MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS:

LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SELECTIVAS E INDICADAS

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS
Rioja Salud

MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS:

LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SELECTIVAS E INDICADAS

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS
Gobierno de La Rioja
www.larioja.org
Rioja Salud

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

Impreso en España - Printed in Spain

MENORES VULNERABLES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS:

LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL DISEÑO, DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SELECTIVAS E INDICADAS

Coordinador:

Miguel Ángel Miranda Mínguez

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org

Rioja Salud

PRESENTACIÓN

En el año 2014, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas encargó a la Comunidad Autónoma de La Rioja liderar el desarrollo del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 en orden a la elaboración de un proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad. El trabajo de los grupos de expertos constituidos a tal fin puso de manifiesto, entre otras propuestas, la necesidad de profundizar en las buenas prácticas a la hora de diseñar e implementar las intervenciones preventivas con estos menores.

Esta idea principal motivó la celebración, en diciembre de ese año, de las Jornadas Formativas de las que esta publicación toma su título, "Menores vulnerables y consumo de sustancias: las buenas prácticas en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas".

En su diseño e impulso por el Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones de esta Dirección General, dos aspectos tuvieron especial consideración: por un lado, el deseo de que la actividad actualizara los conocimientos en esa materia, sirviendo de guía y optimizando la práctica profesional de los asistentes; por otro, la intención de hacer protagonistas de la formación a los destinatarios de la misma, es decir a los propios profesionales, coadyuvando todo ello en el objetivo de la generación colaborativa del conocimiento, tan necesaria en la intervención sociosanitaria.

El contenido de esta publicación es resultado de la compilación de artículos redactados por los docentes que participaron en la mencionadas Jornadas Formativas.

Esperamos que sea de interés y que facilite el desarrollo de iniciativas y proyectos en el ámbito de la prevención selectiva e indicada con menores en vulnerabilidad.

JOSÉ MIGUEL ACITORES AUGUSTO
Director General de Salud Pública y Consumo

ÍNDICE DE AUTORES

CARMEN ARBEX SÁNCHEZ
Socióloga
Autónoma. Freelance. Madrid

ÁNGEL JAVIER FRAILE ASTUDILLO
Psicólogo
Técnico de Intervención en Adicciones
Ayuntamiento de Arnedo

SILVIA VALIENTE GÓMEZ
Trabajadora Social
Asociación Pro-Infancia Riojana (APIR). Logroño

ESTHER MARTÍNEZ CONS
Educadora Social y Diplomada en Magisterio
Fundación Pioneros. Logroño

JOSÉ MANUEL VALENZUELA PAREJA
Educador Social y Pedagogo
Fundación Pioneros. Logroño

MARÍA MILAGRO SÁENZ
Psicóloga
Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas (ARAD). Logroño

MARTA DEL VAL UYARRA
Psicóloga
Proyecto Hombre La Rioja. Logroño

CARLOS MORA RODRÍGUEZ
Sociólogo y Enfermero
Instituto de Adicciones, Ayuntamiento de Madrid.

MARÍA PUJADES FONTECHA

Pedagoga
Servicios de Dinamización Comunitaria
En Zig Zag. Logroño

JESÚS DOMÍNGUEZ IGLESIAS

Educador Social
Plan Foral de Drogodependencias
Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral
Pamplona

RAQUEL GONZÁLEZ ERANSUS

Socióloga
Plan Foral de Drogodependencias
Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral
Pamplona.

ÍNDICE

Introducción 11
MIGUEL ÁNGEL MIRANDA MÍNGUEZ

MENORES VULNERABLES E INTERVENCIONES PREVENTIVAS SELECTIVAS E INDICADAS

Menores vulnerables y consumo de sustancias: diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas selectivas e indicadas 19
CARMEN ARBEX SÁNCHEZ

LA COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN EN EL MARCO DE LAS INTERVENCIONES SELECTIVAS E INDICADAS: UN ENFOQUE CRÍTICO DESDE LA RIOJA

Ayuntamiento de Arnedo: un modelo de coordinación descentralizada desde los factores de riesgo..... 49
ÁNGEL JAVIER FRAILE ASTUDILLO

Sistemas de coordinación en una entidad social..... 63
SILVIA VALIENTE GÓMEZ

Consumos. Una mirada hacia la promoción de la salud desde la intervención comunitaria con jóvenes..... 73
ESTHER MARTÍNEZ CONS y JOSÉ MANUEL VALENZUELA PAREJA

Aplicación del sistema de calidad EFQM para la mejora en la intervención con menores consumidores de drogas.....103
MARÍA MILAGRO SÁENZ et al.

Modelo de coordinación en los programas “Encuentro Familiar” y “Adolescentes” ……..... 125
MARTA DEL VAL UYARRA

EXPERIENCIAS

Intervención con menores y adicciones en la ciudad de Madrid..... 137
CARLOS MORA RODRÍGUEZ

Proyecto “Versus” de prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo: asesoramiento, mediación entre iguales y uso de las tecnologías de la información y comunicación..... 147
MARÍA PUJADES FONTECHA

Proyecto de prevención selectiva e indicada en Navarra. II Plan Foral de Drogodependencias. 171
JESÚS DOMÍNGUEZ IGLESIAS y RAQUEL GONZÁLEZ ERANSUS

“Expulsados”. Cómo cambiar una medida sancionadora por una intervención socioeducativa..... 183
SILVIA VALIENTE GÓMEZ y J. ANTONIO CARBALLO VELASCO

INTRODUCCIÓN

Miguel Ángel Miranda Mínguez[1]

La necesidad de considerar la especificidad de ciertos sujetos y colectivos a la hora de diseñar e implementar actuaciones de carácter preventivo, ha sido y es una constante en la mayoría de los documentos y recomendaciones técnicas en esta materia. Ello, y la manifiesta voluntad al respecto de numerosos profesionales que se implicaron, hizo que el Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones del Gobierno de La Rioja programara, en noviembre de 2011, la primera actividad formativa en torno a los menores vulnerables y el consumo de sustancias, dedicada entonces a la detección e intervención en medio abierto y cerrado.

El interés por los menores que se encuentran en una situación de riesgo, como destinatarios de las intervenciones preventivas del consumo de drogas, se ha plasmado también en diferentes documentos estratégicos que son referencias directas de las actuaciones en este campo. Así, el Plan de Acción sobre Drogas para el periodo 2013-2016 (en adelante PAD 2013-2016), lo significa claramente, al incluir entre sus acciones prioritarias el desarrollo de un "proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad"; iniciativa que, desde el año 2014, lidera y coordina La Rioja, a través de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, por encargo directo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

[1] Técnico. Coordinador de las jornadas formativas y de este documento.
Correspondencia: Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Consejería de Salud y Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja
C/ Vara de Rey, nº 8. 26071 Logroño. La Rioja
mamiranda@larioja.org

El trabajo realizado hasta el momento en los diferentes grupos de profesionales y expertos creados al efecto, ha puesto de manifiesto tres aspectos capitales que guiarán el resto de propuestas: la necesidad de una rigurosa definición o encuadre conceptual del asunto, es decir, debe estar claro que se habla de lo mismo y con idénticos términos; lo aconsejable de transitar por la senda de las buenas prácticas en el diseño y ejecución de las intervenciones; y optimizar la formación continua de los profesionales implicados en las mismas.

Antes de nada, un intento de concreción

En el marco descrito anteriormente, se pueden definir los menores vulnerables como aquellos chicos y chicas en los que la confluencia de determinados factores de riesgo personales, sociales y ambientales, incrementa significativamente la probabilidad de consecuencias negativas para su personalidad, su desarrollo o su salud biopsicosocial. Este concepto está muy relacionado con los otros dos en torno a los cuales gira nuestro tema, la prevención selectiva y la prevención indicada. Veamos.

La prevención selectiva es un modelo de intervención que se centra en grupos o individuos vulnerables, es decir, en nuestro caso, menores que se hallan expuestos a un conjunto mayor de factores de riesgo asociados al abuso de drogas que el resto de los menores, y que, por lo tanto, son susceptibles de beneficiarse de intervenciones que reduzcan el riesgo de su potencial futuro consumo problemático de sustancias adictivas.

Por su parte, la intervención indicada se trataría de un enfoque preventivo individualizado dirigido a menores que, aunque estén realizando un uso de drogas, no presentan suficientes criterios de dependencia, pero muestran indicadores que correlacionarían altamente con un riesgo personal de abuso de sustancias más adelante en su vida, como pueden ser trastornos psiquiátricos o comportamientos antisociales.

Una nueva iniciativa formativa…

Con la intención de recoger las propuestas de los grupos de trabajo para el desarrollo de la citada acción del PAD 2013-2016, desde el Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, se diseñó la experiencia formativa a las que nos referimos en este documento, las jornadas formativas denominadas **Menores vulnerables y consumo de sustancias: las buenas prácticas en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas,** dirigida en exclusiva a profesionales de la intervención con preadolescentes y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Para llevarla a cabo, se contó con una subvención con cargo al Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, otorgada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

En paralelo a la formación propiamente dicha, el objetivo general que se pretendía con esta actuación era generar conocimiento de una forma colaborativa y consensuada en la materia referida; es decir, profundizar en metodologías participativas que empoderasen a los propios asistentes, pasando de ser meros espectadores a sujetos activos del proceso formativo. Del mismo modo, se deseaba transferir ese conocimiento, tanto a los integrantes de los grupos que trabajan en el desarrollo del proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad, como al resto de entidades y profesionales de la intervención en este campo. La adecuada difusión (y discusión) del contenido de este documento recopilatorio podrá ayudar, sin duda, a su consecución.

Con esas premisas, se desarrollaron las jornadas formativas, en las que participaron diez ponentes y a las que asistieron 39 profesionales durante los días 1-5 de diciembre de 2014. La actividad formativa se estructuró en tres partes. La primera, eminentemente instructiva, en torno a los aspectos técnicos de la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas, ocupó los tres primeros días.

La cuarta jornada se dedicó, a modo de seminario, al controvertido tema de la colaboración y coordinación, de las que tanto se habla, pero que, tal y como pusieron de manifiesto los diferentes intervinientes, tan complicado parece su desarrollo efectivo. Durante el último día, la mesa de experiencias posibilitó conocer distintas iniciativas que son una positiva realidad para los menores en situación de vulnerabilidad.

… para nuevas conclusiones

En las páginas siguientes de este documento, aparece la información correspondiente a los contenidos tratados en las jornadas formativas, elaborada por los mismos ponentes, expertos y profesionales de la intervención con menores vulnerables todos ellos, que la impartieron y dinamizaron. Su lectura aportará ideas, puntos de vista diferentes, y quizá también genere interpretaciones distintas en relación a tan compleja materia. En este punto, después de haber asistido y participado en la actividad, y haber leído previamente los trabajos de los ponentes, me permito hacer unas breves reflexiones que, más que conclusiones personales, sirvan en su caso como punto de partida para nuevas discusiones.

La mayor parte de las experiencias más positivas de intervenciones selectivas e indicadas, lo son tras un proceso de mejora continua, inspiradas en la investigación-acción, por ensayo y error en no pocos casos. Por ello, es necesaria una planificación exhaustiva de las intervenciones con menores vulnerables. Dejar los aspectos esenciales de las mismas a la improvisación o, por el contrario, confiar en patrones de actuación demasiado rígidos, suelen ir de la mano de malos resultados. Un buen análisis inicial y correcta delimitación conceptual de los problemas, y la aplicación rigurosa del denominado “marco lógico de programación” por parte de los profesionales, podrían ser las claves para optimizar el trabajo con este colectivo.

Por otro lado, que la coordinación y colaboración entre las diferentes entidades intervinientes en este tipo de actividades preventivas sea un elemento primordial en el ejercicio de las buenas prácticas, es algo en lo que todas ellas coinciden de manera generalizada. Dicho esto, es preciso señalar que todas o la gran mayoría de ellas también coinciden en que, por decirlo de alguna manera, la aplicación real de ambos conceptos sigue siendo la asignatura pendiente, por muchos motivos: competencia entre entidades, falta de formación de los profesionales, carencia de tiempo efectivo; desconocer el objetivo de coordinarse o para qué colaborar con los otros… Por ello, también en esto deberán plantearse propuestas de solución, si no se desea que, más tarde o más temprano, el mayor perjudicado sea el propio menor. Será necesario definir un modelo operativo y consensuado de coordinación; integrar ese modelo en estructuras internas de calidad basadas en procesos; y dar cabida a una coherente participación social. Es decir, crear si no existieran, y consolidar, redes de coordinación y colaboración internas y externas lo más eficientes posibles. Es quizás esta última idea, la de establecer redes de colaboración entre todos los agentes implicados en la intervención con menores vulnerables relacionados con el consumo de sustancias, la que con más fuerza subyace en los planteamientos técnicos y propuestas prácticas expuestas en estas jornadas formativas.

Menores Vulnerables e Intervenciones Preventivas Selectivas e Indicadas

Menores vulnerables y consumo de sustancias: diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas selectivas e indicadas

Carmen Arbex Sánchez[1]

Resumen:

En el artículo se caracteriza la prevención selectiva y se señalan las ventajas y desventajas de este tipo de intervención frente a la prevención universal. Se define el contexto de actuaciones de este tipo y, a continuación, se indican algunas de las conclusiones más significativas sobre las intervenciones preventivas selectivas que resultan más eficaces, en base a la recopilación de las investigaciones científicas más actuales sobre este tipo de intervención y en relación a: las dimensiones que se abordan en los programas, los contenidos y los procedimientos.

En otro apartado, se describe el proceso de planificación, tomando como referencia el Enfoque del Marco Lógico, señalando las diferentes etapas que se definen en este enfoque.

Para finalizar, se aborda la evaluación de este tipo de programas, clarificando en primer lugar las similitudes y diferencias entre evaluación y seguimiento, continuando con una definición de tipos de evaluación, en concreto la evaluación de proceso y la evaluación de resultados, identificando las preguntas clave a las que estos dos tipos de evaluación deberían dar respuesta.

Palabras clave: menores vulnerables, intervenciones preventivas, enfoque del marco lógico, seguimiento, evaluación de proceso, evaluación de resultados.

[1] Socióloga. Trabajo autónomo.
Correspondencia:
Travesía de los Pinos, nº 2. Majadahonda. 28220 Madrid.

Introducción

Los avances y logros en el diseño y la implementación de intervenciones preventivas son evidentes en los últimos años, gracias a la realización de evaluaciones con enfoques metodológicos casa vez más robustos. Asimismo, la evidencia científica empieza a clarificar el bosque sobre los contenidos y los procedimientos que resultan más eficaces en relación a este tipo de intervenciones. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones evaluativas se han llevado a cabo en programas/proyectos de prevención universal mientras que las realizadas sobre programas/proyectos de prevención selectiva son todavía escasas.

Unos de los objetivos de este artículo es señalar algunos de los hallazgos constatados de eficacia en relación a los programas de prevención selectiva, tanto en relación a los contenidos como a los procedimientos, así como proporcionar unas orientaciones prácticas sobre el diseño y la evaluación de este tipo de intervenciones.

En primer lugar, consideramos fundamental realizar una contextualización sobre el tema que estamos abordando, por lo que se va a definir y caracterizar lo que se entiende por prevención selectiva.

¿En qué consiste la prevención selectiva? Se trata de una intervención que diseña e implementa un conjunto de estrategias y líneas de acción encaminadas a favorecer el apoyo y el acompañamiento de los menores y/o comunidades que se encuentran en particular riesgo. Se basa en la premisa de que los grupos de menores con un mayor grado de vulnerabilidad, pueden ser identificados por sus características sociales y demográficas y pueden ser objeto de intervenciones que reduzcan el riesgo de posibles problemas relacionados con el consumo de drogas, independientemente de sus niveles de consumo o no consumo de sustancias en el momento de plantearse la intervención. La prevención selectiva se caracteriza por:

- Pretende intervenir lo antes posible
- Se centra en los grupos de menores más vulnerables
- Se sustenta en los conocimientos existentes sobre los factores

de riesgo y los factores de protección que presentan estos grupos de menores y/o los entornos inmediatos en los que están creciendo.

• No se valora el grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo, se presupone tal vulnerabilidad por pertenecer a él, creciendo en entornos inmediatos socioeconómicos o socioculturales deficitarios en la mayoría de los casos[1].

• El conocimiento de estos factores de riesgo específicos, pero también y muy importante, de los elementos de protección (a nivel personal, familiar, escolar, grupo de iguales y de su entorno comunitario), que favorecen el diseño de acciones concretas dirigidas a mitigar y/o potenciar estos factores.

• Se diseñan programas/ proyectos dirigidos a modificar actitudes y comportamientos en menores que ya han empezado a consumir drogas y/o disuadir de hacerlo a aquellos que aún no han comenzado.

• Se trata de intervenciones que se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, siendo más intensos y más largos que los programas de prevención universal, requieren, por tanto, más dedicación y esfuerzo de los participantes y se requiere también personal con formación más específica y cualificada que en los programas de prevención universal. (De Silva, A., Salvador, T., 2012).

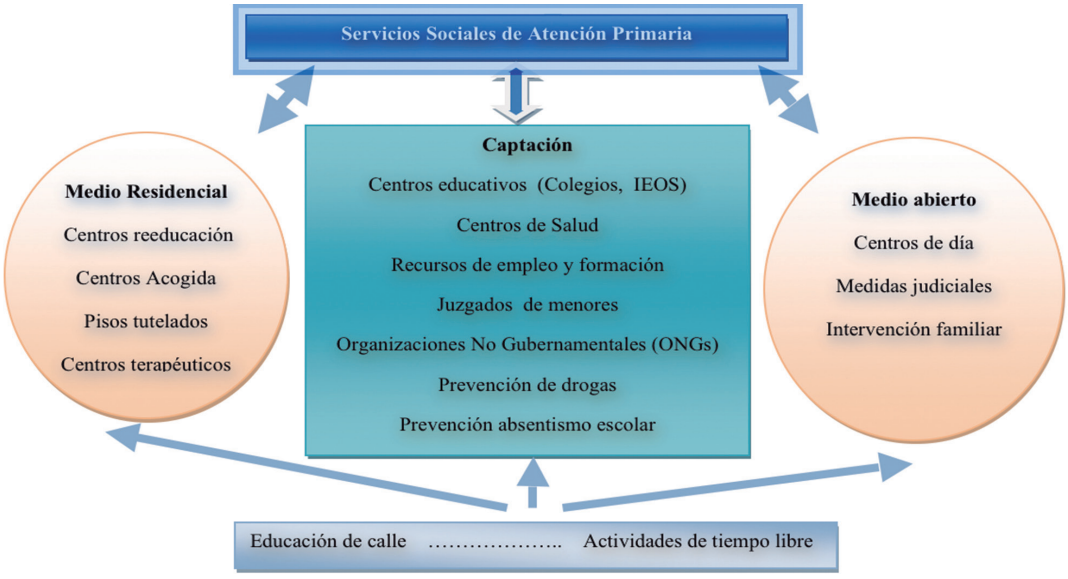
Sin embargo, no podemos pasar por alto que la prevención selectiva tiene una serie de ventajas, pero también unos inconvenientes, respecto de las intervenciones preventivas universales frente al consumo de drogas, que consideramos fundamental resaltar[2]

👍	👎
Requieren menor cantidad de recursos económicos que los programa de Prevención Universal, aunque los costes por persona son mayores. Se incrementa su eficacia al estar el contenido más adaptado al riesgo específico del grupo. Mayor facilidad en medir la eficacia si los participantes tienen más serios factores de riesgo identificados adecuadamente de entrada.	Dificultad en identificar, reclutar y atraer a los menores de alto riesgo. El riesgo de posibles etiquetas y estereotipos en los menores como personas conflictivas, fracasadas en la escuela, consumidores de drogas, violentos, etc. La mayor vulnerabilidad a la influencia de los compañeros como modelos de actitudes y comportamientos negativos en los grupos que se configuren para la intervención especifica.

1. La prevención selectiva: contextos de la intervención

Las intervenciones de prevención selectiva se suelen desarrollar en los espacios por donde transitan los menores. En general, los Servicios Sociales de base son la puerta de entrada de la mayor parte de los menores que requieren apoyo, y suelen llegar derivados por los centros educativos y/o las familias que acuden a pedir orientación y ayuda. Sin embargo, la estrategia de "búsqueda" resulta muy eficaz en numerosos casos, es decir, a través de educadores/as de calle y/o monitores/as de ocio y tiempo libre o educadores que imparten talleres prelaborales, ya que en estos contextos se suelen detectar y captar menores que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y, por tanto, necesitados de una intervención socioeducativa, enfoque adecuado de este tipo de intervenciones. En el cuadro adjunto se presenta un esquema que permite visualizar gráficamente estos contextos.

EL CONTEXTO DE LA ACTUACIÓN[3]



1.2. Intervenciones selectivas más eficaces

Los beneficios de la prevención dirigida a este tipo de menores hacen imprescindible contar con investigaciones sobre la eficacia y pertinencia de las intervenciones, es decir, se trata de determinar la efectividad de las mismas para frenar y/o contrarrestar las creencias, actitudes y comportamientos que puedan suponer un riesgo de desarrollo de patrones persistentes de problemas de comportamiento en estos menores más adelante.

En este apartado se recogen algunas de las evidencias científicas más relevantes referidas a los programas dirigidos a los menores en situación de mayor riesgo, en relación a las dimensiones y elementos que contemplan, a los contenidos y en relación a los procedimientos[4].

1.2.1. Con relación a las dimensiones que se abordan en los programas preventivos

Los hallazgos de las evaluaciones más robustas realizadas hasta el momento han concluido que son más eficaces en el entorno escolar los programas que contemplan las siguientes dimensiones y elementos:[5]

- Los abordajes multicomponentes con más de un dominio de actuación (curricular, entorno escolar, familiar y/o comunitario).
- Los programas que incorporan una participación de los padres como componente clave, así como la conexión y supervisión por parte de la escuela del alumnado.
- Resulta fundamental el trabajo encaminado a favorecer la asistencia a la escuela de estos menores, sea a través del uso de incentivos como alimentación, ayuda a las familias en gestiones, ayudas servicios sociales, etc.; en este sentido, las Aulas de Apoyo en grupos reducidos para proseguir los estudios, respetando los ritmos de aprendizaje y teniendo en cuenta las necesidades educativas, resaltando esfuerzos y logros, también son clave.

• El centro educativo que transmite comportamientos pro sociales y realiza un control y/o seguimiento de sus alumnos/as.

• Si la intervención comienza en la etapa de Primaria, se consigue una mayor eficacia que si se desarrollan solamente durante la etapa de Secundaria.

• Las sesiones extraescolares son más eficaces entre este tipo de menores que las desarrolladas durante el horario escolar[6].

• También son fundamentales las tutorías personalizadas para abordar las vulnerabilidades psicológicas y/o los problemas de conducta detectados en los menores de mayor riesgo, de tal manera que les ayuden a manejar las emociones de manera constructiva y les permitan relacionarse con adultos positivos que actúan como modelos que acompañan su crecimiento.

1.2.2. Con relación a los contenidos más eficaces en los programas de prevención selectiva

Con relación a los contenidos que deberían tenerse en consideración para lograr una mayor efectividad de los programas, las conclusiones más destacables se señalan a continuación:

- La combinación de estrategias informativas, haciendo hincapié en las percepciones de los riesgos asociados con el consumo de drogas. Se trata de incrementar la percepción de riesgo sobre las sustancias cercanas al entorno, tanto físico como simbólico de los menores, pero no de forma aislada, sino articuladas con otro tipo de estrategias como por ejemplo, modificando las creencias erróneas sobre la naturaleza normativa del grupo y las expectativas relacionadas con el consumo[5].

- Los programas de prevención basados en la mejora de una serie de habilidades sociales y personales *(LifeSkills)*, haciendo especial hincapié en estos menores en las habilidades de rechazo, resolución de conflictos, toma de decisiones, manejo de la ira, creencias normativas erróneas y percepción de riesgo resaltando las consecuencias negativas a corto plazo del consumo de drogas.

- Asimismo, se trabaja el tema del ocio enriquecedor libre de drogas y se dedica un tiempo considerable a diseñar y desarrollar actividades de ocio enriquecedoras libres de drogas, como por ejemplo: excursiones, deportes, actividades artísticas y artesanía, etc. Este tipo de actividades permite poner en contacto a los menores en situación de riesgo con menores con actitudes y comportamiento positivos que actúan como modelos de influencia en los grupos.

Por otro lado, se ha demostrado **la menor eficacia** de los programas que proporcionan información sobre las sustancias específicas, pero utilizando el recurso de "meter miedo" a fuerza de exagerar los efectos y las consecuencias adversas de los consumos. Así como aquellos programas que se centran únicamente en la construcción de la autoestima y la educación emocional y/o moral resultan más ineficaces que los que abordan otro tipo de estrategias.

1.2.3. Con relación a los procedimientos más eficaces en los programas de prevención selectiva

A través de sesiones estructuradas que utilizan procedimientos interactivos, es decir, procedimientos que implican la interrelación con otras personas, frente a procedimientos de aprendizajes introspectivos o auto reflexivos que resultan menos eficaces[5].

Estos programas estructurados en sesiones, deberían ser impartidas por técnicos/ educadores capacitados y que utilizan sesiones de repaso o de recuerda al cabo de un tiempo de finalizado el programa con objeto de incrementar el afianzamiento, y también resultar más eficaces.

Los procedimientos didácticos que se emplean en los procesos de enseñanza/aprendizaje están basados en enfoques cooperativos y de aprendizaje en equipo con la participación activa de los alumnos/as.

Por otro lado, se ha demostrado que algunos procedimientos merman la eficacia, tales como: el uso de ex usuarios como testimonios y el uso de agentes de policía en los centros educativos/formativos impartiendo charlas a las menores.

1.3. El diseño de la acción

Toda intervención social que se precie debería contemplar una serie de requisitos para conseguir una mayor coherencia, tales como:[7]

Estar basada o derivarse de un diagnóstico de la realidad de los menores que se pretende modificar y las causas de sus problemas y/o las carencias de los menores que deben afrontarse.

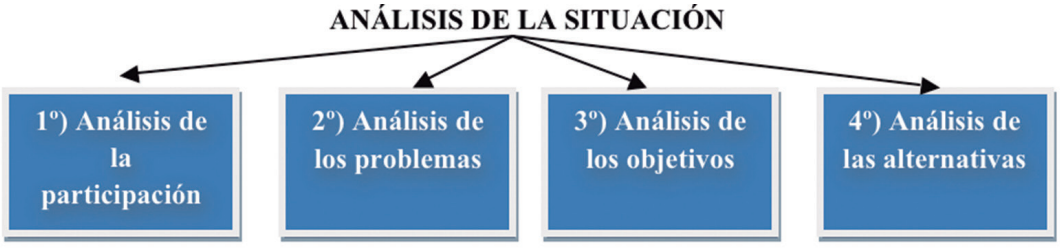
En base al diagnóstico realizado, se articulan propuestas de acción realistas con la pretensión de cambiar la situación concreta de los menores.

Se diseñan programas/proyectos con una dirección coherente y que sean soportados por un conjunto de actividades, procedimientos y recursos como elementos clave de la intervención.

Veamos a continuación los pasos previstos o etapas para una planificación tomando como referencia la herramienta metodológica del Enfoque del Marco Lógico[8].

La primera Etapa sería el Análisis de la situación, es decir, la estimación de las necesidades de los menores, pero no solo en relación a sus consumos de drogas, sino en relación a las diferentes áreas o espacios relacionados con la vida del menor.

Esta primera etapa comprende cuatro pasos fundamentales, tal y como se señala en el esquema adjunto.



En el análisis de la participación, se trata de identificar a los Grupos beneficiarios (grupo diana) de nuestra intervención, es decir, los grupos de menores concretos en los cuales vamos a tratar de desarrollar unos cambios de mejora, pero también, otros grupos del entorno de los menores y de la comunidad que se verán afectados por la intervención (grupos intermedios), tales como las familias, el entorno escolar, el grupo de amigos, el barrio, etc.

La prevención selectiva suele estar dirigida a colectivos de menores con altos índices de absentismo/abandono y/o fracaso escolar, con conductas violentas y/o pre delictivas, con procesos judiciales abiertos, menores creciendo en entornos desfavorecidos de alto riesgo (familias multiproblemáticas, barrios socioeconómicamente deprimidos o en exclusión social), menores de calle o en la calle, con problemas de integración social (inmigrantes o minorías étnicas), menores consumidores de drogas recreacionales contactados en zonas de concentración juvenil[4].

El análisis de los problemas trata de identificar, en primer lugar, el problema focal de los menores y, a partir de éste, construir un "árbol de problemas" derivados de éste, definidos como los rasgos de riesgo directos e indirectos que muestran relación con el problema focal definido.

Toda la información esencial sobre el/los menores deberá estar incluida en *"las ramas del árbol"* y sus relaciones causales. Algunas preguntas clave en este momento que se deberían formular, entre otras, son: *¿Cuál es el problema?, ¿dónde se produce el problema?, ¿qué grupo de población es más vulnerable?, ¿cuáles son los grupos que más necesitan la intervención?; ¿es este problema más prioritario que otros?; ¿por qué?; ¿qué problemas se derivan de este problema focal identificado y cuáles pueden ser las consecuencias que se podrían derivar en caso de no atenderlo?*

Es importante determinar dónde y cómo vamos a lograr esta información sobre el/los menores, bien sea a través de fuentes secundarias (datos existentes sobre los menores en la red de recursos en contacto con los menores) o bien a través de fuentes primarias

como pueden ser entrevistas con personas en contacto y relacionadas con los menores en situación de mayor riesgo.

Se trata de reunir y revisar información relevante sobre varios aspectos en las diferentes áreas por donde transita la vida de los menores, tales como: Área familiar, área académico-laboral, área social, área de personalidad y, obviamente, información sobre el consumo de drogas que están realizando (tipo de drogas, tendencias del consumo, edades de inicio, percepción de riesgo, factores culturales relacionados con el consumo problemas relacionados con el consumo)[9].

Es fundamental señalar los criterios explícitos de inclusión y de exclusión en los grupos beneficiarios de nuestra intervención: sociodemográficos, socioeconómicos, pisco-biológicos, geográficos, cultura y relación con las drogas etc. Es el momento, por tanto, de describir los factores de riesgo y los de protección asociados al consumo que inciden sobre el grupo de menores diana y que se consideran modificables en los mismos.

Asimismo, es fundamental conocer los programas existentes y recientes en el barrio o comunidad y realizar un análisis sobre los recursos disponibles en la comunidad.

En **el análisis de objetivos**, *el árbol de problemas* se transforma en el árbol de objetivos (condiciones deseables positivas que se quieren alcanzar). Es importante establecer la llamada "cadena de resultados" identificando: los objetivos (outcome) que implican cambios en la población, a largo plazo y a corto plazo, así como los objetivos operativos (output) que es **imprescindible** que se cumplan si se quieren lograr los cambios previstos.

Los objetivos a corto plazo (outcome) más frecuentes en los programas de prevención selectiva, a modo de ejemplificación, suelen ser:

- se ha mantenido la abstinencia en el consumo de diferentes drogas
- se ha retrasado la edad de inicio al consumo
- se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas
- se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas

• se han reducido los problemas relacionados con el uso de determinadas drogas

• Algunos objetivos operativos (output) podrían ser, a modo de ejemplificación y dependiendo obviamente de la línea de acción elegida:

• se ha incrementado la información de los menores sobre el uso de determinadas drogas

• se han modificado las creencias normativas de los menores sobre el uso de drogas

• han mejorado las competencias de los menores para hacer frente a las presiones de grupo y tomar decisiones de manera autónoma.

El análisis de alternativas y elección de prioridades implica identificar las posibles opciones de línea de acción que se tienen, valorando la factibilidad de las mismas. En este momento es clave tener en cuenta las evidencias científicas ya disponibles, comentadas brevemente anteriormente, sobre estrategias y componentes (contenidos y procedimientos más pertinentes).

Se asegura la viabilidad en función de los recursos humanos y económicos disponibles, los recursos comunitarios susceptibles de ser involucrados, valorando su posible receptividad y la posibilidad de establecer una red de colaboración y coordinación con los mismos.

La segunda etapa de la planificación, con este enfoque que se está describiendo, será la **Concreción de un Plan de implementación.**

Es el momento de definir el abanico de actividades para el logro de los resultados previstos, enumerando cada resultado esperado y relacionándolo con la actividad correspondiente y señalando también los recursos en términos presupuestario, equipo humano y servicios/ recursos necesarios. Asimismo, se explicita el calendario y el cronograma de la batería de actividades a realizar.

La concreción del Plan de implementación debe señalar un cronograma que sea coherente y realista y que ilustre la secuencia de eventos y acciones, su temporalización, duración y la frecuencia prevista.

Es importante distinguir entre las actividades de planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación y las tareas administrativas, señalando los plazos previstos de cumplimiento.

La tercera etapa de este enfoque de planificación identifica un nuevo momento llamado de **Identificación de los factores externos,** consistente en poner el foco de atención en las posibles situaciones, acontecimientos y decisiones necesarias para el éxito de la intervención y que pueden incidir en la implementación de la intervención, así como las condiciones positivas que ayudarán al desarrollo del programa y también las posibles condiciones adversas.

El diseño de Indicadores para valorar los cambios producidos en los menores en situación de mayor riesgo (evaluación de resultados) y/o el grado de cumplimiento de las acciones previstas (evaluación de proceso), constituye **la cuarta etapa** definida en este modelo.

