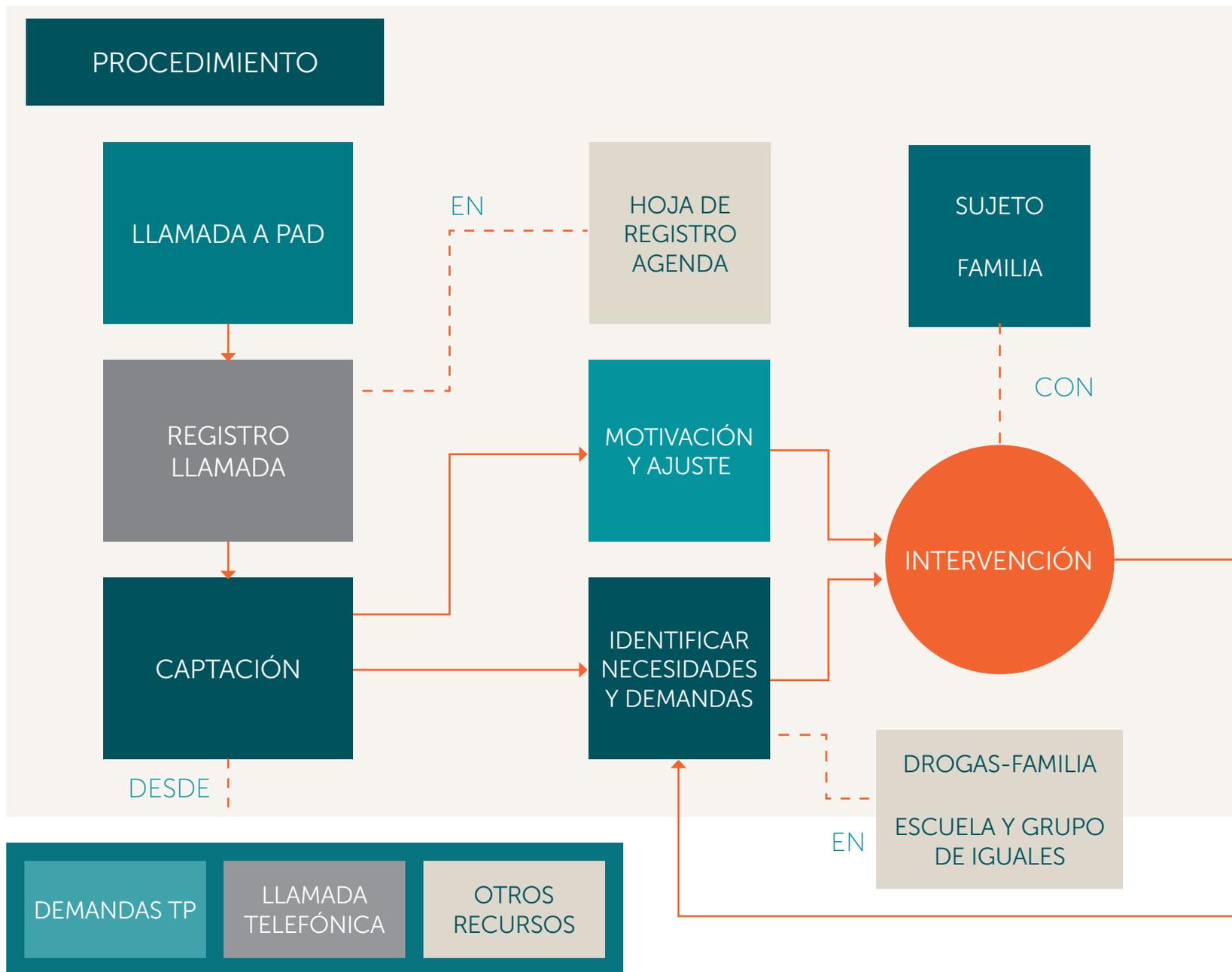


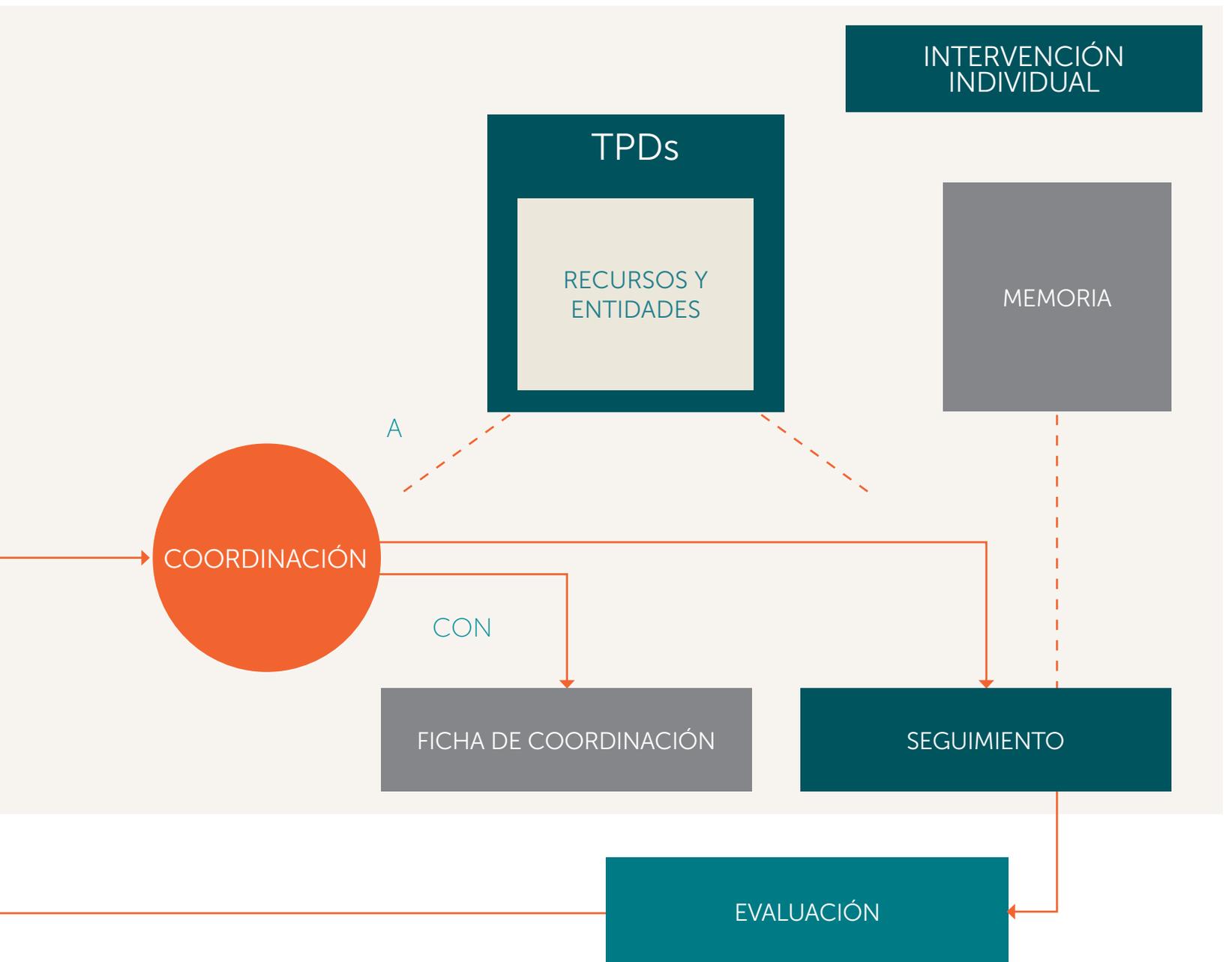
DIAGRAMA DE FLUJO ACTUACIONES DE
SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES
DIAGRAMA DE FLUJO ACTUACIONES DE
SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