Los indicadores especifican el nivel de realización que hay que alcanzar para el logro del objetivo general, de los objetivos específicos y de los resultados esperados, ayudando a cuantificar y valorar los cambios. Son la clave base para el seguimiento del programa y la evaluación.

Se diseñan indicadores de procesos y de resultados que estén claramente descritos y sean medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. Algunos ejemplos de indicadores serian por ejemplo: descenso en el consumo de cannabis entre los menores beneficiarios del programa (indicador de resultado a corto plazo); incremento de la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis entre los menores beneficiarios del programa (indicador de resultado a corto plazo); incremento en el número de menores participantes en el programa (indicador de proceso); grado de satisfacción de los menores con las actividades desarrolladas en el programa (indicador de proceso).

Llegados a este punto, es fundamental **definir las fuentes de verificación, que sería la quinta etapa** del modelo. Se trata de señalar qué fuentes de información se van a utilizar para comprobar que ésta puede estar disponible: de qué forma, cómo y quién debería facilitarnos la información.

1.4. La evaluación de la intervención preventiva

La evaluación constituye "un proceso sistemático de recogida de información para emitir un juicio de valor sobre una intervención, para averiguar cómo se está trabajando para lograr los objetivos previstos y cuáles han sido los resultados encontrados"[10].

Las funciones de la evaluación son básicamente tres: la mejora del programa, la rendición de cuentas e iluminar acciones futuras y lo que caracteriza a la evaluación son su carácter político, el enjuiciamiento sistemático, su carácter práctico aplicado y la importancia de establecer recomendaciones[11].

Podemos establecer una tipología de la evaluación según el contenido o aspecto de la política o programa que evalúa:[12]

1.4.1. Evaluación de proceso

Determina el grado en que el programa/proyecto se está implementando como estaba previsto (discrepancias entre el diseño y la ejecución), así mismo especificará cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa e informará sobre el proceso de implementación con objeto de mejorar el desarrollo del programa y su calidad. La implementación se modificará en función de los hallazgos del seguimiento.

La evaluación de proceso es clave para la interpretación de los datos de resultados y permite señalar una hoja de ruta para otros profesionales.

Algunas de las principales consideraciones en una evaluación de proceso se recogen en el cuadro adjunto[13].

Preguntas más relevantes para una evaluación de proceso	
Preguntas sobre cuestiones generales	¿Qué variables e Indicadores proporcionarán información útil sobre cómo se ha llevado a cabo la intervención? ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán? ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos de proceso? ¿Quién proporcionará la información? ¿Cómo se analizarán los datos?
Preguntas referidas a la implementación del programa	¿Qué estrategias y métodos se han aplicado? ¿Comparación con el plan diseñado original? ¿En qué medida se está desarrollando según lo previsto? ¿Los encargados de la implementación están recibiendo la formación adecuada para asegurar la fidelidad de la implementación? ¿Fuentes de datos para la aplicación de la intervención? ¿Qué recursos se han utilizado en realidad?
Preguntas relacionadas con el grupo destinatario	¿A cuántas personas se ha llegado? ¿Cuál ha sido el perfil de los usuarios? ¿Cómo se va a recoger esta información?
Preguntas sobre el grado de exposición al programa	¿Cuánto tiempo duró la intervención? ¿Cuántas actividades se llevaron a cabo? ¿Hasta qué punto se ha logrado acceder e implicar al grupo objetivo?
Preguntas sobre la calidad de la intervención	¿Qué grado de satisfacción muestran los participantes con el programa y sobre la calidad de la intervención? ¿Qué indicadores e instrumentos se van a utilizar para evaluar la calidad de la intervención? ¿Cuáles son los resultados de las mediciones de dicha calidad?
Preguntas sobre los hallazgos	Comparación entre la aplicación efectiva ¿Hubo discrepancias? y ¿razones de ellas?, ¿qué aspectos del proceso de implementación están facilitando el éxito o están actuando como "obstáculos en el camino"?; ¿cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la forma en que la intervención se ha implementado?

1.4.2. Diferencias entre evaluación y seguimiento

En numerosas ocasiones se confunde el proceso de evaluación con el de seguimiento de una intervención (programa y/o proyecto). Consideramos importante clarificar las semejanzas y las diferencias entre ambas, sin olvidar que la información generada durante el seguimiento constituye un input clave para realizar una evaluación.

Las principales semejanzas son:[12]

• Ambas son modos de indagación sistemática siguiendo pautas y aplicando una metodología.

• Pretenden la mejora y el aprendizaje sobre la intervención.

• Sirven como instrumento de responsabilidades y rendición de cuentas.

• Ambas tienen un sentido de utilidad.

• Comparten métodos para la selección, recopilación y análisis de la información.

• Los destinatarios de ambas generalmente son grupos de personas vinculadas a la intervención, como los gestores de la misma, otro personal externo con relación con la intervención y también los beneficiarios de la intervención.

Se diferencian en las siguientes características:

• El proceso de indagación es más amplio en la evaluación

• El seguimiento se realiza solamente durante la implementación, sin embargo, la evaluación se lleva a cabo tanto durante como al final del desarrollo de un programa/proyecto

• Una de las funciones clave de la evaluación es generar nuevo conocimiento

• La finalidad de la evaluación es más amplia, incluye como característica clave, la valoración y el enjuiciamiento, por el contrario, la finalidad del seguimiento tiene un alcance más limitado, se centra en la mejora del proceso de gestión y valoración del desempeño.

• El objeto del seguimiento es la verificación periódica de cómo evoluciona la intervención en un momento determinado y es un proceso interno integrado (realizada por el equipo interno del programa no por un equipo externo al mismo) en la ejecución del programa y en el que en el que los responsables de la gestión tienen un papel preponderante.

• Las metodologías de evaluación suelen ser más rigurosas y, en general, suponen la realización de un análisis más amplio de la intervención que en el seguimiento.

1.4.3. Evaluación de Resultados

Una evaluación de resultados recoge información sistemática y emite un juicio de valor sobre los **cambios** producidos en la población destinataria beneficiaria de la intervención, es nuestro caso, los menores vulnerables. Se trata de valorar el grado de cumplimiento del objetivo global o general y los específicos u operativos (output).

Los resultados (outcomes), los efectos del programa a largo plazo, suelen ser efectos difíciles de controlar con la intervención. *Por ejemplo: descenso en la mortalidad infantil en Guatemala o mejora del bienestar psicosocial de los menores en situación de riesgo.*

Sin embargo, los resultados a corto plazo y los objetivos específicos (outputs) son los que producen o genera el programa a corto plazo y, por tanto, son controlables por la evaluación ya que han de estar garantizados por el programa. Por ejemplo: *% de niños/as vacunados sobre malaria en Guatemala o bien, % de menores que han abandonado el consumo de drogas tras su paso por el programa.*

Preguntas más relevantes para una evaluación de resultados	
Preguntas generales	¿Qué efectos está teniendo el programa en los grupos destinatarios o en los participantes? (cambios en conocimientos, actitudes y conductas) ¿Qué resultados inesperados han resultado del programa?

La evaluación de resultados puede utilizar un enfoque metodológico más o menos robusto, dependiendo de la disponibilidad de recursos económicos (si se va a llevar a cabo una evaluación externa) y de la formación de los equipos (si se va a llevar a cabo una evaluación interna).

Los enfoques metodológicos de resultados y más recurrentes en prevención de las drogodependencias, son:

De menos robustos	Enfoques metodológicos	Características
	Enfoque pre experimental	Se evalúa solamente después de la intervención (post).
	Enfoque pre experimental	Se evalúa antes de la intervención (Pretest) y después de la intervención (Postest) y se comparan los resultados.
	Enfoque cuasi experimental con grupo de control no aleatorio	Se evalúa antes de la intervención (Pretest) y después de la intervención (Postest) y se comparan los resultados, pero en este enfoque se utiliza un grupo control (grupo de similares características socio demográficas, socioeconómico y culturales) pero que no reciben la intervención) y se comparan los resultados en ambos grupos.
A más robustos	**Enfoque experimental con grupo control con asignación aleatoria**	La recogida de datos se asemeja a la de los estudios cuasi experimentales, pero con la suma de la asignación aleatoria, esto es, los participantes en el estudio de evaluación en los diferentes grupos se distribuyen utilizando un proceso aleatorio, en lugar de sobre la base de ciertos criterios.

2. Prevención Indicada

El enfoque preventivo individualizado está dirigido a un menor que "suele" estar realizando un consumo de drogas y presenta fuertes indicadores de alto riesgo personal de abusar de sustancias, con correlaciones más fuertes que los indicadores utilizados en la intervención selectiva, pero no presentan criterios de dependencia.

Sus características más significativas son:[14]

El objetivo de este tipo de prevención no es necesariamente prevenir la iniciación del uso o el abuso de sustancias, sino impedir el desarrollo de una dependencia, disminuir la frecuencia y evitar el consumo problemático y abusivo de drogas. La necesidad de prevención se define por la existencia de fuertes indicadores para el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias, todavía no presente.

También tiene como objetivo detener una situación de crisis y evitar que el problema se reproduzca en el futuro. Se trata de prevenir la progresión a un trastorno por dependencia definido.

Se diferencia del tratamiento porque la persona no cumple los

criterios para definir una dependencia (DSM-IV, por ejemplo) y, por tanto, necesitados de recibir un tratamiento como tal.

Las intervenciones se suelen dirigir a múltiples conductas de riesgo simultáneamente. En efecto, en el caso concreto de los menores, los problemas con las drogas enmascaran un conjunto de dificultades en su desarrollo madurativo en los que el abuso de droga no es más que uno de sus problemas y, generalmente, ni siquiera el más importante.

Las intervenciones preventivas son personalizadas. El menor es valorado a nivel individual a través de un diagnostico realizado por un profesional con objeto de trabajar específicamente los factores de riesgo individuales.

Para el diseño y desarrollo de una prevención indicada se requiere profesionales especializados, con un adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, además de conocimientos sobre las peculiaridades de los consumos de drogas, las características de la adolescencia y/o de los posibles problemas mentales a abordar.

Este tipo de intervención suele desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados y son necesarias, al igual que en los programas de prevención selectiva, estrategias de coordinación entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

La prevención indicada tiene una serie de ventajas frente a la prevención selectiva, pero también una serie de inconvenientes como se describen en el siguiente esquema adjunto[15].

La identificación de las personas con un mayor riesgo, favorece una intervención más individualizada ajustada a sus necesidades y más intensa.	Informar a los menores de que tienen un riesgo elevado de desarrollar un posible trastorno en su vida, puede en si mismo aumentar el riesgo de que efectivamente esto suceda (profecía auto cumplida). Además, existe el problema de estigmatizar a los niños/niñas a través de un proceso de selección y ser etiquetados frente a su grupo de iguales. Por otro lado, suelen ser intervenciones más extensas e intensas en el tiempo, lo cual hace preciso una importante implicación y un mayor esfuerzo de las personas participantes. Por tanto, suelen tener un coste económico mayor por sujeto que las intervenciones universales y selectivas.

En la planificación e implementación de una intervención Indicada se pueden distinguir cuatro etapas clave.

Primera Etapa: detección y captación del menor/adolescente

La detección de menores en situación de mayor vulnerabilidad y, por tanto, necesitados de una prevención de este tipo, se suele producir, en algunos casos, en los espacios en los que los menores desarrollan su vida cotidiana, tales como; centros educativos y a través de las familias. En otras ocasiones, los menores son derivados por algunos recursos comunitarios: los servicios sociales, centros de atención de salud, centros de acogida de menores tutelados, policía, sistema judicial, tejido asociativo.

Lograr una adecuada motivación hacia la intervención es clave. La alianza inicial y el establecimiento del vínculo con el equipo profesional son fundamentales para el éxito de la intervención. Si esto se consigue, el éxito está casi garantizado.

Iniciar una respuesta dinámica a la negación del problema y, por tanto, a la necesidad de cambio y manejar las resistencias del menor son clave en esta etapa. En este sentido, resulta muy útil y eficaz la utilización de la técnica de la "Entrevista Motivacional".[16]

Segunda Etapa: Acogida y Valoración inicial

Este es el momento de escuchar y atender las necesidades explícitas del menor, de su familia y/o de las personas que han remitido al menor, antes de pasar a realizar una evaluación de las necesidades del menor con objeto de obtener una valoración comprehensiva sobre el menor y las dificultades que presenta.

Una evaluación lo más integral posible del menor tendría que abarcar al menos las siguientes áreas:[17]

Factores de protección del menor en relación al apoyo familiar y social (escuela, grupo de amigos, etc.), habilidades de afrontamiento y signos de resiliencia del menor, motivación hacia el cambio y, por

tanto, hacia la intervención, etc. Cualquier factor que puede ser tenido en cuenta para el empoderamiento del menor es fundamental que sea detectado para poder ser utilizado a su favor en la intervención. Los profesionales, y las personas en general, tendemos a hacer hincapié más en las dificultades y en los problemas que en las fortalezas y oportunidades.

Historia de uso y abuso de drogas: inicio, frecuencia, patrón de consumo, percepción de riesgo asociado al consumo de drogas que está realizando, motivaciones para el consumo, función del consumo/ abuso de dogas.

Historia y examen médico y psiquiátrico detallado: trastornos afectivos y/o emocionales, trastorno conducta antisocial y desafiante, problemas de conducta, problemas y hechos traumáticos en su desarrollo (maltrato, abuso sexual, abandono físico y/o psíquico, etc.). Análisis sobre el estado físico del menor. Prácticas de riesgo en relación a posible infección por VIH, hepatitis, etc.

Historia familiar: uso de drogas por parte de los padres/madres, salud mental y física familiar, conducta delictiva. Patrones y modelos de crianza y estilos educativos (puntos débiles y fuertes en los que apoyar la intervención).

Red social de pares y amigos: estilo de vida del grupo de amigos, implicación en grupos con problemas de conducta y/o consumo de drogas, dependencia del grupo, presión del grupo, relaciones interpersonales dentro del grupo (liderazgos negativos, etc.).

Historia de desempeño escolar, empleo y/o vocacional: absentismo y/o abandono escolar, problemas de aprendizaje, necesidades educativas especiales, proyectos de formación profesional, talleres de inserción socio laboral, etc. Proyecto de futuro.

Contacto con servicios e instituciones: servicios sociales, actos delictivos o antecedentes penales, menor tutelado, etc.

Hábitos de ocio y tiempo libre: gestión de su ocio, aficiones e intereses, modelo de ocupación de su ocio asociado al consumo de drogas, etc.

Contar con esta primera información y una adecuada evaluación inicial sobre la situación del menor es clave para la elaboración de un Plan Individualizado de Intervención (PII).

Si en alguna de estas áreas se detecta inicialmente alguna severidad en los trastornos y problemáticas detectadas, sería necesario la aplicación de algún instrumento de diagnóstico más preciso que permita profundizar en las características detectadas, valorando su grado de deterioro. Este PII no es estático, sino dinámico.

Tercera Etapa: Diseño de un Plan Individualizado de Intervención (PII) en base a las necesidades, problemáticas y factores de protección detectados

En este momento se elabora el Plan teniendo en cuenta las diferentes áreas del menor que han sido valoradas. En el PII se hará hincapié en aquellas áreas que se perciben por parte del equipo como prioritarias para la intervención, pero sin descuidar ninguna de ellas.

Se trata de un PII que va a ser constantemente modificado y actualizado. Una de las características fundamentales de la intervención con estos grupos de edad es que se encuentran en una fase primordial de desarrollo madurativo y educativo, por tanto, el profesional tiene que ser muy creativo y flexible en la intervención: establecer una estrategia y unas líneas de acción y esperar a ver cómo responde el menor. Además la propia intervención irá modificando ciertas actitudes, creencias y comportamientos en el menor que harán imprescindible la actualización del PII establecido por el equipo que necesariamente debería tener un carácter interdisciplinar.

La meta es trabajar con las familias del menor, incluyendo al menor en la intervención, ya que la evidencia ha demostrado que las intervenciones conjuntas son más eficaces que las separadas, sin contar con las familias o sin contar con el menor. En cualquier caso, es preciso llevar a cabo la intervención aunque no se logre el ideal del trabajo conjunto.

La intervención Indicada se caracteriza por una intervención socioeducativa, con el modelo de potenciación como referentes clave y dirigido al desarrollo integral del menor, esto es incrementando sus recursos personales y sus habilidades sociales, fomentando un estilo de vida saludable y enseñando a los menores a afrontar y manejar los riesgos de su entorno.

Las líneas de acción, generalmente, hacen hincapié en consolidar el vínculo con la familia y la escuela, el aprendizaje y entrenamiento en habilidades de vida, tales como autocontrol, percepción de auto eficacia y autoestima (este último sobre todo en edades más tempranas, ya que en la adolescencia, un elevado índice de autoestima social correlaciona como factor de riesgo en lugar de protección y, por tanto, puede ser contraproducente), habilidades relacionales (interacción positiva en grupo, afrontamiento ante las presiones del grupo/líderes, toma de decisiones de manera autónoma) y estrategias de aprendizaje para el logro de comportamientos adaptativos. En cualquier caso, los objetivos y estrategias que se contemplen en el PII responderán a las peculiaridades de cada menor en base a las necesidades detectadas como prioritarias.

Es importante tener en cuenta que dicho PII debería tener un planteamiento progresivo de cumplimiento, que se negocia y consensua con el propio menor y su familia o tutor/a. Se trata de un Plan de Intervención escalonado en diferentes pasos o etapas para el cambio, establecidas de acuerdo a las necesidades prioritarias detectadas por el equipo, pero también, y muy importante, por los compromisos del menor que se consideran clave. Los logros alcanzados por el menor, por pequeño que sea el cambio, resultará estimulante y motivador para el menor y su familia, predisponiendo a seguir avanzando hacia un nuevo reto, siempre que el profesional tenga la habilidad de resaltar el logro, minimizando los fracasos.

El equipo de profesionales llevará un seguimiento constante de la intervención, articulando los encuentros con el menor y su familia para el logro de los objetivos socioeducativos previstos. La mayor parte de estos programas de prevención indicada desarrollan sesiones con los

menores con una frecuencia alta e intervenciones estructuradas como la "entrevista motivacional" o "talleres dirigidos al entrenamiento en modificación de conductas dirigidos a padres junto a sus hijos/as".

En la actualidad, se están desarrollando algunos programas de prevención indicada a través de las redes sociales (páginas web, chats, facebook, etc.) con una creciente aceptación y una evaluación positiva sobre su eficacia, en aquellos casos en que ha sido evaluado con un enfoque metodológico robusto[2]. Son interesantes este tipo de intervenciones aprovechando las ventajas que nos brindan las TICs ya que están orientados a menores a los que resulta difícil acceder a través de los programas convencionales de prevención al tener la ventaja de un acceso a los mismos sencillo (una página web), no requieren demasiada dedicación como llamadas telefónicas, citas presenciales, etc. y, además, está garantizado el anonimato y la participación en los mismos es gratuita.

Cuarta Etapa: Seguimiento del menor y familia y evaluación final

La intervención con menores y familias es un proceso y debe entenderse su carácter temporal, en que los plazos formarán parte de los acuerdos establecidos en el diseño inicial de la intervención, es decir, en el PII. El objetivo final es la normalización del menor en su entorno (fundamentalmente familiar y escolar) y la autonomía del menor.

El equipo de intervención realizará un monitoreo continuo de la intervención, para ello será necesario elaborar una serie de instrumentos de registro de carácter interno dónde se recogerá y se irá sistematizando toda la información cuantitativa y cualitativa que se

[2] Un ejemplo es el "Programa Quit the shit". Programa on line dirigido a jóvenes consumidores de cannabis elaborado por The Federal Centre for Health Educaction". Se puede consultar en Examples of Evaluated practices: EDDRA. www.emcdda.europa.eu/themes/best-prectice/

considere precisa sobre el menor y su familia y que proporcionará los datos relevantes en cada caso para la evaluación final del proceso para posibles mejoras durante la implementación de la intervención.

Para la evaluación final del caso, se cotejará la información previa recogida en el diagnóstico de necesidades y problemas detectados, identificando los hallazgos y logros (pre/ post de cada caso).

En los casos en los que se haya recurrido a instrumentos estandarizados de diagnóstico, estos se volverán a cumplimentar con objeto de valorar los cambios acontecidos en el menor (análisis pre/post).

Referencias

1. De Silva Rivera, A. y Salvador Llivina, T. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.* Plan Regional de Drogas de Murcia. Región de Murcia.

2. Adaptado de National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2012). *Identification of Drug Abuse Prevention Programs*. Literature Review Selective Prevention.

3. Tarín, M. y Navarro, J.J. (2006). *Adolescentes en riesgo*. Editorial CCS.

4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people.* http://www.emcdda.europa.eu

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

6. Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002). *Understanding Risk, Protection and Substance Use Among High-Risk Youth. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth. Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention. Monograph Series Nº 4.*

7. Ligero, J.A. (2008). *Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas.* Universidad Complutense de Madrid. Módulo nº6 sobre "Perspectiva sobre el objeto y sistemas de evaluación".

8. Touza, I. (2008). *Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas.* Universidad Complutense de Madrid.

9. Para más información se recomienda consultar el "Registro de Información sobre el Menor" (RIA), un excelente instrumento de recogida de información elaborado por el Servicio de Prevención de Adicciones del Instituto de Adicciones Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. Se puede consultar en la publicación *Programa Adicciones a las Drogas (PAD)*. Servicio de Prevención de Adicciones del Instituto de Adicciones Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid (2012). editado por Instituto de Adicciones de Madrid Salud, ADES y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).

10. Bustelo, M. (2002). ¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación? En R. Bañón, Martinez (com), (2002). *La evaluación de la acción de las políticas públicas,* 13-32. Madrid. Diaz de Santos.

11. Stufflebeam, D. y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica,* 23-24. Madrid. Paidós/MEC.

12. Bustelo, M. (2002). Parte I: *La evaluación de políticas públicas, Capítulo 2: La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica. En tesis doctoral La Evaluación de las Políticas Públicas de igualdad de género de los Gobiernos central y autonómico en España: 1995-1999*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Ciencia Política y de la Administración II. Madrid 2001. htpp://biblioteca.ucm.es/tesis/cps/ucm-t25225.pdf

13. SAMHSA's (2012). *National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Non-Researcher's Guide to Evidence-Based Program Evaluation.* www.nrepp.samhsa.gov.

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

16. Miller , W.y Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós.

17. Fernández, C. et al. (2004). Capítulo 7. Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo.* Colegio Oficial de psicólogos del Principado de Asturias.

Bibliografía

Agencia Noruega para la Cooperación para el Desarrollo (NORAD) (1993). *El Enfoque del Marco Lógico como herramienta para la planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos*. Madrid: Editado en España por Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación y la Fundación Centro Español de Estudios de América Latina.

Alonso, C.; Salvador, T.; Suelves, J.M.; Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario de términos de prevención*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS).

Alvira, F. (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Arbex, C. (2002). *Menores y consumos de drogas: guía de intervención*. ADES. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Mº del Interior.

Arbex, C. (2005). *La vulnerabilidad en los menores: el espacio socioeducativo en los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.

Arbex, C. y Comas, R. (2010). *Documento de apoyo al educador/a del programa Déjame que te cuente algo sobre los porros*. Madrid: Atica Servicios de Salud.

Arbex, C. (2011). Menores vulnerables y drogas. En *Menores*

vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención. Logroño: Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja, a través del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones de la Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Bustelo, M. (2008). Teoría del Programa, Teoría de la Implementación: *En Módulo 6 Perspectivas sobre el objeto y sistemas de programación.* Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Madrid: Centro de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. Universidad Complutense de Madrid.

Cohen, E. y Franco, R. (1993). *Evaluación de Proyectos Sociales.* México: Siglo XXI.

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Barcelona: Gedisa

Ligero, J.A. (2008). *Módulo 8 Elecciones metodológicas.* Máster de evaluación de Programas y Políticas públicas. Madrid: Centro de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. Universidad Complutense de Madrid.

Ligero, J.A. (2008). *El diseño de la estrategia evaluativa.* Máster de evaluación de Programas y Políticas públicas. Madrid: Centro de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. Universidad Complutense de Madrid.

Ligero, J.A. (2011). *Dos métodos de evaluación: criterios y Teoría del Programa.* CEU. Instituto Universitario de Estudios Europeos. Documento de Trabajo. Serie CECOD nº15/2011.

National Institute on *Drug Abuse (NIDA). (1997). Drug Abuse Prevention for At-Risk Groups.* NIDA: Rockville MD, USA. http://www.secapt.org/NewFiles/DAPforAtRiskGroups.pdfNational Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Major Findings # 3 en http://www.health.org/govpubs/FO36/FindingSheet3.aspx

NIDA Research (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents, A Research –Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. *NIH Publication No 04-4212 (A)*. Second edition.

La Colaboración y Coordinación en el Marco de las Intervenciones Selectivas e Indicadas: Un Enfoque Crítico desde La Rioja

Ayuntamiento de Arnedo: un modelo de coordinación descentralizada desde los factores de riesgo.

Ángel Javier Fraile Astudillo[1]

Resumen:

En esta exposición se desarrolla un modelo de coordinación en contraposición con el modelo clásico de mesas de coordinación, con la idea de ser más efectivo en el desarrollo del trabajo y en el cumplimiento de los objetivos, dirigido a la solución de problemas.

Este modelo de coordinación toma una forma de red descentralizada y se basa en los conceptos de factor de riesgo, la clasificación de prevención de Gordon: universal, selectiva e indicada y el concepto de menú de servicios utilizado por T. Dishion en su modelo de transición a la adolescencia.

Para su mejor comprensión se explica como ejemplo la utilización de este modelo en el municipio de Arnedo (La Rioja) para solucionar la falta de coordinación existente respecto a la intervención precoz en los comportamientos disruptivos de los niños y adolescentes del municipio.

[1] Psicólogo. Técnico de Intervención en Adicciones del Ayuntamiento de Arnedo (La Rioja).
Correspondencia: soid@aytoarnedo.org

1. Introducción

Primeramente, antes de nada, tenemos que hacernos una serie de preguntas:

1.- ¿Qué es la coordinación?

2.- ¿Es algo abstracto o es algo concreto y operativo?

3.- ¿Por qué es importante la coordinación en la prevención de drogodependencias?

Partimos de la certeza de que la prevención debe ser multidisciplinar y trabajar sobre los diferentes ámbitos: ámbito escolar, familiar, sanitario, comunitario y social, etc…

El trabajo en prevención debe seguir el criterio de "todos a una", entre todos los implicados en la prevención existe unanimidad en creer que la coordinación es necesaria.

Analicemos entonces cómo es la coordinación.

La coordinación más habitual en nuestro contexto se produce desde arriba hacia abajo se trata de un flujo up-down. En la actualidad para dar fuerza al trabajo en drogodependencias se convocan "reuniones de coordinación" donde se encuentran representantes de todos o casi todos los sectores implicados; se buscan representantes con suficiente peso para dar fuerza a las decisiones tomadas en esa reunión, normalmente las comisiones en las que trabajan estos aspectos y a las que he podido yo asistir han sido formadas por directores generales, jefes de servicio de instituciones, representantes de las juntas directivas de asociaciones o colectivos implicados y una parte de técnicos que trabajan en contacto con la realidad.

En estas reuniones se comparte una misma necesidad basada en un problema de salud pública (que todos reconocen) y se supone una intencionalidad positiva para su solución; sin embargo, los intereses que rigen las funciones de cada uno de los implicados son muy diferentes, lo que hace que tengamos esa visión generalista de la coordinación, nos movemos en diferentes ámbitos de interés; no tienen los mismos intereses un director general de salud que uno de educación, ni el

jefe de servicio de promoción sanitaria ni el representante del consejo escolar, ni el de política interior y policía, ni tan siquiera lo tienen las entidades sociales como pueden ser Proyecto Hombre, ARAD o Pioneros, o la Federación de Vecinos, con intereses tan diferentes a, por ejemplo, el consejo de estudiantes o los scouts.

2. Otro concepto de coordinación

El primer paso para una coordinación eficaz sería cambiar ese concepto, esa idea de querer fijar la coordinación, consensuar el trabajo en estas reuniones o comisiones que producen ese flujo up-down.

Tenemos que partir de una puesta en común entre iguales, una puesta en común P2P (peer to peer) donde se tengan intereses similares y que estos intereses vengan determinados por los factores de riesgo.

Esta idea de coordinación descentralizada está basada en 3 conceptos teóricos: uno sería el concepto de factores de riesgo y de protección, otro sería la clasificación de los tipos de prevención propuestos por Gordon (1987): universal, selectiva e indicada, y, por último, en el concepto de menú de servicios propuesto en el modelo de transición a la adolescencia de Thomas Dishion (1996).

En cuanto a los factores de riesgo, como bien sabéis, están referidos a diferentes niveles, por ejemplo, los siguientes:

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

- Falta de autonomía.
- Baja autoestima.
- Carencia de habilidades de comunicación.
- Falta de autocontrol.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Escasa habilidad para afrontar problemas y resolver conflictos…

FACTOR DE RIESGO

Se puede definir como aquel atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de exposición al riesgo y sus consecuencias.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- Sobreprotección.
- Ausencia de refuerzo de socialización.
- Ausencia de atención emocional.
- Modelos inadecuados de comportamientos.
- Clima familiar negativo.
- Consumismo.

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES

- Exclusión del sistema educativo.
- Absentismo escolar.
- Bajo rendimiento.
- Fracaso escolar.
- Inadaptación.
- Ausencia de motivación y falta de expectativas.

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

- Ausencia de alternativas.
- Ocio poco recreativo.
- Publicidad.
- Presión hacia el consumo.
- Sistema de valores dominante – hedonismo.

FACTORES DE RIESGO DE LOS IGUALES

- Búsqueda de identidad.
- Imitación del grupo.
- Clima de grupo inadecuado (presión de grupo-debilidad)
- Excesiva dependencia.
- Actitudes y conductas favorables al consumo.

TIPOS DE PREVENCIÓN

Clasificación de tipos de prevención de Gordon (1987):

Universal: es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej.: chicos de 12 a 14 años de edad),

Prevención selectiva: es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana 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: Es 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.

3. ¿Quiénes trabajan con los factores de riesgo?

Los factores de riesgo se trabajan desde el nivel técnico.

Para los factores de riesgo personales: técnicos de ámbito sanitario (pediatras, enfermeras, psiquiatras, médicos…); escolares (orientadores, tutores), familiares (servicios sociales y comunitarios) ámbito comunitario social (policía, tejido asociativo…).

Sin embargo, estos factores no debemos trabajarlos desde su descripción general, sino que hay que bajar un nivel de concreción. Para ser operativos hay que definir y describir conductas de riesgo que aparecen de la existencia de estos factores de riesgo, así hablaríamos de conductas como:

- Falta a la escuela por escaso interés familiar.
- Se niega a hablar.
- Consume tóxicos.
- Se mete en peleas.
- Agrede físicamente a otras personas.
- Amenaza a la gente.
- Dice mentiras.
- Tiene cambios bruscos de humor.
- Reta a los profesores y adultos.
- Difícilmente sigue las instrucciones que se le indican.
- Hace novillos.
- Su familia es poco colaboradora en la escuela, aunque se le cite.

PROGRAMA DE TRANSICIÓN A LA ADOLESCENCIA

Diseñado por T. Dishion, es una intervención a varios niveles centrada en la familia y desarrollada en un entorno escolar.
Se trata de una estrategia graduada con cada nivel de intervención construido sobre el anterior.

- Nivel universal: utilización de un centro de recursos familiares, que pueden utilizar todas las familias y escolares que lo deseen, se proporciona pautas e información a toda la población.

- Nivel selectivo: Chequeo familiar. Es una intervención que ofrece asesoramiento familiar, apoyo profesional y motivación para el cambio, ayuda a valorar el nivel de riesgo en que se encuentra la familia.

- Nivel indicado: Menú de servicios, ofrece apoyo profesional directo a las personas en situación de alto riesgo de manera individual o familiar.

- Está sucio y en ocasiones con mal olor.
- Utiliza ropa poco adecuada.
- Acude sin material escolar.
- Se le ve triste.
- Está tenso, rígido.
- Parece desconfiado.
- Se hace daño o se provoca lesiones.
- Parece tener miedo a sus padres.
- No quiere ir a casa.
- Pasa mucho tiempo solo.
- Destruye cosas de los demás.
- Llama la atención constantemente.
- Las relaciones entre los padres y el niño son frías.
- Los padres parecen desconocer las necesidades y limitaciones de los niños de esa edad.
- Evita mirar a los ojos…

Todas estas son conductas son perfectamente observables. Si se hace un listado y se relacionan con los factores de riesgo, aparece, entre los técnicos, una imagen que engloba parte de estas conductas identificando perfectamente situaciones concretas conocidas por ellos mismos; de esta forma la identificación y la implicación con la descripción del problema es inmediata y absoluta.

Al plantear la problemática del consumo de drogas y su prevención desde la identificación de alguno o varios de estos factores de riesgo desglosados en conductas, partimos de un nivel similar de preocupación y de la misma visión del problema, lo que hace que todos los implicados en esta puesta en común P2P estén identificando uno o varios factores en uno o varios ámbitos compartiendo la necesidad de trabajar conjuntamente para amortiguar y minimizar su efecto (objetivo principal de la prevención de drogodependencias).