SESIONES DE FORMACIÓN CON FAMILIAS EN ÁMBITOS EDUCATIVOS
Y OTRAS ENTIDADES COMUNITARIAS

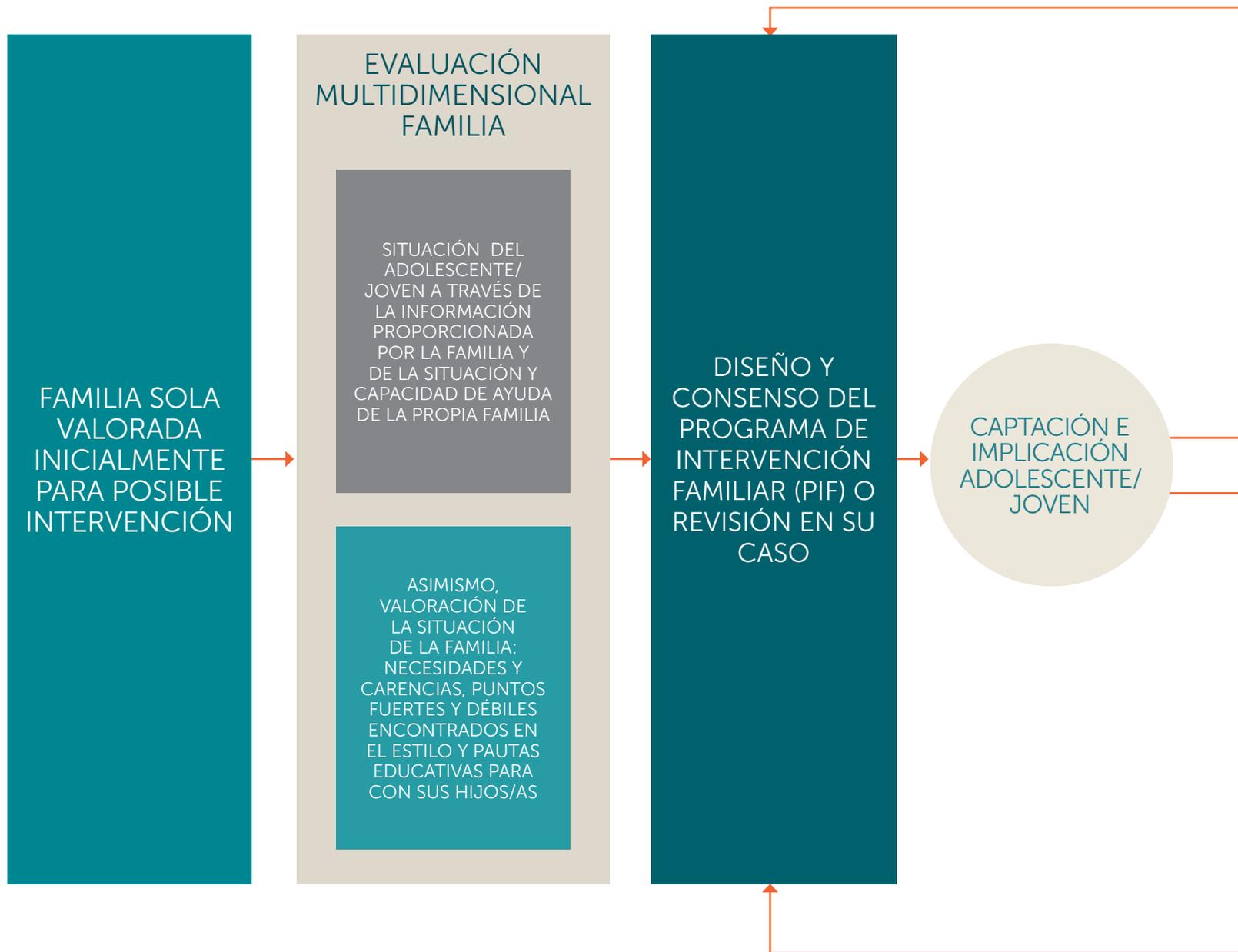


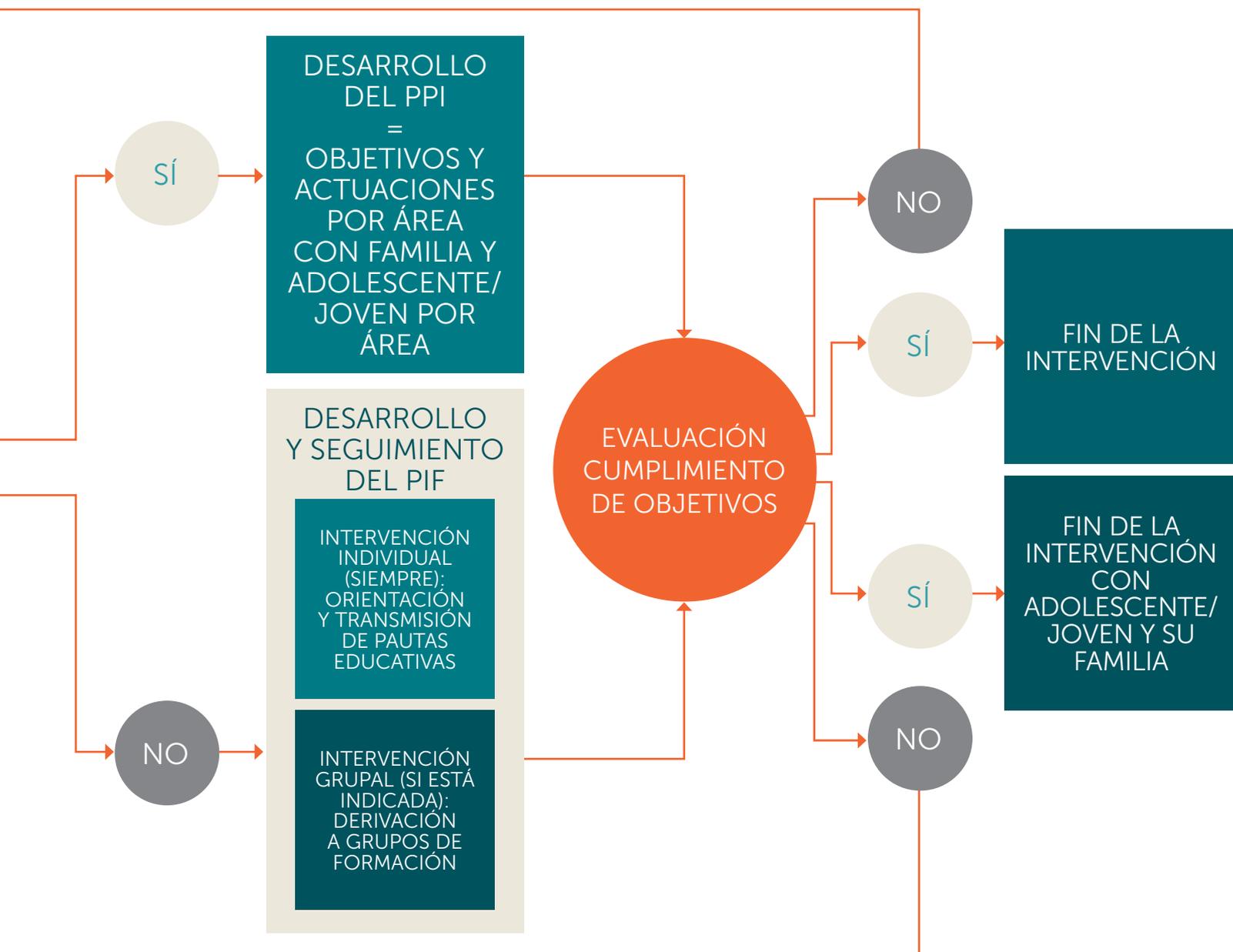
PROTOCOLO DE CAPTACIÓN/INTERVENCIÓN DESDE EL PAD





PROCESO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN PAD





6 LÍNEA ESTRATÉGICA DE COORDINACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS

El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid pretende dar respuesta a una realidad compleja, múlticausal y multidimensional, como es el problema de las adicciones y los daños y riesgos asociados a las mismas. Dicha respuesta, por lo tanto, deberá necesariamente ser una **respuesta plural e integral, que sólo puede articularse mediante estructuras y procesos de coordinación entre los diferentes servicios, programas e instituciones** con responsabilidad en alguna o algunas de las parcelas que forman parte de la realidad de este fenómeno.

Esta coordinación, no por necesaria, resulta menos compleja. La dificultad que supone la puesta en marcha y el mantenimiento de las estructuras, procesos y protocolos de actuación coordinada entre las diferentes instituciones y agentes implicados en el tema de las adicciones, supone, en ocasiones, uno de los principales escollos con los que las redes de atención deben enfrentarse para poder ofrecer respuestas adecuadas a las diferentes realidades, personales, familiares y sociales. Esta complejidad, sin embargo, constituye un reto fundamental, ya que solo en una adecuada estrategia de coordinación radica la posibilidad de éxito de las intervenciones y la capacidad para generar sinergias mutuas entre los diferentes agentes implicados.

El objetivo de la intervención preventiva comunitaria es conseguir aumentar la eficacia de las acciones emprendidas desde diferentes recursos sociales, a través de la unificación de mensajes y criterios preventivos e introducir líneas de actuación complementarias, que nos permitan trabajar con colectivos prioritarios sin duplicar esfuerzos ni recursos.

Las estrategias clave de la intervención comunitaria es estimular la participación social, logrando una mayor colaboración ciudadana y optimizando las competencias de cada uno de los recursos socio-sanitarios existentes en el municipio de Madrid. Se trata de actuar con la finalidad de que las competencias se integren y no se solapen, exigiendo un plan de formación progresivo y ordenado, en el que todos los agentes sociales sean capaces de integrar, en su día a día, un mensaje preventivo complementario y coherente con el del resto de los profesionales que actúan desde otros sectores.

Siguiendo estas premisas, el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, desarrolla su intervención propiciando el **trabajo en red** de los recursos comunitarios cercanos a los adolescentes y jóvenes.

Las líneas estratégicas descritas anteriormente, dirigidas a adolescentes/jóvenes y familias, están sustentadas en una nueva que se considera clave: la coordinación entre los equipos y recursos que intervienen con adolescentes y jóvenes y las familias en el Instituto de Adicciones.

El trabajo en red es la estructura básica para el encuentro y planificación de acciones por parte de los diferentes agentes del distrito. Mediante diferentes espacios de coordinación, el equipo técnico del Servicio PAD puede colaborar con los profesionales de otros servicios municipales, con otras administraciones y con las entidades sociales de distrito.

Existen plataformas estables de coordinación, mesas y foros, que tienen objetivos concretos y/o planifican acciones conjuntas, en las que intervienen diferentes recursos comunitarios.

Este contacto formal permite identificar necesidades relacionadas con la prevención de adicciones a las que el equipo del Servicio PAD da respuesta como profesionales especializados, tanto en actuaciones individuales como en trabajos con grupos de riesgo. El TPD junto a los demás miembros del equipo de profesionales del Servicio PAD, implementan acciones conjuntas con recursos municipales, recursos socio-sanitarios y entidades del tejido asociativo.

Las estrategias clave de la intervención comunitaria es estimular la participación social, logrando una mayor colaboración ciudadana y optimizando las competencias de cada uno de los recursos socio-sanitarios existentes en el municipio de Madrid

Mediante diferentes espacios de coordinación, el equipo técnico del Servicio PAD puede colaborar con los profesionales de otros servicios municipales, con otras administraciones y con las entidades sociales de distrito

OBJETIVOS

- Fomentar el trabajo en red, potenciando la eficacia de los recursos mediante la intervención conjunta y coordinada sobre poblaciones diana.
- Optimizar las competencias de cada uno de los recursos, mejorando el conocimiento mutuo de programas, recursos y necesidades, evitando la duplicidad de las funciones.
- Implantar y difundir la figura del TPD como referente de prevención de adicciones que orienta la participación comunitaria en actividades relacionadas con el ocio saludable.
- Acercar los recursos municipales a los ciudadanos para facilitar su conocimiento y utilización.
- Complementar la oferta de educación para la salud de otros recursos sanitarios con la prevención de adicciones.
- Aumentar el número de agentes con formación específica en prevención de adicciones en cada uno de los 21 distritos.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS

- Presentación de la cartera de servicios a todos los agentes sociales que intervienen en el distrito: servicios sociales, CMS, entidades subvencionadas por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, agentes tutores, AMPAS, etc.
- Diseño de protocolos de coordinación con los diferentes agentes sociales y los dispositivos sanitarios y asistenciales de drogas.
- Establecimiento de sistemas de derivación en aquellos casos en los que existan situaciones de riesgo de consumo de sustancias.
- Diseño conjunto e interdisciplinar de las intervenciones de riesgo.
- Realización de asesoría en prevención de adicciones a entidades y recursos del distrito.
- Realización de grupos de familias en entidades y recursos comunitarios.
- Formación en prevención de adicciones a entidades y recursos comunitarios que trabajan con adolescentes y jóvenes.

- Planificación y gestión de acciones comunitarias.
- Diseño de una oferta de módulos de formación en prevención de adicciones que complementa la oferta de educación para la salud que se realiza desde los centros de atención primaria.

Para facilitar el trabajo en red de los diferentes mediadores o agentes sociales susceptibles de implicarse en la prevención de drogodependencias dirigida a adolescentes y jóvenes y las familias, se ha diseñado una **formación de mediadores sociales en prevención de adicciones**. Se trata de cursos de formación sobre prevención de adicciones, impartidos por el equipo de técnicos del servicio y dirigidos a agentes sociales del distrito, tales como:

- Profesionales y voluntarios del tejido asociativo.
- Agentes sociales públicos (profesionales de servicios sociales, agentes tutores, etc.).
- Alumnado de ciclos formativos de estudios sociales y socio-sanitarios.
- Alumnos/as universitarios (estudiantes y miembros de asociaciones y colegios mayores).
- Profesionales de la salud (centros municipales de salud y centros de atención primaria).
- Premonitores (formación de mediadores para menores de 18 años).

El Programa de **Formación para mediadores sociales** se adapta a las necesidades formativas de cada grupo concreto, trabajando las unidades temáticas desde los aspectos teóricos y prácticos.

Para facilitar el trabajo en red de los diferentes mediadores o agentes sociales susceptibles de implicarse en la prevención de drogodependencias dirigida a adolescentes y jóvenes y las familias, se ha diseñado una formación de mediadores sociales en prevención de adicciones

LOS OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN SON:

- Dotar a los mediadores sociales de formación específica sobre prevención de adicciones.
- Complementar los programas de formación interna de entidades y recursos comunitarios.
- Unificar los mensajes y contenidos que llegan a la población sobre adicciones.
- Mejorar la calidad de la intervención preventiva que desarrollan los servicios y recursos comunitarios.

LOS CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS DE LA CAPACITACIÓN SON LOS SIGUIENTES:

- Educación para la salud y prevención.
- Drogas.
- Adolescencia.
- Educación afectivo-sexual.
- Comunicación.
- Actuación en prevención: individual.
- Actuación en prevención: grupal.
- Educación para el ocio y tiempo libre.
- Educación sobre el consumo.
- Marco legislativo.
- Recursos de prevención.
- Medios de comunicación y prevención.
- Elaboración de programas de prevención.
- Evaluación en prevención.

Para tener más información sobre los cursos de formación para mediadores sociales consultar el "Manual de Formación de Mediadores Sociales" en:

www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/FormacionMediadoresSoc.pdf

7 | DISEÑO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO PAD

El Servicio PAD realiza un seguimiento continuo del desarrollo y de los efectos de los diferentes programas de intervención con los adolescentes, jóvenes y familias atendidos en el marco de este programa.

El objetivo general del diseño y el desarrollo de la evaluación que se ha propuesto responde a las tres funciones básicas de la evaluación señaladas por Stufflebeam y Shinkfield (1987:23): perfeccionamiento o mejora de la intervención (*improvement*), rendimiento de cuentas o responsabilidad (*accountability*) y ejemplificación o alumbramiento para acciones futuras (*enlightenment*).⁹

9 Stufflebeam, D. y A. Shinkfield. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/MEC.

El tipo de evaluación que se ha realizado ha sido:

- **Sumativa**, atendiendo al papel de la evaluación.
- **Ex post facto**, en función del momento de la evaluación.
- **Interna**, según el agente evaluador.
- **De proceso y resultados**, atendiendo al contenido o fase del programa.

La evaluación sumativa se define como aquella que hace una recapitulación del servicio durante un periodo de tiempo determinado para ofrecer una valoración global y final del mismo, en general, el Servicio PAD la realiza anualmente.

La evaluación ex post facto es la que se realiza durante y una vez que el servicio ya ha sido ejecutado.

La evaluación interna se caracteriza porque se realiza por parte de personal relacionado con el servicio, es decir, implicado en su planificación y en su ejecución.

La evaluación del proceso analiza y valora el proceso de puesta en práctica del servicio, tratando de dar respuesta a una cuestión clave: ¿cómo se ejecuta y pone en práctica el servicio?, en definitiva, con este tipo de evaluación se pretende indagar acerca de ¿qué se ha hecho? y ¿cómo se ha hecho?, ya que una de las metas mínimas a cubrir en el servicio y los programas que lo articulan será la adecuación a lo previsto, así como valorar la calidad en la implementación.

La evaluación de resultados se ocupa de valorar los cambios que se han producido por la acción del servicio en los beneficiarios directos, es decir, los adolescentes, jóvenes y familias usuarios del mismo. Se trata de unos efectos medibles y observables en la vida de la población destinataria producida como consecuencia del desarrollo del servicio, analizando y valorando la calidad de los productos (outputs) resultado del mismo.

Las preguntas clave sobre los programas que dan lugar a evaluaciones de resultados, como sostiene Alvira, F. (2000) se relacionan todas con los efectos de los programas o servicios y/o los objetivos de resultados, preguntas tales como: ¿cuáles han sido los efectos de los programas?; ¿se han obtenido los resultados esperados?; ¿se han producido efectos inesperados?, (criterio de valor de impacto); ¿se están consiguiendo los objetivos de resultados programados?, ¿se están consiguiendo en el grado previsto?

Para el diseño de evaluación de las dos dimensiones, proceso y resultados, se han establecido una serie de criterios¹⁰: de eficacia, cobertura y desempeño para la evaluación de proceso y, para la evaluación de resultados, el criterio de eficacia.

El **criterio de valor de eficacia**, como señala Ligeró, J.A. (2008) "mide si la intervención causa los efectos deseados en una determinada población beneficiaria, teniendo en cuenta los objetivos específicos y los operativos, así como las finalidades que se habían previsto en el programa o servicio, tanto de su planificación de resultados, como de los procesos establecidos".

El **criterio de cobertura** "consiste en evaluar hasta qué punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo, es decir, se trata de poner en relación la población real receptora del programa, con la población teórica que debería recibir el programa" y el **criterio de valor de desempeño** "analiza si las actuaciones se han realizado correctamente".

En función de cada uno de los criterios seleccionados, se establecieron una serie de preguntas clave sobre el desarrollo del programa.

¹⁰ Un criterio se define como "el estado más positivo de un programa y lo compara con la situación real, contraste que permite emitir un juicio de valor". (Ligeró, J.A. 2008).

El Servicio PAD realiza un seguimiento continuo del desarrollo y de los efectos de los diferentes programas de intervención con los adolescentes, jóvenes y familias atendidos en el marco de este programa

El tipo de evaluación que se ha realizado ha sido sumativa, ex post facto, interna, de proceso y resultados

Para el diseño de evaluación de las dos dimensiones, proceso y resultados, se han establecido una serie de criterios: de eficacia, cobertura y desempeño para la evaluación de proceso, y, para la evaluación de resultados, el criterio de eficacia

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: EFICACIA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>¿Ha sido adecuado el Plan de comunicación y difusión previsto del servicio?</p> <p>¿Cómo conocen las familias la existencia de este servicio?</p>	<p>Grado de eficacia de las estrategias de comunicación y difusión del Servicio: % de participantes que valoran adecuadas las estrategias de difusión y principales vías de conocimiento del servicio: teléfono, profesional sanitario, a través de otros servicios de drogas o servicios sociales</p>	<p>Ficha de recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p> <p>Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>
<p>¿Los usuarios han acogido la experiencia tan positivamente como estaba previsto?</p> <p>¿El nivel de satisfacción de los usuarios (adolescentes y jóvenes y familias) con relación al desarrollo de las actuaciones y el equipo de profesionales que atienden el servicio ha sido el previsto? En caso negativo ¿cuáles han sido las dificultades?</p> <p>¿Los usuarios realizan alguna sugerencia para que el servicio sea más eficaz y pertinente?, ¿de qué tipo?</p>	<p>Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención dispensada por los profesionales del PAD</p> <p>Porcentaje de usuarios satisfecho con el trato recibido en el PAD: amabilidad, atención personal y claridad informativa</p> <p>Valoración otorgada por los usuarios al horario de atención al público del PAD</p> <p>Porcentaje de usuarios que considera útil la información y orientación que ha recibido por parte del profesional que le ha atendido</p> <p>Puntuación de la adecuación de las instalaciones (intimidad, comodidad y limpieza)</p> <p>Puntuación sobre la amplitud del horario de atención</p> <p>Porcentaje de padres/madres que recomendarían este servicio a algún amigo/conocido con un problema similar</p>	<p>Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: EFICACIA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>Los padres/madres que han participado en grupos de capacitación familiar para la prevención de adicciones ¿han valorado positivamente la atención recibida?</p>	<p>Porcentaje de usuarios satisfecho con la formación recibida</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: Cuestionario de evaluación de los cursos de formación al finalizar los mismos Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>
<p>Los mediadores sociales que han recibido formación específica sobre prevención de adicciones ¿han valorado positivamente la atención recibida?</p>	<p>Porcentaje de mediadores satisfechos con la formación recibida</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: Cuestionario de evaluación de los cursos de formación al finalizar los mismos</p>

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: DESEMPEÑO

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>¿Está satisfecho el equipo técnico del servicio con el proceso de implementación del mismo? ¿Se han desarrollado las actuaciones tal y como estaba previsto?</p>	<p>Grado de satisfacción del equipo de profesionales del Servicio PAD con el desarrollo de las actuaciones preventivas previstas</p> <p>Grado de satisfacción del equipo de profesionales del Servicio PAD con el apoyo y la coordinación con otros recursos municipales</p> <p>Grado de satisfacción del equipo de profesionales del Servicio PAD con el nivel de aceptación del servicio por parte de los jóvenes y las familias</p>	<p>Grupo focal y entrevistas con técnicos del equipo profesionales Servicio PAD</p>
<p>¿Se han llevado a cabo los protocolos de derivación de casos a otros recursos, tal y como estaba previsto?</p>	<p>Nº de casos derivados a otros recursos según los protocolos previstos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derivación a red asistencial - Derivación a red salud mental 	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p> <p>Grupo focal y entrevistas con técnicos del equipo profesionales Servicio PAD</p>
<p>¿Se ha llevado a cabo un seguimiento y un acompañamiento de los adolescentes y jóvenes consumidores de drogas, a través de un Programa Personalizado de Intervención PPI?</p>	<p>Nº de PPI elaborados consensuadamente entre TPD & otros profesionales PAD, con objetivos adaptados y con un planteamiento progresivo de cumplimiento para cada caso</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>
<p>¿Se han planificado actuaciones conjuntas con recursos y agentes sociales que intervienen con este colectivo?</p>	<p>Nº y tipología de intervenciones conjuntas con recursos y agentes sociales</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: DESEMPEÑO

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
¿Se ha seguido el protocolo previsto de atención telefónica?	Análisis y valoración de los procedimientos seguidos Motivo de la consulta telefónica	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: hoja de registro de intervenciones telefónicas
¿Se ha seguido el procedimiento previsto de atención presencial?	Análisis y valoración de los procedimientos seguidos Motivos de la consulta presencial	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: registros mensuales de información por distrito y fichas de carácter interno donde se recoge información cualitativa para evaluar el proceso

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: COBERTURA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>¿Se ha ofertado la capacitación familiar para la prevención de adicciones que han demandado las familias?</p> <p>¿El Servicio PAD está llegando a los beneficiarios previstos?</p> <p>¿Existen sesgos?</p>	<p>Adolescentes y jóvenes con los que se interviene grupalmente: perfil sociodemográfico de los usuarios</p> <p>Adolescentes y jóvenes con los que se interviene desde el servicio: nº de sujetos con los que se interviene individualmente. Perfil sociodemográfico de los usuarios</p> <p>Nº de grupos informativos y de orientación realizados</p> <p>Nº de grupos de formación preventiva</p> <p>Nº de familias atendidas por teléfono y presencialmente y perfil de las mismas</p> <p>Nº de familias atendidas individualmente PAD móvil</p> <p>Nº de familias participantes en formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en contextos educativos - en contextos comunitarios 	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: valor absoluto trimestral y anual</p>
<p>¿Está teniendo aceptación el servicio telefónico de orientación familiar del servicio?</p>	<p>Nº de familias atendidas telefónicamente</p> <p>Duración media de las consultas telefónicas</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: hoja de registro de intervenciones telefónicas</p> <p>Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: COBERTURA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
¿Está teniendo aceptación el servicio de consulta familiar presencial?	Nº de familias atendidas de forma presencial Duración media de las consultas presenciales Nº de familias atendidas en el PAD móvil	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: registros mensuales de información por distrito y fichas de carácter interno donde se recoge información cualitativa para evaluar el proceso Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD
¿El servicio consigue captar a adolescentes/jóvenes en situación de mayor riesgo, como estaba previsto?	Porcentaje de captación con éxito	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo
¿Cuál es el patrón de consumo dominante de drogas de los adolescentes/jóvenes usuarios del servicio?	Perfil de los usuarios: edad, principales drogas de abuso y presencia de psicopatología entre los usuarios	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: informe de valoración inicial
¿El servicio consigue captar a adolescentes/jóvenes en situación de mayor riesgo, como estaba previsto?	Perfil de los usuarios en relación a los criterios establecidos en la valoración inicial y en la valoración multidimensional	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: informe de valoración inicial y multidimensional
¿Son derivados al servicio jóvenes con un perfil de riesgo con los que se está interviniendo desde otros programas de prevención universal escolar ("Prevenir en Madrid u otros") ¿Cuáles son las vías de captación de los usuarios?	Principales vías de captación de los usuarios Perfil de los adolescentes y jóvenes: % de usuarios procedentes de otros programas municipales dirigidos a jóvenes	Recogida de datos del Servicio PAD cumplimentada por el equipo

NECESIDADES INFORMATIVAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

CRITERIO DE VALOR: COBERTURA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>¿El servicio consigue captar a familias inquietas y con situaciones conflictivas con sus hijos/as, tal y como estaba previsto?</p>	<p>Perfil de las familias que con mayor frecuencia acuden al servicio en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principales vías de captación - Tipología familia - Tipo de demandas más frecuentes - Tipo de sustancia de mayor demanda 	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>
<p>¿Se ha dotado a los mediadores sociales de formación específica en prevención de adicciones?</p> <p>¿Se ha aumentado el número de agentes sociales con formación específica en prevención de adicciones en cada uno de los 21 distritos municipales?</p>	<p>Nº de cursos de formación desarrollados. Tipología y nº de asistentes a los mismos</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>

A continuación, se formulan algunas preguntas clave con relación a la evaluación de los efectos del servicio en los usuarios, tanto sobre los previstos (resultados) como los no previstos (impacto).

INDICADORES SOBRE LOS EFECTOS/RESULTADOS DEL SERVICIO		
CRITERIO DE EFICACIA		
NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
¿Cuántos adolescentes/jóvenes han sido captados por el Servicio PAD?	Nº de casos captados y con los que se ha establecido un vínculo estable desde el servicio en un año	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo
¿Los jóvenes se han implicado en las actuaciones programadas con la frecuencia esperada?	Grado de fidelización: % de usuarios que han acudido al servicio con la frecuencia establecida	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: ficha seguimiento PPI
¿Se ha realizado una evaluación continua del PPI por parte del equipo responsable? ¿Cuántos PPI han sufrido modificaciones y cambio de itinerario a lo largo del proceso?	Nº de PPI de adolescentes y jóvenes que han sufrido modificaciones y cambio de itinerario. Motivos de los cambios acontecidos	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: ficha seguimiento PPI
¿Se han cumplido los objetivos previstos en el PPI como estaba previsto?	Nº de adolescentes/jóvenes, que finalizan la intervención anualmente del Servicio PAD habiendo cumplido los objetivos previstos en el PPI, al menos en un 50% del total de usuarios atendidos, desagregado por franjas de edad y sexo	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: ficha seguimiento PPI
¿El seguimiento de los casos individuales confirma una evolución positiva del menor o adolescente al cabo de seis meses?	Nº de seguimiento de casos puntuales con la entidad a la que se ha derivado, con la familia y con el adolescente o joven	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: ficha seguimiento PPI

INDICADORES SOBRE LOS EFECTOS/RESULTADOS DEL SERVICIO

CRITERIO DE EFICACIA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
<p>¿Se cumplen los plazos previstos para la atención personalizada de las familias, desde la consulta telefónica?</p>	<p>Tiempo medio de cita para la entrevista presencial de las familias</p> <p>Porcentaje de solicitudes atendidas en plazo (15 días máximos) sobre el total de las recibidas en el PAD</p> <p>Sumatorio de días transcurridos desde cada llamada telefónica hasta cita para entrevista presencial, de todos los casos de familias citadas en un año</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: Ficha registro atención telefónica</p>
<p>¿Cumple el Servicio PAD, en sus diferentes modalidades, con el objetivo de ser un recurso de primer contacto?</p>	<p>Porcentaje de familias que utilizan las diferentes modalidades del Servicio PAD como recurso de primer contacto</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>
<p>¿Se consigue el objetivo de intervención conjunta: adolescente/joven y su familia para el desarrollo del PPI?</p> <p>Si el adolescente/joven rechaza cualquier tipo de intervención, ¿se interviene con la familia?</p> <p>Si la familia no se implica en la intervención, ¿se logra la intervención con los adolescentes/jóvenes solos?</p>	<p>Tipología de intervención más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias solas - Familias con adolescente-joven - Adolescente-joven solo, sin su familia 	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: seguimiento PPI y PIF</p> <p>Registro información adolescente (RIA)</p> <p>Registro información familias (RIF)</p>
<p>¿Se han implicado en el desarrollo del PPI otras áreas de influencia del adolescente, joven y familia?</p>	<p>Tipología de áreas de influencia implicadas en los PPI de adolescentes, jóvenes y familia y tipo de implicación</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>

INDICADORES SOBRE LOS EFECTOS/RESULTADOS DEL SERVICIO

CRITERIO DE EFICACIA

NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
Las consultas telefónicas ¿constituyen una vía de captación de familias con problemas para una intervención presencial más intensa?	<p>Porcentaje de familias atendidas telefónicamente que acuden a entrevistas presenciales:</p> <p>Nº de casos de intervención puntual</p> <p>Nº de casos que han servido de paso a una intervención presencial</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo. Ficha registro atención telefónica</p>
Las consultas telefónicas y las entrevistas presenciales con las familias, ¿favorecen la detección de familias problemáticas que requieren una intervención más continuada e intensa?	<p>Porcentaje de familias atendidas telefónicamente y que acuden a entrevistas presenciales, que son derivadas a recursos de atención familiar de mayor frecuencia e intensidad</p> <p>Casos finalizados en el Servicio PAD / Casos derivados a otros servicios</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p>
El PAD móvil, ¿favorece la atención personalizada a las familias que acuden a las sesiones de formación de los grupos de familia?	<p>Nº de casos citados, surgidos de las sesiones de formación familiar para consulta individual de su caso concreto</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p> <p>Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>
La intervención con las familias que presentan mayores problemáticas ¿ha cumplido los objetivos previstos, es decir: contener y manejar su angustia, evitando el deterioro de la comunicación y de las relaciones afectivas con sus hijos/as?	<p>Nº de casos de familias que finalizan la intervención anualmente en el servicio habiendo cumplido los objetivos previstos en el PPI y/o en el PIF al menos en un 50% del total de las familias atendidas</p>	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo. Fichas seguimiento PPI y PIF</p> <p>Encuesta satisfacción usuarios Servicio PAD</p>