Estos técnicos, desde su nivel de conocimiento experiencial, capaces de identificar estos problemas, también pueden colocarlos en

uno de los tres niveles de prevención, universal, selectiva o indicada de forma que decidan si es posible trabajar con estos factores desde la generalidad de la población diana o trabajar sobre conductas de un grupo o individuo concreto.

Una vez definido esto, pasaríamos a la creación de la cartera de servicios.

Tenemos que tener en cuenta que, desde su nivel de acción, todos estos técnicos están haciendo algo para reducir el efecto negativo de estos factores, por lo tanto es el momento de realizar entre todos una cartera o menú de servicios, en el sentido que apunta Dishion desde su programa de transición a la adolescencia y esa cartera o menú clasificarla según su impacto en las categorías que definía Gordon de prevención universal, selectiva o indicada.

De esta forma, todos tienen conocimiento de estos servicios y pueden realizar las derivaciones correspondientes a cada recurso analizado.

Entre otros contenidos, en esta cartera de servicios se pueden encontrar los siguientes:

Prevención Universal: Escuelas de formación de padres y madres, consejos de educación para la salud, Programas para enseñar habilidades para la vida, información de las actividades de asociaciones de ocio y tiempo libre, información de actividades del centro joven y de las cibertecas, etc…

Prevención selectiva: Charlas sobre reducción de riesgos, consejo médico-pediátrico breve; programas de mediación, programas que potencien la comunicación familiar; programas indicados sobre resolución de problemas y conflictos.

Prevención indicada: Programas de servicios sociales; derivaciones a salud mental y salud mental infanto-juvenil; itinerarios educativos individualizados; asesoramiento sobre drogas; programas de motivación para el tratamiento; coaching familiar; información policial-legal; programa de educación familiar para familias en situación de riesgo…

Una vez creada esta red P2P en prevención, de carácter eminentemente técnico y dirigido hacia la solución de problemas, es el momento de dirigir la coordinación hacia arriba down-up, informando a los responsables del servicio y responsables políticos de la problemática existente y lo que es más importante de las soluciones propuestas y en funcionamiento para que con su implicación favorezcan la continuidad y la permanencia y den el visto bueno de la tarea realizada.

4. Puntos básicos y características de esta forma de coordinación

El mayor riesgo que conlleva esta forma de coordinar es que los técnicos que forman la parte nuclear de la red, tengan un carácter temporal. Para combatir esto es necesario contar con profesionales que adquieran un compromiso de permanencia o de derivar en otro responsable técnico que le sustituya.

Se trata de una red P2P, sin embargo alguien se tiene que encargar de la unión de esta red, de hacer de "pegamento motivacional" que permita mantener el compromiso y que no decaiga con el tiempo.

Este tipo de coordinación tiene su inspiración en la teoría de redes y en los gráficos explicados por Paul Baran en 1964 en su ensayo "On distributed Communications".

Dentro de esta clasificación de redes seleccionamos la red descentralizada en contraposición de las redes centralizadas y las redes distribuidas:

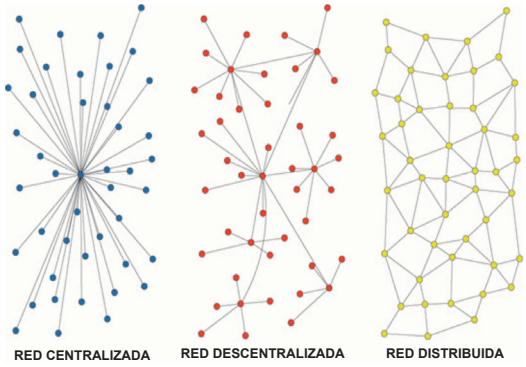


Figura 1: Gráficos de Baran

Para ejemplificar la coordinación elegimos la red descentralizada, donde un líder con alto compromiso y con una temporalidad asegurada forma una red con diferentes nódulos implicados desde el nivel técnico; cada uno de estos responsables forman su propia red determinada por su ámbito de actuación, en este caso pueden ser profesionales o voluntarios implicados en la prevención.

Esta red trabaja en forma P2P desde el mismo nivel de actuación, y, una vez se tenga suficiente información y una pequeña evaluación del trabajo realizado, se distribuye hacia arriba, es el momento de solicitar el visto bueno para una continuidad o un aporte económico o de cualquier otro tipo, ya que se pasa del interés técnico ya trabajado al interés político y de responsabilidades.

GRÁFICOS DE BARAN

Paul Baran fue un científico estadounidense, considerado como uno de los padres de Internet. En 1964 escribe su ensayo "On distributed Communications" donde describe tres tipos de redes:

Red centralizada: donde todos los miembros son periféricos menos uno que es el que distribuye y recibe la información de todos.

Red distribuida: Todos son libres de transmitir información a uno u otro miembro de la red, sin ningún responsable ni coordinador.

Red descentralizada: Hay un líder que tiene una conexión bidireccional con diferentes nódulos y estos a su vez crean su propia red de la que reciben y transmiten información.

5. Un ejemplo práctico de la red descentralizada

Programa de prevención e intervención precoz del riesgo social en Arnedo (La Rioja). Se detecta el problema que es la descoordinación en la detección de riesgo en los niños y adolescentes del municipio.

Los centros educativos detectan riesgo, el centro de salud, los servicios sociales, policía local y guardia civil, todos ellos tienen la misma preocupación y actúan para evitarlo. Se plantea como misión prioritaria diseñar un marco de cooperación entre los ámbitos sanitario, escolar, familiar y social y comunitario que facilite la prevención integral y multidisciplinar, detectando precozmente los factores de riesgo social (se utiliza como referencia el cuestionario de detección de riesgo social –DRS- editado por el Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y la Obra Social de Caja Madrid).

Primeramente se definen 6 factores de riesgo social, que son:

Negligencia en la educación familiar: determinado por evidencias directas de abandono, dificultad de los adultos para estar disponibles, dificultades económicas.

Dificultades en la maduración y desarrollo: que agrupa indicadores de retraso en el desarrollo psicológico, de aprendizaje y problemas de crecimiento físico.

Pautas inadecuadas de crianza: incluye pautas de interacción de los padres poco adecuadas o manifestaciones del niño consecuencia de una inadecuada relación.

Apatía y evitación social: dificultades para relacionarse con el entorno y aislamiento por un lado, y por otro, conductas que podrían implicar inexpresividad emocional.

Problemas de externalización: conductas agresivas, falta de atención e impulsividad, comportamientos pre-disociales, llamadas de atención negativas, conductas autodestructivas, inestabilidad, demandas de atención, violencia y rechazo de los compañeros.

Problemas emocionales y de internalización: Apatía, inexpresividad emocional, evitación social, miedo y problemas emocionales de tipo depresivo con tendencia al retraimiento y a la internalización del conflicto.

Todos estos factores hay que definirlos a un nivel operativo y observable, como ejemplo de este proceso están los siguientes:

NEGLIGENCIA:

- Viste ropa poco adecuada para la estación del año.
- Va sucio.
- Llega a la escuela con mal olor.
- Su familia se relaciona con la escuela menos de lo habitual.
- Cuando enferma, sus dolencias se prolongan o repiten excesivamente.
- Acude enfermo a la escuela.
- Su familia tiene dificultades económicas.
- A veces tiene problemas médicos que no son debidamente atendidos.
- Son impuntuales a la hora de recogerle.
- Los padres parecen desconocer las necesidades y limitaciones de los niños de estas edades.

CONDUCTAS RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE EXTERNALIZACIÓN:

- Arremete físicamente contra otras personas.
- Amenaza a los demás
- Destruye cosas de los demás.
- Se pelea con otros niños.
- Destruye cosas propias.
- Tiene cambios bruscos de humor sin motivo aparente.
- Insulta a los demás.

- No puede estarse quieto.
- Cree que es malo/a.

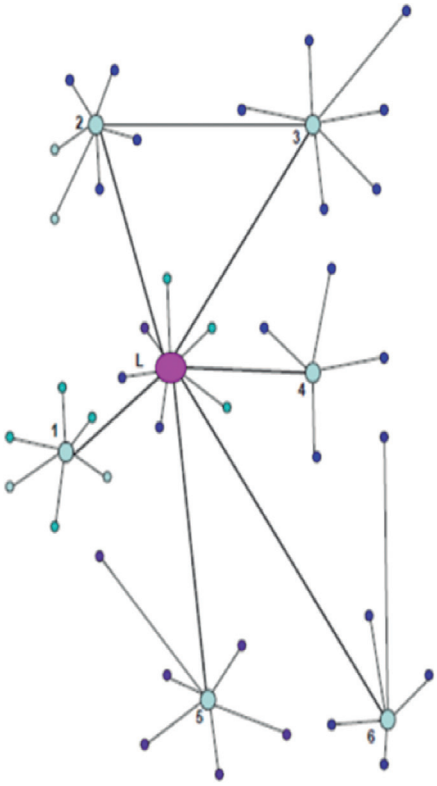
Para el resto de factores se puede consultar la web:
http://www.miscelaneaeducativa.com/Archivos/guia_protocolo_profesor16.pdf

Con esto se determina la existencia de riesgo y el nivel de este, una vez detectado se decide si es necesario un nivel de prevención e intervención universal, selectivo o indicado y se hacen las derivaciones a cada caso concreto.

La red P2P de Arnedo está formada por un líder y 4 nódulos. El líder es el responsable del servicio municipal de orientación e información sobre drogas (SOID), hay una red creada a su alrededor formada por padres y madres del municipio, asociaciones de vecinos, asociaciones juveniles, asociaciones de autoayuda.

Los nódulos son:

1.Servicios sociales: responsable la coordinadora de servicios sociales, y su red la forman el resto de trabajadores sociales, educadora familiar, cruz roja, caritas, responsable del servicio de ayuda a domicilio



2.Policía local: con su red formada por Guardia Civil, Delegación del Gobierno y Protección Civil.

3. Centros educativos secundaria: cuyos responsables son los orientadores y su red está formada por profesores, tutores, familias, alumnos y delegados de curso y personal de servicios.

4.Centros educativos primaria: responsables los equipos directivos (director-jefe de estudios), y su red está formada por profesores, tutores, familias, y alumnos.

5.Centro de salud: la responsable es la trabajadora social y su red está formada por médicos de familia, pediatras y enfermeras.

Figura 2: red P2P de Arnedo

Cada uno de los 5 responsables forman la cartera de servicios con los recursos propios de cada nódulo, divididos en prevención universal, selectiva e indicada y todos ellos tiene conocimiento del objetivo de cada recurso y de la forma de derivación.

Figura 3: cartera de servicios del municipio de Arnedo.

Para salvar el problema de la protección de datos no se informa de personas con nombre y apellidos, sino que le informa al propio usuario del recurso y se hace la derivación a él. Por otro lado, en todos los contactos entre profesionales se habla de conductas de riesgo y no de personas de riesgo.

Una vez puesto en marcha y evaluado se transmite a los responsables de cada nódulo hablándoles de la problemática detectada y de la solución puesta en práctica para un posible apoyo formal o incluso económico en el caso de ser necesario. Sería la coordinación de abajo arriba (down-up).

6. Bibliografía

Documentos de consulta para ampliar la información:

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencia.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Dishion, T. (2000). *Intervención familiar para la prevención del consumo adolescente de sustancias.* En Recio, J. y Rodriguez, O. Conducta antisocial, violencia y drogas en la escuela. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid. *Cuestionarios de detección del riesgo social para centros educativos D.R.S.*
http://www.miscelaneaeducativa.com/Archivos/guia_protocolo_profesor16.pdf

Sistemas de coordinación en una Entidad Social

Silvia Valiente Gómez[1]

Resumen:

Este artículo recoge las respuestas de un grupo de profesionales de entidades sociales de La Rioja sobre las coordinaciones que mantienen en el desarrollo de su trabajo. Con una actitud crítica se van enumerando las carencias que mantenemos en este tema, la escasa formación y en ocasiones la desconfianza frente a otro profesional, pero también se recogen propuestas de mejora evidenciando el largo camino que queda por recorrer para lograr la plena colaboración entre profesionales y entidades sociales.

Palabras clave: coordinación, colaboración, entidades sociales, formación.

[1] Trabajadora Social. Asociación Pro-Infancia Riojana (APIR)
Correspondencia: proyectos@apir.es

Sistemas de coordinación en una Entidad Social

Para comprender esta comunicación debemos partir de su origen, una propuesta para hablar sobre las coordinaciones reales, una reflexión sobre nuestra práctica cotidiana, sobre cómo y cuánto hemos absorbido de aquella teoría que aprendimos hace tiempo y sobre la que venimos leyendo recurrentemente y cada vez sentimos más necesaria. La coordinación supone rentabilizar recursos y aumentar la eficiencia de nuestras acciones. Desde un punto de vista más técnico, el trabajo conjunto es la respuesta a la visión global, sistémica o ecológica de la intervención. Ya no se puede imaginar una actuación con un menor que no tenga en cuenta a la familia, el colegio, su grupo de iguales... Es necesario, por tanto, pulir diferencias y aunar esfuerzos para el logro de objetivos comunes, porque cuando se trabaja en equipo, los esfuerzos no se suman, se multiplican.

Partiendo de esta premisa original, hemos propuesto a un grupo de profesionales, todos ellos trabajadores de entidades pequeñas, asentadas en La Rioja, con vocación de servicio y por supuesto, sin ánimo de lucro, que nos relatasen cómo ven, cómo viven y cómo sienten la coordinación y la relación entre instituciones, con la administración y entre compañeros. Asimismo, les hemos demandado sugerencias, mejoras o reformas y la respuesta a estas entrevistas habladas y escritas es el contenido de este artículo. No es un estudio con rigor científico, pero las historias de vida tienen valor para apreciar la realidad, se habla con la razón y con el corazón. Son opiniones vehementes expresadas por personas que están en esta profesión por vocación. Es a otros a quien corresponde realizar un análisis minucioso de la situación con sus parámetros e indicadores, pero este tipo de aportaciones dan las pistas a esos estudios.

Comenzaremos entonces agradeciendo a esos 23 compañeros y compañeras de 5 organizaciones diferentes. Sus aportaciones realizadas de forma individual, en grupo, por escrito o de palabra, incluyen ejemplos, citas, consejos… Todo ello nos ha permitido *"analizar la realidad con el pesimismo de la razón para poder cambiarla con el optimismo de la voluntad" (Antonio Gramsci).*

Definición de coordinación

"La coordinación es más que establecer reglas o criterios de reparto de recursos. Se plantea como la voluntad de entendimiento y de generación de acuerdos para conseguir objetivos con el menor desgaste de los recursos de las partes".

El primer aspecto a destacar es el concepto de coordinación, existiendo una distancia entre la definición teórica y la realidad. Habitualmente utilizamos este término en el quehacer diario, lo marcamos en nuestras agendas cada vez que tenemos un encuentro con otros compañeros y un porcentaje elevado de nuestro tiempo se ocupa en estos contactos, pero ¿qué entendemos por coordinación? Esta ha sido la primera de las respuestas:

La práctica profesional nos lleva a entender la coordinación como un mero intercambio de información, en ocasiones unidireccional y que tiene como finalidad última el reparto de funciones.

Esta afirmación ha sido respaldada por el 95% de los profesionales y al escucharla surgen multitud de cuestiones: cómo hemos podido distanciarnos tanto del concepto, cuáles son las causas, qué hacer para invertir los términos de nuestras comunicaciones…

Nuestra primera mirada para lograr una respuesta se centra el marco institucional, **las relaciones de las entidades sociales con la Administración.**

Las relaciones entre las entidades comprometidas con lo social y la Administración con vocación política son siempre complejas. El engranaje entre una maquinaria grande de movimientos lentos que puede cambiar de color con cada elección cuesta casarlo con algo tan pequeño y flexible como una entidad social. Pero hay que reconocer en la Administración un esfuerzo por establecer cauces

de comunicación mediante contactos formales (consejos, grupos de trabajo…) e informales (encuentros, visitas…) y articulando planes de colaboración con el tercer sector que recogen los dos aspectos anteriores e incluso el compromiso de velar porque las condiciones laborales y las contrapartidas económicas sean las apropiadas para la adecuada prestación del servicio.

Pero las ONL no aprovechamos adecuadamente estos cauces. Nuestro valor crítico y de denuncia se suaviza, condicionado a lo políticamente correcto por una excesiva dependencia de las subvenciones y contratos, unido a bajos recursos propios y privados. Es necesario, de nuestra parte, incluir en nuestros planes estratégicos objetivos que nos permitan movilizar recursos que nos den independencia y nos ayuden a potenciar nuestra labor de conciencia crítica, así como a desarrollar los programas con mayor perspectiva de continuidad.

Asimismo, debemos reclamar que las subvenciones y contratos tengan plazos de ejecución más largos que estabilice los puestos de trabajo y permita desarrollar y profundizar en los programas que se implantan. Las colaboraciones suelen ser más difíciles con entidades con las que existe una relación competitiva y más si esta competitividad se fomenta con plazos de uno o dos años.

Sin embargo, la crítica de los profesionales con este marco descrito se dirige más a las entidades que a la Administración, instándolas a que fomenten la cohesión entre ellas para reclamar que las políticas destinadas a la promoción y protección de la infancia tengan los recursos adecuados, se impulse la intervención, la investigación y la denuncia de cualquier vulneración de los derechos del menor o cualquier práctica inadecuada.

Igualmente, se propone incluir en los planes de formación el desarrollo de las relaciones profesionales, aspecto en el que el sector mercantil nos lleva ventaja, aunque sea por motivos de rendimiento, formando a sus empleados en comunicación, gestión y dirección de reuniones, aspectos que, con nuestra filosofía estrictamente de servicio

público, son asignaturas pendientes. Algunos profesionales sostienen que, si convirtiéramos las coordinaciones en espacios más productivos y enriquecedores, sustituyendo la competitividad por la colaboración, redundaría en un fomento de la especialización técnica del profesional y de la entidad, complementando nuestras competencias con las de nuestros compañeros, entendiendo como compañeros personas y entidades con fines y objetivos comunes, es decir, la esencia de la coordinación.

Coordinación entre profesionales

Volvemos ahora a ese 95% de profesionales que no se sienten satisfechos con las coordinaciones que establecen y enumeramos las causas que mencionan. Se recogen las opiniones que se han repetido con una frecuencia de al menos cuatro ocasiones.

La saturación de trabajo y la pérdida de tiempo. Este es uno de los aspectos que más se ha destacado. El volumen de intervenciones y los horarios de atención y registro dejan poco tiempo para la coordinación entre profesionales y se prefiere priorizar el primer aspecto frente al segundo. Esto sucede porque no esperan que los encuentros con otros profesionales vayan a suponer un punto de inflexión en la intervención. No se confía en que se logren consensuar acuerdos frente a objetivos comunes y no se experimentan como una forma de maximizar las actuaciones, permitiendo ser más eficaces y eficientes y, por tanto, obtener una reducción del volumen de intervención utilizando complementariamente los recursos del otro.

Un colaborador apunta que nos dejamos arrastrar por lo urgente y no le damos tiempo a lo importante. Se necesita un cambio de mentalidad, actitud y respeto hacía los compañeros, respetando las reuniones acordadas, con puntualidad en el inicio y en el fin de las mismas, con orden del día y acta más o menos formal con lo acordado, hablando de objetivos, concretando las acciones y estableciendo un sistema de seguimiento.

Sin embargo, aquí subyace una concepción limitada o limitante del propio trabajo. Se verá mejor con un ejemplo. En el campo de la medicina, un transplante consiste en extraer el órgano dañado y sustituirlo por el sano. Nadie se imagina al médico finalizando la operación sin haber introducido el nuevo órgano o dando por terminada la intervención alegando que no hay tiempo. Así como la operación consiste en llevar a cabo todo ese proceso y, si no se completa, no se ha realizado un transplante, nuestro trabajo consiste, entre otras cosas, en coordinar nuestras acciones con otros profesionales y, cuando dejamos de coordinarnos o no lo hacemos con el rigor necesario, no hacemos nuestro trabajo.

Desequilibrio en la relación. Un situación que ha sido relatada en varias entrevistas se da cuando se recibe una llamada y te comunican que van a realizar un plan de intervención con determinada familia que está acudiendo a un centro o programa de tu entidad, demandando información pero sin la inclusión en el diseño de la actuación de los profesionales que ya están interviniendo, generando dos intervenciones paralelas o parcializadas. Sin entrar a comentar la forma o el procedimiento, cuando un técnico requiere de los profesionales de campo simplemente información, descontextualizada y, en muchas ocasiones, con un sesgo negativo, sorprende comprobar como pueden llegar a definirlo como un acto de coordinación.

Falta de disponibilidad. "Hay profesionales que encontrarlos es tan difícil como que te toque la lotería". Esta frase se dijo en uno de los encuentros que se desarrollaron para esta ponencia y obtuvo eco entre los participantes; de hecho, ha sido una crítica reiterada y de las que producen mayor "quemazón profesional", pero, por el contrario, de las más fáciles de solucionar.

Falta de rigor y confidencialidad. Se aboga por una exposición de los casos más cuidada, donde solo participen los profesionales que intervienen, procurando evitar las derivas peyorativas sobre el usuario, sin datos superficiales o innecesarios. Esta reclamación se viene haciendo desde hace años en los diferentes foros donde se

expresa, al igual que en este debate, que la información compartida suele pertenecer a la esfera íntima de las personas, por lo que se exige el máximo rigor, la confidencialidad y el respeto. Sólo se debería compartir la información estrictamente necesaria y sin impedir que la persona referida conozca lo que se está haciendo.

Obsesión numérica:

"A los adultos les gustan los números. Cuando uno les habla de un nuevo amigo, nunca preguntan sobre lo esencial. Nunca te dicen: "¿Cómo es el sonido de su voz? ¿Cuáles son los juegos que prefiere? ¿Colecciona mariposas?". Te preguntan: "¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?". Sólo entonces creen conocerlo. Si uno dice a los adultos: "Vi una bella casa de ladrillos rosas, con geranios en las ventanas y palomas en el techo..." no logran imaginársela. Hay que decirles: "Vi una casa de cien mil francos." Entonces exclaman: "¡Qué lindo!".

Antoine de Saint-Exupéry.

Podríamos traducirlo en "Las coordinaciones se basan en exigir números e informaciones negativas para reclamar al beneficiario (y uso este término arcaico a posta). Cuando se tiene una nueva coordinación, pocas veces se lleva a cabo sobre lo esencial: ¿Cómo lo hacemos juntos? ¿Cómo podemos complementarnos? En lugar de esto, se solicita información sobre ¿cómo lo haces tú? ¿Qué has hecho tú? ¿Cuántos días ha ido contigo? ¿Ha faltado a tus citas? Si alguien comenta en las coordinaciones "Vi un joven con expectativas e iniciativa propia", no logran imaginárselo. Hay que decirles "Vi un joven que tiene 20 años, tiene el carnet de conducir y un título de mantenimiento que se sacó en el reformatorio".

Estos textos recogen el inmovilismo de las cifras. Muchas memorias en el ámbito de los servicios sociales recogen datos de proceso, costo

del servicio, menores atendidos, nacionalidad y ningún indicador de resultados, quedando la calidad del proyecto relegada a un papel secundario.

Es evidente que desarrollamos nuestra labor en un ámbito de coordinación intercontextos, en el que la conceptualización sistémica se expresa no solo en la designación de las personas e instituciones (familia, escuela…) implicadas y afectadas en la situación problema, sino que también alude a la configuración de agentes convocados en la intervención. Estos operadores suelen pertenecer o desarrollar su trabajo en contextos diferentes, lo que, además de proporcionar el apelativo de *multidisciplinar* a la intervención, obliga a tener que alinear objetivos aparentemente incompatibles cuando se comete el error de perder de vista el objetivo principal, que suele ser compartido por todos.

Para las instituciones que basamos nuestro trabajo en una relación de confianza, la solicitud de cifras de asistencia, cumplimiento… invade nuestro contexto de cambio, deslizándolo hacia un contexto de control, lo que altera sustancialmente la esencia de la relación con los usuarios y compromete la colaboración entre profesionales.

Predisposición negativa. El párrafo que se adjunta a continuación es un extracto de un informe de varios folios sobre una menor de 13 años:

"El comportamiento de Sofía en el presente curso ha sido totalmente inadecuado. Ha sido amonestada en numerosas ocasiones. Se le han comunicado estas amonestaciones por escrito pero no hemos recibido ninguna firmada.

- Que la alumna ha faltado al centro en numerosas ocasiones sin justificación alguna por parte de la familia. Esto nos obliga a iniciar un expediente de absentismo.

Estas medidas no se consideran suficientes ya que la familia se niega a colaborar con el centro tanto en su asistencia a clase como en mejorar su comportamiento. La menor tampoco muestra ningún interés en modificar su conducta y le da igual cualquier medida que podamos tomar incluida la expulsión temporal del centro".

No son pocas las ocasiones en las que se leen informes donde el profesional remitente no incluye ningún aspecto positivo del menor o de su familia. En estos textos llaman la atención diferentes cuestiones: generalmente, en el primer párrafo ya se evidencian razones suficientes para la derivación, sin necesidad de generar todo un relato negativo que, a la postre, acabamos convirtiendo en su biografía. Por otro lado, las intervenciones que se han llevado a cabo hasta el momento suelen consistir en la aplicación de medidas sancionadoras, la obligatoriedad de asistir a determinado recurso, etc. y, cuando no se obtienen los resultados esperados, en lugar de revisarlas, se añaden más párrafos al informe. Todo esto ha llevado a que muchos profesionales prefieran conocer sólo datos básicos antes de establecer el primer contacto; recibir a los menores sin prejuicios condicionantes.

Sería recomendable que incluyésemos en estos informes, en un ejercicio de autocrítica, las estrategias de intervención que no nos han dado resultados, al igual que les pedimos a las familias que nos relaten las soluciones intentadas.

Hemos dejado para el final el asunto que ha generado mayor controversia, la ausencia de confidencialidad sobre la fuente de la información. Los ejemplos que nos han puesto han sido numerosos:

"Un día se acercó un chaval muy enfadado conmigo, faltándome al respeto e increpándome que le había buscado un problema. Cuando conseguí hablar con él me explicó que le había llamado su madre muy enfadada después de una cita con la trabajadora social. La profesional le había dicho que María González que trabaja en la Fundación Oportunidad (nombres ficticios), le había dicho que su hijo llevaba varios días sin ir a clase. Le amenazaba con quitarle la prestación social. La relación con el chaval no ha vuelto a ser la misma"

En este caso la vinculación con el menor y la profesionalidad de la educadora aminoró el riesgo de agresión, pero es evidente que en estos casos existe. El usuario tiene el derecho a conocer la información que se dispone, por lo que la crítica se sitúa en la forma de hacerlo, en cómo, en una ausencia de profesionalidad se prioriza la relación y la intervención que se está realizando el compañero informante.

Estas situaciones se repiten con cierta frecuencia y ponen en

peligro no solo la relación, sino la propia integridad del profesional.

A la hora de redactar el presente artículo se ha tratado de evitar teorizaciones, descendiendo al terreno y a lo real, preguntando a los propios profesionales qué dificultades se encuentran en este sentido y cuál es su conceptualización acerca de la misma. Todos los participantes en su elaboración hemos agradecido tener un tiempo para la reflexión sobre un tema tan importante en nuestra labor y consideramos necesario más espacios para hablar, debatir, opinar… para avanzar, porque, en definitiva a *coordinarse también se aprende*.

Consumos. Una mirada hacia la promoción de la Salud desde la intervención comunitaria con jóvenes

José Manuel Valenzuela Pareja[1]
Esther Martínez Cons[2]

Resumen:

El documento describe impactos positivos de la intervención con enfoque comunitario en temas relacionados con el uso de alcohol y drogas, y presenta evidencias de la eficacia de la promoción de la salud. El documento plantea que las estrategias comunitarias de promoción de la salud son fundamentales en la intervención con la juventud y la adolescencia.

Este mismo material introduce otro aspecto clave a tener en cuenta en un enfoque comunitario, el concepto de equidad en salud, siendo la equidad en salud un medio, una necesidad técnica, y un derecho humano. Respecto a la participación social, la evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y en cada fase, la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave de éxito. Por ello se propone trabajar fortaleciendo el tejido social, potenciando los recursos propios individuales y los comunitarios.

El enfoque para entender los problemas y su abordaje, es un enfoque psicohistórico. Desde una perspectiva cultural, social y de entender las relaciones humanas y las etapas evolutivas del individuo.

Explicaremos la teoría ecológica sistémica y como la perspectiva comunitaria y grupal desarrolla la co-responsabilidad, entre todos

[1] Educador Social y Pedagogo. Fundación Pioneros. Logroño-La Rioja.
josemanuel.valenzuela@fundacionpioneros.org

[2]Educadora Social y Diplomada en Magisterio. Fundación Pioneros. Logroño-La Rioja
esther.martinez@fundacionpioneros.org

los agentes sociales. Abordaremos el concepto de sociedad sana y el camino hacia ella.

Conoceremos un modelo de intervención basado en Pedagogía Comunitaria Intercultural, así como la finalidad de la intervención comunitaria, el concepto de comunidad y algunos elementos básicos de la intervención comunitaria.

Y presentaremos el programa Educándonos y los principios del mismo, un modelo de intervención comunitaria desde y con jóvenes.

Palabras clave: Intervención Comunitaria, equidad en salud, jóvenes, participación, derechos, pobreza, salud mental, familia.

Abstract

The report describes positive impacts of intervention with community focus on issues related to the use of alcohol and drugs, and presents evidence of the effectiveness of health promotion. The report argues that the EU strategies of health promotion are critical in interventions with youth and adolescence.

This same material introduces another key aspect to consider in a community approach, the concept of equity in health, health equity being a medium, a technical necessity and a human right. Regarding social participation, evidence shows that people acquire a greater ability to define and solve local problems, and at each stage, participation or involvement of the local community is a key success factor. Therefore it is proposed to work by strengthening the social fabric, promoting individual and community equity.

The focus to understanding the problems and their approach is a psycho-historical approach, from a cultural, social and understand human relationships and the developmental stages of the individual perspective.

We will explain the systemic ecological theory and how community and group perspective develop the co-responsibility among all stakeholders. We address the concept of healthy society and the way to it.

Know an intervention model based on Intercultural Educational Community, and the purpose of the Community intervention, the concept of community and some basic elements of community intervention.

Finally we will present the Program "Educándonos" (Educating Ourselves) a model of community intervention with youth, and the principles that govern it.

1. Introducción

Desarrollamos una descripción de la promoción de la salud desde la intervención comunitaria con jóvenes, como determinante de una buena salud y del bienestar personal y social. Ya que son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, y de contribuir a la comunidad.

Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. La salud incluye el funcionamiento mental, físico y social, los cuales están estrechamente relacionados y son interdependientes (concepto ecológico-sistémico).

Existen y presentamos evidencias de que el formato de grupo proporciona apoyo social y reduce el aislamiento y la estigmatización de la adolescencia y juventud, y del uso y abuso de drogas y otras conductas de riesgo en los mismos.

Incluimos en el desarrollo de esta ponencia algunos elementos importantes del modelo de Intervención Comunitaria, como la Teoría de los tres círculos o los tres protagonistas, proveniente del modelo de Intervención Comunitaria diseñado por Marco Marchioni y aplicada en nuestro método educativo y pedagógico. La aplicación del enfoque comunitario en la intervención social desde los y las jóvenes, exige en primer lugar la necesidad de partir del territorio, en este caso la Ciudad de Logroño promoviendo la implicación/participación de los principales actores sociales, en adelante protagonistas. Esta premisa teórica defiende una activa implicación de las diferentes administraciones, los recursos técnicos profesionales y la ciudadanía en general para el desarrollo de una intervención social eficaz y eficiente. Relacionamos, con nuestra metodología de intervención socioeducativa, la teoría de intervención comunitaria, haciendo uso de sus elementos básicos, fundamentales y claves.

Explicaremos cuales son los principios y procesos educativos que rigen nuestra intervención y algunas experiencias de trabajo comunitario con jóvenes y adolescentes del programa Educándonos de Fundación Pioneros.

2. Enfoque Comunitario

Con el título de las jornadas sobre "Menores vulnerables y consumo de sustancias: Las buenas prácticas en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas" sentíamos la necesidad de encuadrar nuestra exposición en un enfoque que hiciera comprensible nuestro modelo de trabajo como aquel que, bajo nuestro punto de vista, pueda generar oportunidades de intervención selectivas e indicadas en jóvenes vulnerables al consumo.

Para generar un modelo de intervención adaptado a las necesidades específicas de las y los jóvenes con los que trabajamos, creemos interesante poder distanciarnos un poco de la realidad específica y momentánea del trabajo en el que estamos inmersos para poder mirar con una perspectiva más amplia y entender los problemas desde un abordaje psicohistórico y entender lo que está pasando desde una perspectiva de la evolución de la cultura, es decir, cómo aprendemos como sociedad a trabajar nuestros problemas y generar soluciones.

Para Claudio Naranjo, nuestra historia individual sucede no sólo a nivel individual, sino también en un espacio biológico, social y cultural más amplio. Tan importante como conocer el proceso, es encontrar, en el tiempo que nos toca vivir, su sentido y lo que corresponde hacer en la fase que está ocurriendo. Por esta razón creemos que el abordaje de cualquier situación que generamos como individuos tienen lecturas más amplias y en nuestra opinión suceden en un marco comunitario que es el que vamos a abordar en esta publicación.