INDICADORES SOBRE LOS EFECTOS/RESULTADOS DEL SERVICIO		
CRITERIO DE EFICACIA		
NECESIDADES INFORMATIVAS Y PREGUNTAS RELEVANTES	INDICADOR	TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
¿El seguimiento de los casos individuales confirma una evolución positiva de la implicación, apoyo y acompañamiento familiar?	Nº de seguimiento de casos/familia telefónico y/o presencial	Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo: Fichas seguimiento PPI
¿Se ha fomentado el trabajo en red, mediante la intervención conjunta y coordinada de los recursos comunitarios?	<p>Protocolos de coordinación con los diferentes agentes sociales y los dispositivos sanitarios diseñados</p> <p>Nº de actuaciones en red planificadas y gestionadas conjunta e interdisciplinariamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acciones comunitarias - con recursos públicos - con entidades del tejido asociativo - con recursos sociosanitarios - Participación en mesas y foros 	<p>Recogida de datos de carácter interno del Servicio PAD cumplimentada por el equipo</p> <p>Contactos y coordinación establecida con los recursos públicos municipales, las entidades del tejido asociativo y los recursos sociosanitarios</p>

Las respuestas a estos interrogantes son clave para ir adecuando y mejorando la implementación de este servicio con objeto de que se ajuste lo más posible a las necesidades y expectativas de los adolescentes, jóvenes y las familias.

8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBEE, G. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-50.
- ALBEE, G.W. (1985). The argument for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 5, 213-219.
- ALBEE, G.W. (1985). The argument for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 5, 213-219.
- AL-HALABÍ DIAZ, S., ERRASTI, J.M., FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R., CARBALLO CRESPO, J.L., SECADES, R., GARCÍA RODRIGUEZ, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a los programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, Vol. 21. Nº1. Págs. 39-48.
- ALONSO, C., SALVADOR, T., SUELVES, J.M., JIMÉNEZ, R., MARTÍNEZ, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario de términos de prevención*. Madrid: CEPS.
- ALONSO, C. (2007). *Prevención de drogodependencias basada en la educación en habilidades para la vida*. Tenerife: II Seminario Internacional de habilidades para la vida.
- AÑANOS, F. (2002). Algunos entornos generadores de situaciones sociales de riesgo. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 9, pp. 359-376.
- ARBEX, C. (2002). *Menores y consumos de drogas: guía de intervención*. ADES. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Mº del Interior.
- ARBEX, C., et al., 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.
- ARBEX, C. (2009). Memoria de grado *Diseño de Evaluación de un Plan Municipal sobre Drogas* realizada para el Máster de Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. No publicada.
- ARCO, J.L., FERNÁNDEZ, A. (2002). Porqué 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.

- AYUNTAMIENTO DE MADRID. PMCD/FAD (2000). La Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar.
- AZJEN, I., FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BALLESTEROS GUERRA, J.C., BABÍN VICH, J.F.A., RODRÍGUEZ, M.A., MEGÍAS, E. (2009). Ocio (y riesgos) de los jóvenes madrileños. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- BECOÑA, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- BECK ULRICH (2006). La sociedad del riesgo global. Edit. Siglo XXI.
- BENARD, B. (1991, 1995) GLANTZ Y JOHNSON (1991), MASTEN Y COATSWORTH (1998), RESNICK ET AL., (1997), SCALES Y LEFFERT (1999), TOLAN, ET AL., (2000). Fostering Resiliency in Kids: protective factors in the family, school and community. Portland, OR: Western Center for Drug-Free School and Communities.
- BOTVIN, G. (1990). Substance abuse prevention: Theory, practice and effectiveness. En: TONRY, M., WILSON, J. (1990). (Eds.) Drugs and crime, crime and justice. Chicago: University of Chicago Press.
- BOTVIN, G.J. (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.
- BOTVIN, G.J., BARKER, E., DUSENBURY, L., TORTU, S., BOTVIN, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioural approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- 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).

- BOTVIN, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behaviours*, 25, 887-897.
- BOWLBY (1992). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós, 1990. Fecha de la primera edición en inglés 1980.
- BRODY, G.H., FOREHAND, R. (1993). Prospective associations among family form, family processes, and adolescents alcohol and drug use. *Behavior research and Therapy*, 31, 587-593.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- BUELGA ET AL. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. En S. Jackson, L. Goosens (Eds): *Handbook of Adolescents Development* (pp. 337-369). UK: Psychology Press.
- BURKHART, G., CALAFAT, M. (2008). Cannabis prevention in the EU. En: *A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8, Volume 1*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- BUTTERS, J.E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescence* 25: 645-654.
- BUTTERS, J.E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11 (5): 381-390.
- CAPLAN, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- CARBALLO ET AL. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (674-679).
- CATALANO, R., HAWKINS, J. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. En: HAWKINS, J. (Ed.) *Delinquency and crime*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CAVA, M.J., MURGUI, S., MUSITU, G. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18 (3): 367-373.

- CAVA, M.J., MURGUI, S., MUSITU, G. (2008). *Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media*. *Psicothema*, 20 (3): 389-395.
- CICHETTI, D., GARMEZY, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.
- CICHETTI, D., FOGOSCH, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- COHEN, D.A., & LINTON, K.L.P. (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevent program. *Journal of Drug Education*, 25 (2), 159-69. (EJ 514-496). Citado en *Resources*. Urban School-Community Parent Programs to Prevent Drug Use. Wendy Schwartz.
- COMAS, D., ARZA, J. (2000). *Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas*. En Grupo Igia, *Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona y FAD.
- COMISIÓN EUROPEA (1999). *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre un plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)*. Bruselas: Comisión Europea.
- CONDE, F. (1996). Crisis de las sociedades nacionales de consumo de masas y nuevas pautas de consumo de drogas. En: Jóvenes y fin de semana. Madrid: Instituto de la Juventud.
- COSTA, M., LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- COSTA, M., LÓPEZ, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- COSTA, M., LÓPEZ, E. (2008). *Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Ed. Pirámide.
- COWEN, E., PEDERSON, A., BABIGIAN, H., IZZO, L., TROST, M. (1973). Long Term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 438-446.

- CRITTENDEN, P. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments. *Child Abuse and Neglect*, 16, 329-343.
- CYRULNIK, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (Dir.) (1996). *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. Cuatro volúmenes y dos vídeos*. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (Dir.) (2002). *Prevenir la violencia contra las mujeres construyendo la igualdad. Programa para la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Un libro y dos vídeos.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (2003). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión. II. La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Programa de intervención y estudio experimental*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (2003). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Página web del Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. http://www.cnice.mecd.es/recursos2/convivencia_escolar/.
- DÍAZ-AGUADO, M.J. (2003). *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Pirámide.
- DÍAZ-AGUADO, M.J., MARTINEZ ARIAS, R. (Dir.) (2001). *Consumo de drogas en los adolescentes. Condiciones de riesgo y de protección contra el riesgo en San Lorenzo de El Escorial. Informe de Investigación inédito*. Madrid: Agencia Antidroga.
- DÍAZ-AGUADO, M.J., MARTINEZ ARIAS, R. (Dir.) (2003). *Prevenir en Madrid. Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos del Ayuntamiento de Madrid. Volumen uno: Investigación*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- DÍAZ-AGUADO, M.J., MARTÍNEZ ARIAS, R., MARTÍN SEOANE (2003). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión. I. La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación. Volumen uno*. Madrid: Instituto de la Juventud.

- DISHION, T.J., OWEN, L.D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental psychology*, 38 (4), 480-491.
- DODGE, ET AL., (2006). LANSFORD, MILLER-JOHNSON, PETTIT Y BATES, (2007). HANSEN Y O´MALLEY, (1996). Toward a dynamic developmental model of the role of parents and peers in early onset substance use. En A. Clarke Stewart, J. Dunn (eds): *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 104-131). New York: Cambridge University Press.
- EISENBERG, N., FABES, R.A., GUTHRIE, I., MURPHY, B.C. (1996). The relations of regulations and emotionality to problem behavior in elementary school children *Development and Psychopathology*, 8, 377-385.
- EMLER, N., REICHER, S. (1995). *Adolescence and delinquency*. Oxford: Blackwell.
- ERIKSON, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1971. *Human Relations*, 7, 117-140.
- FELIX- ORTIZ, M., NEWCOMB, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- FOSTER, S., GURMAN, A.S. (1988). *Terapias de familia*. En S.J. Linn, J.P. Garske (Eds). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos* (pp. 471-522) Bilbao. Desclee de Brouwer. Citado en Becoña. E. (1999).
- FUNDACIÓN ILUNDÁIN HARITZ BERRI (2004). *El abordaje y la prevención del consumo de drogas en los programas de la Fundación*. Documento no publicado.
- GLANTZ, M.D., JOHNSON (1992). A Developmental Psychopathology Model of Drug Abuse Vulnerability. En M. Glantz, R. Pickens (Eds). *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 389-418. Washington, D.C. American psychological association.
- GADNER, S.E., BROUNSTEIN, P.J., STONE, D.B., WINNER, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, M.D.: Substance and Mental Health and Human Services.

- GERSTEIN, D.R., GREEN, L.W. (eds.) (1993). *Evaluating Prevention Program Effects*. In *Preventing Drug Abuse: What do we know?* 76-117. Washington, DC: National Academy Press.
- GÓNZALEZ MENÉNDEZ, A. ET AL. (2003). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de psicólogos del Principado de Asturias.
- GORDON, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg, M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, M.D.: U.S. Department of Health and Human Services.
- GIL CALVO, E. (1996). La complicidad festiva: Identidades grupales y cultos de fin de semana. En: *Jóvenes y fin de semana*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- HARTER, S. (1978). Effectancy motivation reconsidered: toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F., MILLER, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: *Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F., ARTHUR, M.W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- HERRERO YUSTE, M^a N. (1997). *Intervención con menores en situación de riesgo para el abuso de drogas*. Instituto Madrid Adicciones.
- GARDNER HOWARD (2011). *Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica*. Paidós.
- IREFREA (2001). *Prioridades preventivas. Culturas recreativas y consumo de drogas*. Mallorca: Irefrea Española.
- INOCENCIO, R. (2005). Vulnerabilidad: aspectos psicológicos y clínicos. En Pantoja, L. (coord.): *Los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Bilbao. Universidad de Deusto, pp. 125-136.
- JESSOR, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12 pp. 597-605, (en Becoña, E. 1999).

- JESSOR, R. (1992). Risk behavior in adolescence. A psychological framework for understanding and action. En D.E. Rogers, E. Ginzburg (Eds). *Adolescent at risk: Medical and Social Perspectives* pp. 19-34. Boulder,CO: Westview Press.
- JESSOR, R. (1993b). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American psychologist*, 48, 117-126.
- JEGER, A.M., SLOTNICK, R.S. (Eds.) *Community Mental Health and Behavioral-Ecology*. New York: Plenum Press. (1982). Citado por Costa, M. (1984). ANUARIO DE PSICOLOGIA Nº 30131-1984 (1-2). La terapia de conducta en la salud comunitaria.
- KUMPFER, K.L., SZAPOPOCZNIK, J., CATALANO, R., CLAYTON, R.R., LIDDLE, H.A., McMAHON, R., MILLMAN, J., ORREGO, M. E.V., RINEHART, N., SMITH, I., SPOTH, R., STEEL, M. (1998). Preventing substance among children and adolescents: Familycentered.
- Approaches. Rockville, M.D.: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- KUPERSMITH, J. (1983). Predicting delinquency and academic problems from childhood peer status. En: D. Coie (Ed.) *Strategies for identifying children at social risk: Longitudinal correlates and consequences*. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Detroit.
- KUPERSMITH, J., COIE, J. (1990). Preadolescent peer status, aggression and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 61, 1350-62.
- KELLY, K.J., COMELLO, M.L.G., & HUNN, L.C.P (2002). Parent-child communication, perceived sanctions against drug use, and youth drug involvement. *Adolescence*, 37, 775-788. Citado en *Communication and Parental Influence on Late Adolescent Spirituality*.
- Katy Baumbach, G.L. Forward, David Hart. *JCR* 29 (November 2006). 394-420
- LAESPADA, T., IRAURGI, I., 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.

- LUENGO, M.A., ROMERO, E., GÓMEZ J.A., GUERRA, A., LENCE, M. (2002). La prevención del consumo de drogas y conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Universidad de Santiago de Compostela: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior.
- LIGERO, J.A. (2008). *Criterios de valor y preguntas relevantes. Módulo 7 Los criterios y las preguntas de evaluación*. Documentos del Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid. No publicados.
- LIU, Y. (2003). Parent-child interaction and children's depression: The relationships between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 26 (4), 447-457.
- MARCIA, J.E. (1980). Identity in adolescence. En J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). Nueva York: Wiley.
- MARCIA, J. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- MARCHESI, A. (2003). El fracaso escolar en España. Fundación Alternativas.
- MARTIN SEOANE, G. (2003). Adolescencia, riesgo y afrontamiento emocional. Tesis Doctoral Inédita. Madrid: Universidad Complutense.
- MARTÍNEZ, J.L., FUENTES, A., RAMOS, M., HERNANDEZ, A. (2003). Substance use in adolescence: Importance of parental warmth and supervision. *Psicothema*, 15, 161-166.
- MEGÍAS, E. (Dir.) (2000). Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. Barcelona: Fundación La Caixa.
- MEGÍAS, E. (Coord.) (2001). La noche: un conflicto de poder. *Revista de Estudios de Juventud* nº 54. Instituto Nacional de la Juventud de España.
- MEGÍAS, E (DIR.), BALLESTEROS, J.C., CONDE, F., ELZO, J., LAESPADA, T., MEGÍAS, I., RODRÍGUEZ, E., (2007). Adolescentes ante el alcohol. La mirada de padres y madres. La Caixa. Barcelona.
- MONJAS CASARES, M.I. (2004). *¿Mi hijo es tímido?* Madrid: Pirámide.

- MORAL, M.V., RODRIGUEZ, F.J., SIRVENT, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
- 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., 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., GRAÑA-LÓPEZ, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- MUÑOZ-RIVAS, M.J., GRAÑA, J.L., CRUZADO, J.A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- MUSITU, G., CAVA, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- NASH, J.K.(2002). Neighborhood Effects on Sense of School Coherence and Educational Behavior in Students at Risk of School Failure. *Children and School*, 24 (2) ,73-89.
- NAVARRO, J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Plan Municipal Contra las Drogas.
- NORMAN A CONSTANTINE, 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, C.A. Papel presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. New Orleans, L.A., June, 1999 (revised September 20, 1999).

- 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.
- 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.
- PANTOJA, L., AÑANOS F. (2010). Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas. Reflexiones críticas. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social* (1139-1723). 17, 109-122.
- PASTOR, Y., BALAGUER, I., GARCÍA-MERITA., M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psychothema*, 18 (1) 18-24.
- PARKER, J., ASHER, S. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- PARKER, J.S, BENSON, M.J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse and delinquency. *Adolescence* 39 (155), 519-530.
- PETTERSON, P.L., HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F. (1992). *Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations*. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- PLAN DE ADICCIONES (2011-2017). Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- POLLARD, J.A., CATALANO, R.F., HAWKINS, J.D., ARTHUR, M.W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse delinquency, and other problems behavior in adolescent population. Documento no publicado.
- ROFF, M., WIRT, D. (1984). Child hood aggression and social adjustment as antecedents of delinquency. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 12, 111-126.
- ROJAS MARCOS, L. (2011). *Superar la adversidad: el poder de la resiliencia*. Espasa.

- SELMAN, R. (1980). The growth of interpersonal understanding. New York: Academic Press.
- PEELE, S. (1985). The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation. Lexington, M.A.: Lexington Books. C. Citado en Becoña, E. (1999).
- STEINBERG, L. (1990). Interdependence in the family: Autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. En: FELDMAN, S., ELLIOTT, G. (Eds.) At the threshold: The developing adolescent. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- STEINBERG, L., SILK, J.S. (2002). Parenting adolescents. En I. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol. I. Children and parenting* (pp. 103-134). Mahwah, N.J.: Erlbaum. Citado por Alfredo Oliva Delgado et al. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología* 2007, vol. 23, nº 1 (junio), 49-56.
- STEINBERG, L., MORRIS, A.S. (2001). Adolescence development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- STENGLE, E. (1971). Suicide and attempted suicide. Middlesex: Penguin.
- STUFFLEBEAM, D., A. SHINKFIELD. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/MEC.
- SWAIM, R.C. (1991). Childhood risk factors and adolescent drug and alcohol abuse. *Educational Psychology Review*, 3, 363-398.
- TARÍN M., NAVARRO, J.J. (2006). *Adolescente en riesgo: casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. Edt. CCS, pp 67-79.
- THOMAS, B.S., HSIU, L.T. (1993). The role of selected risk factors in predicting adolescent drug use and its adverse consequences. *International Journal of the Addictions*, 28, 1549.
- TOBLER, N.S., ROONA, M.R., OCHSCHORN, P., MARSHALL, D.G., STREKE, A.V., STACKPOLE, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336. (En Becoña, E. 2002).
- ULRICH BECK (2006). La sociedad del riesgo global. Edt. Siglo XXI.

- WEINER, I.B., ELKIND, D. (1976). El desarrollo normal y anormal del adolescente. Buenos Aires. Paidós.
- WERNER, E.E., SMITH, R.S. (1982). Vulnerable but invincible: a study of resilient children. Nueva York: McGraw-Hill.
- WERNER, E.E. (1987). Vulnerability and Resiliency in Children at Risk for Delinquency: A Longitudinal Study from Birth to Young Adulthood. En J.D. Burchard, S.N. Burchard (Eds), Prevention of Delinquent Behavior. Newbury Park: Sage.
- WHITE, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. Psychological Review, 66, 297-323.
- WILD, L.G., FLISHER, A.J., BHANA, A., LOMBARD, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviors and self-esteem in six domains. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45 (8), 1454-1467.

PUBLICACIONES DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES

- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2004 Primera Edición, en 2010 edición de la 7ª edición). *Prevenir en Madrid*. Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos. Educación Secundaria.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2004). La Policía Municipal y la prevención de las drogodependencias. Documento Técnico nº 4.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2005). Programa de Formación a distancia para Familias.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2005). Guía para familias. Guía de estrategias para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas. DVD.

- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2005). Programa de Prevención Selectiva. *Prevenir en Madrid*.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2006). Programa de ocio saludable en fin de semana. Documento Técnico nº5.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2007). *Prevenir en Madrid*. Programa escolar de prevención de conductas de riesgo y mejora del vínculo educativo en la E. Primaria.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID. *Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos)*. Documento Técnico nº 7.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2006). Manual para la Formación a Mediadores Sociales. Documento técnico nº8.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2007). Manual sobre reducción de los daños derivados del consumo. Dirigido a la gestión de riesgos con adolescentes y jóvenes.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2008). Documento Técnico del *Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid*.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Manual para formación de profesionales de la prevención y/o la educación sobre uso adecuado de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación: *Educa-TIC*.

- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Guía para familias sobre uso adecuado de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación: *Educa-TIC lo que debemos saber*.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Diseño on-line de la plataforma de difusión del Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) del Departamento de Prevención: www.servicioPAD.es.
- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DEL INSTITUTO MADRID ADICCIONES. MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Programa de Formación para Grupos de Familia.

9 GLOSARIO DE TÉRMINOS

CONSENSO DE PPI:

Implica trasladar al adolescente/joven y/o a la familia una información objetiva y clara sobre los resultados obtenidos tras la evaluación multidimensional y argumentar las razones que justifican un determinado plan de actuación, exponiendo sus ventajas y dificultades, a fin de que puedan tomar conciencia clara de su situación y del papel que pueden jugar en las posibles soluciones. El consenso del PPI puede precisar el ajuste de los objetivos, de las estrategias y/o de los recursos inicialmente propuestos por el equipo interdisciplinar, de forma que se adecuen a las características y necesidades sentidas por el adolescente/joven y/o su familia y se incremente la motivación e implicación en el programa terapéutico.

DETECCIÓN/CAPTACIÓN DE UN CASO

Conjunto de acciones para lograr la aproximación a un caso, conocer comprender, y valorar la urgencia, así como favorecer la creación de un vínculo que permita, a través de una mejor disposición, poder orientar la valoración posterior del caso.

DIAGRAMAS DE FLUJOS

Los diagramas de flujo describen la mayoría de los pasos en un proceso. En las representaciones gráficas de procesos con símbolos, estos se interconectan para que en conjunto le den un sentido lógico al diagrama de flujo el cual da pie al desarrollo de un sistema de información. Puede ser difícil entender un proceso con una descripción verbal, de esta manera el diagrama de flujos de datos ayuda a ilustrar los componentes de un proceso y la forma en que interactúan. De igual manera se puede mostrar el diagrama de flujo como un análisis estructurado de la transformación de datos de un sistema, mediante una descripción pictórica. Útil para determinar cómo funciona realmente el proceso para producir un resultado. El resultado puede ser un producto, un servicio, información o una combinación de las tres. Al examinar cómo los diferentes pasos en un proceso se relacionan entre sí, se puede descubrir con frecuencia las fuentes de problemas potenciales.

DROGAS RECREATIVAS

Consumo de alcohol y otras drogas ilegales que se realiza por parte de los jóvenes en los espacios de ocio, (calles y plazas) que ocupan especialmente los fines de semana, con una finalidad de diversión, desinhibición, y percepción de incremento de las relaciones personales, banalizándose su consumo y disminuyendo la percepción de riesgo sobre las consecuencias.

ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico considera que cada familia es una unidad psicosocial, caracterizada por un tipo de funcionamiento, es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos haciendo que las experiencias y conductas de una persona estén asociadas y dependan de los valores, actitudes y conductas de los otros miembros de la familia.

EMPODERAMIENTO (DEL INGLÉS EMPOWERMENT)

En **promoción de la salud**, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Conjunto de actuaciones tendentes a evaluar la situación de cada persona en las áreas siguientes: consumo de drogas, otras adicciones o usos problemáticos, psicopatología, salud, motivación para la intervención, situación familiar, situación formativo-laboral, situación socio-relacional y situación en el ocio y tiempo libre, a fin de ofertar un programa de intervención integral, que de respuesta a la complejidad de circunstancias que pueden estar presentes en cada individuo en un momento determinado.

INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

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

INTERVENCIÓN GRUPAL CON FAMILIAS

Trabajo desarrollado con los familiares o tutores de adolescentes y jóvenes, como parte de las estrategias dirigidas a la consecución de los objetivos planificados en el PPI, que se puede desarrollar a través de grupos formativos y/o de grupos terapéuticos.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Es la que se realiza con un solo adolescente o joven, mediante acciones de tipo socio-educativo o terapéutico, adecuadas las circunstancias y características personales del mismo y orientadas a la consecución de los objetivos fijados en su programa personalizado de intervención (PPI).

INTERVENCIÓN GRUPAL

Es la que se realiza con varios adolescentes o jóvenes al tiempo, mediante acciones de tipo socioeducativo o terapéutico, basadas en las relaciones que se generan entre los miembros del grupo y en la capacidad del mismo para potenciar los cambios y efectos positivos que se persiguen en las diferentes áreas.

MODELO ECOLÓGICO

Basado en la psicología ecológica (Bronfenbrenner - 1981). Defiende que para comprender y prevenir las causas de las conductas de riesgo y la gravedad de sus efectos es preciso adoptar una perspectiva interactiva considerando tanto las características del adolescente como la interacción que establece con el ambiente que le rodea y conceptualizar éste a distintos niveles.

La psicología ecológica sobre las condiciones de riesgo y protección en los múltiples niveles de interacción individuo-ambiente, a partir del cual diseñar programas incluyendo actividades destinadas a optimizar tanto el ambiente como la representación que de él y de sus posibilidades tiene el adolescente.

MODELO DE POTENCIACIÓN

Constituye una nueva perspectiva estratégica y un nuevo enfoque, inspirado y dirigido por el propósito de empoderar y fortalecer. Define un estilo de intervención, marca un talante, unos valores y una ética, a la vez que proporciona orientaciones sobre cómo intervenir, además de ser un enfoque educativo que se concentra tanto en los recursos personales como sociales. 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.

PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA

Enfoque psicológico que trata de explicar y prevenir las perturbaciones psicosociales, ya que un inadecuado afrontamiento de las tareas evolutivas críticas aumentan la vulnerabilidad del sujeto haciendo a las personas más vulnerables a los efectos negativos de las diversas situaciones de riesgo psicosocial. (Cichetti, 2002).

PREVENCIÓN UNIVERSAL

(Gordon, 1987 y adaptada por el NIDA)

Aquella que va dirigida a todos los adolescentes y jóvenes, sin distinción, beneficiándolos a todos por igual.

PREVENCIÓN SELECTIVA

(Gordon, 1987)

Aquella que va dirigida a subgrupos de adolescentes y jóvenes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige por tanto a grupos de riesgo.

PREVENCIÓN INDICADA

(Gordon, 1987)

Aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige por tanto a individuos de alto riesgo.

PROCESO

(Ligero, J.A., 2008)

Cadena integrada de un conjunto de acciones, equipos y funciones necesarias para la prestación de un servicio, que acaba generando un valor añadido, es decir, unos resultados.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

(Ligero, J.A., 2008)

Son aquellos que están relacionados con la definición y el control de los objetivos del servicio, su planificación y estrategia. Responde a la pregunta: ¿qué se está haciendo?, recogiendo así lo que se pretende realizar con el colectivo diana de la intervención, en este caso con los adolescentes, jóvenes y con las familias.