3. Enfoque desde el modelo Ecológico Sistémico

Es necesario, conceptualizar la intervención comunitaria desde modelos teóricos interactivos y abiertos que permitan que, la propia comunidad, los formule también, creando contextos reflexivos con todos los miembros que la componen.

Modelos que proponen una acomodación a través de un proceso continuo entre todos los sistemas en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos sistemas están incluidos. Disposición seriada de estructuras donde se establecen 4 niveles o sistemas que afectan directa o indirectamente en el desarrollo de los individuos:

1. Comportamiento, roles y relaciones, espacios primarios de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

2. Interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa: familia, escuela/trabajo, amigos, etc.

3. Instituciones y estructuras sociales, formales e informales. Externas al individuo.

4. Condiciones macro: sociales, políticas y culturales.

4. Perspectiva comunitaria y grupal: ámbitos de intervención. La co-responsabilidad

Las acciones que aquí presentamos forman parte del Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias Hondarribia 2008-2012 y desarrollan el trabajo conjunto y la coordinación entre todos los agentes sociales. Nos parecen interesantes porque aunque parecen simples o fáciles de realizar, entendemos que a la hora de aplicarlas requieren de una formación específica que nos dote de herramientas de coordinación y dinamización para el trabajo cooperativo entre organizaciones, aplicar enfoques transversales en la planificación de acciones y corresponsabilidad para llevar a cabo las acciones propuestas a nivel comunitario.

Familiar

- Sensibilizar a los padres y madres de la importancia de su participación en lo programas y proyectos que configuran la estrategia de prevención.
- Favorecer la implicación de las asociaciones de padres y madres en la organización y mantenimiento de programas de formación para

padres en el medio escolar.

• Sensibilizar a la comunidad, mediante acciones periódicas, en la promoción de estilos parentales saludables.

• Optimizar y diversificar líneas de orientación y asesoramiento a familias.

• Diversificar los programas formativos para padres y madres, con la participación de entidades de la comunidad que actúen como mediadoras.

• Generalizar el formato grupal como modelo y práctica de trabajo preferente para ofrecer a las familias.

• Sensibilizar y formar a adultos – padres y madres – como mediadores comunitarios para colaborar en las distintas acciones.

• Suscitar y liderar espacios de coordinación entre los distintos servicios municipales que tengan como destinatarios a las familias para mantener criterios comunes y ser más eficaces.

Sanitario

• Favorecer la participación de los profesionales de la salud en los órganos de participación.

• Definir y mantener un espacio de encuentro entre profesionales del área socio-sanitaria, que permita encuentros de forma periódica (ej. Mesa de Salud Comunitaria).

• Favorecer un intercambio fluido de información sobre programas, desarrollo de experiencias, encuentros formativos, etc.

• Elaborar e implementar conjuntamente programas de prevención y reducción de riesgo, bien por consumo o uso de sustancias susceptibles de generar toxicomanía, bien para abordar otros problemas de salud asociados.

• Dar respuesta, mediante actuaciones complementarias a la escuela, a la vulnerabilidad de los/as jóvenes ante los consumos problemáticos iniciales de alcohol, tabaco o cannabis, incluyendo al personal sanitario en las respuestas de prevención selectiva.

• Elaborar un protocolo en el que se definan criterios para la atención directa en los casos en los que hay un trabajo en colaboración con otros servicios.

Servicios Municipales (la administración y los técnicos).

• Establecer compromisos evaluables anualmente con los departamentos municipales.

• Definir estrategias de colaboración entre los departamentos municipales actuando como asesor o como facilitador entre departamentos.

• Optimizar los recursos propios del municipio a través del trabajo en red.

• Expandir el impacto que tiene la prevención, desde la implicación de otros departamentos municipales, no solo con "los problemas" sino llegando al máximo de población y trabajando con "todo tipo de población" implicada en mantener estilos de vida saludables.

Otros ámbitos de interés

• Contemplar el carácter de algunas políticas locales y tenerla presente.

• Favorecer alianzas con agentes comunitarios.

• Sensibilizar a los medios de comunicación del papel que juegan, un papel fundamental.

• Crear espacios de encuentro entre medios de comunicación y agentes locales.

• Concebir una estrategia de comunicación centrada en aumentar la información sobre las actuaciones que se desarrollan.

• Realizar publicaciones periódicas centradas en los retos, los compromisos y los logros conseguidos.

• Optimizar la comunicación con los ciudadanos, mejorando y diversificando los soportes de comunicación.

• Incluir en todas las áreas y ámbitos la perspectiva de género.

• Favorecer y posibilitar la realización de proyectos y programas que respondan a consumos problemáticos, en función de las características específicas de cada género.

5. Hacia una sociedad sana

Responder a las preguntas ¿pensamos en nuestra intervención con la ciudadanía qué modelo de sociedad queremos construir? ¿nuestros modelos de intervención están basados en los principios que rigen dicho modelo? ¿qué pretendemos generar con nuestra intervención en salud, bienestar, educación, etc...? ¿nos paramos frecuentemente a pensar en ello? Estas son algunas preguntas que nos hacemos para justificar desde dónde trabajamos y el para qué trabajamos, de esta manera y a modo de catarsis estas preguntas nos sirven de reflexión para no perder el foco y tener claro el punto de partida y la meta, aunque esta meta sea un poco utópica y esté muy lejana sabremos que nuestro aporte va en la dirección correcta.

Dando cuenta de las consideraciones de Alicia Gravitz, directora ejecutiva de COOP América, un organismo que se interesa por el buen uso del poder económico, su visión de una vida sana y deseable se resume en las siguientes consideraciones:

- Un medio seguro de subsistencia que pueda cubrir nuestras necesidades materiales básicas y darnos el respeto de la comunidad.
- Una familia apoyadora, amigos, y una comunidad pacífica y segura que nos permita explorar y desarrollar nuestra capacidad de establecer relaciones amorosas.
- La oportunidad de aprender y expresar nuestra consciencia de nosotros y nosotras mismas y del mundo que nos rodea, tanto en forma intelectual como artística.
- Buena salud física, así como la oportunidad de participar en actividades atléticas, en el baile y otras actividades que nos lleven a sentir como la alegría de la vida vibra en nuestro cuerpo.
- Un sentimiento de pertinencia a la comunidad y a la vida que no excluya la libertad de tomar decisiones y, a veces, desplazarse y explorar sin obligaciones locales.
- Un medio ambiente limpio y sano, vibrante con la diversidad de la vida, y
- La perspectiva de que nuestras hijas e hijos tendrán oportunidades semejantes.

6. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud desde la aplicación de una perspectiva de intervención comunitaria.

Para hablar de buenas prácticas en la coordinación de recursos destinados a políticas de juventud y, específicamente, en promoción de salud juvenil, en Fundación Pioneros estamos trabajando ampliamente en dotarnos de herramientas pedagógicas que nos permitan actuar de manera eficaz y eficiente con problemáticas concretas. Este trabajo pasa por justificar nuestra intervención en evidencias científicas, formarnos en herramientas que nos den un marco teórico válido para la intervención y aplicar una práctica pedagógica que permita ser analizada y evaluada por profesionales, ciudadanía y administraciones. De ahí que nuestro enfoque de trabajo incluye como elemento fundamental para una intervención social desde y con los jóvenes la construcción de relaciones asertivas, colaborativas y cooperativas con estos tres actores principales de toda comunidad, aplicando así un nivel de intervención comunitario, que junto al trabajo grupal e individual, completan el modelo de intervención que actualmente estamos desarrollando.

Algunos datos que nos hacen justificar la necesidad de una verdadera cultura de intervención comunitaria nos lo ofrece un informe de la Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la Comisión Europea con el título "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud".

Eliminando las sombras de la salud mental

Muchas de las más importantes causas de morbilidad en Europa, y en el mundo, se asocian a una precaria salud mental. La evidencia demuestra que entre un 15% y un 20% de los adultos sufren alguna forma de desorden mental. Entre el 17% y el 22% de los adolescentes menores de 18 años padecen problemas de desarrollo, emocionales y de conducta, y menos de uno de cada cinco de estos jóvenes recibe actualmente el tratamiento adecuado.

Las consecuencias de una precaria salud mental se pueden ver en el abuso del alcohol y las drogas, la violencia intrapersonal y las lesiones autoinfligidas, incluidas el suicidio. La promoción de la salud

mental ha demostrado que puede desempeñar un papel importante en la reducción de los costes personales, sociales y económicos de la mala salud mental.

Existe evidencia considerable de que estrategias de promoción de la salud mental han reducido la depresión, las tasas de suicidios y los problemas de conducta. Las intervenciones dirigidas a ayudar a la familia se han traducido en un número menor de agresiones domésticas. Existe evidencia de que han tenido lugar reducciones considerables tanto del abuso de menores (de hasta el 50%), como el número de casos inscritos para la protección de menores (41%).

Otros programas de promoción de la salud mental han demostrado que existen también beneficios sociales y sanitarios complementarios, incluidos descensos de embarazos entre adolescentes, del contagio de VIH y SIDA, reducciones de hasta un 75% de los partos prematuros, bebés nacidos con poco peso y hasta de bebés nacidos con lesiones cerebrales.

El suicidio ha estado relacionado históricamente como un resultado de la enfermedad mental. El Programa Educativo Sueco (Swedish Educational Programe) redujo las tasas de suicidio de 19,7 casos por 100.000 habitantes, a 7,1 casos en sólo tres años. Redujo en un 70% el número de días de hospitalización y la cantidad de tranquilizantes y antidepresivos descritos.

Los programas escolares de promoción de una mejor salud mental muestran una evidencia clara frente al logro de mayores niveles de alfabetización y reducciones de las tasa de abandono de los estudios, a lo que se añade a éxitos en el abandono del tabaco y en la reducción del abuso de sustancias que producen adicción y de las consecuencias del embarazo entre adolescentes y de prácticas sexuales inseguras.

Llegando a las personas fuera del sistema

Fuera de los centros de enseñanza, los jóvenes representan un desafío para los responsables de decidir las políticas. Son vulnerables a la enfermedad y a las conductas de alto riesgo, y es notablemente difícil llegar a ellos a través de los medios educativos convencionales.

Existe evidencia de que los programas de formación educativa impartida por otros jóvenes, las campañas mediáticas focalizadas y la distribución focalizada de información, productos y servicios, todos han ayudado a ofrecer a los adolescentes mejores elecciones y un acceso a nuevas opciones de salud. Socialmente, existe evidencia de un restablecimiento del diálogo generacional, sintiendo los jóvenes que se les valora.

Equidad en salud, un derecho fundamental

Uno de los objetivos que como profesionales debemos trabajar y como sociedad debemos velar es que todas las personas disfruten de una igualdad de oportunidades que les permita llevar una vida sana en todo su potencial.

Existe un volumen importante de evidencia que indica que las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, como la educación y el empleo, son el origen de buena parte de la mala salud. Más de 57 millones de europeos vivían en cerca de 23 millones de hogares pobres. Las personas que disfrutan de los mejores recursos viven varios años más y padecen menos dolencia y discapacidad que las personas más pobres.

La evidencia en la privación relativa puede tener muchas caras: educación deficiente, mayor desempleo, menor capacidad para procesar la información y falta de recursos materiales.

En cuanto a cómo generar procesos de aprendizaje social y comunitario, a realizar un abordaje holístico de los problemas y situaciones que causan conflicto, y a promover condiciones favorables para que se desarrolle una ciudadanía en equilibrio consigo misma y con el medio, la evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y que en cada fase la participación o la implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito.

El Impacto Social

Muchas intervenciones en el campo de la equidad en salud ejercen su impacto principal en la comunidad. Utilizan métodos de desarrollo y regeneración de la comunidad que tienen por objeto aumentar la capacidad de la población local para definir y resolver los problemas y desarrollar recursos. Algunos de estos programas estuvieron originalmente dirigidos a solucionar problemas comunitarios específicos, como la pobreza, pero ofrecen el beneficio adicional de incrementar el dominio de la comunidad en general. Otros han estado desde el principio destinados a crear la capacidad necesaria para que la comunidad se pueda comprometer en una amplia gama de problemas y pueda aprovechar las oportunidades de desarrollo. Existe una importante diversidad entre los programas de desarrollo comunitario en relación con su objeto, tamaño, estructura, financiación, dotación de personal y duración. A pesar de esta diversidad, es posible extraer lecciones generales que al parecer son aplicables a prácticamente todos los programas de intervención comunitaria.

Lo más importante es que el desarrollo o la intervención comunitaria sea sistemática, y además participativa.

Las primeras fases se suelen concentrar en el trazado no solamente de los problemas comunitarios, sino también de sus recursos y oportunidades. A continuación suelen venir la planificación de los programas y su aplicación, evaluación permanente y el ajuste, proceso éste que con frecuencia lleva varios años. En cada una de las fases, la participación / implicación de la comunidad local es un factor clave, al cual contribuyen los profesionales de salud pública y promoción de la salud, la autoridad local y otros sectores, según proceda. Otros elementos claves del éxito, basados en la experiencia europea, incluyen la promoción de grupos fuertes de ciudadanos, la coordinación e integración de los programas, el establecimiento de las prioridades en materia de oportunidades de empleo, la lucha contra la pobreza, la adopción de un compromiso a largo plazo con el programa y la dotación de recursos adecuados y protegidos .

Healthy Cities (Ciudades saludables) y 'Health for All' (HFA) (Salud para Todos), con cientos de comunidades participantes, ofrecen un sólido marco multiagencial, y un modelo filosófico de apoyo al desarrollo comunitario y los enfoques saludables en Europa. Existen diversas demostraciones del impacto social positivo de los programas de desarrollo y regeneración comunitarios. Podemos encontrar ejemplos de primera importancia en los hallazgos del programa Poverty and Health: Tools for Change de UK Public Health Alliance. Este estudio examinó el trabajo de colaboración comunitaria en relación a la pobreza y la salud. Se preparó un paquete de medidas que sirviera de recurso a las personas que vivían y trabajaban en áreas de pobreza. Se esperaba que este material fuera estudiado y utilizado por los planificadores y los encargados de la elaboración de las políticas de salud y bienestar de las poblaciones locales.

7. Un modelo de intervención basado en pedagogía comunitaria intercultural

En el trabajo que llevamos a cabo estamos haciendo un proceso de reflexión que pasa por repensar nuestra praxis y dotarla de elementos teóricos que nos ayuden a generar procesos comunitarios de participación real desde los jóvenes. Para ello vemos fundamental el dotar al Programa de una buena base teórica de trabajo comunitario, en esta tarea hemos incorporado como referencia principal para el desarrollo de la Intervención Comunitaria las premisas y principios planteados por Marco Marchioni, Luz Marín y Jose M. Álamo en el manual de intervención comunitaria en barrios .

La finalidad de la intervención comunitaria es una propuesta "política" de interés general y no limitable a comunidades particulares con grandes necesidades o en situaciones críticas.

La intervención comunitaria se contempla como una mejora de las políticas sociales existentes, buscando un papel activo de la ciudadanía. El contenido de esta mejora dependerá de la realidad de cada comunidad, proporcionando respuestas endógenas.

Entenderemos "comunidad" como el conjunto de cuatro elementos o factores que lo son, a su vez, de la Intervención Comunitaria:

El TERRITORIO (la importancia de la unidad administrativa)
LA POBLACIÓN (especial atención a las diversidades)
LAS DEMANDAS (individuales y colectivas)
LOS RECURSOS (públicos y privados)

Para realizar un trabajo de intervención comunitaria se requiere, un trabajo Profesional, constante y garantizado en el tiempo (el Equipo Comunitario); Formación permanente; El trabajo voluntario como complemento nunca como sustitutivo del profesional; Participación de recursos que no están en el territorio pero que tienen una relación directa con este.

Elementos básicos de la Intervención Comunitaria

Se suele hacer hincapié en la importancia y necesidad que tenemos de coordinar los distintos recursos existentes en la comunidad, pero bajo nuestro prisma la intervención comunitaria en estos términos va mucho más allá porque la coordinación se plantea como eje transversal que permite ir avanzando en un proceso de intervención socialmente eficaz y eficiente.

La intervención comunitaria permite trabajar en un concepto que nos parece muy interesante y que se usa familiarmente en salud comunitaria y es trabajar en la inespecificidad de la intervención, es decir, no se trata aquí en trabajar una problemática concreta y específica, sino trabajar para contribuir a un proyecto global que ofrece oportunidades soportadas por la comunidad.

En este sentido la intervención está generada en clave de proceso. Proceso que se va construyendo con el tiempo, con los y las agentes implicadas y generando aprendizaje en el caminar. Desde aquí se entiende que el proceso se genera gracias a la participación desde la cual surge el análisis, la reflexión y las respuestas que siempre serán, como decíamos anteriormente, endógenas al contexto de intervención.

En todo proceso de intervención comunitaria un elemento que es clave y que va a significar en gran medida los niveles de participación horizontal es la generación del manejo de la información. Para Marchioni, la información debe llegar a todas las personas implicadas -no importa en que medida y en qué papel- porque el proceso debe asegurar que ninguna persona quede excluida. En este sentido la coordinación de un equipo técnico se convierte en imprescindible.

En este marco teórico que presentamos, otro de los elementos clave, es sin duda la planificación comunitaria, a corto, a medio y a largo plazo. En este sentido, es importante generar una estructura que implique en dicha planificación a los tres protagonistas: administraciones, técnicos y ciudadanía. Debemos crear los cauces necesarios, los foros adecuados para que cada protagonista pueda aportar desde su rol a dicha planificación. Entonces ya no sólo estamos hablando del modelo tradicional de coordinación donde los recursos estamos conectados, nos conocemos y compartimos información que ponemos al servicio de la ciudadanía, la importancia de la planificación comunitaria, va más allá que eso donde los tres protagonistas nos convertimos en agente de cambio social proponiendo soluciones al contexto y al momento concreto que nos toca vivir.

En nuestro trabajo desde y con los-las jóvenes entendemos que las y los protagonistas son ellos y ellas y debemos trabajar en crear una cultura organizativa que genere participación desde el primer momento. Todos los elementos metodológicos que generamos en el Programa Educándonos de Fundación Pioneros deben garantizar que cualquier joven, desde cualquier posición social, grupo, condición, etc... tiene garantizada su participación en cualquiera de los procesos que generamos. Para ello es necesario generar cultura organizativa que haga que las y los jóvenes (que son ciudadanía) vayan adquiriendo competencias y habilidades para desarrollar estrategias de acción y cambio. Debemos cuidar mucho los momentos de participación porque corremos el riesgo de "quemarlos" antes de tiempo, ponerles un peso que aún no están preparados para soportar. La participación se educa, educamos en participación.

8. Educándonos. Un programa basado en la intervención comunitaria con jóvenes

Educándonos es un programa de Fundación Pioneros que busca establecer espacios de encuentro y relación entre jóvenes con la finalidad de educar en valores, emociones y sentimientos, construir espíritu crítico y en definitiva incidir en la realidad en la que viven con un claro sentido de transformación comunitaria.

La metodología que usamos en el programa es muy diversa, pero principalmente utilizamos técnicas participativas para el trabajo con grupos y el trabajo individual, entendiendo la lúdica como herramienta para la participación y la acción.

Trabajamos con jóvenes que proceden de diversos ámbitos y con edades comprendidas entre los 14 y 20 años aproximadamente. Por la filosofía de Pioneros, trabajamos principalmente con aquellos que tengan mayores dificultades psico-sociales. El programa no tiene definido un territorio concreto en Logroño ya que el modo de participación en los procesos formativo es muy amplio y abierto.

El ámbito de intervención del programa se desarrolla en diferentes contextos; los procesos juveniles en espacios lúdico-formativos en el tiempo libre (educación no formal) y sus familias, y el trabajo con jóvenes dentro del aula (educación formal) en centros educativos enlazando los dos contextos con el desarrollo comunitario.

Principios metodológicos

Para la realización de talleres o intervenciones tanto grupales como individuales, contamos con los siguientes referentes metodológicos:

Construcción colectiva del conocimiento

A partir de los diferentes saberes, construir conceptos y lenguajes que faciliten la comunicación entre los diferentes actores sociales.

Bajo el principio filosófico de que nadie lo sabe todo y que todos/as sabemos algo, nos basamos en la construcción colectiva de conceptos, saberes, experiencia subjetiva que al hacerla colectiva va cargándose de significado, el significado y la certeza de la propia experiencia.

La cooperación

Valor y destreza necesaria para resolver tareas y problemas juntas y juntos a través de unas relaciones basadas en la reciprocidad y no en el poder o el control. Las experiencias cooperativas son la mejor forma de aprender a compartir, a socializarse y a preocuparse por las y los demás. De esta forma, al colaborar por un fin común, las respuestas destructivas se cambian en constructivas.

La equidad de género

La referencia a la equidad de género se concentra en la apuesta por la coeducación de hombres y mujeres para lograr la igualdad en el acceso, manejo, uso y control de los recursos. Facilita el empoderamiento de las mujeres, la sensibilización y capacitación de hombres y mujeres y hace posible el cambio hacia estructuras socio-políticas más equitativas. La metodología de género no busca tanto la igualdad de oportunidades cuanto la equidad de impactos.

La lúdica

El juego como instrumento pedagógico sirve para la potencialización de las diversas dimensiones de la personalidad como son el desarrollo psicosocial, la adquisición de saberes, el desarrollo moral, ya que permite la construcción de significados y de un lenguaje simbólico mediante el cual se accede al pensamiento conceptual y al mundo social.

La alegría

En general, como nos recuerda L. Corman (1978), <uno de los caracteres más notables de la educación no violenta es el de formar

niñas y niños alegres> (p.184). La alegría representa un objetivo educativo que no podemos soslayar, en tanto que una de las finalidades de todo proyecto educativo en cualquier edad es formar personas felices. En los juegos cooperativos y en la metodología participativa, al desaparecer el miedo al fracaso y al rechazo, generalmente asociado con los juegos competitivos y la competitividad academicista, la finalidad última, la alegría, se desvela con toda nitidez. Se trata, pues, de <compartir la alegría que sentimos hacia la vida y hacia los y las demás> (M. Harrison, 1986, p.236).

Investigación Acción Participativa (IAP)

Para poder generar procesos de cambio, es necesario que conozcamos la realidad del territorio en donde queremos intervenir. Una forma de hacerlo es a través de la Investigación Acción Participativa.

La investigación acción participativa es una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social.

Esta metodología combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda.

Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora.

Procesos esenciales de Educándonos

En estos tres años de trabajo del programa Educándonos, se ha ido definiendo una metodología propia que se está materializando en la dinamización de lo que llamamos procesos. Los procesos en en el Programa Educándonos son espacios referenciales y grupales donde participan jóvenes de distintos puntos de Logroño. Los procesos tienen vida propia como cualquier grupo humano y están organizados

de manera que responda a los intereses y necesidades de las y los propios jóvenes.

1. Formación con jóvenes en Institutos de Secundaria:

Realizamos una propuesta concreta de formación grupal. Esta propuesta la podríamos enmarcar como programa de formación para trabajar temas específicos con los y las jóvenes en la propio aula. Los temas se definen cuándo se le presenta la propuesta a la dirección o equipos de orientación de los institutos, pero en el programa creemos interesante trabajar temas que preocupan al profesorado y que también preocupan a los propios jóvenes; sexualidad, drogas (consumos en general), interculturalidad, convivencia en el aula, no-violencia y cultura de paz, violencia de género (o igualdad), derechos humanos y participación, etc…

La idea con la formación en colegios e institutos es dar la oportunidad de formar grupos fuera del aula y crear procesos formativos más amplios incluso interrelacionados entre sí.

2. Formación en valores en espacios de educación no formal:

La formación que aquí se plantea, es en un medio más libre y abierto que en el aula, el tiempo libre y enmarcado claramente en educación no formal con una metodología más lúdica y adaptada a las necesidades de jóvenes de la ciudad de Logroño. Esta formación se ha realizado en locales propios, en otros recursos comunitarios de la Ciudad de Logroño, y también en colegios o institutos en horario donde los jóvenes no tienen ocupaciones escolares.

A continuación resumimos la organización de los siguientes procesos:

Proceso Guitarras del Barrio

En el año 2013 realizamos una gran apuesta por la educación en valores a través del arte. Concretamente, con el grupo de jóvenes de

la zona del Casco Antiguo de Logroño, venimos desarrollamos un trabajo de educación en valores a través del flamenco, realizando actividades que los propios jóvenes van demandando poniendo énfasis en sus gustos, sus pasiones, y lo que les mueve de verdad. Este trabajo trajo consigo una reflexión metodológica y estratégica que nos llevó a formular un proceso que bautizamos con el nombre guitarras del barrio.

Junto con el recurso comunitario "Centro de Alojamiento Alternativo" de Cocina Económica de Logroño y después de varias reuniones, hemos detectado un objetivo común. Formar un grupo de aprendizaje de guitarra clásica con jóvenes y adultos/as tanto de Fundación Pioneros como del Centro de Alojamiento Alternativo. Pensamos que la música y concretamente la guitarra es una actividad que han demandado participantes de ambos colectivos y que puede ser un instrumento muy valioso para la integración, la diversidad, y la gestión de un espacio lúdico, formativo y musical.

De esta manera hemos construido un espacio intercultural, que al mismo tiempo es intergeneracional y que favorece lo que en la pedagogía comunitaria se denomina como espacios improbables. Estos espacios son lugares de encuentro entre personas que de otra manera sería improbable que compartieran un espacio y un tiempo en común.

Los objetivos que nos planteamos son:

- Favorecer experiencias positivas a partir de los intereses de las y los participantes.
- Trabajar los valores a través del arte musical como riqueza cultural.
- Conocer y formar en la cultura musical.
- Estimular el talento a través del desarrollo de los propios recursos y habilidades musicales.

Seguimos manteniendo la misma idea que cuando el año anterior utilizamos el flamenco como herramienta pedagógica, que nos ayude a trabajar valores y al mismo tiempo conecte a los participantes con el mundo de las emociones y los sentimientos. El flamenco y la música en general les conecta con el mundo de la pasión, de lo emocional y

de lo profundo. La pedagogía debe saber hacer consciencia de esas emociones y resignificarlas, dotarlas de contenido y potenciarlas.

Ponemos énfasis en el proceso y en el producto, porque a nivel educativo es tan importante una cosa como la otra. En el proceso hemos realizado ensayos musicales semanales, empezamos con la proyección de vídeos que nos estimulen musicalmente y nos ayuden a educarnos en diferentes disciplinas y estilos musicales, hemos adquirido varias guitarras y nos han donado varias también. El producto es el resultado del aprendizaje y lo hemos materializado en pequeños conciertos donde se exponen dichos aprendizajes.

Venimos descubriendo las posibilidades que tiene trabajar desde una metodología por proyectos, es decir, realizar una tarea que tenga unos objetivos concretos y que tiene un inicio, un final y un producto, de esta manera aumentamos la motivación en la tarea, aumentan los aprendizajes en lo procedimental y la autoestima al realizar pequeños logros, conseguir pequeñas metas. Los proyectos están insertos dentro de procesos.

Proceso Escuela de Música

El arte es un lenguaje universal, que nos conecta con nuestro mundo y a otros mundos, a otras cosmovisiones. Las y los jóvenes tienen la capacidad de conectar con el arte de una manera muy especial, aunque somos conscientes de que la sociedad ha hecho mucha mella en ellas y ellos al considerar el arte como algo accesorio, no eficiente, ni productivo y por ello poco valorado. En Educándonos queremos favorecer la autoestima de las y los jóvenes desde la educación emocional a través de herramientas artísticas como el teatro, la música, la danza, o las habilidades manuales. Por esta razón, y en cooperación con la Fundación Pablo Sainz Villegas, colaboramos en la escuela de formación musical donde más de 20 jóvenes se han formando en percusión y otras disciplinas musicales como el canto, la entonación, el ritmo, la guitarra, la batería, etc....

Proceso Creatividad (Facilarte)

El proceso de creatividad es un nuevo proceso abierto en Educándonos. Es un grupo donde trabajamos la educación en valores con nuestra metodología propia pero específicamente queremos desarrollar las habilidades creativas y el desarrollo de la inteligencia emocional desde diferentes disciplinas artísticas (teatro, música, plásticas, danza, vídeo, fotografía, etc...) basándonos en el desarrollo de las inteligencias múltiples, la educación del talento, el desarrollo de la creatividad, etc....

Proceso Escuela de Facilitadores/as juveniles comunitarios

La Escuela de Formación de Facilitadores/as Juveniles Comunitarios es un espacio creado en Pioneros para formar a jóvenes en competencias y habilidades para el trabajo social juvenil, organización comunitaria, manejo y dinámicas de grupos juveniles, y para que ellos y ellas se conviertan en participantes activos del cambio social y comunitario. Entendemos por facilitadores y facilitadoras juveniles a aquel o aquella joven que:

- Realiza tareas y actividades de animación. Persona capaz de estimular la participación activa de las y los jóvenes y de posibilitar un mayor dinamismo socio-cultural, tanto en lo individual como en lo colectivo.
- Actúa como catalizador que desata y anima procesos, cuyo protagonismo se procura que corresponda fundamentalmente a iniciativas de los mismos participantes.
- Proporciona asesoría técnica para que el grupo o colectivo encuentre respuesta a sus necesidades y problemas, y se capacite para organizar y conducir sus propias actividades.
- Contribuye a que las mismas personas involucradas en estos programas, recuperen, sistematicen, evalúen e implementen sus propias prácticas socio-culturales, como forma de alentar y acrecentar el protagonismo popular.

- Anima, vitaliza y dinamiza las energías y potencialidades existentes en personas, grupos y colectividades.
- Media entre el grupo y la comunidad, estableciendo lazos de cooperación.

Proceso Grupo de Organización y Formación

Este proceso está diseñado con la idea de que sea el grupo promotor del desarrollo organizativo de Educándonos. En este grupo se realizan diversas actividades con el objetivo de formar en valores para la convivencia, desarrollar el espíritu crítico, y formar en habilidades organizativas. Por esta razón es el lugar donde también se desarrollan las asambleas de grupos y se organizan actividades puntuales (excursiones, campamentos, celebraciones, jornadas encuentros juveniles, etc...). Este proceso trabaja también con la metodología de proyectos dentro de procesos, es decir, realizamos pequeños proyectos colectivos que duran unas semanas y que responden al proceso formativo de Educándonos.

Excursiones y Campamentos

Las excursiones y campamentos están diseñados como espacios de ocio alternativo y lugar para favorecer la convivencia. Buscamos en las mismas un espacio de encuentro entre las y los jóvenes para promover la convivencia entre ellos, tener experiencias enriquecedoras desde un enfoque juvenil y divertido, aprender cultura en los lugares que visitamos y por supuesto pasarlo bien. Las excursiones y campamentos siempre tienen un tema central al que le damos valor desde lo metodológico, es decir, cada momento se construye a partir del fomento de los valores que se desprenden de la temática elegida (educar en género, ecología, derechos humanos, educación para la paz, etc...). Son lugares y momentos idóneos para profundizar en algunas problemáticas que se han visto en el grupo, realizar intervenciones educativas de mayor calado, trabajar desde el grupo de iguales, practicar modelos de

convivencia alternativos, desarrollar competencias desde la facilitación de grupos a las y los jóvenes facilitadores/as comunitarios, etc...

Otras actividades que generan participación juvenil:

Encuentros Juveniles

Son espacios de encuentro y reflexión que se llevan a cabo con otras organizaciones de Logroño.

Los objetivos que tiene esta plataforma son:

- Crear espacios de participación juvenil de carácter horizontal, en los que puedan participar jóvenes de distintas culturas, procedencias sociales, intereses, etc...
- Dotar a esa participación de contenidos concretos que respondan a la toma de decisiones.
- Fomentar una visión crítica, y a través de ésta, analizar la realidad y otras formas de participación juvenil.
- Recoger demandas y tendencias de la población joven para identificar en cada momento su realidad.
- Proporcionar información dinámica que llegue a todos los sectores de la juventud, favoreciendo la igualdad de oportunidades entre ellos.
- Invitar a los y las jóvenes a actuar de manera alternativa transformando la realidad que les rodea.

APS (Aprendizaje y Servicio Solidario)

En Educándonos hemos comenzado a ejecutar propuestas de trabajo con esta metodología. Una buena definición de APS es la que propone el Centre Promotor d'Aprenentatge Servei:

El aprendizaje-servicio es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado donde los participantes aprenden al trabajar en necesidades reales del entorno con la finalidad de mejorarlo.

En definitiva, el aprendizaje-servicio es un método para unir compromiso social con el aprendizaje de conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Aprender a ser competentes siendo útiles a los demás.

Es sencillo… y es poderoso, porque aunque es una metodología de aprendizaje, no es sólo eso.

También es una filosofía que reconcilia la dimensión cognitiva y la dimensión ética de la persona; una pedagogía que reconcilia calidad educativa e inclusión social.

Para **Roser Batlle**, promotora nacional de Aprendizaje Servicio en España, las claves que nos ofrece la metodología de APS reside en:

- En primer lugar, el verdadero éxito de la educación consiste en formar buenos ciudadanos capaces de mejorar la sociedad y no sólo su currículum personal.
- En segundo lugar, los niños, niñas y jóvenes no son los ciudadanos del futuro, son ya ciudadanos capaces de provocar cambios en su entorno. Los casi 4.500.000 de niños y jóvenes en edad escolar que tenemos en España pueden contribuir a hacer un mundo mejor arreglando el parque cercano a su escuela; aliviando la soledad de los abuelos o contando cuentos a niños más pequeños.
- Y en tercer lugar, resulta que además, hacer un servicio a la comunidad, ayudar a los otros, es uno de los métodos de aprendizaje más eficaces, porque los chicos y chicas encuentran sentido a lo que estudian cuando aplican sus conocimientos y habilidades en una práctica solidaria.

9. Conclusiones

Proponemos una educación que parta de la realidad de hoy, que nos anime a emprender nuestro desarrollo personal y social. En síntesis, proponemos una educación realmente transformadora e integradora que tenga en cuenta tantos las partes del ser como su unidad y su comunidad.

Trabajamos por procesos con la finalidad de generar participación a partir de situaciones de encuentro en grupo donde los jóvenes y adolescentes van empoderándose. En este sentido, Friedman (1992) señala que el empoderamiento está relacionado con el acceso y control de tres tipos de poderes: a) el social, entendido como el acceso a la base de riqueza productiva; b) el político, o acceso de los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo aquellas que afectan a su propio futuro; y c) el psicológico, entendido en el sentido de potencialidad y capacidad individual.

La nueva física nos hace decir que "el ser humano es un maravilloso holograma que se contiene a la vez a sí mismo y a todo lo demás" (Culioli) entonces se puede concluir que si unos cuantos se atreven a crear el camino, tarde o temprano todos los emprenderemos.

Cada vez más, problemas relacionados con jóvenes tienen que ver con la salud y algunos específicamente con la salud mental. Muchas intervenciones en el campo de la equidad en salud ejercen su impacto principal en la comunidad. Utilizan métodos de desarrollo y regeneración de la comunidad que tienen por objeto aumentar la capacidad de la población local para definir y resolver los problemas y desarrollar recursos.

Por último concluir en la necesidad de generar propuestas de cambio desde procesos participativos con jóvenes y sus familias. Existen muchas dificultades para generar participación en jóvenes porque la cultura participativa ha sufrido un gran retroceso en los últimos años. Se hace muy complejo crear procesos de cambio cuando no existe un contexto favorecedor que los promueva, la educación en participación se hace hoy más necesaria que nunca.

La exclusión es la no participación, la evidencia científica muestra que la intervención comunitaria, no sólo en contextos desfavorecidos sino en todos los contextos, genera un impacto positivo ya que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y que en cada fase la participación o la implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito.

10. Bibliografía

Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría, metodología y práctica de la intervención comunitaria.* Madrid: Editorial Popular.

Marchioni, M. (1997). *Planificación Social y Organización de la Comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis.* Madrid: Editorial Popular.

Naranjo, C. (2013). *Cambiar la Educación para Cambiar el Mundo.* Barcelona: Ediciones La Llave.

Naranjo, C. (2011-2ª edición). *Sanar la Civilización.* Barcelona: Ediciones La Llave.

Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias Hondarribia 2008-2012. *Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la Comisión Europea con el título "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud"* (págs 11-13). Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf]

Referencias

I - Comunidad, participación y desarrollo. Teoría, metodología y práctica de la intervención comunitaria. Madrid. Editorial Popular. 1999.

II - Naranjo, Claudio. Cambiar la Educación para cambiar el mundo. Ediciones La Llave. 2013

III - Alicia Gravitz, directora ejecutiva de COOP América, organismo que se interesa por el buen uso económico.

IV - Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la Comisión Europea con el título "La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud". (pag 11-13) http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf

V - Whitehead M. Tackling inequalities: A review of policy initiatives. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M.Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action. King's Fund Publishing, London, 1995, pages 22-52.

VI - Mittelmark MB. Community-wide health promotion: Lessons from diversity. In: Bracht N (ed.). Health Promotion at the Community-wide Level. Sage, Newbury Park, 1999.

VII - Labonte R. Heart health inequalities in Canada: Models, theory and planning. Health, Promotion International. 1992;7:119-127.

VIII - Ziglio E, Levin LS, Bertinato L. Social and economie determinants of health: Implications for promoting the health of the public. Forum. 1998;8.3 (suppl. 4):6-16.

IX - Davies JK, Keiiy M (eds.). Healthy Cities: Research and Practice. London, Routledge, 1993.

X - Pavis, S. Platt, S. Health Inequalities: the major challenge for the new Scotíand. RUHBC, Edinburgh 1998.

XI - Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable: Manual de intervención comunitaria en barrios: Josep Baudes Fuster y Carlos Giménez Romero (Coordinadores); capítulo segundo: Metodología de la Intervención Comunitaria. Los Procesos Comunitarios, Marco Marchioni, Luz Morín, Jose M. Álamo.

XII - Blog de Roser Batlle http://roserbatlle.net/aprendizaje-servicio/

Aplicación del sistema de calidad EFQM para la mejora en la intervención con menores consumidores de drogas

María Milagro Sáenz – José Luis Rabadán Rituerto – Eva Álvarez Moratinos
Belén Pacheco Santa Olalla – Leyre Mendizábal Benito[1]

Resumen:

La asociación A.R.A.D. (Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas), toma la decisión estratégica de implantar en 2009 un modelo de Gestión de Calidad (EFQM), como sistema de referencia para la mejora continua.

A lo largo del artículo, se describen con algunos ejemplos la sistemática empleada y la puesta en práctica de los principios rectores del modelo EFQM con la pretensión de ofrecer a los asistentes al curso "Menores vulnerables y consumo de sustancias: las buenas prácticas en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones selectivas e indicadas", una herramienta útil que puedan incorporar a su metodología de trabajo. Por otra parte, proporcionar ejemplos de las aplicaciones de este modelo en nuestra manera de concebir estratégicamente la asociación y específicamente, cómo nos ha permitido mejorar la atención a los menores y la coordinación con otras entidades.

Palabras clave: modelo de gestión, sistemática, efectividad, estratégica.

[1] Correspondencia:
Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas (ARAD)
C/ Madre de Dios, 3, bajo. 26004 Logroño. La Rioja - 941 241 889
administracion@aradrioja.org - www.aradrioja.es

Introducción

A.R.A.D., nace en 1982. Un grupo de padres de familias afectadas por el problema de consumo de drogas, principalmente heroína, puso en marcha la asociación puesto que la administración no pudo dar una respuesta en ese momento. Fue declarada de Utilidad Pública en Consejo de Ministros el 27-7-1983.

Desde la puesta en marcha de los primeros recursos de prevención y atención a las drogodependencias en la década de los 80, A.R.A.D, ha visto a lo largo de sus 32 años de historia, la necesidad de introducir determinados cambios en su funcionamiento para mejorar la atención a las personas.

En este sentido, se tomó la decisión de implantar en 2009, el sistema de gestión de Calidad EFQM como un marco útil para evaluar y mejorar la organización de tal modo que pudiera alcanzar la excelencia sostenida.

Las principales motivaciones que subyacen a la implantación del modelo EFQM en nuestra asociación son:

- Protocolizar la intervención.
- Evaluar resultados y procesos de intervención.
- Determinar la efectividad de los procedimientos utilizados.
- Comparar nuestros resultados y efectividad con otros dispositivos de atención a personas con problemas de drogas.
- Sistematizar el análisis y aplicación de procedimientos para la mejora continua dentro de los distintos procesos específicos y en la asociación en su conjunto.
- Dar una mejor respuesta ante el fenómeno cambiante del consumo de drogas que exige una constante actualización ante la aparición de nuevas drogas y nuevos perfiles de consumidores.
- Poder visibilizar este esfuerzo de mejora continua y de calidad en la atención y servicios prestados ante los organismos y entidades que nos financian y ante la sociedad en general.

1. Presentación: ¿Qué es el modelo EFQM?

Corresponde a las iniciales de *European Foundation for Quality Management*. Es una organización sin ánimo de lucro formada por unas mil organizaciones o empresas miembros y creada en 1988 por catorce importantes empresas europeas. Su propósito, impulsar la excelencia en las organizaciones de manera sostenida.

El modelo pretende ser un instrumento práctico y no prescriptivo. No se trata de un conjunto de exigencias que tenemos que aplicar de inmediato sino una referencia inspiradora que sirva para iniciar un proceso de desarrollo, cambio y evolución positiva en el camino hacia la excelencia en cualquier organización.

Promueve:

- Disponer de una estructura básica planificada para el sistema de gestión.
- Disponer de un único lenguaje y modo de pensar sobre la organización, lo que facilita la comunicación de ideas fuera y dentro de la organización.
- Evaluar dónde la organización se encuentra en su camino hacia la excelencia, ayudando a identificar sus fortalezas clave y posibles carencias.

El Modelo EFQM nos orienta sobre la relación entre lo que la organización hace y los resultados que alcanza.

Para que los responsables de la organización puedan entender esta relación, el modelo plantea nueve criterios, cinco de ellos denominados AGENTES en la que medida en que son los que generan determinados RESULTADOS, abordados en los cuatro criterios restantes.

El modelo se constituye en torno a nueve criterios:

CRITERIOS AGENTES

1. Liderazgo.
2. Estrategia.
3. Personas.
4. Alianzas y recursos.
5. Procesos, productos y servicios.

CRITERIOS RESULTADOS

6. Resultados en los clientes.
7. Resultados en las personas.
8. Resultados en la sociedad.
9. Resultados Clave.

Cada criterio se subdivide en varios subcriterios, orientando hacia diferentes elementos en los que la organización puede actuar o disponer de medidas.

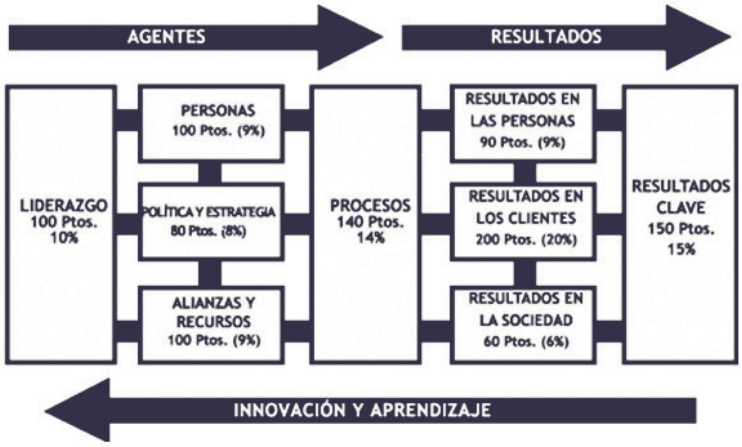


Fig.1. Esquema de los criterios que propone el modelo para evaluar la organización.
Fuente: Wikipedia (2014)

La representación destaca a través de las flechas, la perspectiva dinámica del modelo, subrayando cómo la innovación y la creatividad contribuyen a la mejora de los agentes facilitadores, que por su parte, generan la mejora de los resultados.

Como vemos, cada concepto tiene una relevancia específica en el modelo en su conjunto. Los resultados en los clientes y los resultados clave tienen una singular importancia para que una organización avance hacia la excelencia (y son especialmente valorados).

El propio modelo destaca que *"Las organizaciones excelentes logran y mantienen niveles superiores de rendimiento que satisfacen o exceden las expectativas de todos sus grupos de interés"*

2. Metodología

El modelo propone para su desarrollo y aplicación la elaboración y continua actualización de los siguientes aspectos y documentación:

- Descripción de la organización.
- Explicación de la Misión, Visión y Valores.
- Descripción de productos y servicios.
- Carta de compromisos.
- Identificación de procesos y gestión por procesos.
- Definición de los grupos de interés, necesidades y expectativas de los mismos.
- Plan estratégico.

La implantación del modelo EFQM se inició en nuestra asociación con varias decisiones para estructurar el sistema que permitiese la consecución de dicha mejora:

1º. Todo el personal, liderados por presidente y vicepresidenta se constituye en Comité de calidad con reuniones semanales hasta el 2013 en que pasan a ser reuniones quincenales.

2º. Se adopta como sistema de gestión, la gestión por procesos. (Identificación de procesos, asignación de propietarios y equipo de proceso y gestión de los mismos).

3º. Se definen los clientes y grupos de interés y sus necesidades y expectativas, así como las encuestas para medir su satisfacción.

4º. Se elabora y aprueba un Plan Estratégico (2011-2013) y se comienza a realizar las autoevaluaciones con aplicación del esquema REDER *(Resultados-Enfoques-Despliegue-Evaluar-Revisar y Perfeccionar)*: a principios de 2012 para autoevaluar la mejora desde 2009 a 2011 y a principios de 2013, para evaluar el salto cuantitativo que supone en la mejora el contar con tendencias sostenidas de cuatro años, y de incorporar comparativa del sector, así como un segundo año de despliegue de ciclo PDCA *(Plan-Do-Check-Adjust = Planificar-Ejecutar-Comprobar-Actualizar)* en los procesos y de plan anual despliegue del Plan Estratégico.

3. Aplicación del marco conceptual del modelo EFQM a la realidad de nuestra asociación

A continuación, presentamos los principales conceptos y planteamientos desarrollados en nuestra asociación inspirados por el modelo EFQM.

3.1 Descripción de la organización

Somos una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, sin inclinación ideológica ni religiosa y nos dedicamos a la prevención, asesoramiento, tratamiento e investigación en materia de adicciones.

3.2 Misión

Nuestra Misión es fomentar un modelo de convivencia social, comprometida, solidaria, que facilite la calidad de vida de las personas

y que permita la integración social de los grupos más desfavorecidos o en riesgo de exclusión, en especial los colectivos de consumidores de drogas.

3.3 Visión

Nuestra visión: A.R.A.D. será reconocida como una Asociación referente en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de La Rioja, con la que contar y en la que confiar en cuanto a la intervención con las familias afectadas por el problema y sobre su entorno familiar, así como en materia preventiva.

3.4 Valores y principios

Nuestros valores y principios son: respeto, autonomía, sin ánimo de lucro, aconfesionalidad, profesionalidad, participación, creatividad, apolíticos, transparencia, solidaridad, calidad, compromiso, disponibilidad y adaptabilidad.

3.5 Descripción de algunos productos y servicios

Actualmente llevamos a cabo distintos procesos que suponen la prestación de diferentes servicios, algunos de ellos son:

- PR. SENSIBILIZACIÓN: Aumentar la sensibilización de la sociedad en general sobre los riesgos del consumo de drogas y hacerle llegar los servicios de la asociación, que nos conozcan.
- PR. INFORMACIÓN ORIENTACIÓN: Proporcionar información sobre los servicios de ARAD y otros recursos a usuarios y/o familiares. Orientación sobre pautas de actuación en función de la problemática planteada.
- PR. COORDINACIÓN CON LA RED DE SALUD PÚBLICA: Intervención terapéutica multiprofesional para rehabilitación y reinserción de usuarios de drogas y mejora de la calidad de vida

de ellos y sus familias mediante sesiones individuales, familiares, grupos terapéuticos y actividades lúdico deportivas

- PR. FAMILIAS: Atención y orientación a familiares de consumidores de drogas, como apoyo a los mismos, mejora de su calidad de vida y adquisición de las capacidades / habilidades necesarias para apoyar al familiar usuario

- PR. MENOR: Intervención biopsicosocial con menores infractores consumidores de drogas para el cumplimiento de la medida judicial.

La intervención va orientada a las personas con problemas de drogas, tanto a los propios consumidores como a sus familias, se encuentren los anteriores en tratamiento o no.

Se llevan a cabo tratamientos a nivel ambulatorio, si bien en los casos en que el equipo técnico valora la necesidad de otro tipo de recurso de mayor contención, como son las Comunidades Terapéuticas, se realiza la derivación a la que mejor se adapte a las necesidades de cada caso, ya que esos servicios no los abarca la asociación.

Se trabaja en coordinación con recursos de la red de salud pública, principalmente con salud mental, red de servicios sociales, así como distintos organismos judiciales, servicios sociales externos y centro penitenciario y otras entidades sociales.

3.6 Nuestros compromisos (extracto Carta de Compromisos)

- Iniciar la intervención terapéutica con el usuario de drogas y/o sus familias en un plazo no superior a 3 días hábiles desde que se produzca el primer contacto con la Asociación.

- Conseguir una puntuación de al menos 7 puntos sobre 10 en las encuestas de satisfacción sobre información de los servicios de ARAD y otros recursos a usuarios y familiares.

- Realizar una adecuada coordinación con la Red de Salud Mental y con los técnicos de la Oficina de Drogodependencias del Gobierno de La Rioja para un mejor tratamiento a los usuarios de nuestros

Programas, con la celebración de diez reuniones, al menos, al año.

- Realizar actividades de información sobre prevención VIH y enfermedades de transmisión sexual sobre al menos el 80% de los usuarios del Programa de Dispensación de Metadona.

- Conseguir que los usuarios de nuestros programas asistan, como mínimo, a un 60% de las citas individuales y/o grupales programadas por los terapeutas.

- Iniciar la gestión de búsqueda de plaza en Comunidad Terapéutica, tras la reunión del equipo de Valoración y la recepción de la documentación correspondiente, en un plazo no superior a dos días hábiles.

- Conseguir un grado de satisfacción de al menos 7 puntos sobre 10 en las encuestas de las actividades realizadas para la prevención del consumo de drogas.

- Conseguir un grado de satisfacción de al menos 7 puntos sobre 10 en las encuestas sobre la valoración del tratamiento recibido.

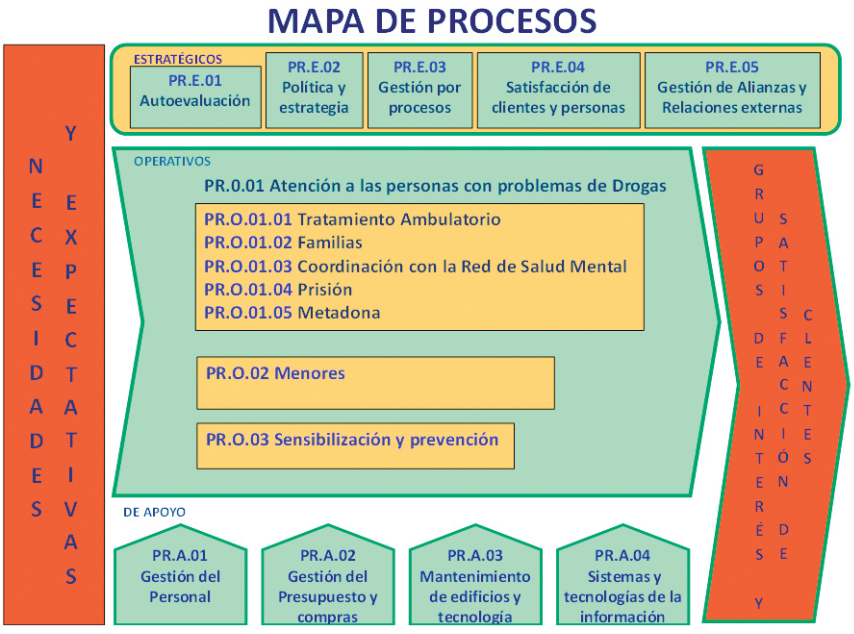


Fig.2. Mapa de procesos identificados por A.R.A.D.

3.7 Estructura organizativa

Liderados por el Presidente y la vicepresidenta, todo el personal se ha integrado en el Comité de Calidad, habiéndose desplegado el liderazgo a los propietarios de los procesos definidos. Todos los profesionales de la asociación son propietarios de algún proceso y forman parte de otros equipos de proceso.

3.8 Ámbito de actuación

La Comunidad Autónoma de La Rioja, tal y como se recoge en el artículo número 5 de los estatutos, si bien se hace extensivo a poblaciones de comunidades limítrofes.

3.9 Grupos de interés, necesidades y expectativas

A continuación, se detallan algunos grupos de interés identificados por la asociación y sus necesidades y expectativas.

GRUPO: USUARIOS DE LOS SERVICIOS
- Información del centro
- Trato individualizado y adecuado: respeto, amabilidad, libertad de decisión, tiempo de dedicación del personal
- Adecuada atención en las actividades de la vida diaria
- Flexibilidad en horarios y normas
- Profesionalidad del personal: credibilidad, confianza, capacidad

GRUPO: FAMILIARES
- Información del centro
- Información de los cambios en la situación y en la atención a su familiar
- Ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones difíciles
- Trato individualizado a su familiar y a ellos
- Profesionalidad del personal: credibilidad, confianza, capacidad

- Asesoramiento a familiares en dudas, cambios, …

GRUPO: ADMINISTRACIONES PÚBLICAS QUE NOS FINANCIAN
- Cumplimiento de la normativa del servicio y de las condiciones del convenio de colaboración
- Desarrollo correcto del servicio
- Solución a situaciones imprevistas que puedan surgir
- Información regular sobre la actividad del centro (memoria e inspecciones)
- Aportación de valor añadido a demanda: consultas, asistencia a actos, estudios, etc.

GRUPO: PERSONAS QUE TRABAJAN EN ARAD
- Convenio laboral que mejore condiciones actuales, sobre todo salariales
- Estabilidad en el puesto
- Organización adecuada del trabajo y disponibilidad de medios
- Puntualidad en el pago del salario
- Poder conciliar su vida personal y profesional: flexibilidad en normas de vacaciones
- Entorno de trabajo seguro
- Información sobre novedades de la entidad
- Respaldo en situaciones de conflicto con usuarios
- Tiempo para la coordinación dentro de los equipos
- Flexibilidad en vacaciones y recuperación de horas
- Trato equitativo pero atendiendo las particularidades individuales
- Buen clima laboral
- Reconocimiento en el trabajo

GRUPO: JUNTA DIRECTIVA DE ARAD
- Custodia y correcta utilización del patrimonio de la Entidad
- Reconocimiento social de la Entidad
- Atender fines sociales de la Entidad
- Información de la gestión global del centro

- Información para toma de decisiones sobre aspectos patrimoniales o de contratación de servicios
- Capacidad de adaptación y sostenibilidad de la entidad en el tiempo
- No recibir quejas de las personas atendidas

GRUPO: ALIADOS Y PARTNERS

- Aportar valor a los usuarios en colaboración con la Asociación
- Disponer de interlocutores identificados en la Asociación
- Que se facilite y apoye el cumplimiento de su misión en el entorno de la Asociación
- Que se le dé la información que precise, especialmente en lo relativo a los resultados de su labor
- Unir esfuerzos para la mejora conjunta de ambas entidades en los términos acordados en la alianza
- Prestigio ante terceros dando publicidad a la colaboración

GRUPO: SOCIEDAD EN GENERAL

- Ser socialmente responsables (medio ambiente, consumo responsable, creación empleo estable, conciliación)
- Orientación a los ciudadanos en situaciones de emergencia, atención a demandas de información
- Facilidades para desarrollar prácticas profesionales, labores de voluntariado, actuaciones puntuales, etc.
- Cesión de instalaciones al servicio de actividades en beneficio de la comunidad.
- Posibles grupos de interés de la sociedad son:
    - ONG, entidades voluntarias, asociaciones de afectados por alguna problemática.
    - Asociaciones sociales, vecinales, deportivas, culturales,…
    - Entidades públicas (ayuntamientos, diputaciones, Gobierno,….).
    - Agrupaciones empresariales y sindicales.
    - Entidades financieras.

- Medios de comunicación.
- Universidades y centros educativos.
- Asociaciones profesionales.
- La comunidad en su conjunto.
- El medio ambiente.

GRUPO: VOLUNTARIOS/AS DE LA ASOCIACIÓN
- Actividades adecuadas a sus capacidades
- Adaptación de horarios
- Ausencia de conflictos con los usuarios
- Valoración positiva por parte de los usuarios a sus actividades

GRUPO: SOCIOS/AS DE LA ASOCIACIÓN
- Custodia y correcta utilización del patrimonio de la Entidad
- Reconocimiento social de la Entidad
- Atender fines sociales de la Entidad
- Información de la gestión global del centro
- Capacidad de adaptación y sostenibilidad de la Entidad en el tiempo
- No recibir quejas de las personas atendidas

GRUPO: ENTIDADES FINANCIERAS QUE APORTAN FONDOS
- Custodia y correcta utilización del patrimonio de la Entidad
- Eficiencia en la gestión de los recursos económicos
- Reconocimiento social de la Entidad
- Atender fines sociales de la Entidad
- Sin ánimo de lucro

GRUPO: PERSONAS O ENTIDADES QUE DERIVAN PERSONAS PARA RECIBIR ASISTENCIA
- Atención inmediata y específica a las necesidades de la persona derivada
- Informes de evolución de los usuarios claros y precisos
- Coordinación para el seguimiento de los usuarios

3.10 Tipología de clientes

Los destinatarios de nuestros programas son:

- Personas con adicción. Se realiza una valoración de cada caso y se establece una intervención individualizada dentro del programa en el que ha sido incluido, además de su inclusión en los distintos grupos terapéuticos si se considera oportuno.
- Menores infractores drogodependientes que han cometido un delito y el juez ha establecido como medida que realicen un tratamiento en nuestra asociación.
- Drogodependientes con adicción a heroína incluidos en tratamiento de mantenimiento de opiáceos (metadona).
- Padres o familiares de usuarios en programas terapéuticos. Familiares de usuarios de nuestros programas con los que se lleva a cabo una intervención a nivel individual y/o grupal.
- Padres o familiares de consumidores que no realizan tratamiento. Cada vez es más habitual la demanda de padres que solicitan información y asesoramiento tanto para prevenir el posible consumo de drogas de sus hijos adolescentes como para, una vez han detectado el uso o abuso de estas sustancias en sus hijos, abordar este problema.
- Población en general. Con los programas de sensibilización y prevención se pretende llegar al mayor número posible de personas.

3.11 Gestión de quejas y sugerencias

La asociación dispone de un sistema de quejas y sugerencias a través del cual los ciudadanos pueden manifestar su opinión sobre la calidad de los servicios.

Las quejas y sugerencias pueden presentarse en:

a. En el buzón de Quejas y Sugerencias disponible en las Salas de Espera de nuestros centros.

b. Mediante llamada telefónica al teléfono 941241889.

c. Mediante correo electrónico al correo presidente@aradrioja.org.

3.12 Sistemas de protección contra la exclusión social

La Asociación atiende de forma totalmente gratuita a todas las personas que se dirigen a ella, proponiéndoles una intervención que ayude a mejorar su calidad de vida.

3.13 Retos estratégicos

Los objetivos estratégicos que la Asociación se ha marcado son los siguientes:

- Conseguir una alta valoración de la sociedad riojana respecto a nuestro papel como miembro activo de la misma en materia de tratamiento y sensibilización sobre el consumo de sustancias.
- Participar en actividades del conjunto de las organizaciones sociales autonómicas y en las redes nacionales de tratamiento del consumo de drogas.
- Mejorar los resultados de las alianzas mantenidas en beneficio mutuo.
- Adecuada coordinación con las entidades que nos derivan usuarios.
- Aumentar el porcentaje de las altas terapéuticas en los distintos procesos de atención a usuarios.
- Reducir el porcentaje de abandonos en usuarios de menos de 6 meses en los distintos procesos.
- Mantener informada periódicamente a la Junta directiva de la Asociación al menos una vez al trimestre.
- Aumentar el número de socios y la participación de los mismos en las reuniones de la asociación.

- Potenciar la búsqueda y participación de voluntarios en las áreas con carencias en la asociación.
- Aumentar la visibilidad y notoriedad de la asociación para aumentar el número de donantes particulares y su satisfacción con el hecho de donar a ARAD.
- Aumentar número de reuniones de coordinación con las administraciones que nos financian.
- Mantener adecuadamente informadas a las entidades financieras sobre la excelente gestión de los recursos económicos que nos aportan.
- Consolidar las vías de financiación y buscar otras alternativas.
- Mantener unas condiciones ventajosas con los proveedores.
- Incorporar las nuevas tecnologías dentro de las habilidades del personal.

3.14 Factores claves de éxito

Recogidos en nuestro Plan Estratégico:

- Mantener constantemente actualizada la capacitación de nuestro personal mediante la formación continua para asegurar los tratamientos más adecuados.
- Disponer de unas instalaciones y actividades dotadas de los equipamientos acordes a las necesidades de los nuevos perfiles de consumidores para garantizarnos la fidelización de los mismos.
- Conseguir la suficiente dotación de recursos económicos para poder atender tanto a las necesidades retributivas de nuestro personal, como de equipamiento y mantenimiento de nuestras instalaciones.
- Potenciar la presencia y prestigio de la Asociación en los medios de comunicación, tanto tradicionales como virtuales, tanto ante nuestros aliados, que nos proporcionan financiación, como ante la sociedad en general, para seguir siendo la asociación de referencia a la hora de recomendar a personas con problemas de drogas.

- Gestionar los tiempos de tratamiento a los usuarios de forma eficiente, para optimizar los tiempos de nuestro único y mayor activo: el tiempo de dedicación de los profesionales de la asociación.

4. Cómo el modelo EFQM nos ha encaminado para mejorar la coordinación interna

Dentro de las debilidades identificadas en la asociación se detectó la falta de coordinación entre los profesionales de las distintas áreas de intervención por lo que se establecieron reuniones tanto dentro de cada programa como del equipo profesional al completo. En estas reuniones de coordinación además de trabajar sobre la normativa y reglamentación general se abordan individualmente los casos tratados, marcando los objetivos terapéuticos y revisando periódicamente su evolución. Dentro de la sistemática de las reuniones, se establecen previamente los puntos a tratar y casos propuestos para su valoración conjunta. Tras cada reunión se genera un acta con las conclusiones, acuerdos y propuestas definidas. En el caso de que algún profesional no haya asistido a la reunión puede acceder a las actas y conocer los contenidos y conclusiones. En estas reuniones también se ponen en común los conocimientos adquiridos en congresos y cursos que se realizan, lo que nos ayuda a detectar necesidades y adquirir instrumentos de valoración e intervención actualizados, así como plantear nuevos enfoques de tratamiento más ajustados a cada persona.

Por otra parte, se detectó la necesidad de elaborar protocolos de actuación en las distintas fases del tratamiento y de cada área (médica, psicológica, social) que permitieran clarificar y aumentar la coherencia y consistencia interna de las intervenciones de los distintos profesionales en cada programa. Esto nos ha llevado a crear protocolos específicos (programa de tratamiento ambulatorio, programa de menores infractores, programa de dispensación de metadona, etc).

Debilidades	Como reducir / eliminar las debilidades
• **Falta de coordinación entre los profesionales de las distintas áreas de intervención**	Mantener y potenciar las reuniones de coordinación interna Elaborar un protocolo de coordinación en el tratamiento a usuarios
• **Falta de conocimiento por parte de la sociedad**	Aumentar las apariciones en medios de comunicación Crear acciones formativas para profesionales del sector Aumentar las presentaciones en congresos y jornadas Asistir a jornadas y cursos en el ámbito riojano
• **Necesidad de formación continua**	Asistir al menos a una acción al año cada persona
• **Falta de reconocimiento por parte de la sociedad**	Aumentar las apariciones en medios de comunicación Crear acciones formativas para profesionales del sector Aumentar las presentaciones en congresos y jornadas Asistir a jornadas y cursos en el ámbito riojano

5. Cómo el modelo EFQM nos ha ayudado a mejorar la coordinación externa

Dentro del análisis de oportunidades se identificó la necesidad de aumentar y mejorar los contactos con otras instituciones y organismos (tanto de los que derivan, como entidades con las que colaboramos o en ámbitos de actuación común, etc).

Oportunidades	Como aprovechar las oportunidades
• **Contactos con las redes que nos derivan usuarios**	Conocerlos personalmente para mejorar la relación: organizar alguna acción formativa con / para ellos Aumentar el nº de contactos Propiciar el Intercambio de documentos Establecer informes de seguimiento trimestrales Establecer protocolos de coordinación
• **Necesidad de este tipo de intervención en nuestra sociedad**	Aumentar las apariciones en medios de comunicación Aumentar las acciones de sensibilización, divulgación y comunicación Actividades atractivas
• **Posibilidad de aumento de colaboración con instituciones y entidades que trabajan en este campo**	Buscar vías de colaboración con el resto de entidades
• **Pertenencia a UNAD**	Mantener la colaboración con UNAD (Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente)

Esto nos ha impulsado a introducir determinadas mejoras para aumentar los contactos y coordinaciones. Por ejemplo en el Proceso de Menores Infractores consumidores de drogas se destacan como indicadores clave las coordinaciones y los resultados obtenidos.

- Relación de indicadores clave del Proceso.
- Indicadores de rendimiento:
    - Número de coordinaciones con Justicia e Interior.
    - Porcentaje de cumplimiento de la medida judicial.
    - Porcentaje familias con las que se ha intervenido.
    - Porcentaje de abstinencia en consumos durante la medida.
- Indicadores de satisfacción:
    - Resultado de las encuestas de satisfacción de los menores/jóvenes.

En las fichas de cumplimiento de actuaciones previstas de cada año se analizan si se han realizado las acciones encaminadas a una adecuada coordinación e intervención con los menores de este proceso.

En la revisión del plan anual 2012 en el proceso de menores se confirmó la ejecución de las siguientes actuaciones previstas:

- Protocolo de coordinación de los diferentes recursos.
- Reuniones de coordinación de equipo semanales de forma sistémica.
- Actividades formativas de salud y prevención.

En la revisión del plan anual 2013 en el proceso de menores se confirmó la ejecución de:

- Protocolo de intervención.
- Envío de informes semanales protegidos vía e-mail a Justicia e Interior y entidades colaboradoras de Justicia e Interior (Fundación Pioneros y Fundación Diagrama cuando intervenimos con menores en común), con información clave de cada menor referente al cumplimiento de la medida judicial.

- Hojas de registro: de asistencia, de seguimiento educativo, de seguimiento judicial, de gestiones telefónicas y presenciales.
- Registro de las coordinaciones con Justicia e Interior y otras entidades.

Respecto a la asociación en su conjunto, se planteó la conveniencia de conocer y compararnos con otras organizaciones parecidas a nosotros, tanto en el ámbito de las drogodependencias, como en el del voluntariado y en el del conocimiento científico. Por lo anterior, A.R.A.D. pertenece en la actualidad a las siguientes redes u organizaciones:

- UNAD (Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente), de la que somos miembros fundadores. Nuestro presidente, José Luis Rabadán, es vocal de la Junta Directiva y Miembro de la Comisión Permanente, asistiendo a las reuniones de Junta Directiva que se celebran en Madrid, en las que se abordan las situaciones de los centros que a nivel nacional trabajan en este ámbito, así como de la situación actual de las drogodependencias, avances y novedades en los tratamiento.
- Federación Riojana de Voluntariado Social, hemos sido vocales de la FRVS en la Junta Directiva
- Formadores Nacionales del QPCN (Quality Patient Care Network, Comisión Nacional de Expertos en tratamientos con opiáceos)
- Socios de SOCIDROGALCOHOL (Sociedad Científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras Toxicomanías)
- Socios de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Asimismo, se ha tratado de establecer comparativas con otras entidades. En 2013, se consiguieron comparativas con Proyecto Hombre Guipuzcoa (IZAN) y con el CAID de Getafe, con más de 400 puntos la primera y más de 500 puntos la segunda, (los mejores centros evaluados con EFQM).

6. Conclusiones

La sistemática propuesta por el Modelo EFQM nos está permitiendo autoevaluar y poder ser evaluados por equipos externos a través de la Agencia de Desarrollo Económico de La Rioja (Consejería de Industria, Innovación y Empleo) con el objeto de mejorar nuestra competitividad y eficiencia.

En 2013, A.R.A.D, fue reconocida con el Premio Rioja Excelencia Empresarial Categoría Plata, dirigido a organizaciones que han apostado por implantar la excelencia en la totalidad de la organización (y han obtenido una puntuación a partir de 400 puntos en el modelo EFQM).

Consideramos que la implantación de este modelo está permitiendo a nuestra entidad, avanzar en una prestación de servicios que aspira a ser cada vez más eficaz y que todas las organizaciones que prestan atención social, médica y psicológica a las personas podrían verse beneficiadas total o parcialmente al aplicar una metodología de estas características. Hemos querido a través de este artículo, mostrar parte de nuestro recorrido inicial en ese camino hacia la mejora continua y la búsqueda de la excelencia con el objeto de que otras instituciones y personas se puedan beneficiar de ello.

7. Bibliografía

Alvarez Moratinos, E.; Rabadán Rituerto, J.L.; Fraile Escrich, M. (2012). *Memoria EFQM ARAD - 2012*. Documentación propia.

Alvarez Moratinos, E.; Rabadán Rituerto, J.L; Fraile Escrich, M. (2013). *Memoria EFQM ARAD - 2013*. Documentación propia.

Alvarez Moratinos, E.; Rabadán Rituerto, J.L. (2011). *Plan estratégico ARAD (2011-2013)*. Documentación propia.

Pérez Sanz, T. (2010). *Ventajas en la aplicación del EFQM en la Gestión de un Centro de Drogas*. Revista Española de Drogodependencias 35 (2). 144 -154.

Rabadán Rituerto, J.L.; Alvarez Moratinos, E. (2013). *Plan anual ARAD 2011*. Documentación propia.

Rabadán Rituerto, J.L.; Alvarez Moratinos, E. (2013). *Plan anual ARAD 2012*. Documentación propia.

Rabadán Rituerto, J.L.; Alvarez Moratinos, E. (2013). *Plan anual ARAD 2013*. Documentación propia.

Sacanell Berrueco. E; Gómez-Tejedor, G. (2010). *Excelencia en la Gestión de Residencias del Tercer sector. Guía de Aplicación del Modelo EFQM*. Fundación Aspaldiko, Fundación Zorroaga.

Páginas web consultadas:

- http://www.norbera.org – Memoria Modelo EFQM Izan Norbera (2009)
- http://www.euskalit.net/nueva/docedesafios.php
- http://www.centrodeexcelencia.com – Consulta de publicaciones y guías de las entidades asociadas
- http://www.fundacioninnovarioja.com – Consulta de publicaciones
- https://es.wikipedia.org – Consulta sobre Modelo EFQM

Modelo de coordinación en los programas "Encuentro Familiar" y "Adolescentes"

Marta del Val Uyarra [1]

Resumen:

Cuando analizamos las estadísticas que cada año se ofrecen desde los diferentes observatorios y asociaciones hay un dato que nos preocupa a los profesionales que trabajamos con adolescentes: la disminución de la edad de inicio en el consumo de drogas. Es en ese momento cuando nos planteamos dónde sería más eficaz intervenir. La respuesta es clara y común entre todos nosotros: PREVENCIÓN.

En este artículo se presentan los programas de prevención indicada que Proyecto Hombre lleva a cabo en La Rioja desde hace más de 15 años, como son el programa "Adolescentes" (dirigido a chicos/as de entre 13 y 21 años) y el programa "Encuentro Familiar" (dirigido a padres con hijos adolescentes de entre 13 y 21 años que presentan consumos de drogas y/o otras conductas disruptivas).

Dentro de estos programas una apuesta firme es tanto la coordinación interna (entre ambos programas) como la coordinación externa (con instituciones tanto públicas como privadas que estén involucradas en cualquiera de las áreas del menor), se desarrollará durante este artículo.

Palabras clave: prevención, adolescente, padres, coordinación

[1] Psicóloga
Correspondencia: Proyecto Hombre La Rioja
C/ Paseo del Prior, 6 (Edificio Salvatorianos). 26004 Logroño. La Rioja
marta@proyectohombrelarioja.es

Introducción

Tras 25 años trabajando por y para personas con problemas de conductas adictivas, desde Proyecto Hombre La Rioja, atendiendo a la realidad social donde es destacable el incremento del consumo de drogas en edades cada vez más tempranas y a la necesidad de abordar la perspectiva de la promoción de la salud, apostamos por una intervención desde el punto de vista de la prevención con tres funciones definidas:

1) Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las adicciones, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa de su solución.

2) Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

3) Conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas y/o situaciones de riesgo, dado que además de acortar el tiempo potencial de la exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

Propuesta desde Proyecto Hombre

Desde la Asociación Proyecto Hombre, dada la realidad social, se ponen en práctica diferentes programas de prevención:

1) ENTRE TODOS

Programa de prevención universal que se lleva a cabo en el ámbito escolar aunque se intenta una implicación familiar. Su objetivo es mejorar la competencia personal de los adolescentes a través del aprendizaje de habilidades y competencias sociales.

2) A TIEMPO

Es uno de los primeros programas de prevención selectiva elaborado en España. Está dirigido en particular a los familiares de jóvenes menores de edad que además de consumir sustancias legales, se están iniciando en el consumo de sustancias ilegales sin poder ser diagnosticados como adicción según el DSMIV.

3) ROMPECABEZAS

Se trata de un programa de prevención selectiva.

La aplicación del programa la desarrolla preferentemente el educador responsable del centro (profesor, mediador, etc.) que previamente habrá realizado un curso de formación impartido por Proyecto Hombre cuyos técnicos tienen también una intervención puntual en el aula en caso de ser necesario y que acompañan al formador en su labor a lo largo de todo el proceso.

Propuesta desde Proyecto Hombre La Rioja

La Fundación "Centro de Solidaridad de La Rioja" – Proyecto Hombre La Rioja-, inició su labor dedicada a la rehabilitación y reinserción de personas con problemas de adicción en el año 1990. La población objeto de esta actividad eran personas de ambos sexos mayores de edad que quisieran someterse a un proceso de rehabilitación en régimen de internado.

Sin embargo, poco a poco, fueron numerosas las familias que acudían a nuestro programa con una demanda muy específica: tenían hijos adolescentes que se iniciaban en el consumo de drogas y que comenzaban a presentar conductas disruptivas en el ambiente familiar (no asunción de límites y normas, fracaso escolar, conductas en ocasiones delictivas, constantes cambios de comportamiento, etc.). Tras numerosas entrevistas con estas familias, se percibió con bastante claridad que era necesario proveer a los padres y madres de herramientas que les ayudaran en su faceta educativa hacia sus hijos

centrándose en los comportamientos que afectaban sobre todo a la armonía familiar.

Es por esta razón por la que se diseñaron dos programas:

- Programa "Encuentro Familiar" (reconocido como "Buena Práctica" por la Asociación Proyecto Hombre en 2009)
- Programa "Adolescentes"

Se trata de dos programas de prevención indicada con tres **objetivos generales:**

1) Prevenir el consumo problemático de drogas entre los adolescentes usuarios del programa.
2) Crear el grado necesario de motivación que predisponga a la familia y al adolescente al cambio, y a una reconsideración de los problemas y sus causas.
3) Desarrollar mecanismos para evitar que los adolescentes que presentan un consumo ocasional deriven a un problema de adicción.

Las formas de acceder al recurso:

• Solicitando información general vía telefónica, personalmente o mediante e-mail, que deriva en una cita personal.
• Derivados por otros profesionales de instituciones públicas o privadas de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Tras un primer contacto se mantiene una primera entrevista con el núcleo familiar con unos objetivos muy claros:

• Recogida de la demanda del adolescente y de la familia que, en ocasiones, hace referencia a problemáticas diferentes.
• Información respecto a los objetivos y metodología de los programas.
• Trabajo de la motivación para la derivación a los programas específicos: "Adolescentes" o "Encuentro Familiar"

Durante todo el proceso se realizan grupos con el núcleo familiar donde se evalúan y valoran los objetivos conseguidos y aquellos que faltan por trabajar.

PROGRAMA ENCUENTRO FAMILIAR:

1. Población destinataria:

Padres y madres con hijos con edades comprendidas entre los 13 y los 21 años que se inician en el consumo de sustancias adictivas, o se sospecha su consumo, y que presentan un comportamiento que afecta a la armonía familiar

2. Desarrollo del programa y objetivos:

Fase inicial: 10 entrevistas individuales con la pareja o progenitor si la familia es monoparental, cuyos objetivos son:

a. Establecimiento de una relación terapéutica de confianza

b. Elaboración de un plan de trabajo con la familia

c. Análisis y tratamiento de los sentimientos desagradables como la culpa

d. Explicación teórico práctica adaptada a cada caso dirigida a los padres para ayudarles a reforzar o reestructurar sus habilidades parentales.

Fase intermedia: los padres que han terminado la fase inicial, pasan a formar parte de un grupo de autoayuda cuyos objetivos son:

a. Encontrar en común un espacio con otros padres y madres que se encuentran en la misma situación

b. Puesta en práctica de lo aprendido durante la fase inicial, expresando sus avances, dudas y temores en su grupo de referencia

Fase final: entrevista individualizada con el terapeuta en la que se realiza un balance de todo el proceso

3. Herramientas de trabajo:
- Terapia familiar sistémica.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Terapia emotivo-racional.
- Seminarios

PROGRAMA ADOLESCENTES

1. Población destinataria:

Adolescentes entre 13 y 21 años que se han iniciado en el consumo de drogas y/u otras conductas adictivas (nuevas tecnologías, etc.) y que muestran conductas disruptivas en otras áreas de su vida: familiar, escolar, social, personal, judicial.

2. Desarrollo del programa y objetivos:

Evaluación inicial: donde se trabajan los siguientes objetivos:

- Evaluar la situación actual del/la adolescente respecto de sus factores de riesgo/protección.
- Realización de un informe de evaluación inicial.
- Establecer un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) donde se establezcan unos objetivos específicos.
- Coordinar el PTI del adolescente con el Plan Individual de la familia

Programa de Intervención: momento en el que se trabajan los objetivos establecidos junto con el adolescente y su familia en el PTI en las siguientes áreas:

- Nivel personal:
- Mejora de la autoestima
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento de estados emocionales
- Aprendizaje del procedimiento de toma de decisiones y solución de problemas

- Fomento de la capacidad de autocontrol
- Implicación en actividades saludables de ocio
- Desarrollo de habilidades para la mejora de la competencia social
- Mejora de la relación familiar

- Consumo de drogas:

- Poseer conocimientos ciertos sobre las drogas y sobre la conductas de consumo
- Promover el desarrollo de una actitud crítica respecto a las drogas y su consumo
- Favorecer una reducción/eliminación del consumo a partir de los criterios de la evaluación individual

- Nivel social:

- Desarrollar habilidades de afrontamiento a la presión de grupo
- Favorecer la puesta en contacto con no consumidores
- Favorecer la implicación de amigos consumidores en el programa

- Nivel ocupacional:

- Favorecer la inserción escolar/laboral; conectar a los adolescentes con los recursos de formación/empleo
- Mejorar el rendimiento escolar/laboral
- Mejorar la actitud (motivar) hacia la escuela/trabajo

Cierre donde se analiza y se verifica con el terapeuta los objetivos conseguidos en el proceso

Coordinación interna entre los dos programas

Proyecto Hombre lleva a cabo las siguientes actividades que permiten que exista un trabajo conjunto entre los dos programas y, en consecuencia, una mejora en la intervención en el núcleo familiar:

1. Reuniones semanales entre los profesionales de ambos programas con los siguientes objetivos:

• Reevaluar los objetivos marcados en el PTI del adolescente junto con su familia para marcar las estrategias que faciliten la consecución de dichos objetivos o la incorporación de nuevos.

• Evaluar las dificultades del propio profesional que va encontrando en cada uno de los casos, mediante una supervisión por parte del coordinador terapéutico.

2. Formación e intercambio de experiencias en la Escuela de Formación de Terapeutas de la Asociación Proyecto Hombre, donde, además, se hace constantes reevaluaciones de los programas existentes

Coordinación con otros recursos

Desde Proyecto Hombre consideramos necesaria una coordinación con los recursos externos implicados en las áreas de trabajo con el adolescente. Esta labor se traduce en la realización, a lo largo de todo el proceso, de reuniones periódicas y/o coordinación telefónica y/o elaboración de informes para:

• Realizar un seguimiento adecuado de la evolución del sujeto y su familia o grupo social.

• Incorporación de nuevos objetivos.

• Resolución a la mayor brevedad posible de posibles crisis que puedan aparecer.

• La percepción por parte del sujeto de la implicación de dichos recursos en un proyecto común.

• La puesta en marcha de normas comunes, que dificultan posibles manipulaciones por parte del individuo.

• Evitar solapamiento de intervenciones entre profesionales de diversos recursos

Consecuencias de la descoordinación

- Solapamiento de las intervenciones que provoca en los usuarios desmotivación y confusión.
- Existencia de menores y adolescentes sin el tratamiento integral que precisan.
- Manipulación de las indicaciones de los profesionales de las diversas instituciones, por parte de los adolescentes y sus familias.
- Cansancio de los usuarios que desembocan en un abandono.
- Dependencia absoluta (institucionalización de los casos).

Experiencias

Intervención con menores y adicciones en la ciudad de Madrid

Carlos Mora Rodríguez [1]

Resumen:

La intervención con menores y adicciones en la ciudad de Madrid se realiza de forma integral a través del Servicio de Prevención de Adicciones PAD y de los Equipos de Adolescentes y Jóvenes, según el Proceso Adolescentes y Jóvenes del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. La participación de los técnicos de la administración y de las entidades sociales es una de las buenas prácticas reseñables. Otra es la anticipación y la búsqueda activa de los menores para intervenir con ellos y sus familias antes de que sean etiquetados como adictos

Palabras clave: Adolescencia, Familia, Adicción, Prevención, Internet.

Key words: Adolescence, Family, Addiction, Prevention, Internet.

[1] Asesor Técnico.
Correspondencia:
Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud
Ayuntamiento de Madrid
morarc@madrid.es

Marco de intervención desde la administración local

La administración pública más cercana a la ciudadanía es la local. El Ayuntamiento de Madrid, además de su singular historia, de su carácter de gran ciudad, de ser la capital del estado, de sus más de tres millones de población…, tiene una larga trayectoria de intervención en adicciones, diferenciada de otros municipios españoles, y desde 1987 cuenta con un plan estratégico en el que se contempla de forma prioritaria la prevención de las adicciones[1] .

En la actualidad, ese marco es el Plan de Adicciones de Ciudad de Madrid 2011 - 20162, que se elaboró con la participación de un importante número de técnicos procedentes tanto de las distintas administraciones públicas, como de la sociedad civil. Esa centralidad de la participación se concreta en el día a día en el funcionamiento del Foro técnico de adicciones de la ciudad de Madrid3. En una de sus comisiones, la de "Adolescentes y Jóvenes", surgen iniciativas para ajustar nuestra intervención a las necesidades emergentes de la sociedad madrileña en relación con esta franja de edad.

Para completar el marco de la intervención hay que destacar que la modernización de administración del Ayuntamiento de Madrid ha aportado herramientas de evaluación y calidad muy útiles para nuestra tarea: para la gestión, como el cuadro de mando integral o la gestión por procesos, para el compromiso con los ciudadanos, como el sistema de Cartas de Servicios [4].

Estilos de intervención

Con un *estilo de espera* vimos que solo recibíamos una parte de la demanda. Si esperábamos en nuestros despachos a que llegaran las demandas de atención sobre menores y adicciones solo nos llegaban las de algunos adultos preocupados. Eran adultos preocupados por las

conductas de riesgo de sus adolescentes, lo que hemos llamado muchas veces mediadores sociales (del ámbito educativo, sanitario, social, judicial…). El resultado es que los menores que llegaban a nosotros eran menores ya etiquetados, con el rol de "malotes", estigmatizados por su entorno como consumidores o sancionados por usar drogas legales o ilegales.

Si queríamos llegar antes, si queríamos ofrecer una intervención precoz, el estilo de espera no era suficiente. Necesitábamos un estilo proactivo, un estilo de búsqueda activa. Un estilo que nos permitiera atenderlos antes de que estuvieran demasiado etiquetados, antes de que hubieran asumido esa etiqueta como propia. Para desarrollar la intervención con este estilo es necesario acercarnos a la comunidad donde está el menor en situación de riesgo. Darnos a conocer entre los recursos de cada territorio, compartir con ellos lenguaje, objetivos, actividades, evaluaciones: intercambiar y cooperar con la red pública de bienestar social (sanitaria, educativa, social) y con el tejido de la sociedad civil. Esto lo hacíamos ya en los noventa[5] con equipos interdisciplinares que se apoyaban en la experiencia comunitaria de una red de atención a drogodependientes con siete Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) distribuidos por toda la ciudad. Dentro de los equipos de estos centros se formaron subequipos que atendían a los menores desde la perspectiva de la prevención selectiva e indicada[6]. Después de unos años en los que la prevención estuvo localizada fuera de los CAD, desarrollando programas que también incluían a la prevención universal[7], en la actualidad tenemos de nuevo la prevención selectiva e indicada como un proceso que se desarrolla desde los CAD.

Equipos profesionales especializados

Los Equipos de Adolescentes y Jóvenes (EAJ), están formados por profesionales con experiencia en adicciones que trabajan de forma interdisciplinar. En cada CAD encontramos un EAJ compuesto por:

trabajador social, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, enfermero y educador social. Se ocupan de los menores de veinticuatro años y de sus familias de forma integral. Esta atención integral se desarrolla individual y grupalmente, desde casos que solo precisan de una orientación familiar para cambiar actitudes y conductas que constituyen factores de riesgo de adicción, hasta casos que precisan de un ingreso para realizar una desintoxicación dentro de una intervención terapéutica prolongada. El proceso de "Adolescentes y jóvenes", contempla todas las combinaciones posibles entre este rango de edad y las adicciones.

El entorno educativo

Los centros educativos son el espacio elegido tanto para la intervención con programas de prevención sobre adolescentes y familias[8], como para medir la realidad del consumo de drogas en estas edades, como la serie de los ESTUDES. Al contemplar la prevención selectiva e indicada como objetivo dirigimos nuestra intervención hacia los entornos educativos que acumulan riesgo por el carácter seleccionado de su alumnado: Aulas de compensación educativa (ACE), Formación profesional básica (antiguas PCPI) y Unidades de formación e inserción laboral (UFIL). Cuando hemos alcanzado la cobertura de todos los centros de este tipo, volvemos a asistir a la paradoja de la prevención de que "dentro de una población surgen más problemas por parte de los que presentan niveles inferiores de riesgo que por parte de los que presentan niveles más altos de riesgo"9, y los menores que se atienden en los EAJ no proceden de estos nichos educativos diseñados para alumnado de riesgo, sino de los entornos educativos más normalizados. Al constatar de nuevo esta paradoja estamos dirigiendo también nuestra intervención indicada hacia los adolescentes identificados por orientadores y tutores de todo tipo de centros.

Ámbito comunitario

Puede parecer una redundancia hacer referencia al ámbito comunitario después de lo referido sobre el estilo de búsqueda activa. Es cierto que la intervención en la comunidad es más una forma de intervenir, que un ámbito concreto, pero es importante señalar de forma expresa nuestro interés por trabajar con los adultos que en la comunidad son referencia de adolescentes de riesgo. Algunos autores se refieren a ellos como tutores formales10, pero en cualquier caso se trata de mediadores, de agentes preventivos de primer orden. Los menores que están acogidos y tutelados por la administración, en nuestro caso por el Instituto madrileño de la familia y el menor, dependiente de la administración autonómica, están creciendo al lado de educadores sociales que están ejerciendo el rol de familiares de referencia. Hemos comenzado una intervención dirigida a estos menores y sus tutores, que pretendemos generalizar progresivamente a todas las residencias de la ciudad, para reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección en una población necesitada de un apoyo singular.

Explorando entornos

Buscando nuevos espacios para conseguir prevenir cronicidades exploramos nuevas formas de llegar a los adolescentes, a sus familias y a los profesionales que son referencia de menores vulnerables.

– *Internet.* A la realidad le ha salido una prolongación: el espacio virtual de internet, que aunque reciente11, es una práctica habitual en nuestra vida cotidiana (correo-e, WhatsApp, redes sociales…). Para estar presentes en esta realidad virtual hay que utilizar sus herramientas: El Servicio de Prevención de Adicciones (Servicio PAD) está en red12 y ofrece atención, por teléfono, desde las redes sociales (Facebook y Twitter), el correo electrónico, y desde aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp y Telegram).

Es un nuevo escenario para las relaciones humanas en general y para las siempre peculiares entre los adolescentes/jóvenes su sistema parental. El objetivo es acercar nuestro servicio a la ciudadanía, facilitar la penetración de los mensajes preventivos a través de las herramientas actuales y ofrecer ayuda temprana cuando surgen las dudas, sobre si el hijo está enganchado al ordenador o a los porros. Esta atención personalizada no pretende ser trending topic, ni que nuestra url reciba más visitas que otras del sector. Nuestro objetivo es rentabilizar la experiencia de los doscientos profesionales de los CAD y ponerla al servicio de las familias madrileñas proporcionándolas consejo y orientación. Su diseño ha sido un trabajo colaborativo entre profesionales de la comunicación, del software, y de la prevención. Tras la elaboración de la página y hasta su presentación oficial se ha trabajado con los que deben ser "prescriptores" ante las familias. Con esta participación se han mejorado aspectos de la web y sobre todo se ha mejorado la posibilidad de prescripción por parte de los profesionales que intervienen con familias en la ciudad.

A través de la página web también se ofrece a los profesionales de la educación la posibilidad de realizar cursos de formación on-line acreditados por la universidad. Una plataforma a la que también se puede incorporar formación para otros mediadores como profesionales de la hostelería y de los Agentes tutores de la policía municipal, que siempre han sido unos aliados fundamentales para nuestra intervención13.

– *Intervenir cuando aumenta la percepción de riesgo.* Existe una baja percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol y otras drogas14. Esta baja percepción aumenta puntualmente coincidiendo con algún suceso extraordinario como puede ser una sanción por consumo de alcohol u otras drogas en la vía pública, o la intervención de profesionales de las emergencias/urgencias por una intoxicación aguda. Estos dos supuestos no originan la mayoría de la demanda de los menores, pero si son epifanías de un consumo que debemos aprovechar en nuestra labor preventiva. Unas sesiones dirigidas tanto al menor como a su familia, aprovechando estos momentos significativos, pueden ser una

intervención más eficiente que intervenciones largas y costosas una vez instaurada la adicción. Una vez que los servicios municipales de emergencia (SAMUR y Policía municipal) atienden al menor en la calle por una intoxicación aguda, rentabilizar los recursos del ayuntamiento aprovechando estos episodios parece lo más adecuado desde cualquier perspectiva.

La gestión del cambio

La presión de la sociedad de consumo sobre los menores más vulnerables adopta formas cambiantes: sustancias pretendidamente novedosas que se denominan drogas de diseño, nuevos objetos de adicción como las TIC, aunque no está claro que las tecnologías de la información y comunicación puedan crear adicción... El cambio es constante y nuestra intervención preventiva consiste en gestionar el cambio de forma continua para protegerles. La atención que prestamos a los menores y a la adicción, o es innovadora frente a los cambios, o no será eficaz.

Referencias

1. Ayuntamiento de Madrid (1987). Plan municipal contra las Drogas. Madrid. Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

2. Ayuntamiento de Madrid (2011). Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/adicciones/Plan_adicciones.pdf]

3. Ayuntamiento de Madrid (2013). Disponible en: [http://www.madridsalud.es/adicciones/foro_tecnico_adicciones_CiudadMadrid.pdf]

4. Ayuntamiento de Madrid. Sistema de Cartas de Servicio. Disponible en: [http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Observatorio-de-la-Ciudad/Sistema-de-Cartas-de-Servicios?vgnextfmt=default&vgnextchannel=d6b6695bb2612210VgnVCM2000000c205a0aRCRD]

5. Herrero, N. (1997). Intervención con menores en situación de riesgo para el abuso de drogas. Estudios de Juventud, 40. 127-141. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista40-10.pdf]

6. Arbex, C.; Mora, C.; Moreno, G. (2002). Guía de intervención: Menores y consumos de drogas. Madrid. ADES. Disponible en: [http://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf]

7. Instituto de Adicciones MS (2012). PAD. Servicio de Prevención de Adicciones. Plan Nacional sobre Drogas. Ayuntamiento de Madrid. ADES. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/pad_SPA.pdf]

8. Instituto de Adicciones MS (2007). Prevenir en Madrid. Prevención Selectiva. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/otros/libroselectiva.pdf]

9. Foxcroft, D.; Tsertsvadze, A.(2011). Programas universales de prevención basados en la familia para el abuso de alcohol en los jóvenes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.:

CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308. Disponible en: [http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209293896&DocumentID=CD009308]

10. Thomas, R.; Lorenzetti, D.; Spragins, W. (2011). Tutelaje de adolescentes para prevenir el consumo de drogas y alcohol. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 11. Art. No.: CD007381. DOI: 10.1002/14651858.CD007381. Disponible en: [http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209293896&DocumentID=CD007381]

11. Carabantes, D.; Mora, C.; Pacheco, E.; Pozo, J. (2004). Evolución histórica de Internet y la World Wide Web. En Internet y drogas. García, C. et al. (Eds.) Logroño. Comisionado Regional para la Droga. Gobierno de la Rioja.

12. Web del Servicio PAD. Disponible en: [www.madridsalud.es/serviciopad/madridsalud/inicio]

13. Instituto de Adicciones MS (2006). La Policía Municipal y la prevención de las drogodependencias. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/PoliciaMunicipal.pdf]

14. Plan Nacional sobre Drogas. (2014). Encuesta escolar sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm]

Proyecto "Versus" de prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo: asesoramiento, mediación entre iguales y uso de las tecnologías de la información y comunicación

María Pujades Fontecha [1]

Resumen:

Las estadísticas oficiales arrojan datos sobre los consumos de alcohol y otras drogas que exigen una intervención alejada de los modelos tradicionales y que lleguen a abarcar un amplio abanico de áreas y agentes. Como respuesta, la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, a través del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, con la colaboración de la Consejería de Educación, Cultura y Turismo, ha puesto en marcha un proyecto piloto para la implementación de una estrategia preventiva basada en tres líneas de actuación: el asesoramiento en salud, la mediación entre iguales y las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Servicios de Dinamización Comunitaria – EnZigZag, como entidad ejecutora del Proyecto "Versus", desarrollará su actividad en el Instituto de Educación Secundaria Batalla de Clavijo con una doble misión: por un lado, la incorporación de estrategias de intervención preventivas, innovadoras y sostenidas en el tiempo y, por otro, la realización de una investigación que aporte datos sobre la efectividad de la estrategia descrita.

[1] Correspondencia:
Servicios de Dinamización Comunitaria - EnZigZag
Plaza Martínez Flamarique, 1; 26004 Logroño. La Rioja
formacion@enzigzag.com

Abstract

Official statistics show results about alcohol and drugs consumptions that require an intervention away from the traditional models and encompass a wide variety of areas and agents. As a result, Regional Ministry of Health, with the Regional Ministry of Education´s collaboration, has launched a pilot project to implement a prevention strategy based on three main branches: health coaching, peer mediation and new technologies. Servicios de *Dinamización Comunitaria – EnZigZag*, the agency that executes the "Versus" Project, is going to develop its activity in *Batalla de Clavijo* high school with two roles: on the one hand, the mainstreaming of prevention and innovative strategies sustained over time and, on the other hand, the scope of research that provides data related to the detailed strategy.

Palabras clave: Estrategia, asesoramiento en salud, mediación entre iguales, tecnologías de la información y comunicación, proyecto piloto, investigación.

1. Introducción

El Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones (dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Consumo) ha promovido un Plan de Acción basado en una estrategia preventiva de carácter integral, cuya implementación se desarrolla en un centro educativo de la localidad de Logroño. Su objetivo final es el de realizar un estudio piloto y evaluación del mismo que englobe una estrategia de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito educativo basada en tres líneas de actuación: el asesoramiento en salud, la mediación entre iguales y las denominadas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs).

Conscientes del reto, Servicios de Dinamización Comunitaria-EnZigZag ofertó una actuación ajustada a los requerimientos técnicos exigidos, considerando, en primer lugar, que las tres líneas debían ser lo suficientemente poderosas, en su individualidad y conjunto, como para poder gozar de significatividad dentro de un centro educativo y, en segundo lugar, abordar en su implementación a todos los agentes educativos (alumnos/as, padres/madres, profesores/as, AMPA).

El Proyecto se va a llevar a cabo en el Instituto de Educación Secundaria Batalla de Clavijo, durante dos años, con el beneplácito de la Consejería de Educación, Cultura y Turismo; ello se traduce en la obligación de tener en cuenta las características específicas del mismo y su gestión interna, procurando que nuestra presencia no sea percibida como un elemento ajeno, si no que se incorpore de manera progresiva al día a día del centro.

2. Justificación y fundamentación de la propuesta

Los resultados de la "Encuesta sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias" de 2102 en la Comunidad de La Rioja (conocida como ESTUDES) nos aporta datos como los que siguen:

- El consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes riojanos

supera en dos puntos al de España:

- La Rioja: 84 %
- España: 81,9 %.

• En porcentaje de consumo, es inverso en el caso del cannabis:

- La Rioja: 21,2 %
- España: 26,6 %

• En las mujeres riojanas se observa un mayor consumo de tabaco y alcohol:

- Alcohol: España 82,9 % y La Rioja 85 %
- Tabaco: España 37,5 % y La Rioja 40,3 %

• El porcentaje de jóvenes que se han emborrachado en el último mes supera en más de 6 puntos la prevalencia hallada en la muestra española:

- España: 30,8 %
- La Rioja: 37,2 %
- El 1,1 % consumen cannabis diariamente (0,9 % chicos / 1,2 % chicas).

• EL policonsumo es de:

- España: 35 %
- La Rioja: 40,2 % (más de 5 puntos)

TABLA COMPARATIVA RESULTADOS ESTUDES 2012
Prevalencias (%) en el consumo de diferentes sustancias de adolescentes entre 14-18 años

Sustancia/Tiempo	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alcohol	85	84	78,9
Tabaco	41,9	34,9	26,6
Cannabis	20,1	21,2	11,5
Speed	2,7	1,9	1,1
Cocaína (polvo)	3,2	2,5	1,1

Fuente: Informe Encuesta Estudes 2012 La Rioja. Elaboración propia.

Es relevante el hecho de que el consumo de alcohol o la iniciación al mismo sea en etapa adolescente porque, durante estos años, se produce el desarrollo físico, cognitivo y social de las personas (Londoño, 2012; Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011) y este puede verse alterado por el consumo de dichas sustancias tóxicas.

Además, el consumo de alcohol se asocia a problemas cuyos efectos pueden ser fácilmente observables a corto plazo, tales como, el rendimiento escolar (José Luis Carballo y col, 2013), conflictos familiares y sociales, que pueden producir la emisión de determinadas conductas de riesgo.

Por lo tanto, en el abordaje de la problemática del consumo del alcohol en adolescentes, se detecta la necesidad de crear estrategias de intervención para la prevención que abarquen a los tres principales ámbitos del desarrollo personal: la familia, el grupo de iguales y la escuela.

En el contexto evolutivo al que nos referimos no podemos olvidar las nuevas formas de diversión adolescente y los entornos de ocio nocturno. En el primer caso, juega como una moneda de doble cara: es indudable su faceta positiva, sin embargo se debe hacer una mirada crítica a la función consumista y alienante que lleva incorporada, en la que se detectan conexiones evidentes entre la diversión y problemas de salud pública: abuso de alcohol y otras drogas, relaciones sexuales no protegidas, accidentes de circulación, violencia, etc. (Calafat, A., Juan. M., Becoña. E, Fernández. D. 2007). En el segundo, partimos del Modelo de Diversión Hegemónico (MDH) en el que se pone de relieve cómo la gestión que los jóvenes hacen de su vida recreativa constituye un factor de riesgo (Instituto Europeo de Estudios en Prevención, IREFREA)

Bajo esta perspectiva, partimos de una visión ecológica de la prevención, en el que se debe tener en cuenta diversos elementos como son las propias drogas, los/as jóvenes consumidores/as, el contexto físico y el contexto socio-cultural, y toda su interacción. Sin perder de vista que la idea de prevención significa crear las condiciones para que un incidente no suceda o suceda menos, y, en caso de que suceda, se minimicen sus repercusiones en la sociedad y los individuos (Calafat, A., Juan. M., Becoña. E, Fernández. D. 2007)

Valorando todos estos aspectos:

- Nuestra misión es la realización de un Proyecto Piloto y evaluación del mismo sobre una estrategia de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito educativo, que conjugue el asesoramiento de los alumnos, la mediación entre iguales y el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Nuestra visión es que se trate de una estrategia preventiva eficaz y cuyos resultados sean válidos y fiables, que permitan avanzar hacia la mejora de los índices de consumo entre los adolescentes, potenciar los factores de protección, reducir los factores de riesgo y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo.

Nuestro punto de partida se sitúa en compartir la misión y visión, así como dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés: jóvenes participantes, profesorado, familias, entorno comunitario y administrativo.

3. Proyecto "VERSUS": Proyecto piloto para la prevención de las drogodependencias en el émbito educativo

¿Por qué *Versus*?

Han sido varias las propuestas para dotar al proyecto de un nombre que, a la par que corto, fuera atrayente y con significado propio. Versus apareció una mañana, como una idea más, pero pronto se convirtió en la definitiva: a pesar de que pueda asociarse en el sentido de contraposición, la idea primigenia torna a positiva cuando nos referimos a la capacidad de las personas para elegir, y el poder y responsabilidad que ello nos otorga. Corroboró la idea el hecho de que versus sea una palabra de origen latino que significa hacia, asociado al movimiento de ida y vuelta del labrador al arar la tierra. Por lo tanto, versus pone el acento en hacia dónde nos dirigimos.

El Proyecto "Versus" consta de dos partes que, aunque diferenciadas, son interdependientes: la intervención y la investigación.

3.1. LA INTERVENCIÓN

La intervención consta de tres líneas fundamentales:

- El asesoramiento en salud.
- La mediación entre iguales.
- Las Nuevas Tecnologías de la Comunicación y la Información.

Línea 1: El asesoramiento en salud

Partimos de una idea ya apuntada en las primeras páginas: el centro educativo como agente primario de socialización, donde confluyen no sólo los/as alumnos/as y profesores/as, también madres/padres, personal no docente y la propia comunidad. Bajo esta perspectiva el centro se convierte en el marco idóneo para albergar la figura del asesor en salud, cuyos objetivos son:

- Potenciar y desarrollar dispositivos estables de información, orientación y asesoramiento.
- Facilitar el acceso de los/as jóvenes y de toda la comunidad educativa a información y consulta de temas relacionados con la salud.
- Ofrecer, a partir de una atención individual, asesoría especializada.
- Promover la adopción y mantenimiento de conductas saludables facilitando el acceso a recursos preventivos.

En él se combinarán tres dimensiones: el Saber (referido a los conocimientos sobre alcohol y otras drogas), el Querer (actitudes positivas hacia el desarrollo de compromisos activos) y el Poder (técnicas y destrezas para la actuación efectiva en cada ámbito) (Coulombé, 1992). De esta manera la pretensión es la de ofrecer una respuesta integrada y efectiva de promoción de la salud. Esta línea de actuación cuenta con dos áreas: un espacio asesor y un espacio formativo.

El primero tiene como objetivo convertirse en un espacio especializado de consulta en salud dentro del propio centro educativo. Cuenta con un lugar propio dentro del instituto y está destinado a toda la comunidad educativa, con una metodología abierta, globalizada, integral, de referencia dentro del centro y que, en definitiva, sea la vertebración de todas las actuaciones.

El formativo está dirigido a los tres agentes principales del instituto:

- El profesorado: con acciones de formación específica, tanto dentro como fuera del marco curricular, atendiendo a sus necesidades y mediante diversas técnicas como pueden ser los grupos de trabajo.
- El alumnado: a través de la intervención en el aula (se describe posteriormente).
- Padres y madres: formación destinada a las tres dimensiones descritas, de manera paralela al resto de agentes.

Uno de los mayores obstáculos para desplegar la acción formativa con el profesorado es la carga horaria en su desempeño docente. Anticipando dicha situación, y como resultado de la intermediación del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, se propondrá reconocer al profesorado como participantes en proyectos de investigación e innovación educativa. Asimismo, el apoyo del equipo directivo es fundamental en todo el proceso.

De esta manera será el asesor en salud quien active las intervenciones en el instituto cumpliendo tres funciones fundamentales: dinamizar el cambio hacia la mejora de entornos preventivos, racionalizar el saber de los distintos agentes del centro y coordinarse con agentes externos.

Respecto a la evaluación, cada uno de los espacios contará con una serie de criterios, indicadores (número total de consultas, -también segmentadas por tipología: individual/grupal, género, diversidad, a través de las TICs, edad, rol -, número de horas de formación, tipología de las demandas, participación...) y técnicas (base estadística de tratamiento de datos, sistemas de registro, sistemas de registro específicos...).

Línea 2: La mediación entre iguales

La mediación entre iguales parte de la base de que las intervenciones y los mensajes deben ajustarse a las características de cada grupo, por lo cual es importante que los agentes preventivos sean percibidos como personas que comparten los valores, normas, lenguaje y problemas del grupo al que se dirige (Palmerín, 2003). El enfoque se basa en la utilización de un reducido número de personas en un grupo para influir en la mayoría.

Siguiendo esta argumentación el/la mediador/a será un/a alumno/a que debe reunir una serie de características personales (posición estratégica que le otorga reconocimiento de sus iguales, sensible a las necesidades y problemas, capacitado para recibir formación....) convirtiéndose en un/a potencial agente de cambio.

Sin perder de vista lo anterior, partimos de la base de que todos/as los/as alumnos/as son potenciales mediadores/as, en la medida que serán capaces de influir en su entorno, de una manera o de otra. Esto permitirá: empoderar a las personas, potenciar el compromiso y la responsabilidad, ver el conflicto como un hecho cotidiano además de una oportunidad de aprendizaje y, finalmente, como una técnica que potencia la comunicación.

La acción de mediación se realizará mediante dos herramientas metodológicas: el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y el Aprendizaje- Servicio (APS).

El ABP es un método basado en la utilización de problemas como punto de partida con el fin de lograr la adquisición de nuevos contenidos y competencias (Barrows, 1986) y que aporta múltiples ventajas: aumenta la motivación, integra escuela y realidad, permite el aprendizaje colaborativo, atiende a la diversidad e incrementa habilidades, entre otras.

Su desarrollo será en las aulas de referencia y tiene un proceso que, aunque sencillo, requiere de planificación previa:

1. Se presenta el problema que tenga vinculación con la realidad.
2. Se identifican las necesidades para su resolución.
3. Se localiza/ aporta la información necesaria.
4. Se resuelve el problema y/o se identifican otros nuevos.

La elección de esta metodología no responde a un capricho. Las fases para su puesta en práctica pueden definir a los/as potenciales mediadores/as en los distintos grupos, ya que la regulación del proceso corresponde a los/as alumnos/as y la persona responsable es una guía del mismo. De esta manera conseguimos un doble objetivo:

- Que sea el propio grupo, de manera espontánea, quien identifique a los/as posibles mediadores/as.
- Que sea un proceso de investigación que genere aprendizaje por descubrimiento, cuya regulación es interna.

La composición de los grupos será aproximadamente de siete personas y su formación heterogénea. Respecto a las tareas serán lo suficientemente motivadoras para conseguir el objetivo. Entre ellas se proponen:

- Análisis de casos-problema relacionados con historias reales que tengan como hilo conductor el consumo de alcohol y otras drogas, así como otros contenidos relacionados con la promoción de la salud.
- Análisis de datos, afirmaciones, mitos… que tras llevar a cabo el proceso ABP, se deduzcan si son o no verdaderos.

Tras la implementación de la metodología ABP y siguiendo una serie de indicadores de observación y evaluación de las tareas, se propondrán a los/as mediadores/as que, en definitiva, desarrollarán una práctica de Aprendizaje-Servicio (APS).

Según la definición realizada por la Red Española de Aprendizaje-Servicio, se trata de una "herramienta educativa mediante la cual los jóvenes aprenden para luego actuar sobre las necesidades reales del entorno con finalidad de mejorarlo"

En el caso que nos ocupa, los/as mediadores/as se comprometen en las tareas encomendadas en la mediación entre iguales y, de esta manera, pueden aplicar lo aprendido (conocimientos, competencias, valores) en su entorno más inmediato, donde se ha identificado una necesidad, con el objeto no sólo de sensibilizar, sino también comprometiéndose a mejorarlo.

Los posibles escenarios para poder realizar la práctica de APS son:

- El propio centro: crear un espacio mediador dirigido por los/as propios/as jóvenes, y tutorizado por la asesoría en salud, donde puedan darse opciones para la consulta.
- Espacios ajenos al centro: formados por los espacios de ocio que comparten con sus iguales además de otros medios donde los jóvenes pueden intervenir (asociaciones, entornos de ocio, centros jóvenes, clubs de fútbol, TICs).

Resumiendo:

- "A" (aprendizaje): a través de ABP en el aula y acciones formativas específicas para los/as mediadores/as.
- "S" (servicio): propio centro y espacios externos a él.

La evaluación contará con criterios e indicadores precisos para ambos métodos: número de horas de formación, tipo de demandas, número total de participantes, espacios, número de canales de información utilizados, segmentación de las demandas... y técnicas concretas de recogida de datos (contrastación entre el diseño y el desarrollo, sistemas de registro....).

Línea 3: La utilización de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación

Con la introducción de las TICs en la sociedad se ha producido un cambio brusco en la forma de transmisión de la información, en la forma de comunicarnos, en la forma de socialización, etc. Su irrupción las posiciona como un elemento más a tener en cuenta en las intervenciones, también en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

Los trabajos realizados por Juan del Pozo Irribarría y colaboradores (2008, 2009), muestran un elevado interés de los individuos, especialmente de los/as jóvenes, en el uso y manejo de las TICs. Los resultados obtenidos de estos estudios indican que la utilización de las TICs (envío de mensajes informativos sobre una droga en concreto), cambian la percepción del riesgo del consumo abusivo sobre dicha droga, pero no en un corto periodo de tiempo, ni en consumos ocasionales, ni sobre otros tipos de drogas. Otro dato observado en este estudio es el aumento de la percepción subjetiva que se tiene de uno/a mismo/a sobre si se está bien informado sobre las drogas.

Estos trabajos (Del Pozo, J. Ferreras, M. Pérez, L, 2008) sientan las bases de la necesidad de la utilización de las TICs, para la información y prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

Los objetivos son:

- Incorporar las TICs como una herramienta de intervención en la prevención de las drogodependencias en los centros educativos.
- Amplificar la información a la mayor cantidad de población posible.
- Fomentar la comunicación sobre temas concretos, sin sustituir el factor de protección que representa la relación personal.
- Facilitar una sólida base informativa sobre el alcohol y otras drogas y las conductas de reducción del riesgo, aportando un diseño que permita que la información esté disponible de manera fluida.

Si bien su introducción viene determinada por su uso social, tienen una serie de rasgos que las hacen imprescindibles: es un factor capaz de motivar, inhibe trabas iniciales, aumenta la motivación y la implicación de los actores, con capacidad de influencia y participación.

Los instrumentos serán los siguientes:

- *News:* se enviarán de forma mensual, con contenidos de calidad y relevantes relacionados con la formación realizada en el resto de las líneas de actuación. Supondrá una herramienta de análisis de impacto, ya que podrá medirse el número de personas que la han visto, si han consultado enlaces insertados, tiempo de permanencia...

- *Espacio web:* con un acceso desde la web del instituto, donde se publicarán las news, noticias de interés, enlaces, artículos, acciones que se van a desarrollar, cursos formativos....
- *Whatsapp:* con un teléfono propio para el Proyecto, que será dirigido por el asesor en salud y funcionará a modo de consultoría continuada para toda la comunidad educativa.
- *Mail:* se dispondrá de una dirección de correo propia para posibles consultas, demandas, sugerencias...

Al surgir la herramienta de las TICs como elemento mediador y de comunicación de todas las estrategias, estará presente en la evaluación de las estrategias:

- Ofrece una amplia gama de respuestas y entornos.
- Se puede cuantificar automáticamente.
- Aportará medidas en la evaluación formativa y sumativa, dentro del medio cautivo (centro escolar) como fuera de este.

Como ejemplo de indicadores: número total de news enviados, personas que lo han visto (segmentación por tipología de las más visitadas, temporalidad), contenidos colgados en web (por temática, elaboración, edad), número de comentarios realizados, whatsapp recibidos/ enviados, consultas realizadas...

3.2. LA INVESTIGACIÓN

No se debe de perder la perspectiva de que, en definitiva, se trata de la realización de un estudio evaluativo sobre los resultados y la eficacia de la estrategia preventiva implementada en el centro educativo, y a la que se ha hecho referencia en los apartados anteriores.

De lo expuesto anteriormente, se derivan las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis general:

¿La aplicación de un plan de acción basado en el asesoramiento, mediación entre iguales y utilización de las TICs, en los centros escolares

puede ser eficaz como herramienta preventiva para el consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes?

Hipótesis específicas:

1. ¿La influencia de la figura de asesor en salud, en el contexto escolar, puede disminuir el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes?
2. ¿La figura del mediador/a puede ser suficiente para reducir el consumo de alcohol y otras drogas entre sus iguales?
3. ¿La utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs), pueden influir en el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes?

De las hipótesis planteadas se derivan los siguientes objetivos.

Objetivo general:

Investigar si es realmente eficaz la aplicación de una herramienta de trabajo, en los centros educativos, que implique asesoramiento a los/as adolescentes, intervención de un mediador/a sobre el consumo de alcohol y otras drogas, para prevenir su consumo.

Objetivos específicos:

1. Investigar si la existencia y la influencia de un asesor en salud, en los centros educativos, puede ser suficiente para observar una disminución del consumo de alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes.
2. Investigar si la creación de la figura del mediador/a, puede ser suficiente para reducir el consumo de alcohol y otras drogas entre sus iguales.
3. Investigar si la utilización de las TICs puede influir en el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes.

Para este estudio piloto se utilizará una metodología de investigación experimental, donde se analizará la influencia de las variables independientes (asesor en salud, mediador/a de iguales y utilización

de TICs), sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes (variable dependiente). Además de estas variables dependientes, también se tendrán en cuenta las variables de género (hombre/mujer), la diversidad del alumnado (funcional, cultural e intelectual) y la situación de vulnerabilidad de los alumnos (si están o no en situación de vulnerabilidad).

Es importante señalar que habrá dos grupos diferenciados:

- El grupo control: aquel en el que no se implementará la estrategia preventiva.
- El grupo experimental: aquel en el que se intervendrá, con un total de 110 alumnos/as de 2º y 3º del IES Batalla de Clavijo durante dos años consecutivos (por lo que el segundo curso serán los mismos, pero en 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria, respectivamente).

A ambos grupos se les pasará un pretest (al inicio) y un postest (en el tramo final) con la intención de analizar estadísticamente los efectos de las variables sobre los niveles basales de consumo.

3.3. PARÁMETROS A CONTEMPLAR EN EL ESTUDIO

Completada la descripción del Proyecto, es necesario considerar los siguientes marcos explicativos a la hora del diseño, análisis y evaluación del mismo:

Se han señalado:

- La variable género.
- La accesibilidad: entendida como diversidad.
- La existencia de alumnos en situación de vulnerabilidad.
- El carácter secuencial de las actuaciones.

Todas ellas están incorporadas en las tres líneas de actuación y en la propia investigación, como indicador a medir y evaluar.

Brevemente pasaremos a definir cada una de ellas:

La variable género

En términos generales no se trata del desarrollo de una estrategia con un sesgo de género aunque se incluye en el planteamiento como una variable importante a tener en cuenta, tanto en el diseño de las actuaciones como en su evaluación.

Tener presentes las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológico y social que condicionan las motivaciones en los consumos, los patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias, responde a la necesidad de aportar datos cuantitativos sobre (Sánchez Pardo, L. 2012):

- Los factores asociados a motivaciones que llevan a los/as adolescentes a iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas y a mantener dichos consumos.
- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad frente a los consumos y situaciones de riesgo.
  - Mujeres y hombres se encuentran en diferentes situaciones de vulnerabilidad frente al consumo del alcohol y otras drogas y los riesgos asociados al uso de estas, también respecto a los mensajes emitidos. De manera que el programa preventivo debe tener e incidir en los factores de riesgo y protección que influyen.
- Los factores que determinan la efectividad de las estrategias preventivas con los/as adolescentes, abordando el género de forma contextualizada a la edad, ya que condiciona los roles en que han sido socializados.

La accesibilidad, la diversidad de los alumnos

Teniendo en cuenta que los centros escolares se caracterizan por ser heterogéneos, la perspectiva de atención a la diversidad resulta de obligado análisis.

Para ello habrá que tener en cuenta, en todas las estrategias que se proponen y en su diseño, desarrollo y evaluación, la accesibilidad del alumnado diverso, distinguiendo:

• Diversidad funcional: acuñando el término propuesto por el Foro de Vida Independiente (2005), viene a resaltar que en la sociedad existen personas con capacidades o funcionalidades diversas o diferentes entre sí.
• Diversidad cultural: refiere a la convivencia e interacción entre distintas culturas, rasgo característico de los centros escolares en nuestra ciudad.
• Diversidad intelectual: referidas a las distintas capacidades que poseen las personas.

Atendiendo a esta tipología, la atención a la diversidad debe ser un continuo del proyecto en cada una de las fases, ya que supone, además de un principio de actuación, articular las estrategias propuestas para adaptar la intervención preventiva teniendo en cuenta las diferentes capacidades, ritmos y estilos de aprendizaje, motivaciones e intereses, situaciones sociales, culturales, lingüísticas y de salud del alumnado. Para ello:

- Se deben analizar los documentos del centro, concretamente el Plan de Atención a la Diversidad (PAD).
- Si es necesario adaptar metodología y materiales, objetivos y contenidos.

La consideración de la existencia de alumnos/as en situación de vulnerabilidad

En estos momentos, la primera aproximación (Servicios de Dinamización Comunitaria, junto con otras entidades, está en los Grupos de Trabajo de la "Acción 5: Prevención para menores en situación de vulnerabilidad, del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016) es entender por adolescentes vulnerables a aquellos/as en los que confluyen determinadas situaciones y características que determinan una falta de herramientas de protección ante los consumos de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo e interacción con el entorno y sus iguales.

Repasando la bibliografía, hemos caracterizado el riesgo o la vulnerabilidad en función de:

- Mayor vulnerabilidad por las situaciones socioculturales en las que están inmersos/as, es decir, los entornos sociales en los que se están socializando. En este grupo podría incluirse:
  - Entornos de alto riesgo.
  - En conflictos sociales o en exclusión.
  - Implicados en actividades delictivas, con causas judiciales en curso o cumpliendo algún tipo de medida penal.
  - Alumnos de minorías étnicas.
- Mayor vulnerabilidad por cuestiones estructurales, ajenas a su competencia y control:
  - Ausencia de referentes positivos donde compararse.
  - Menoscabo de necesidades básicas.
  - Fracaso escolar (efecto pigmalión).
  - Bajas expectativas de futuro.
- Mayor vulnerabilidad por sus características personales:
  - Bajo autoconcepto y autoestima.
  - Falta de competencias: habilidades sociales y toma de decisiones.
  - No resistencia a la presión grupal.
  - Perspectiva de género.
  - Perspectiva de la diversidad.

El foco de atención en la respuesta a esta cuestión debe estar en la presencia o ausencia de factores protectores en los adolescentes y sus entornos. Así un/a adolescente se encuentra en situación de riesgo y, por lo tanto, de mayor vulnerabilidad ante el consumo de alcohol y otras drogas, cuando tienen múltiples características de riesgo y escasas condiciones de protección.

Desde esta perspectiva, la intervención desde los espacios educativos se plantea como objetivo fundamental minimizar los factores de riesgo, pero sobre todo fortalecer lo máximo posible los factores de protectores.

El carácter secuencial de las actuaciones

El proyecto piloto exige que las observaciones, registros y tratamiento de la información se evalúen a medida que se van implementando las estrategias, no sólo depende de un resultado final.

Una variable importante a tener en cuenta es que el estudio se focalizará en los/as mismos/as alumnos/as durante dos años académicos consecutivos. De cara al diseño y ejecución del estudio evaluativo los sujetos del grupo experimental y del grupo control, se examinan y se incorporan a los resultados obtenidos hasta el momento.

A pesar de que este carácter secuencial, es decir, un itinerario planeado a priori, no podemos olvidar que el método y las estrategias se deben adaptar a las particularidades de aquello que se pretende estudiar, lo cual implica un diseño de la investigación. Así, la formulación del proyecto y su implementación corresponden a fases distintas y separadas, en donde la primera describe a la segunda.

Asimismo, se contempla el carácter circular de los contenidos atendiendo a los distintos niveles de abstracción de los/as alumnos/as.

Conclusiones

Retomando el objetivo general apuntado, el Proyecto "Versus" ansía convertirse en una herramienta que oriente las futuras intervenciones en el marco de la prevención de los consumos de alcohol y otras drogas. Un reto importante que exige:

- Coherencia: unificando criterios de actuación y una formación significativa y armonizada.
- Participación: considerando a toda la comunidad educativa como agentes de cambio y transformación.
- Innovación: implementando metodologías innovadoras

y adaptadas a las particularidades de los grupos, reforzando conocimientos y promocionando las competencias, situando como punto de partida sus intereses y necesidades.

- Información: comunicando a todos los agentes las actuaciones previstas.
- Global e integral: atendiendo a todos los ámbitos relacionados con la salud.
- Investigación: usando el método científico para la validación de la eficacia de la estrategia.

Esperamos compartir dentro de dos años los resultados de este Plan de Acción.

Bibliografía

Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P. & McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development,* 76, 747-760.

Arbex , *C. Menores vulnerables y consumos de drogas: el espacio socioeducativo.*

Arteaga, I., Chen, C.C., y Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review, 32,* 1108-1120.

Balda, M.L., Miranda, M.A. (Coordinadores) (2012). *Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención.* Logroño. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones.

Barca, A., Otero, J.M., Mirón, L. y Santurum, R. (1986): Determinantes familiares, escolares y grupales de consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología,* 25, 103-109.

Calafat, A., Juan, M. y Becoña, E. (2007): *Mediadores recreativos y drogas: nueva área para la prevención.* Palma de Mallorca. IREFREA

Becoña, E. (2000). *Los adolescentes y el consumo de drogas.* Papeles del psicólogo, 77, 25-32.

Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Erraste, J. M. 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.

Del Pozo, J., Ferreras, M., Pérez, L. (2008): *Proyecto DROJNET. Cooperación Interregional Transfronteriza para el desarrollo de un Servicio de Información sobre las Drogas Interactivo y adaptado al Público Joven.* (Documento Interno de Resultados del Proyecto). Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Página web del proyecto: www.drojnet.eu

Becoña, E. (2003). *Manual de Psicopatología.* Mc Graw Hill, 493-530.

Becoña, E (2001): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Universidad Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre Drogas.

Eitle, D. (2005). *The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting.* Addictive Behaviors, 30, 963-980.

Fallu, J.S., Janosz, M., Brière, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F., y Tremblay, R. E. (2010). *Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors.* Addictive Behaviors, 35, 1074-1082.

Carballo, J. L. y col. *Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de alicante. Healths and Addictions,* Vol. 13 (2), 157-163.

Londoño, C. (2010). *Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios.* Anales de Psicología, 26(1), 27-33.

Fuentes, M.C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). *Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. Adiciones,* 23(3), 237-248.

Martín, A., García, A., Muñoz, J. M., Sánchez, C. y Hernándes, J. M. (2012). *Aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas como metodología de enseñanza-aprendizaje.*

Mc Leod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004). *Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies.* The Lancet, 363, 1579-1588.

Melero, J. C. (1989). *Acercamiento comunitario a la prevención del abuso de drogas.* Área de Drogodependencias de EDEX. Pedagogía Social, 71-90.

Monero, C. *Internet y competencias básicas. Este libro nos ayuda a ver en toda su amplitud la competencia digital.*

Myers, D. G. (2006). *Psicología.* Madrid: Editorial Médica Panamericana (7ª Edición).

VV.AA (2010). *La metodología del Aprendizaje Basado en Problemas.* Universidad de Murcia.

Observatorio Riojano sobre Drogas (2014): *Informe Encuesta Estudes 2012 La Rioja.* Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones.

Ruiz, F. y Ruiz-Risueño, A. (2011). *Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles.* Anales de Psicología, 27(2), 350-359.

Sánchez, P. (2012): *Intervenciones preventivas sensibles a la perspectiva de género.* Xunta de Galicia.

Secades, R., Fernández, J. R., Vallejo Seco, G., y Martín, E. (2005). *Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. Journal of Child and Adolescent Drug Abuse,* 14, 1-15.

Servicio de Innovación Educativa de la Universidad Politécnica de Madrid (2008): *Aprendizaje Basado en Problemas.* Madrid: UPM.

Torrecilla, J. M., Ugarte, A., Babín, F., Ordóñez, F. y Palmerín, A. (2006): *Manual de Formación de Mediadores Sociales.* Documentos técnicos del Instituto de Adicciones de Madrid.

Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., y Copello, A. G. (2005). *The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people.* Drug and Alcohol Review, 24, 93-109.

Webgrafía

@tic Revista D'Innovació Educativa www.uv.es/attic/

Risolidaria.org. (s.f). Factores de riesgo y factores de protección. Recuperado en septiembre de 2004 de:

http://www.risolidaria.org/canales/canal_drogadiccion/7_fenomeno/fenomeno1.htm.

Plan Nacional sobre Drogas. www.pnsd.msssi.gob.es/

Instituto Europeo de Estudios de Prevención http://www.irefrea.org/

Red Española de Aprendizaje-Servicio http://redaps.wordpress.com/que-es-el-aps

Proyecto de Prevención Selectiva e Indicada en Navarra II Plan Foral de Drogodependencias

Jesús Domínguez Iglesias [1]
Raquel González Eransus [2]

Resumen:

En sintonía con las últimas evaluaciones realizadas por el Observatorio Europeo de los Programas de prevención, el "Proyecto de prevención selectiva e indicada" del Plan Foral de Drogodependencias pretende potenciar la prevención selectiva e indicada desde estructuras y actuaciones normalizadas, que surgen de la organización de los servicios sanitarios, sociales y educativos de Navarra y de nuestra práctica en el desarrollo de la prevención. Nuestra propuesta consiste en que todas estas estrategias converjan con la oferta preventiva que se desarrolle desde los Planes Municipales de Adicciones, Centros Educativos y Entidades Sociales.

Las estrategias preventivas necesarias para la consecución de los objetivos tienen la finalidad de intensificar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, tanto de las personas como de los entornos en los que viven.

Hay evidencia científica suficiente para afirmar que los adolescentes que se inician muy temprano en los consumos tienen un mayor riesgo de implicarse en el consumo de drogas en etapas más avanzadas y que el consumo de drogas perjudica seriamente al menor física, conductual y psíquicamente. Esta realidad justifica intervenciones más protectoras del menor por parte de las Administraciones Públicas y de los adultos responsables de la educación del menor.

[1] Educador, Sección de Promoción de la Salud /Plan Foral Drogodependencias del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral. e-mail: jdomingi@navarra.es

[2]Socióloga, Sección de Promoción de la Salud /Plan Foral Drogodependencias del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral. e-mail: rgonzale@navarra.es

Palabras clave: Prevención selectiva e indicada, prevención ambiental, estrategias de intervención en drogodependencias, protección del menor frente al consumo de drogas, evaluación de las intervenciones.

Introducción

La evaluación del primer Plan Foral de Drogodependencias supuso la detección de una serie de necesidades en el área de prevención como es la insuficiente dedicación a la prevención selectiva e indicada por parte de los diferentes agentes (Programas Municipales de Drogodependencias, centros educativos, etc.), la necesidad de trabajo en red y la incorporación de mecanismos de evaluación para mejorar las intervenciones.

De la misma manera se identificó la necesidad de consensuar referencias teóricas sobre el fenómeno de las drogas y que nos ofrezcan principios y guías para el desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas.

En sintonía con las últimas evaluaciones realizadas por el Observatorio Europeo de los Programas de prevención, el "Proyecto de prevención selectiva e indicada" del Plan Foral de Drogodependencias pretende potenciar la prevención selectiva e indicada desde estructuras y actuaciones normalizadas, que surgen de la organización de los servicios sanitarios, sociales y educativos de Navarra y de nuestra práctica en el desarrollo de la prevención. Nuestra propuesta consiste en que todas estas estrategias converjan con la oferta preventiva que se desarrolle desde los Planes Municipales de Adicciones, Centros Educativos y Entidades Sociales.

Revisión de Modelos Teóricos de Intervención

Toda intervención socioeducativa debe basarse en un modelo teórico que asegure la coherencia de la intervención. Los modelos son una representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención.

Es innecesario e inadecuado optar por uno u otro de los modelos clásicos de intervención (clínico, servicios, programas o consulta). Se trata de optar por un modelo educativo integral de intervención, resultante de recoger las aportaciones de los distintos modelos que sean más adecuadas a nuestro contexto educativo y más coherentes con la concepción social de nuestro entorno.

Se define el modelo educativo integral como una intervención proactiva, que puede ser indirecta (fundamentalmente) o directa (con el menor cuando sea necesario), dirigida a toda la población de menores en riesgo con énfasis en el desarrollo personal y comunitario, y que está basada en el enfoque constructivista de los procesos de enseñanza y aprendizaje del comportamiento social, teniendo en cuenta el sujeto (intervenciones sobre todo indirectas a través de las familias y centros educativos) sobre el que se quiere intervenir, la sustancia consumida (tipo de sustancia, patrón de consumo, etc.) y contexto (reducción de la disponibilidad y accesibilidad).

Este enfoque teórico supone hacer más hincapié sobre la prevención en todas las etapas del consumo, incluso en los más problemáticos. Apostando por estrategias preventivas universales, selectivas e indicadas, en detrimento de intervenciones clínicas-asistenciales.

Proyecto de Prevención Selectiva e Indicada

Objetivos

En línea con los objetivos definidos en el II PFD este proyecto pretende: el no consumo, retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, disminuir su prevalencia, reducir los usos problemáticos y disminuir los daños y consecuencias negativas de este fenómeno. Contribuyendo además al cumplimiento de los compromisos de la *Ley Foral 15/2005 de 5 de Diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia* de limitar el acceso a los menores a medios, productos y actividades perjudiciales para su desarrollo integral, así

como la prevención del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas en menores.

Principios Rectores

El abordaje de este fenómeno debe realizarse desde una perspectiva global, asumiendo y compartiendo la responsabilidad de atención y protección de los menores las administraciones públicas y la sociedad en su conjunto.

Las medidas que se adopten y mecanismos de que se dote este proyecto para el cumplimiento de sus objetivos deberán llevarse a cabo bajo los principios de coordinación y colaboración así como con la necesaria participación social.

Las intervenciones de prevención selectiva e indicada deberán seguir criterios de actuación homogéneos consensuados y comúnmente aceptados por todos los niveles y servicios.

Al PFD le compete liderar, orientar, asesorar, evaluar y subvencionar todas las actuaciones que se ejecuten para el buen desarrollo de este proyecto. Del mismo modo, la actuación del PFD tendrá carácter subsidiario respecto a las actuaciones que correspondan a padres, tutores, profesores y otros departamentos de la administración pública de Navarra como responsables de asegurar la protección del menor respecto al consumo de drogas.

El menor no es un adulto. Por lo tanto las líneas de prevención, tratamiento y reducción de daños diseñadas para adultos no son de aplicación para menores y adolescentes1

El menor no es sólo sujeto de derechos sino también de deberes : estudiar durante la enseñanza obligatoria para contribuir a su formación y al desarrollo de su personalidad, asumir y cumplir deberes, obligaciones y responsabilidades inherentes a la titularidad de los derechos que le son reconocidos. La responsabilización y cumplimiento por el menor de sus deberes constituye el mayor factor de protección frente a los consumos.

El menor no es un adulto sino un sujeto de protección legal y educativa respecto a los consumos de drogas. La protección implica: una postura familiar de no aceptación del consumo, el centro educativo debe conseguir ser un centro libre de drogas y una regulación legal y normativa que proteja al menor frente a los consumos y de ambientes favorecedores. Un adolescente por sus características física y psicológicas propias de su edad y su falta de experiencias acumuladas y superadas con éxito le hacen especialmente vulnerable a los consumos de sustancias tóxicas.

Es una máxima de este proyecto y los programas que de él surjan la detección precoz, para poder establecer intervenciones proactivas y tempranas. Todos los programas deberán ir precedidos de un diagnóstico que permita detectar grupos en situación de riesgo y necesidades específicas de estos grupos, así como herramientas de evaluación que permitan evaluar el proceso de intervención, ajustando objetivos y actuaciones.

Estrategias para la intervención

Para la eficacia y eficiencia del proyecto y sus programas, las intervenciones diseñadas deberán:

- Consensuar y aunar criterios de actuación.
- Delimitar las responsabilidades de cada agente interviniente.
- Detección precoz en tres ámbitos: Escolar, Familiar y Comunitario.
- Intervención fundamentalmente indirecta con familias, centros escolares y comunidad y directa, con el menor, cuando sea necesario, menores pertenecientes a grupos de riesgo, pero siempre entendida como una prolongación de la acción preventiva indirecta.
- Coordinación entre los distintos organismos: Departamento de Educación, Políticas Sociales, Salud y Administración Local.
- Trabajo en red. Los profesionales de CCEE, SSB, ONG.
-Definir los grupos de riesgo prioritarios de intervención preventiva

Grupos diana y detección precoz

Siguiendo los criterios establecidos en la ley foral 15/2005 este proyecto y las actividades que de el surgieran se aplican a los menores con edades comprendidas entre los 12 y 18 años y que, además, por diferentes motivos pertenecen a los grupos que se definen en base a los siguientes factores de riesgo : psicosociales, demográficos, biológicos y genéticos.

Los grupos de riesgo prioritarios de intervención preventiva son:

Prevención Selectiva:
Problemas escolares, TDH y aquellos que contravienen la norma (consumo, trapicheo, acudir al aula bajo los efectos del consumo de sustancias).
Jóvenes no escolarizados en edad de estarlo.

Prevención Indicada:
Jóvenes que consumen esporádicamente.
Jóvenes con consumos consolidados.
La detección precoz se realiza desde tres ámbitos: Escolar, Familiar y Comunitario.

Actitud de los adultos

Un menor no puede tener ni tiene como derecho reconocido la capacidad de decisión de consumir drogas. El niño y adolescente tienen derechos reconocidos a ser respetados por los adultos, pero éstos tienen la obligación de educarle, de procurar que alcance la madurez y pueda desarrollar una vida adulta digna. Para ello deben hacer lo posible para poner a los jóvenes en condiciones de que sean capaces de actuar como personas libres y responsables protegiéndoles de posibles consumos.

Es cierto que las drogas han existido y existen hoy en día y que debemos aprender a convivir con ellas. Pero también es cierto que los adolescentes que se inician muy temprano en los consumos tienen un mayor riesgo de implicarse en el consumo de drogas en etapas más

avanzadas y que el consumo de drogas perjudica seriamente al menor física, conductual y psíquicamente. Desde esta doble visión y análisis parten diversas actitudes y estrategias diferentes en el abordaje y prevención de consumos de drogas de los adolescentes.

Por un lado, estará una línea de trabajo que considera al menor como sujeto con derecho a consumir drogas y por lo tanto la estrategia de trabajo estará en respetar ese derecho e informarle de los perjuicios del consumo, la necesidad de un uso responsable y la reducción de riesgos y daños.

Por otro la lado tenemos la línea que considera al menor sin derecho a consumir y las estrategias de trabajo están fundamentalmente orientadas al menor con actividades de información, talleres de habilidades sociales para capacitar al propio menor en su relación con las drogas.

Estas dos líneas de trabajo aunque proponen también intervenciones indirectas con padres y profesores se sustentan sobre todo con intervenciones directas sobre el menor y dirigidas por profesionales "especialistas". Hay varias razones para considerar inadecuadas estas líneas de trabajo, 1) la incidencia de estas intervenciones de especialistas sobre el menor es muy reducida, 2) no integran el potencial que tiene la comunidad como agente preventivo, 3) genera entre los demás agentes educativos (familias, profesorado, agentes sociales, responsables políticos) una actitud pasiva respecto a la problemática que nos ocupa.

Una tercera línea de trabajo sería aquella que no reconoce el derecho a consumir y la necesidad de protegerlo frente al uso y tráfico de drogas, su objetivo será el no consumo, retrasar la edad de inicio y reducción de riesgos y daños solamente en el caso de consumos consolidados.

La estrategia de trabajo será no tanto orientada al menor, que seguirá existiendo cuando sea necesario (grupos de riesgo) y entendida como una prolongación de la acción principal indirecta a desarrollar con los demás agentes sociales, sino sobre todo dirigida a la actitud de los adultos responsables de proteger al menor del acceso y uso de drogas.

Es esta última estrategia la que constituye la fundamentación de este proyecto y sus programas.

Agentes que intervienen

Las intervenciones de prevención se desarrollan a través de dos tipos de agentes según éstos sean primarios, o secundarios de acuerdo a la proximidad que guardan con respecto al menor y por el grado de relevancia para el buen desarrollo de la intervención.

Primarios: *Familia*, como principal agente de prevención y actuación; *Centros Educativos* (CCEE) detección, diagnóstico, intervención y derivación; *Planes Municipales de Drogas* (PMD) detección, diagnóstico, coordinación y seguimiento del caso en todo el itinerario diseñado y Profesionales del *Departamento de Política Social* y de Asistencia Sanitaria responsables de la aplicación de la Ley 15/2005 de protección del menor, que atienden a menores con consumos (prevención indicada).

Secundarios. *Profesionales de ONGs*: Trabajo con la familia siempre en caso de que se incorporen a Programas Especializados (de lo contrario siempre serán los Programas Municipales de Drogodependencias) y el resto de actividades Apoyo Escolar y Ocio y Tiempo Libre. El voluntariado jugará un papel destacado en el desarrollo de actividades de apoyo escolar y de ocio y tiempo libre. *Centros de Salud de Atención primaria,* prevención con familias y detección.

Programas

Este proyecto pretende servir de fundamentación para el diseño de los siguientes programas:

1. Programa de coordinación
2. Programa de prevención ambiental
3. Programa de intervención con familias
4. Programa de intervención en el ámbito escolar
5. Programa de apoyo escolar
6. Programa de ocio y tiempo libre

La combinación de dos o más programas mejora la eficiencia de las intervenciones. Así mismo cuanto mayor es la problemática más necesaria es la combinación/implementación de distintos programas.

Actividades de intervención

Dentro de estos programas, las actividades que se desarrollen deben cumplir una serie de características:

- Ser específicas, es decir, que de una forma clara, concreta y explícita traten de influir en el consumo de sustancias.
- Se realizarán preferentemente en contextos de la vida cotidiana: familia, centros educativos y, ocio y tiempo libre.
- Serán continuadas y deberán mantenerse hasta la incorporación del menor a actividades normalizadas.
- Serán complementarias.
- Estarán dirigidas a poblaciones diana claramente definidas.
- Deberán incorporar contenidos transversales adaptados a las necesidades de cada grupo (habilidades para la vida, resolución de conflictos, etc.)
- Todas las actividades se realizarán en red, teniendo muy claro qué tipo de intervención hay que realizar, en qué momento y quién debe realizarla.
- Todas las actividades deberán poder ser evaluadas mediante métodos cuantitativos y/o cualitativos.

Nivel de desarrollo del proyecto

El proyecto y sus programas están en la fase de implementación. El proyecto se inició en el año 2012 y se prevé finalizarlo en el año 2016. A continuación se describen las actuaciones que se están desarrollando, y otras pendientes, en las distintas áreas de actuación.

1. Fijar criterios de aceptación homogéneos y comúnmente aceptados entre todos los niveles y servicios que actúan en relación con la prevención de consumos de drogas en Navarra:

-Elaboración de los siguientes documentos:

A) Programa Familia
Guía de Familia: "Ayudar a hijos e hijas frente a las drogas. Guía para familias" "Seme-alabei drogen arloan laguntzea. Familientzako gida".
Guía para profesionales que intervienen con familias (en elaboración)
B) Programa de coordinación: "Proyecto de Prevención Selectiva e Indicada".
C) Programa Apoyo Escolar: "Guía de apoyo escolar desde los Servicios Sociales de Base" (en elaboración).
D) Programa de Ocio y Tiempo Libre: "La prevención del consumo de drogas en adolescentes en situación de riesgo en el ocio y tiempo libre. Guía para técnicos de prevención".
E) Programa de Intervención: "Documento para el diseño de talleres específicos de prevención de consumo de drogas" (en elaboración).

-Revisión de todos los documentos generados por profesionales de distintas áreas y servicios que intervienen en la prevención de drogas.
-Redacción de documentos definitivos.
-Presentación y distribución de los documentos.

2. Programa de Prevención Ambiental:

Modificación Ley Alcohol y menores. Existe una Ley Foral 10/1991, de 16 de marzo sobre prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicos por menores de edad. Regula las limitaciones a la venta y en la publicidad que no recoge en su articulado dos nuevas realidades surgidas posteriormente que fomentan el consumo de alcohol como son los txokos, bajeras, piperos y botellón, ni tampoco su articulado recoge consumo de otras sustancias tóxicas e ilegales.

Modificación en el ámbito educativo. Decreto Foral 47/2010, de 23 de agosto, de derechos y deberes del alumnado y de la convivencia en los centros educativos no universitarios públicos y privados concertados de

la Comunidad Foral de Navarra y una Orden Foral 204/2010, de 16 de diciembre, por la que se regula la convivencia en los centros educativos no universitarios públicos y concertados en la Comunidad Foral de Navarra. No recoge el concepto "Centros libres de drogas" (trapicheo, consumo, acudir bajo los efectos de las drogas), ni estrategias proactivas para el abordaje de los consumos en los centros educativos.

3. Estrategias de Intervención

Desarrollo y cierre de las dos experiencias piloto: Centros Educativos y Comunitaria.

4. Familia

Distribución de la Guía a todas las familias.

Trabajo con las familias con hijos en situación de riesgo y consumo de drogas.

5. Coordinación

Desde el Plan Foral de Drogodependencias se potenciará la coordinación con Entidades Sociales, Planes Municipales de Drogas y Centros Educativos, estableciendo prioridades de programas y actividades.

Además se fomentará la coordinación con: otras entidades u organismos de la Administración; las distintas policías para el cumplimiento de la Ley y normativas existentes, Salud Mental, Políticas Sociales y Departamento de Educación

6. Trabajo en red

Implantación por zonas básicas de los programas prioritarios y fomento del trabajo en red entre SSB, Centros Educativos, familias y recursos especializados.

7. Evaluación

Si bien la evaluación se asocia con la verificación de los logros y resultados de una determinada intervención, ésta también cumple

una función de diagnóstico, aportando claves para establecer la naturaleza y extensión de los problemas a los que deben hacer frente los programas de prevención, para identificar la población diana, para comprobar si los programas y actividades se implementan en la práctica con otros programas y actividades ofertados por otras entidades, o para conocer si las intervenciones diseñadas cubren los objetivos previstos bajo criterios de eficiencia y eficacia. Además se tratará de evaluar el impacto del proyecto y sus programas.

El programa de prevención selectiva e indicada que se ha descrito y que se desarrollará durante el año 2012-2016 cuenta con mecanismos de evaluación continua (revisores externos de los productos e indicadores de cumplimiento de objetivos).

---

[1]Ley Foral 15/2005 de 5 de Diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia.

[2]Ley Foral 15/2005 de 5 de Diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia. Las medidas contempladas en esta ley se aplicarán a los menores que tengan su domicilio o se encuentren transitoriamente en la C.F. Navarra sin perjuicio de las facultades que pudieran corresponder a otras administraciones. Se entenderá por menor a quien tenga una edad inferior a la mayoría de edad establecida en el código civil, siempre que no haya sido emancipado o no haya alcanzado la mayoría de edad en virtud de lo dispuesto en la ley que le sea aplicable. Se entiende por infancia el periodo de vida comprendida entre el nacimiento y la edad de 12 años. Se entiende por adolescencia el periodo de vida entre la edad de 12 años y la mayoría de edad de 18 años.

[3]Factores de riesgo demográficos tales como edad, género, situación socioeconómica, y lugar de residencia; psicosociales tales como uso y abuso de sustancias, falta de vinculación con la escuela por parte de la familia y fracaso escolar; biológicos y genéticos tales como una predisposición genética para el consumo abusivo de la sustancia; y ambiental tales como comunidades desorganizadas, con escasez de recursos y servicios a la comunidad, barrios donde se concentra el tráfico y consumo de sustancias, etc.

“Expulsados”. Cómo cambiar una medida sancionadora por una intervención socioeducativa.

Silvia Valiente Gómez y J. Antonio Carballo Velasco [1]

Resumen:

“Expulsados” es un proyecto de intervención socioeducativa con alumnos de educación secundaria obligatoria que son expulsados del centro por acumulación de amonestaciones, mala conducta, absentismo… Este proyecto propone al alumno y a su familia una intensa intervención durante el tiempo que dura el período de expulsión y que continúa el resto del curso. Con un abordaje sistémico se pretende actuar sobre las causas que provocan el fracaso escolar, conflictividad familiar, ausencia de expectativas… entendiendo su mal comportamiento como una manifestación de tristeza, sufrimiento o mecanismo adaptativo.

Palabras clave: fracaso escolar, conducta disruptiva, resiliencia, intervención socio educativa.

[1] Correspondencia:
Asociación Pro-Infancia Riojana (APIR)
proyectos@apir.es

"Expulsados". Cómo cambiar una medida sancionadora como una medida educativa

En enero de 2012, la Asociación Pro-Infancia Riojana, APIR, en colaboración con el IES Sagasta de Logroño, decide poner en marcha *el Proyecto de intervención socio educativa con adolescentes con fracaso escolar y conducta disruptiva, Expulsados.* Una experiencia piloto en la que se quería poner a prueba una nueva forma de afrontar el problema de las expulsiones repetidas en determinados alumnos. Se trataba, por tanto, de un recurso que permitía una intervención con los alumnos que son objeto de una medida disciplinaria y expulsión del centro, sustituyendo esta medida sancionadora por una medida socioeducativa.

Este proceso de creación e implantación de Expulsados ha sido largo y laborioso, puesto que ha sido necesario crear un engranaje donde tutores, orientadores, padres, alumnos y técnicos tengan cabida. Era necesario movilizar a los distintos agentes en posiciones novedosas para algunos de ellos, ya que debían de pasar de un estado paciente y reactivo a ejercer un papel más proactivo, tomando conciencia de que, independientemente de que se sientan afectados por las conductas de estos alumnos, también podían desempeñar un rol educativo que superase la mera aplicación de medidas sancionadoras. Incluso cuando se hacía desde abordajes más familiares o se trataba de crear un espacio pseudoterapéutico, la epistemología seguía siendo la del *paciente-alumno conflictivo que tiene que cambiar.* En definitiva, se trataba de hacer una intervención sistémica en lugar de intervenir en colaboración con el sistema.

Las medidas disciplinarias que habilitaban la intervención consistían en expulsiones del centro por periodos de 3 a 10 días. Fue necesario diseñar y seleccionar técnicas de intervención ajustadas al plazo marcado por dichas medidas, seleccionar los indicadores de proceso, sistematizar una metodología y establecer los indicadores de resultados que nos permitieran la correcta evaluación del programa y confirmaran que nuestra actuación resulta lo suficientemente eficaz.

Pero, para tranquilidad del lector, no es esto lo que se va a contar aquí, porque la esencia de un programa está en su filosofía de intervención, en el posicionamiento del profesional frente a la familia y en como todo ello condiciona la aplicación de las técnicas utilizadas, porque la diferencia entre unos proyectos y otros no suele basarse en lo que haces, sino en cómo lo haces.

El programa Expulsados se enmarca en APIR, una entidad que mantiene una filosofía de intervención basada en dos principios fundamentales, el enfoque sistémico y el foco de intervención sobre los factores de resiliencia.

Una visión sistémica de la realidad del menor

La idea básica es comprender a la persona en su globalidad y concebir sus conductas como un diálogo con su entorno. Todos los sistemas de los que forma parte, con especial atención en su contexto primario, la familia, construyen esa realidad, por lo que, si se quiere modificar, habrá que movilizar a todos los protagonistas con el fin de construir otra en la que las diferentes narrativas incluyan un yo más adaptado y una visión del otro más positiva. El énfasis de la relación está puesto en las dinámicas e interacciones de los miembros de la familia y en sus procesos de comunicación. Esto descarta la idea de menor conflictivo al que hay que tratar, dirigiendo el foco a qué hace que este chico o chica se comporte de esta manera.

Por otra parte, es importante tener en cuenta otros contextos de los que forma parte el menor, ya sea la institución educativa o los propios servicios sociales, agentes a los que no hay que descartar como objeto de intervención, puesto que, en muchos de los casos atendidos, se encuentran muy involucrados en la vida de la familia.

La resiliencia

Cuando existe una descompensación entre los factores de desprotección y los factores de resiliencia, el alumno se encuentra en situación de riesgo y, en muchos casos, su entorno también se encuentra en este escenario de dificultad. En el ámbito familiar, se ve afectado el clima e incluso las relaciones; en la institución educativa, el curso regular de las clases y el consumo de recursos educativos dedicados al control y el orden.

APIR pone énfasis en aquellos aspectos que pueden ayudar a un menor (una familia) a superar una situación de dificultad. La experiencia, y cada vez más los estudios, avalan que trabajar directamente sobre aspectos de resiliencia incide en la disminución de los factores de riesgo y hace que la persona se sienta más capaz de superar las siguientes crisis vitales.

Muchos de los alumnos y alumnas que acuden al proyecto vienen con su historia "saturada de problemas" y el relato de sus vidas, el que ha sido construido de entre todos los posibles, no es el más deseable, ni siquiera por ellos. Es posible que ya hayan acudido a otros servicios o profesionales, exponiendo en varias ocasiones su versión más débil o problemática. Entendemos que ésa es sólo una parte de su historia, no su Historia, e intentamos rescatar otras versiones que nos hablen (les hablen) de sus capacidades y sus fortalezas. Nuestra labor es ayudarles a que descubran (que todos descubran) ese potencial y lo utilicen para escribir una narración más aceptable y que se experimenten a sí mismos como más competentes e integrados.

El marco de intervención

Incluir a todas las personas vinculadas al alumno o alumna y a todos los agentes implicados en la intervención, como antes se ha mencionado, forma parte del marco de actuación. Además, siguiendo la metodología característica de APIR, se amplía la intervención a otros espacios de

relación del menor, el local del proyecto, el centro escolar, la calle o sus lugares de ocio. Esta apertura permite al alumno o alumna entender que está en un proceso de cambio no parcializado que afecta, por tanto, a la globalidad de sus intereses y que incluye a todos sus adultos referentes.

La relación de confianza

Enseñar gozando, aprender riendo
(Fernández y Francia)

El vínculo que se establece entre el alumno o la alumna y el educador constituye el principal recurso de la intervención. Este programa une la peculiaridad que esa conexión ha de realizarse de forma rápida, casi instantáneamente. El alumno tiene que percibir que el educador le propone una relación clara, basada en la aceptación incondicional de la persona, no necesariamente de su conducta.

Se debe explicar en estos primeros encuentros que es una relación profesional, evitando el riesgo que el trato cordial, la cercanía o el cariño pueden suponer. En ocasiones llegan a ser entendidas como expresiones de amistad e incluso puede sentirse como suplantación de figuras parentales. En esta relación va a ser de gran importancia el sentido del humor como herramienta de intervención. Enseñarles a usar el humor es instruirlos en otra forma de enfrentar los acontecimientos cotidianos, sirve para aliviar las tensiones y controlar los conflictos modificando la perspectiva del problema y está demostrado que fomenta el autoconocimiento, la autoaceptación e impulsa la tolerancia a la frustración.

El sentido del humor es un instrumento pedagógico validado en numerosos estudios. El siguiente cuadro hace un repaso de sus múltiples funciones (Fernández, 2002).

Funciones	Contenidos
Función motivadora	Consigue despertar el interés y el entusiasmo. Fomenta la buena disposición ante las tareas
Función de camaradería y amistad	Ayuda a establecer relaciones sanas y correctas. Posibilita un clima de cordialidad y confianza. Refuerza y consolida lazos de amistad
Función de distensión	El humor y la risa funcionan como válvula de escape ante situaciones imprevistas o conflictivas. Ayuda a liberar la tensión acumulada. Ayuda a desdramatizar situaciones.
Función de diversión	Mediante el humor se experimentan sensaciones de alegría. Se goza en compañía de los otros. Se vivencia el placer de reír juntos.
Función defensiva	El humor se utiliza para defenderse de sus adversarios. Se consigue reír uno de sus propias faltas o dificultades antes de que lo hagan otros.
Función intelectual	Ayuda a desterrar los pensamientos distorsionados. Favorece el análisis de las situaciones teniendo en cuenta todos los elementos que la conforman. Ayuda a desarrollar la memoria y los procesos cognitivos.

Objetivos del programa

Si partimos de cualquier manual en busca del concepto de menor vulnerable se obtienen las características individuales de estos chicos y chicas:

- Escaso autoconocimiento.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Carencia de habilidades sociales.
- Motivación por impulsos…

Esta descripción, de innegable valor para la intervención, se puede encontrar en cualquier informe de derivación, pero el conocerlos de forma tan exhaustiva nos ha hecho caer en el error de centrar nuestra

atención en ellos, hasta el punto que hemos llegado a recibir un informe de 12 páginas de una niña de 13 años que no tenía una línea positiva, lo que te hace plantearte, qué ha podido hacer para tener un expediente tan largo con tan corta edad, mientras tus compañeros bromean sobre si es seguro quedarte a solas en una sala con esa persona. Bromas aparte, sorprende como olvidamos que los adultos somos los responsables de esa conducta. Un niño no se comporta mal por capricho; en la mayoría de los casos hemos comprobado que lo hacen como una manifestación de tristeza, sufrimiento o mecanismo adaptativo.

El chico o la chica que llega a la expulsión, hablamos de forma general, acumula un historial de fracasos y problemas. Su estado y el de su familia son de sufrimiento ignorado. Nos referimos con este concepto a la ausencia de bienestar que produce la conducta inadaptativa (disruptiva en la mayoría de los casos), el enfado permanente, la confrontación con todos, el estrés y nuevamente la vivencia de fracaso como padres, como hijo, como familia y como alumno.

La mayoría de los menores, y esta es una de las premisas del programa, no creen en sí mismos y, por tanto, no ven la necesidad de cambiar nada. "El secreto de tener un potencial enorme es creer en las capacidades propias. Sin embargo, el tener creencias limitantes sobre una persona o sobre uno mismo ante la menor dificultad o adversidad, provocará un bloqueo personal, una desmotivación progresiva y una actitud de pasividad latente".

La intervención en Expulsados se centra en lograr que en el espacio corto de los días de intervención el alumno o la alumna y su familia puedan sentir que puede haber un cambio que les permita que la historia de fracaso sea sólo una parte de su historia.

Los objetivos técnicos del programa son similares a los de cualquier programa de intervención, pero, cuando pretendemos explicarlos, utilizamos una de las técnicas de intervención más eficaces con menores, la narración:

Reflexiones de la vida. Asamblea de las herramientas.

Cuentan que las herramientas un buen día, se reunieron en asamblea plenaria, con la finalidad de arreglar sus diferencias.

El martillo ejerció la presidencia, pero la asamblea le notificó que tenía que renunciar ¿la causa? "Hacía demasiado ruido" y además se pasaba el tiempo golpeando. El martillo aceptó su culpa, pero pidió que el cepillo fuera expulsado también, debido a que siempre hacía su trabajo en la superficie y no tenía profundidad alguna.

El cepillo aceptó a su vez, pero pidió la expulsión del tornillo. Adujo que había que darle muchas vueltas para que sirviera para algo. Ante el ataque el tornillo aceptó también, pero a su vez pidió la expulsión del papel de lija. Hizo ver que era muy áspero en su trato y siempre tenía fricciones con los demás. Y el papel de lija aceptó, con la condición de que fuera expulsado el metro, que siempre se pasaba midiendo a los demás, con su medida como si este fuera perfecto.

En eso entró el carpintero, se puso el delantal y se fue a iniciar su trabajo. Utilizó el martillo, el cepillo, el papel de lija, el metro y el tornillo. Finalmente de la madera trabajada, salió un lindo mueble.

Cuando las herramientas quedaron solas, se reanudó la deliberación. Fue entonces cuando tomó la palabra el serrucho y dijo:

"Señores, ha quedado demostrado que tenemos muchos defectos, pero el carpintero trabaja con nuestras cualidades. Eso es lo que nos hace valiosos e importantes. Así que no pensemos en nuestras debilidades sino concentrémonos en nuestras fortalezas y aspectos positivos.

La asamblea encontró entonces que el martillo era fuerte, contundente y el cepillo suave y eficaz. Se dieron cuenta de que el tornillo tenía la habilidad de unir y dar fuerza, y el papel de lija era especial para afinar y limar asperezas.

También observaron que el metro era preciso y exacto. Se sintieron entonces un equipo orgulloso capaz de servir y producir diversos artículos y muebles de calidad.

Los chicos y chicas con fracaso escolar y con conductas difíciles o inadaptadas llevan colgada una etiqueta que los identifica, una etiqueta que les hemos puesto entre todos y que queda como una definición de su persona. No es Juan, el chico que se porta mal, es el malo. Quitar esa etiqueta, demostrarse a sí mismo y a los demás que eso sólo es una parte de su personalidad, que la puede dejar atrás si quiere, pero que él es mucho más que esa etiqueta es el objetivo de Expulsados.

Desarrollo del programa

En cuanto a aspectos más concretos de la metodología, las actuaciones que se llevan a cabo pueden agruparse en intervenciones individuales, grupales, familiares e intervenciones en el ocio.

Las intervenciones individuales están destinadas al conocimiento del menor por parte del educador para que el propio alumno o alumna acabe conociéndose a sí mismo. Tienen que ser entrevistas que combinen los momentos emotivos, en los que las cuestiones se centran en aspectos más intensos de la relación, con otros más distendidos donde afloren preferencias, gustos, expectativas y ambiciones.

La primera entrevista es la más importante, donde se establece el vínculo y donde el menor acepta, no porque lo haya firmado en un papel, el proyecto. En ocasiones, es la primera vez que expresan en voz alta sentirse mal con su situación, el deseo de otra vida diferente y el no tener ni idea de cómo lograrla. Hay quien a los 15 años ha llegado a pensar que eso no es posible. En estos contactos se marcan compromisos pequeños, de fácil consecución, siguiendo las técnicas de preguntas escala o milagro, y su logro invierte, por primera vez, su historia de fracaso, es el primer paso.

Intervenciones familiares que reduzcan la intensidad de la vivencia de sufrimiento o el enfado de todos los miembros de la familia que perciben este momento como una oportunidad que se han dado para hallar un planteamiento alternativo a la situación adversa.

Se va reconstruir su historia, buscar los elementos comunes y a utilizar cada uno de ellos como un hilo que teja una nueva relación entre los miembros, un entrenamiento de una nueva forma de relacionarse, de sentirse e incluso de mirase porque suele existir una percepción muy negativa de todo lo que le rodea a él o a ella y del sentimiento familiar.

Asimismo, se aborda la expectativa que la familia tiene del futuro del menor. Está demostrado que existe una relación entre el fracaso escolar y la importancia que para la familia supone el estudio y las expectativas de vida que proyecta en el hijo o hija. En estos casos, esa esperanza de un futuro mejor, habitual en los padres, ha ido desapareciendo, por lo que habrá que ir reconstruyéndola nuevamente. En los hijos o en las hijas, la posición suele idealizar su visión de futuro; unas dosis de realismo suelen ser necesarias para aterrizar las expectativas.

Apoyo escolar; con una función de intervención y motivación, se intenta recupera las ganas de aprender, que junto a la curiosidad, son innatas en el ser humano. Este apartado se hace en completa colaboración con el tutor escolar, quien proporciona un material adaptado para el alumno y con una dificultad relativa para que pueda realizarlo, entendiendo que se está esforzado, pero no demasiado complicado que lo desanime. Les resulta gratificante volver al centro con los deberes hechos, primer punto de la recuperación en la relación entre el alumno y profesor.

En esta área se realiza una dinámica en la que uno de los chicos o chicas tiene que explicar a sus compañeros un tema de una materia escolar. La inversión de los términos, ser profesor por un momento, proporciona mucho material para debatir, se ven con los ojos del otro, comprenden lo complicado que es la docencia y algunos llegan a disculparse con su tutor.

Intervenciones en el ocio. Participación en la Comunidad.

Puedes descubrir más de una persona en una hora de juego que en un año de conversación

(Platón)

Estos dos principios definen nuestra forma de plantear las intervenciones, pero, teniendo en cuenta que la población a la que nos dirigimos es infancia y adolescencia, se van a aplicar en el medio menos intrusivo posible, procurando la afectación mínima y evitando la victimización secundaria. Por lo tanto, el juego y el ocio son considerados como herramientas fundamentales de intervención.

El juego es la actividad más importante, se juega para divertirse, para aprender y para expresarse; es un magnífico termómetro de su salud mental y emocional. En los alumnos y alumnas expulsados sus actividades de ocio suelen ir ligadas a conductas de riesgo. Abandonan la infancia no por el desarrollo evolutivo y madurez sino para seguir al grupo de iguales, buscando fuera un reconocimiento y posición social.

En este proyecto se trata de encontrar con el menor espacios donde pueda desarrollar su "yo" positivo; actividades de participación o voluntariado que favorezcan la autoestima, el autoconcepto, la empatía, la solidaridad y la pertenencia. En estos lugares, el menor sí cuenta y está rodeado de referentes positivos, con un marco seguro que puede permanecer cuando la intervención haya finalizado.

En la actualidad trabajamos con asociaciones de animales donde los chicos reconocen y se indignan con la injustica de aquellas personas que han tratado mal a un perro, un caballo o un gato. Identifican el abuso y se colocan de parte de la víctima. En las actividades deportivas se obtiene la colaboración y el trabajo en equipo, el rugby está dando buenos resultados porque posibilita descargas de agresividad controlada. Con niños pequeños, en el hospital o en las guarderías, perciben la admiración de los pequeños porque saben contar cuentos, cantar o bailar. Supone un refuerzo positivo de gran calibre al que se une el agradecimiento de los padres y el reconocimiento de los centros que visitan. Aquí se une un aspecto importante, jugar con niños les posibilita la vuelta a la infancia, disfrutan con ellos recuperando la sonrisa y la risa sana de la infancia.

Existe otra vertiente de trabajo solidario destinada a aquellos adolescentes que creen que tienen el futuro asegurado, que cualquier trabajo es mejor que estudiar. A ellos les proponemos el trabajo con la tierra en una entidad colaboradora; limpiar una parcela de piedras o plantar y recoger la verdura durante una jornada les da la medida de su capacidad de esfuerzo.

Así vamos desarrollando una red de voluntarios que les enseñan que existen otras realidades y están ahí, a su alcance, es decisión de ellos optar por un camino o por otro.

Todas estas actividades que se producen de forma intensa en el periodo de expulsión, continúan de forma semanal o quincenal tras su reincorporación al centro y paulatinamente se dilatan en el tiempo. No se realizan cierres bruscos; los profesionales se van retirando a medida que se producen los avances y las demandas del menor y la familia desaparecen. El cierre administrativo se produce al final de curso, cuando les solicitamos una entrevista de evaluación.

Evaluación del programa

La familia, el menor y el centro cumplimentan fichas exhaustivas de indicadores de conducta y de relación, con puntuaciones para cada uno de ellos, aunque también se recogen aquellas observaciones significativas que hayan podido aportar. En la sesión de evaluación, donde se vuelven a pasar los cuestionarios, puede observarse la desviación entre unos y otros, que será el resultado objetivo de la intervención, que, unido a la percepción de cada uno de los participantes, será el resultado global.

Este programa ofrece a los menores comunicación con su familia, espacios de reflexión personal, apoyo escolar y nueva oferta de ocio, no centra su atención en las conductas "problema", ni en los consumos, ni en los "amigos problemáticos; sin embargo obtiene puntuaciones altas en los tres aspectos.

Bibliografía

Beyevach, M. (2014). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.

Beyevach, M. (2014). *200 tareas en terapia breve. Barcelona*. Herder.

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.

Fernández, J. M. *El valor pedagógico del humor*. http://www.proyectohombre.es/archivos/6.pdf.

Jiménez, A. S. Infancia en contextos de riesgo. *XXV Años de la Convención de los Derechos del Niño*. GEU Editorial. Colección Infancia, Cultura y Educación.

Martín, X. (2008). *Descarados una pedagogía para adolescentes inadaptados. Octaedros*.

Moyano, S. (2007). *Retos de la educación social. Aportaciones de la Pedagogía Social a la educación de las infancias y las adolescencias acogidas en Centros residenciales de Acción Educativa*" Universidad de Barcelona.

RES, publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La Revista RES forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social http://www.eduso.net/res.