PROCESOS OPERATIVOS

(Ligero, J.A.,2008)

Son aquellos que permiten el desarrollo de la planificación y estrategia definida del servicio e inciden directamente en la satisfacción de la población beneficiaria. Esta dimensión se centra en **cómo** se están aplicando los procesos estratégicos y los programas.

PROGRAMA

(Escámez, 1990)

Un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre si relacionadas, para la consecución de una meta. Por lo tanto, un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con objetivos específicos de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las drogodependencias, a impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)

Forma de organizar una respuesta dirigida a reducir o minimizar los problemas específicos que presenta cada caso. Esta respuesta organizada (programa), se concreta en: objetivos, actividades y recursos. Habrá de ser evaluada.

RESILIENCIA

La capacidad humana de encajar, resistir y recuperarse de las adversidades (Rojas Marcos, L. 2011). Es una competencia compleja y multifactorial de los sujetos que hace referencia a la fortaleza para resistir y no sucumbir ante contextos con numerosos factores de riesgo y experiencias adversas (acontecimientos vitales estresantes, situaciones de alto riesgo, transiciones evolutivas, crisis fuertes, acoso escolar, violencia...).

VALORACION INTERDISCIPLINAR

Conjunto de actuaciones profesionales, tendentes a conocer los aspectos biológicos, psicológicos y sociales propios del caso, sobre los que se sustenta la demanda, necesarios para articular una respuesta válida y congruente con el tipo de demanda efectuada, basada en la evidencia científica, la ética y el saber hacer de cada profesional.

ANEXO 1.

PROTOCOLO DE APOYO A LA SITUACIONES DE CONSUMO EN COORDINACIÓN CON CENTROS EDUCATIVOS EN LOS QUE SE IMPARTE ACE´S, PCPI Y UFIL

SUPUESTOS DE APLICACIÓN

El presente protocolo de apoyo a las situaciones de consumo se presenta como una propuesta por parte del Departamento de Prevención cuando en el centro educativo se detecten situaciones de consumo. Los supuestos de aplicación del protocolo son los siguientes:

1. Sospecha de consumo fuera del centro.
2. Evidencia de consumo dentro del centro durante la realización de actividades externas.
3. Signos visibles de efectos del consumo pese a no haberse realizado dentro del centro.

SOSPECHA DE CONSUMO FUERA DEL CENTRO	INDIVIDUAL	Entrevista personal con el alumno/a para motivar su participación como seguimiento individualizado con el TPD de referencia.
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirada automática del grupo de referencia. 2. Exposición de motivos de la retirada del grupo. 3. Se cita al alumno/a para el día siguiente en un momento en el que, desde el centro se considere que no habrá consumo previo (preferiblemente a primera hora de la mañana). 4. Los TPDs, realizarán una evaluación de los hechos con el fin de determinar la medida correspondiente. 5. En reunión con el alumno/a, se explicarán las medidas educativas pertinentes: <ul style="list-style-type: none"> - Medidas propias del centro (variables en cada caso). - Derivación al TPD de referencia como apoyo a la situación de consumo (en todos los casos).
EVIDENCIA DE CONSUMO DENTRO DEL CENTRO / NO EXISTE CONSUMO EN EL CENTRO PERO SE DETECTAN EFECTOS DEL CONSUMO.		<p>La intervención del TPD será de carácter educativo, pudiéndose producir derivaciones a otros servicios en función de la valoración que éste realice (Centro Madrid Salud-CMS, recurso de la red asistencial).</p> <p>En el caso de que el alumno/a sea expulsado del centro por un tiempo determinado, tan sólo podrá acceder al mismo para la realización del seguimiento con el TPD, no pudiendo acceder al resto de instalaciones antes o después de la intervención.</p> <p>El centro, si lo considera adecuado de acuerdo a su normativa interna, informará a las familias del hecho y programará una cita junto con el TPD, donde se producirá un asesoramiento y/o derivación al servicio PAD de orientación familiar.</p>
	INDIVIDUAL	<p>El TPD garantizará la confidencialidad del alumno/a en toda la información que se trate en el proceso.</p> <p>La coordinación entre el TPD y el centro será estrecha, si bien el TPD guardará la confidencialidad debida al alumno/a respecto a la información que éste le transmita.</p>
	GRUPAL	<p>El procedimiento de actuación seguirá el mismo patrón que en el caso individual añadiendo una medida reeducativa grupal sobre las consecuencias del consumo.</p> <p>Sesiones propuestas para trabajar en aula:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescencia y riesgo. 2. Drogas y conceptos asociados. 3. Identidad, incertidumbre y estrés (¿cómo ves la publicidad?).

ANEXO 2.
REGISTRO DE
INFORMACIÓN
ADOLESCENTE/JOVEN
(RIA)

FICHA DE INTERVENCIÓN E INFORME DE SEGUIMIENTO (PPI)

Fecha de alta <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>
Clave <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
	<input type="checkbox"/> Inmigrante	<input type="checkbox"/> Etnia gitana
Unidad de convivencia <input type="text"/>	Participa en grupos propios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Procedencia del caso (ver anexo) <input type="text"/>	En coordinación con (ver anexo) <input type="text"/>	
Estudia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Centro educativo <input type="text"/>	Trabaja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Profesión y/o centro de trabajo <input type="text"/>	
Motivo de la intervención <input type="text"/>		

HISTORIA DE CONSUMO

<p>Tipo de sustancia o NNTT</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	<p>Principal</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <p>Otros</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>Tipo de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Consumo experimental<input type="checkbox"/> Consumo esporádico<input type="checkbox"/> Consumo recreativo<input type="checkbox"/> Consumo habitual<input type="checkbox"/> Uso problemático<input type="checkbox"/> Abuso<input type="checkbox"/> Dependencia	<p>Consumo entorno</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pareja<input type="checkbox"/> Familia <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Grupo de iguales<input type="checkbox"/> Barrio<input type="checkbox"/> Centro educativo

FACTORES DE RIESGO

<p>INDIVIDUAL</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dificultad para asumir responsabilidades<input type="checkbox"/> Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad<input type="checkbox"/> Relaciones negativas con los adultos<input type="checkbox"/> Escasez de aficiones y alternativas de ocio<input type="checkbox"/> Ocio poco saludable o de riesgo<input type="checkbox"/> Alguna patología psíquica diagnosticada<input type="checkbox"/> Conductas delictivas o antisociales<input type="checkbox"/> Actitud positiva hacia el consumo de drogas<input type="checkbox"/> Uso o abuso de sustancias o de nuevas tecnologías
--

GRUPO DE IGUALES

- Ausencia de grupo de iguales
- Excesiva dependencia del grupo
- Rechazo por parte del grupo de iguales
- Grupo de iguales con conductas delictivas o antisociales (bandas)
- Grupo de iguales consumidores de drogas o de uso abusivo de nuevas tecnologías
- Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo

EDUCATIVO-LABORAL

- Absentista o con desinterés hacia lo escolar o formativo
- Fracaso académico
- Problemas de integración de normas
- Falta de preparación y de oportunidades, interés y niveles de aspiración bajos
- Falta de habilidades para la búsqueda de empleo

FAMILIAR

- Historia familiar de conductas de alto riesgo
- TIPO DE FAMILIA: dos progenitores, monoparental...

- Conflicto familiar

- Uso de recursos sociales por parte de la familia
- Abuso o dependencia de sustancias por parte de algún miembro de la familia
- Actitudes parentales e implicación en la conducta problema (agresiva, permisiva, inhibida)

COMUNIDAD

- Disponibilidad de drogas en su entorno
- Situación socioeconómica precaria
- Desestructuración social
- Problemas de integración e inclusión social

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Habilidades sociales

- Dotar de habilidades de comunicación básicas
- Favorecer conductas positivas hacia uno mismo y hacia los/as demás
- Reforzar la implicación prosocial
- Lograr la vinculación personal que permita la intervención
- Motivar para el cumplimiento de normas sociales

Ocio y tiempo libre

- Favorecer espacios de relación saludables
- Ofrecer y/o facilitar recursos de ocio y tiempo libre saludable
- Motivar a la participación en grupos y/o actividades de ocio saludable

Educativo/Formativo-Laboral

- Motivar la asistencia al centro educativo
- Facilitar el acceso a recursos de orientación laboral
- Facilitar el acceso a recursos formativos

Recursos

- Informar sobre los recursos
- Facilitar el acceso a recursos de salud
- Acompañar a recursos especializados

Consumo

- Motivar a la participación en programas de deshabituación
- Romper mitos acerca de uso de sustancias adictivas
- Adecuar la percepción de riesgo sobre consumo de sustancias y hábitos perjudiciales
- Disminuir el consumo
- Mejorar los problemas derivados del uso perjudicial
- Reducir riesgos durante el consumo activo

ACTUACIONES

Habilidades sociales

- Vinculación y motivación para la intervención
- Desarrollo de habilidades sociales
- Desarrollo de habilidades de comunicación
- Desarrollo de habilidades interpersonales
- Mejora del control de impulsos
- Mejora de la autoestima
- Educación en valores
- Disminución de conductas antisociales

Ocio y tiempo libre

- Información sobre recursos de ocio y tiempo libre
- Motivación hacia un ocio saludable
- Educación sobre el ocio y tiempo libre

Educativo/Formativo-Laboral

- Información sobre recursos de empleo y/o formativos
- Orientación y motivación laboral y/o educativa

Recursos

- Información sobre recursos comunitarios

Consumo

- Formación preventiva de consumo de sustancias y hábitos perjudiciales
- Motivación para que acuda a recursos especializados
- Orientación adecuada ante uso perjudicial de nuevas tecnologías

DERIVACIÓN A RECURSOS

Especificar entidad

Empleo

Educativo/Formativo

Ocio y tiempo libre

Drogas

Servicios sociales

Salud

BAJA

Fecha de baja

 / /

Motivo de la baja

- Abandono
- Derivación
- Objetivos cumplidos
- Objetivos parcialmente cumplidos

Evaluación

Observaciones

Clave

Fecha

 / /

Observaciones

ANEXO 3.

COORDINACIÓN Y
SEGUIMIENTO DE LA
INTERVENCIÓN CONJUNTA
TPD & FAMILIAS

INFORME SEGUIMIENTO CON TPD SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES PAD

DATOS IDENTIFICATIVOS

CÓDIGO

EDAD

SEXO

Hombre Mujer

NACIONALIDAD

FECHA DE ALTA

 / /

FECHA INICIO SEGUIMIENTO

 / /

TPD referencia

PSICÓLOGO referencia

PROCEDENCIA DEL CASO

MOTIVO DERIVACIÓN

SITUACIÓN DE CONSUMO

SITUACIÓN FAMILIAR

Genograma



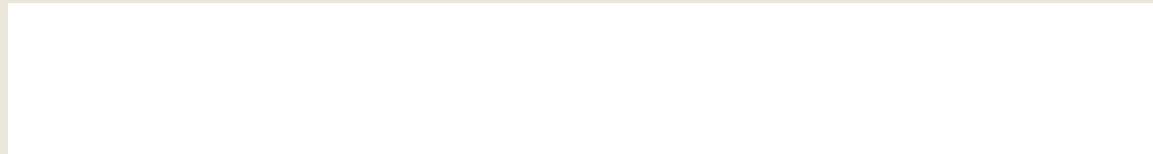
Estilo educativo de los padres



Marco normativo establecido (límites y horarios) en la unidad familiar para regular la convivencia entre sus miembros



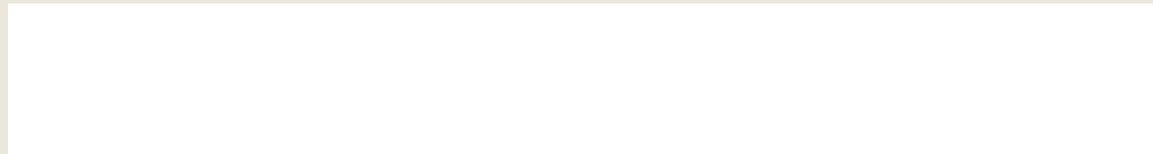
Comunicación entre sus miembros



Vínculos afectivos entre los miembros de la unidad familiar



Cómo afrontan el problema de consumo de su hijo/a



ÁREA PERSONAL

Consumo de drogas: Sustancia/s que consume, edad de inicio del consumo, tipo de consumo (experimental, ocasional,...)

Grupo de iguales: Breve descripción del entorno de amistades del adolescente, si constituyen un factor o no de riesgo para el consumo, actividades de ocio que realizan, etc.

Actividades de ocio: Reflejar si realiza alguna actividad de ocio, y si no es así cuáles son sus gustos e intereses en relación a la utilización de su tiempo de ocio

DISEÑO JERARQUIZADO DE INTERVENCIÓN por orden de ejecución

Factores riesgo	Objetivos	Actuaciones	Indicadores de cumplimiento	Temporalización

INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Fecha	Modo	Objetivos	Comentarios
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

INTERVENCIÓN CON RECURSOS

Fecha	Modo	Objetivos	Comentarios
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

COORDINACIÓN CON TPD

Fecha	Modo	Objetivos	Comentarios
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

DATOS IDENTIFICATIVOS

CÓDIGO

EDAD

SEXO

Hombre

Mujer

DISTRITO

FECHA INICIO SEGUIMIENTO

 / /

FECHA DE ALTA

 / /

PROCEDENCIA DEL CASO

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

SITUACIÓN DE RIESGO/CONSUMO

MOTIVO DEL ALTA: abandono, negación a seguimiento, derivación a recurso, objetivos conseguidos...

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

Objetivos conseguidos

Actuaciones asociadas

Temporalización

SITUACIÓN DEL MENOR AL ALTA: familia, riesgo, consumo, socioeducativa, laboral, grupo de iguales...

PROCESO DE COORDINACIÓN

Entidades

Centro educativo

Familia

Otros

En Madrid a _____ de _____ de 20__

Firmado:

N^a Colegiado:

Firma

ANEXO 4.
REGISTRO
INFORMACIÓN
TELEFÓNICA

<input type="checkbox"/> Inst. Adicciones	<input type="checkbox"/> CAD	Nº Registro [] / []	<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Adulto
Contacto <input type="checkbox"/> 1. Telefónico <input type="checkbox"/> 2. Presencial		Acceso <input type="checkbox"/> 1. Directo <input type="checkbox"/> 2. Derivado	

1. Fecha	2. Código del profesional	3. Hora de Inicio	4. Duración de la llamada
Día / Mes / Año [] [] / [] [] / [] []	[] []	Hora / Minutos [] [] / [] []	Minutos [] []

5. Provincia/Localidad/Distrito	
a. Madrid	
<input type="checkbox"/> 1. Centro <input type="checkbox"/> 2. Arganzuela <input type="checkbox"/> 3. Retiro <input type="checkbox"/> 4. Salamanca <input type="checkbox"/> 5. Chamartín <input type="checkbox"/> 6. Tetuán <input type="checkbox"/> 7. Chamberí <input type="checkbox"/> 8. Fuencarral <input type="checkbox"/> 9. Moncloa <input type="checkbox"/> 10. Latina <input type="checkbox"/> 11. Carabanchel	<input type="checkbox"/> 12. Usera <input type="checkbox"/> 13. Puente Vallecas <input type="checkbox"/> 14. Moratalaz <input type="checkbox"/> 15. Ciudad Lineal <input type="checkbox"/> 16. Hortaleza <input type="checkbox"/> 17. Villaverde <input type="checkbox"/> 18. Villa Vallecas <input type="checkbox"/> 19. Vicálvaro <input type="checkbox"/> 20. San Blas <input type="checkbox"/> 21. Barajas
b. Resto de la Comunidad de Madrid	
c. Resto de España	

6. Persona que llama
<input type="checkbox"/> 1. Interesado <input type="checkbox"/> 2. Afectado <input type="checkbox"/> 3. Madre <input type="checkbox"/> 4. Padre <input type="checkbox"/> 5. Hermano/a <input type="checkbox"/> 6. Hijo/a <input type="checkbox"/> 7. Pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> 8. Otro familiar <input type="checkbox"/> 9. Amigo/a <input type="checkbox"/> 10. Profesional (drogas, sanitario, educativo, SS...) <input type="checkbox"/> 11. Estudiante <input type="checkbox"/> 12. Otra persona
[]

7. Motivo de consulta

- 1. Información sobre sustancias
- 2. Información sobre análisis toxicólogos
- 3. Orientación sobre actuación con adolescentes
- 4. Orientación sobre dinámica familiar
 - Organización
 - Comunicación
 - Afectividad
 - Ocio/grupo de relación
- 5. Orientación ante sospecha de consumo
- 6. Orientación sobre consumos iniciales
- 7. Orientación sobre drogadicciones activas
- 8. Orientación en apoyo al tratamiento/reinserción
- 9. Orientación sobre recaídas
- 10. Motivación al tratamiento
- 11. Información sobre recursos preventivos y/o de orientación familiar
- 12. Información sobre recursos asistenciales
- 13. Información documentación/servicios/actividades.
- 14. Aspectos legales
- 15. SIDA e infecciones por VIH
- 16. Otros

8. Llamada referida a un caso

- 1. Sí
- 2. No

9. Llamada referida a varios casos

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Nº

10. Sexo

- 1. Varón
- 2. Mujer

11. Edad

12. Actividad ocupacional

- 1. Trabajando
- 2. Parado
- 3. Estudiando
- 4. Baja laboral
- 5. Incapacitado/pensionista
- 6. Otra

13. Consumo de sustancias

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Desconocido

Si contesta **NO** a p. 8 → p. 17

Si contesta **NO** a p. 13 → p. 17

14. Sustancias consumidas

- 1. o si lo sospecha
- 2. o si lo sospecha
- 3. o si lo sospecha

15. Momento de detección del problema

- 1. Último mes
- 2. Último año
- 3. Más de 1 año

16. Tratamiento previo drogodependencias

- 1. Sí
- 2. No

17. Atención ofrecida

- 1. Información sobre sustancias
 - 2. Información sobre análisis toxicólogos
 - 3. Orientación sobre actuación con adolescentes
 - 4. Orientación sobre dinámica familiar
 - Organización
 - Comunicación
 - Afectividad
 - Ocio/grupo de relación
 - 5. Orientación ante sospecha de consumo
 - 6. Orientación sobre consumos iniciales
 - 7. Orientación sobre drogadicciones activas
 - 8. Orientación en apoyo al tratamiento/reinserción
 - 9. Orientación sobre recaídas
 - 10. Motivación al tratamiento
 - 11. Información sobre recursos preventivos y/o de orientación familiar
 - 12. Información sobre recursos asistenciales
 - 13. Información documentación/servicios/ actividades
 - 14. Aspectos legales
 - 15. SIDA e infecciones por VIH
 - 16. Otros
-

18. Intervención finalizada

Sí

No

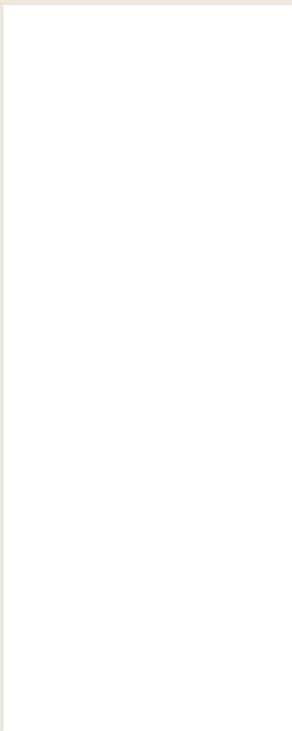
DERIVACIÓN:

1. A PAD presencial

2. A un CAD

3. A FERMAD

4. Otras derivaciones.



19. Medio de conocimiento del servicio

1. Contacto anterior con PAD

2. Contacto anterior con FERMAD

3. Guía telefónica

4. Citas telefónicas

5. QDQ

6. Guía especializada

7. 010

8. Radio

9. Televisión

10. Internet

11. Prensa

12. Servicios drogas

13. Servicios sociales

14. Servicios jurídicos

15. Centro médico o de salud

16. Centro educativos

17. AMPAS

18. FAD

19. Otras ONGs y Asociaciones

20. Familiar o conocido

21. Publicidad exterior

22. Farmacia

23. Otros



20. Observaciones

Si se realiza derivación:

Nombre de la persona que llama

Teléfono de contacto

ANEXO 5.
REGISTRO DE
INFORMACIÓN
FAMILIAR (RIF)

Fecha	Nº Registro	Código Profesional	Código PAD (RIF)	Código RIA
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El RIF – I.A. es una adaptación para el Instituto de Adicciones de Madrid Salud del RIF de la Asociación Proyecto Hombre. El RIF – I.A. es una entrevista estructurada que tiene como objetivo fundamental realizar una valoración inicial de la situación del joven y de su entorno. Los datos obtenidos a través del mismo orientan hacia las necesidades de tratamiento del joven y hacia aquellas áreas que requieren una valoración más detenida, mediante instrumentos de evaluación más específicos.

DATOS DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN LA ATENCIÓN

Nombre y apellidos de las personas que acuden a la entrevista

Teléfono de contacto

Dirección

Distrito

PERSONA/S ATENDIDA/S (*)

- Ambos padres
- Madre
- Padre
- Madre y pareja actual
- Padre y pareja actual
- Educador/a
- Pareja
- Hermano/a
- Adolescente
- Amigo/a
- Otros (especificar)

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA PARA LA QUE SE SOLICITA ATENCIÓN

Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telf.	<input type="text"/>		País de nacimiento	<input type="text"/>				

PROBLEMÁTICA PERCIBIDA

1. Motivo principal de la demanda (*)

- Problemas escolares
- Problemas de conducta social
- Sospecha de consumo
- Consumo de drogas
- Tráfico de sustancias
- Nuevas tecnologías
- Especificar (Ir RIF)
- Sanción administrativa
- Situaciones judiciales
- Situación familiar
- Recursos preventivos/asistenciales
- Otros (especificar)

2. ¿Ha recibido alguna atención o ayuda previa, o la recibe en la actualidad, para la demanda que efectúa?

- Sí
- No (pasar a la pregunta 4)

3. Recursos anteriormente utilizados

- Psiquiátricos
- Psicológicos
- Centro de atención a drogodependientes
- Centro escolar
- Centro de protección de menores
- Centro de medidas judiciales
- Gabinete de orientación escolar
- Otros (especificar)

4. ¿La persona para la que se solicita atención ha sido diagnosticada con anterioridad con algún trastorno psicopatológico o de consumos?

- Sí
- No

Comentarios

5. ¿Algún miembro de la familia **consumió habitualmente** alguna sustancia en el pasado?

- No
- Sí (señalar con una X donde corresponda)

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Heroína	Otras (especificar)
Padre	<input type="checkbox"/>							
Madre	<input type="checkbox"/>							
Otros (especificar)	<input type="text"/>							

6. ¿Algún otro miembro de la familia **consume habitualmente** alguna sustancia en la actualidad?

No

Sí (señalar con una X donde corresponda)

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Heroína	Otras (especificar)
Padre	<input type="checkbox"/>							
Madre	<input type="checkbox"/>							
Otros (especificar)	<input type="text"/>							

7. ¿Por parte del interesado, existen **conductas disruptivas** fuera o dentro del hogar?

Fuera del hogar

Sí

No

Dentro del hogar

Sí

No

Comentarios

8. ¿Es consumidor/a de alguna sustancia? (* Véase Tabla explicativa de frecuencias)

Consumo en el último mes	Nunca	Experimental	Esporádico	Habitual	Continuo	Diario
Tabaco	<input type="checkbox"/>					
Alcohol	<input type="checkbox"/>					
Cannabis	<input type="checkbox"/>					
Cocaína	<input type="checkbox"/>					
Éxtasis	<input type="checkbox"/>					
Ketamina	<input type="checkbox"/>					
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>					
Heroína	<input type="checkbox"/>					
Disolventes	<input type="checkbox"/>					
Otras (especificar)	<input type="text"/>					

*Tabla de frecuencias de uso de drogas

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No ha probado esa sustancia
<input type="checkbox"/> Experimental	<input type="checkbox"/> La probó y no la ha vuelto a consumir
<input type="checkbox"/> Esporádico	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes
<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> 3 ó 4 veces al mes
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Más de 4 veces a la semana. Tabaco 1 paquete al día

OBSERVACIONES SOBRE EL USO DE DROGAS

ÁREA FAMILIAR

9. ¿Con quién vive la persona para la que se solicita atención (residencia habitual)?	10. Número de hermanos (incluida la persona para la que se solicita atención)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y pareja actual <input type="checkbox"/> Padre y pareja actual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">11. Mapa familiar</div> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 150px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

12. Valoración sobre la capacidad de la familia respecto a					
Grado de adaptabilidad	1 (Rígida)	2	3	4	5 (Flexible)
	<input type="checkbox"/>				
Grado de cohesión	1 (Rígida)	2	3	4	5 (Flexible)
	<input type="checkbox"/>				

Observaciones en relación a la existencia y cumplimiento de **normas familiares** por parte de la persona para la que se solicita atención

ÁREA ACADÉMICO-LABORAL

13. Ocupación actual	Observaciones																									
<p><input type="checkbox"/> Estudia</p> <p><input type="checkbox"/> Trabaja</p> <p><input type="checkbox"/> Estudia y trabaja</p> <p><input type="checkbox"/> Sin ocupación</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar)</p> <input type="text"/>																										
14. ¿Qué estudia actualmente? (*)																										
<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="349 641 796 688"></th><th data-bbox="796 641 903 688">Nivel</th><th data-bbox="903 641 997 688">Curso</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="349 688 796 742">Primaria</td><td data-bbox="796 688 903 742"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 688 997 742"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 742 796 796">Secundaria (E.S.O.)</td><td data-bbox="796 742 903 796"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 742 997 796"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 796 796 850">Módulo Profesional de Grado Medio</td><td data-bbox="796 796 903 850"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 796 997 850"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 850 796 903">Bachillerato</td><td data-bbox="796 850 903 903"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 850 997 903"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 903 796 957">Módulo Profesional de Grado Superior</td><td data-bbox="796 903 903 957"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 903 997 957"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 957 796 1011">Universidad</td><td data-bbox="796 957 903 1011"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 957 997 1011"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="349 1011 796 1078">Otros (especificar)</td><td data-bbox="796 1011 903 1078"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="903 1011 997 1078"><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <input type="text"/>			Nivel	Curso	Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secundaria (E.S.O.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Módulo Profesional de Grado Medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Módulo Profesional de Grado Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Nivel	Curso																							
Primaria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Secundaria (E.S.O.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Módulo Profesional de Grado Medio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Bachillerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Módulo Profesional de Grado Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
15. Edad de abandono de los estudios																										
<input type="text"/>																										
16. Motivo de abandono de los estudios																										
<input type="text"/>																										
17. ¿Trabaja en la actualidad?																										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																										

ÁREA SOCIAL

(*) El objetivo de este área del cuestionario es comprobar el grado de conocimiento que tienen los padres del entorno y la red social de los hijos.

18. ¿Conocen a los/as amigos/as de la persona para la que se solicita atención?

1	2	3	4	5
A ninguno	A casi ninguno	A algunos	A casi todos	A todos
<input type="checkbox"/>				

19. ¿Qué opinión les merecen?

1	2	3	4	5
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
<input type="checkbox"/>				

Observaciones

20. ¿Tiene pareja estable?

Sí No

21. ¿Qué opinión les merece?

1	2	3	4	5
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
<input type="checkbox"/>				

22. ¿Realiza algún tipo de actividad de tiempo libre de forma estructurada (formando parte de algún club, institución, etc.)?

Sí No

¿Cuál?

23. ¿Principales actividades de ocio y tiempo libre?

24. ESTILO EDUCATIVO PREDOMINANTE EN LA FAMILIA

PERMISIVO					RÍGIDO					ASERTIVO				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Comentarios					Comentarios					Comentarios				

25. VALORACIÓN GLOBAL DEL ENTREVISTADOR

	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Moderado	4 Alto	5 Muy alto
56. Ansiedad de la persona que consulta	<input type="checkbox"/>				
57. Autorresponsabilización	<input type="checkbox"/>				
58. Delegación de responsabilidad	<input type="checkbox"/>				
59. Gravedad de la situación escolar-lab.	<input type="checkbox"/>				
60. Gravedad del consumo de drogas	<input type="checkbox"/>				
61. Gravedad de la situación social	<input type="checkbox"/>				
62. Gravedad de la situación familiar	<input type="checkbox"/>				
MOTIVO DE DEMANDA IMPLÍCITA					
COMENTARIOS FINALES DEL ENTREVISTADOR					

26. Intervención finalizada

Sí No

Derivación a

Persona de contacto para la derivación

Telf.

27. Medio de conocimiento del servicio

Contacto con PAD

- Guía telefónica o similar
- 010
- Radio/Tv
- Internet/web
- Prensa escrita
- Servicios sociales
- Servicios jurídicos
- Centro de Salud
- Centro educativo
- Servicio de drogas
- CAD
- ONGs
- Otros

		CARACTERÍSTICAS PERSONALES	ADICCIONES	VIOLENCIA
FACTORES DE RIESGO	ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausencia de valores éticos v morales <input type="checkbox"/> Búsqueda de sensaciones <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Disconformidad con las normas socialmente aceptadas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Nivel de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Trastornos de conducta <input type="checkbox"/> Creencias que apoyan la violencia <input type="checkbox"/> Padecer o ejercer bullying
	FAMILIA		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actitud y patrón de las familias ante las sustancias legales <input type="checkbox"/> Actitud y patrón en cuanto a sustancias ilegales <input type="checkbox"/> Hª familiar de alcoholismo <input type="checkbox"/> Uso/abuso de drogas ilegales parental 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estilo relacional agresivo de la familia <input type="checkbox"/> Historia familiar de violencia
FACTORES DE PROTECCIÓN	ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presencia de valores éticos y morales 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No consumo y actitud negativa hacia las drogas <input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable <input type="checkbox"/> Nivel de consumo bajo 	
	FAMILIA		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No consumo y actitud negativa hacia las drogas <input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable 	

FAMILIA	AMIGOS / OCIO Y TIEMPO LIBRE	ESCUELA / TRABAJO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conducta disruptiva en el hogar <input type="checkbox"/> No respeta normas y límites 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amigos consumidores abusivos <input type="checkbox"/> Conducta disocial <input type="checkbox"/> Cambio de grupo de amigos <input type="checkbox"/> Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fracaso escolar y/o laboral <input type="checkbox"/> Falta de apego y ausencia de intereses <input type="checkbox"/> Absentismo escolar y/o laboral
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inadecuada supervisión y seguimiento <input type="checkbox"/> Conflicto familiar <input type="checkbox"/> Baja cohesión familiar <input type="checkbox"/> Falta de coherencia parental <input type="checkbox"/> Desacuerdo parental <input type="checkbox"/> Hostilidad y competitividad marital <input type="checkbox"/> Pautas de crianza inconsistentes <input type="checkbox"/> Límites poco claros <input type="checkbox"/> Castigo inadecuado e inconsistente 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desconocimiento de los amigos 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respeto normas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apego a los iguales <input type="checkbox"/> Actividades no relacionadas con consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Buen apego con la escuela/trabajo <input type="checkbox"/> Éxito académico/laboral
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adecuada supervisión y seguimiento de problemas <input type="checkbox"/> Estructura familiar <input type="checkbox"/> Alta cohesión <input type="checkbox"/> Adecuado manejo de contingencias <input type="checkbox"/> Acuerdo parental <input type="checkbox"/> Coherencia parental 		

FACTORES DE RIESGO EN EL RIF-PAD

FACTORES	ÍTEMS
Características personales	
<input type="checkbox"/> Ausencia de valores éticos v morales	1-4-8-16
<input type="checkbox"/> Búsqueda de sensaciones	1
<input type="checkbox"/> Salud mental	4-5-6
<input type="checkbox"/> Disconformidad con las normas socialmente aceptadas	1-4-7-8-15-16
<input type="checkbox"/> Presencia de valores éticos y morales	1-7-16
Adicciones	
<input type="checkbox"/> Consumo	1-4-6-9-16-b-c-d-e
<input type="checkbox"/> Nivel de consumo	1-6-9-16-b-c-d-e
<input type="checkbox"/> Actitud y patrón de las familias ante las sustancias legales	10
<input type="checkbox"/> Actitud y patrón en cuanto a sustancias ilegales	11-12
<input type="checkbox"/> Hª familiar de alcoholismo	10
<input type="checkbox"/> Uso/abuso de drogas ilegales parental	11-12
<input type="checkbox"/> Nivel de consumo bajo	1-6-9-16-b-c-d-e
<input type="checkbox"/> No consumo y actitud negativa hacia las drogas	10-11-12
<input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable	10-11-12
Violencia	
<input type="checkbox"/> Agresividad del adolescente	1-4-7-8-16
<input type="checkbox"/> Trastornos de conducta	1-4-6-7-8-16
<input type="checkbox"/> Creencias que apoyan la violencia en el adolescente	8
<input type="checkbox"/> Padecer o ejercer bullying	1-8
<input type="checkbox"/> Historia familiar de violencia	16
<input type="checkbox"/> Estilo relacional agresivo de la familia	16

Familia

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conducta disruptiva en el hogar <input type="checkbox"/> No respeta normas y límites <input type="checkbox"/> Inadecuada supervisión y seguimiento <input type="checkbox"/> Conflicto familiar <input type="checkbox"/> Baja cohesión familiar <input type="checkbox"/> Falta de coherencia parental <input type="checkbox"/> Desacuerdo parental <input type="checkbox"/> Hostilidad y competitividad marital <input type="checkbox"/> Pautas de crianza inconsistentes <input type="checkbox"/> Límites poco claros <input type="checkbox"/> Castigo inadecuado e inconsistente <input type="checkbox"/> Respeta normas <input type="checkbox"/> Adecuada supervisión y seguimiento de problemas <input type="checkbox"/> Estructura familiar <input type="checkbox"/> Alta cohesión <input type="checkbox"/> Adecuado manejo de contingencias <input type="checkbox"/> Acuerdo parental <input type="checkbox"/> Coherencia parental 	<p>1-4-11-12-13-15-16-17-28-29-30-31-32-36-37-39-40-41-42-43-44-45- a</p>
---	---

Amigos, ocio y tiempo libre

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amigos consumidores abusivos <input type="checkbox"/> Conducta disocial <input type="checkbox"/> Cambio de grupo de amigos <input type="checkbox"/> Aislamiento social <input type="checkbox"/> Desconocimiento de los amigos <input type="checkbox"/> Apego a los iguales <input type="checkbox"/> Actividades no relacionadas con consumo de drogas 	<p>1-4-7-8 31 e 28-29-30-31-32-33 32 34-35</p>
--	--

Escuela/trabajo

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fracaso escolar y/o laboral <input type="checkbox"/> Falta de apego y ausencia de intereses <input type="checkbox"/> Absentismo escolar y/o laboral <input type="checkbox"/> Buen apego con la escuela/trabajo <input type="checkbox"/> Éxito académico/laboral 	<p>1-4-8-18-19-20-21 22-23-24-25-26-27-e</p>
--	--

ANEXO 6.

PUBLICACIONES DEL
DEPARTAMENTO DE
PREVENCIÓN DEL
INSTITUTO MADRID
ADICCIONES. MADRID
SALUD. AYUNTAMIENTO
DE MADRID (2002 AL 2011)

DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN		
TÍTULO	TIPO DE PUBLICACIÓN	FORMATO
La Policía Municipal y la prevención de las drogodependencias	Documento Técnico nº 4	libro
Programa de ocio saludable en fin de semana 2000-2005	Documento Técnico nº 5	libro
Manual para la Formación a Mediadores Sociales	Documento Técnico nº 8	libro
Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos)	Documento Técnico nº 7	libro
PREVENIR EN MADRID Programa de Prevención de drogodependencias en contextos educativos Educación Secundaria	Materiales para la implementación del Programa (6 ediciones)	3 DVD, Guía práctica (33 pág)
PREVENIR EN MADRID Programa escolar de prevención de conductas de riesgo y mejora del vínculo educativo en la Educación Primaria	Materiales para la implementación del Programa	3 DVD, Carpeta de anillas 118 pág
PREVENIR EN MADRID Programa de Prevención Selectiva	Materiales para la implementación del Programa	Libro (117 pág), 2 DVD
Folleto divulgativo para la convocatoria de formación "Prevenir en Madrid"	Folleto	Folleto
Guía para familias Guía de estrategias para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas DVD:¿Cómo educar ante las drogas?	Materiales para la formación	Guía (13 pág) DVD
Programa de Formación a distancia para Familias - Unidad 1: ¿Qué haces si tu hijo llega tarde? - Unidad 2: ¿Qué haces si tu hijo falta a clase? - Unidad 3: ¿Qué haces si tu hijo bebe alcohol? - Unidad 4: ¿Qué haces si tu hijo consume drogas? - Unidad 5: ¿Qué haces si tu hijo te pide un móvil?	Cómic	Cómic (6 pág)

DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN

TÍTULO	TIPO DE PUBLICACIÓN	FORMATO
Folleto difusión del PAD	Folleto díptico y Display	Díptico y Display
Calendarios difusión del PAD	Calendario de pared y de bolsillo	Calendario
Programa de ocio saludable "La tarde más joven" y "La noche más joven"	Folleto informativo Cartel e invitaciones	
La lectura es prevención <ul style="list-style-type: none"> - Fábula - El libro de las mil historias - Las aventuras de Arán - Zancadilla - Maratón de fantasía - Patatón - El catalejo de Paula - Tinko y Gaby en el Amazonas 	Folleto divulgativo Marcapáginas Guía para padres Guía de lectura	
La música es prevención "Quédate con la música" CD ganadores del festival 2004 y CD ganadores del festival 2005 Folleto divulgativo "La música es prevención"	CD audio Folleto divulgativo	
Prevención de las adicciones: actuaciones en la ciudad de Madrid Catálogo	Carpeta con 5 fichas	

DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN

TÍTULO	TIPO DE PUBLICACIÓN	FORMATO
<p>Folletos PIUMAD (programa de intervención preventiva en contextos universitarios)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Cannabis - Pastillas - Cocaína 	Folletos, cartel, flyer	
<p>Folletos población en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Drogas fuertes, sexo débil? nomecreonada - Y el viernes ¿Qué hacemos? ¿Y el lunes? - ¿Cómo solucionar conflictos? - ¿Qué es decidir? ¿Cómo decidir? - Resistir presión - ¿Qué es el riesgo? Arriesgarse, perder o ganar 	Folletos	
<p>Folleto divulgativo para la prevención de las adicciones (para población en riesgo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sabes de las sustancias? - Cannabis - Cocaína - Éxtasis - Speed - LSD - GHB - Ketamina - Popper 	Folleto	



Asociación de Técnicos para
el Desarrollo de Programas Sociales

Colabora:



INSTITUTO DE ADICCIONES

Financiado por:

