

II

JORNADA MUNICIPAL SOBRE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

“UNA APUESTA POR LA PREVENCIÓN SECUNDARIA”

Alicante, 19 de abril de 2002

Con los objetivos de analizar las implicaciones de los usos de drogas en adolescentes y jóvenes respecto al balance integración social/riesgo de exclusión, reflexionar sobre las posibles estrategias de intervención en los distintos ámbitos (educativo, comunitario, familiar, judicial,...) y facilitar el conocimiento y la interrelación entre los recursos y agentes sociales implicados en este campo en la Ciudad de Alicante, se ha organizado la II Jornada Municipal sobre Drogodependencias “Una apuesta por la prevención secundaria”.

Esta jornada de trabajo está dirigida a profesionales y mediadores que trabajan con adolescentes y jóvenes en los ámbitos educativos, comunitarios, de protección y reforma y de prevención de situaciones de riesgo y exclusión social, y se centra en el análisis y la reflexión sobre las actuaciones preventivas con adolescentes y jóvenes usuarios de drogas.

La jornada de trabajo se estructura en dos ponencias-plenarios y cuatro mesas de trabajo. El profesor Tomás J. Carrasco realiza una comunicación sobre “Qué funciona y qué no funciona en la prevención de las drogodependencias con adolescentes”. Fco. Javier Urrea, psicólogo de la Fiscalía del Tribunal Superior y de los Juzgados de Menores de Madrid, diserta sobre “Personalidad pre-toxicómana vs situaciones de riesgo”. Las mesas de trabajo tratan sobre la prevención en el ámbito educativo, en el contexto de la acción comunitaria en barrios desfavorecidos, en el trabajo con menores infractores y sobre el rol del técnico en prevención.



AYUNTAMIENTO
DE ALICANTE

SUMARIO

Presentación.	02
Estructura y Programa de la Jornada de trabajo.	03
Conferencia – Plenario I	04
Conferencia – Plenario II	09
Mesas de Trabajo	20
Participación: Profesionales y recursos	44
Valoración.	50
Agradecimientos.	53





PRESENTACIÓN

El Plan Municipal sobre Drogodependencias (PMD), dependiente de la Concejalía de Acción Social del Ayuntamiento de Alicante, tiene como ámbitos propios de actuación la coordinación institucional y de la participación social en el ámbito de las drogodependencias, la prevención de los conflictos relacionados con los usos de drogas y la incorporación social de personas en tratamiento en los dispositivos de la red de atención a las drogodependencias.

En el ámbito de la prevención cuenta con una Unidad de Prevención Comunitaria desde 1995. Tras un trabajo centrado en la prevención primaria, inespecífica y la educación para la salud, actualmente contamos con programas estándar (estructurados) en prevención escolar y familiar y estamos intentando encontrar estrategias y mecanismos eficaces de trabajo con poblaciones usuarias, particularmente adolescentes y jóvenes.

Esta jornada tiene por objeto debatir y proponer experiencias de trabajo en este ámbito de la prevención secundaria, convencidos de que el trabajo con poblaciones vulnerables y en situación de riesgo o desventaja social es uno de los retos más importantes de la prevención.

Consciente de la importancia que adquiere el consenso social y la suma de esfuerzos en el ámbito de la prevención y atención de las drogodependencias, decidimos acometer la tarea de impulsar y organizar una programación de Jornada Municipales sobre Drogodependencias de carácter anual.

El 4 de mayo de 2001 tuvo lugar la I Jornada sobre “Incorporación Social en Drogodependencias”, en la que participaron 117 profesionales de centros, recursos y servicios de la red sociosanitaria. Este año 2002 la jornada se centra en el ámbito de la prevención, concretamente en el de la prevención secundaria, para reflexionar sobre las actuaciones dirigidas a adolescentes y jóvenes usuarios de drogas y en situación de riesgo de llegar a establecer implicaciones problemáticas con el consumo.

En colaboración con la Dirección General de Drogodependencias y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y gracias a la buena respuesta e interés manifestado por los profesionales y la iniciativa social, hemos podido llevar a cabo un trabajo más ambicioso. En esta edición han tenido lugar dos plenarios y se han realizado cuatro mesas de trabajo con la participación de 140 asistentes y la representación técnica de 86 centros, servicios y recursos.

El interés de esta Concejalía es que el trabajo realizado redunde en una mejor resolución de los conflictos relacionados con los consumos de drogas.

*Asunción Sánchez Zaplana
Concejala-Delegada de Acción Social*



ESTRUCTURA Y PROGRAMA DE LA JORNADA DE TRABAJO

Estructura

Mesa de Trabajo A:

Prevención de las drogodependencias con menores infractores.

Mesa de Trabajo B:

Prevención de las drogodependencias en el contexto de la intervención comunitaria en barrios desfavorecidos

Mesa de Trabajo C:

Prevención del uso de drogas en el ámbito educativo

Mesa de Trabajo D:

La prevención y los preventólogos. El reto de la prevención secundaria.

03

p r o g r a m a

9:00 Recepción y entrega de documentación.

9:30 Inauguración.

D^a Asunción Sánchez Zaplana, Concejala de Acción Social, Ayto. Alicante. D^o Bartolomé Pérez Gálvez, Director Gral. Drogodependencias, Consellería de Bienestar Social. D^o Juan Carlos Valderrama. Director Técnico FAD. D^o Luis Rodríguez Fernández, Coordinador Plan M. Drogodependencias, Ayto. Alicante.

10:00 Conferencia – Plenario I.

D^o José Tomás J. Carrasco Giménez. Facultad de Psicología de la Universidad de Granada: “Qué funciona y qué no funciona en prevención de las drogodependencias con adolescentes”.

11:00 Café

11:30 Mesas de Trabajo simultáneas

14:00 Comida

16:30 Reanudación Mesas de trabajo simultáneas.

17:30 Café

18:00 Conferencia – Plenario II

D^o F^o Javier Urra Portillo. Psicólogo de la Fiscalía del Tribunal Superior y de los Juzgados de Menores de Madrid.

“Personalidad pre-toxicómana o situaciones de riesgo”

19:00 Presentación de las Conclusiones de las Mesas de Trabajo

19:30 Clausura



Tomás Jesús Carrasco Giménez
Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Facultad de Psicología
Universidad de Granada
18071 - Granada
tcarrasc@ugr.es

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye la principal amenaza para la salud pública en los países desarrollados. Millones de personas enferman, mueren o resultan gravemente incapacitadas cada año como consecuencia del consumo habitual de sustancias susceptibles de provocar dependencia. El coste económico que esta auténtica epidemia supone para todas las administraciones públicas es enorme, pero más importante aún es el dramático tributo de sufrimiento humano que conlleva (Bartecchi, MacKenzie y Schrier, 1994a, 1994b); Glantz y Parmley, 1995; Heien y Pittman, 1993; National Institute of Drug Abuse, 1993; Rovira y Escribano, 1989; Wysowsky, 1993).

Dada la relativa ineficacia de las técnicas de tratamiento disponibles, el desarrollo y aplicación de programas de prevención dirigidos a niños/as y adolescentes se dibuja como la opción más prometedora y con una mejor relación coste/beneficio de entre las que se pueden promover para dar respuesta a esta desoladora y desafiante situación.

Ahora bien, para afrontar con éxito un reto de tal envergadura necesitamos conocer qué actuaciones preventivas son eficaces y cuáles no lo son, y este conocimiento debe proceder de estudios con una sólida base científica. Afortunadamente, y aunque todavía queda mucho por hacer, disponemos ya de información rigurosa y contrastada sobre cómo deben diseñarse y aplicarse programas de prevención eficaces. Sin embargo, sorprendente y lamentablemente, la mayoría de las actuaciones preventivas que se desarrollan en nuestro país no toman en consideración este conocimiento, incurriendo en un modo de proceder a todas luces insatisfactorio, al desaprovechar ese acervo para impulsar intervenciones eficaces, y exponerse al derroche de tiempo y recursos cuando no a resultados opuestos a los deseados (efectos contra-preventivos).

Lo que sigue es un resumen de ese conocimiento que debería servir de guía a nuestras actuaciones en el campo de la prevención del consumo de drogas.

Qué no funciona en la prevención del consumo de drogas:

1. La aplicación de programas que no han sido adecuadamente evaluados.

La mayoría de los programas de prevención del consumo de drogas no han sido evaluados adecuadamente. Muchas veces no son objeto de ningún tipo de evaluación y otras tantas sólo se atiende a aspectos como el grado de implementación o la satisfacción de sus receptores, dejándose sin evaluar la variable más importante de todas: su impacto sobre el consumo. En los pocos casos en los que se evalúa su efecto sobre la incidencia del consumo no se suelen adoptar las medidas necesarias para conseguir mediciones fiables y válidas. El difundir la aplicación de programas no evaluados correctamente supone una grave irresponsabilidad ya que no hay garantías de que los fondos invertidos (casi siempre públicos) estén siendo rentabilizados adecuadamente y, lo que es peor, no se puede descartar el riesgo de estar poniendo en práctica actuaciones inadecuadas que incluso promuevan el consumo de drogas en lugar de prevenirlo. Sin embargo, este es el caso más frecuente en nuestro país.

2. La aplicación excesivamente tardía de los programas.

A menudo los programas de prevención se ponen en marcha cuando los sujetos están ya expuestos a los factores que se pretenden contrarrestar o para los que se quieren facilitar estrategias de afrontamiento (por ejemplo, la impartición de programas de prevención del consumo de tabaco a adolescentes de catorce o más años, la mayoría de los cuales ya están experimentando los cambios físicos provocados por la pubertad que les empujan a buscar un rol de comportamiento adulto, lo que constituye, como veremos más adelante, un factor muy importante en el inicio del consumo).

3. El desarrollo insuficiente de los contenidos incluidos en el programa.

En ocasiones, los programas de prevención incluyen contenidos adecuados pero estos son tratados sin la suficiente amplitud y la intervención finaliza antes de que un porcentaje significativo de los sujetos haya alcanzado un nivel de dominio

satisfactorio. Por ejemplo, la adquisición de un repertorio de habilidades sociales requiere, sobre todo para ciertos chicos/as, de más tiempo del que se concede habitualmente a esta actuación en la mayoría de los programas de prevención. Además, en muchos casos no se incluyen procedimientos para la planificación de la generalización de los aprendizajes realizados.

4. La implementación de los programas por parte de maestros o profesores que no reúnen las cualidades necesarias.

La práctica común en nuestro país es que los profesores habituales de los chicos/as sean los encargados de administrar los programas de prevención. Esto constituye, por lo general, un grave error. Para empezar, muchos profesores y profesoras no están de acuerdo con realizar esa labor. Y sobre todo, es corriente que no posean las cualidades necesarias para desempeñar este cometido. Estas cualidades son: no ser consumidores (incluyendo las drogas legales), poseer formación específica en prevención de las drogodependencias y constituir figuras atractivas, respetadas y admiradas por los destinatarios del programa. Los maestros o profesores encargados de impartir clase regularmente a los niños o adolescentes no suelen presentar estas características por dos razones principales. En primer lugar, a menudo no mantienen relaciones cordiales con sus alumnos debido a los problemas de comportamiento disruptivo cada vez más generalizados en las aulas, que los docentes no siempre logran manejar de forma adecuada. En segundo lugar, los maestros y profesores habituales son los encargados de evaluar el rendimiento de los alumnos, lo que puede convertirlos en personas poco gratas para aquellos que presentan fracaso escolar, frecuentemente asociado a un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de drogas. Estos dos factores pueden propiciar respuestas de rebeldía ante mensajes preventivos transmitidos por dichos maestros, conduciendo incluso a indeseables efectos contra-preventivos.

5. Aplicar programas de prevención de corta duración o actividades aisladas y esporádicas.

Desarrollar programas con una duración y/o amplitud de contenidos insuficiente para atender a los principales factores de riesgo para el inicio en el consumo (por ejemplo, programas de entre cuatro y

seis sesiones de duración, destinadas exclusivamente a enseñar a resistir la presión supuestamente ejercida por los iguales consumidores, lo que constituye un planteamiento exiguo para un programa de prevención).

6. Enseñar a los adolescentes a decir no.

El Modelo de las Influencias Sociales postula que el inicio en el consumo de drogas se debe a las presiones que el sujeto recibe de su entorno social, entre las que destaca la incitación directa por parte de otros iguales ya consumidores. Por ello, propugna la incorporación a los programas de prevención de estrategias de inoculación, con la misma lógica que subyace al uso de vacunas en medicina: se pretende preparar a los adolescentes para que puedan resistir eficazmente las presiones favorables al consumo de drogas procedentes del entorno social antes de que se vean expuestos a ellas, de la misma forma que las vacunas preparan al organismo para responder a los microorganismos que pudieran amenazarlo.

Sin embargo, una serie de estudios sobre el papel de los procesos de selección en las relaciones sociales durante la adolescencia ponen en cuestión el carácter crucial que, de acuerdo con el Modelo de las Influencias Sociales, posee la presión de los iguales. En efecto, existe un considerable corpus de datos que sugieren que desde el inicio de la adolescencia el chico o chica pone en marcha un proceso de selección en el grupo de iguales que le rodea, de manera que termina formando parte de una pandilla o grupo de amigos/as con unas características similares a las suyas, en las que el consumo de drogas (o de ciertas drogas) resulta ser algo buscado y deseado por todos. Los adolescentes, por tanto, no se inician mayoritariamente en el consumo porque caen en manos de unos iguales desaprensivos que les presionan, en contra de su voluntad, a hacerlo. Esta situación, con mucha probabilidad, resulta excepcional. El inicio en el consumo es, habitualmente, voluntario y previamente planeado (Friedman, Lichtenstein y Biglan, 1985) y la presión, en el caso de darse, resulta ejercida por unos iguales de los que el adolescente se ha rodeado a través de un proceso de selección en el que ha participado de forma activa (Berndt, 1982; Charlton, Minagawa y While, 1999; Covington y Omelich, 1988; Ennet y Bauman, 1994; Evans, Dratt, Raines y Rosenberg, 1988; Farrell y Danish, 1993; Fisher y Bauman, 1988; Friedman, Lichtenstein y Biglan, 1985; Kandel, 1978; Landrine,

Richardson, Klonoff y Flay, 1994; May, 1993; Michell, 1997; Michel y West, 1996; Newman, 1984; Oetting y Beauvais, 1987; Reed y Rountree, 1997; Seltzer y Oechsli, 1985). La cuestión principal es que el Modelo de las Influencias Sociales presupone que los adolescentes están naturalmente motivados a no consumir drogas y que, por tanto, lo que necesitan es poseer recursos y habilidades que les permitan salvaguardar su deseo (Epstein, Griffin y Botvin, 2000). Pero, probablemente, esto no es así en la mayoría de los que se inician en el consumo. Por tanto, en nuestra opinión, carece de sentido centrar los esfuerzos preventivos en proporcionar a los adolescentes estrategias para decir no.

Esta conclusión es respaldada por los estudios realizados por John P. Elder y su equipo de la Universidad de San Diego. En una serie de investigaciones Elder y su grupo encontraron que la competencia de los adolescentes en rechazar la presión de sus iguales no estaba relacionada con el consumo de droga (Elder, Sallis, Woodruff y Wildey, 1993; Sallis, Elder, Wildey, de Moor, Young, Shulkin y Helme, 1990). A esta conclusión llegaron también Graham, Marks y Hansen (1991), Hansen y Graham (1991) y Donaldson, Graham y Hansen (1994), tras aplicar un análisis similar a los sujetos incluidos en el Adolescent Alcohol Prevention Trial. De hecho, la única investigación que conocemos en la que se ha encontrado una relación negativa estadísticamente significativa entre habilidades de resistencia y consumo de drogas es la de Shope, Copeland, Maharg, Dielman y Butchart (1993) y el valor de la correlación obtenida es bajo (- 0,12).

El trabajo llevado a cabo por Stewart I. Donaldson y su grupo también arroja una interesante luz sobre este tema (Donaldson, Graham, Piccinin y Hansen, 1995). De acuerdo con estos autores, los programas basados exclusivamente en el entrenamiento de habilidades para hacer frente a la presión social pueden acarrear un efecto contrapreventivo al transmitir implícitamente el mensaje de que el consumo de drogas es algo muy frecuente y extendido. Se le está diciendo de alguna forma al adolescente que, como está rodeado de consumidores tanto entre sus iguales como entre los adultos, se verá finalmente expuesto a la presión de consumir y que debe estar preparado para cuando esto ocurra. Pero el dato implícito de que el consumo es un comportamiento frecuente desplaza y anula los restantes contenidos, lo cual produce un efecto contrapreventivo al transmitir la idea de que la ingesta de drogas (al menos de las legales) es una

conducta con alta probabilidad de ser reforzada. Ello da pie a su vez a que el adolescente carezca de interés para resistir cualquier presión incitadora, lo que deja sin efecto, fuera de lugar, el que esté perfectamente preparado para hacer frente a unas presiones que no quiere resistir.

Considerando conjuntamente estos hallazgos con lo mencionado más arriba sobre los procesos de selección en las relaciones sociales durante la adolescencia, creemos que se puede concluir que la adquisición y perfeccionamiento de las habilidades para hacer frente a la presión por parte de iguales a favor del consumo debe estar presente en los programas de prevención del consumo de drogas como un componente de relevancia más bien secundaria, nunca como marco de referencia básico de la actuación preventiva, y ubicado temporalmente siempre después de otros componentes que hayan instaurado en el repertorio de los adolescentes el comportamiento de rechazar el consumo de drogas como conducta válida (asociada a reforzamiento).

Qué funciona en la prevención del consumo de drogas:

Sobre todo en la prevención del consumo de tabaco y alcohol:

El principal factor que lleva a un adolescente a iniciarse en el consumo de tabaco es la necesidad de adaptar su repertorio conductual a los cambios físicos que está experimentando, la presión por adquirir un patrón de comportamiento adulto en un corto espacio de tiempo. Los cambios físicos asociados a la pubertad provocan una brusca transformación corporal: los rasgos característicos de la infancia dan paso, en un corto espacio de tiempo, a la morfología corporal propia de un sujeto adulto. Esta verdadera metamorfosis coloca al adolescente frente a un reto de gran envergadura: debe reajustar en un corto lapso de tiempo su repertorio conductual para que se corresponda con la morfología corporal que está adquiriendo. Dicho de otro modo: tiene que aprender a comportarse como un adulto para demostrar y demostrarse que ha consumado la transición a dicho estatus. Pues bien, el hábito de fumar constituye, en nuestra cultura, una de las conductas más llamativamente reservada a los adultos. Los niños no fuman y para un adolescente, interesado en incorporar a su repertorio comportamientos que lo identifiquen

como adulto, el consumo de tabaco puede aparecer como una opción muy atractiva (Lloyd y col., 1998; Wagner y Atkins, 2000).

En consecuencia, los programas de prevención deberían conceder un papel muy importante a cambiar la consideración del consumo de tabaco como un comportamiento característicamente adulto, y por ello, funcionan como actuaciones preventivas:

1. Reducir la presencia de adultos fumadores en el entorno del niño y del adolescente.

Por ejemplo, a través de programas de tratamiento del tabaquismo dirigidos a padres y profesores y medidas en los medios de comunicación que limiten la contemplación de adultos fumando.

2. Exponer a los niños/as y adolescentes a adultos no consumidores que actúen como modelos de comportamiento atractivos para ellos.

Idealmente maestros y profesores no consumidores, atractivos para los niños y adolescentes, activos y deportistas, que establezcan relaciones cordiales con la mayoría de ellos y que destaquen su condición de no consumidores.

3. Corregir la sobre-estimación del consumo entre sus iguales y los adultos.

En otro nivel de intervención:

4. La constatación de las consecuencias para la salud derivadas del tabaco y el alcohol, con un dramatismo y crudeza adecuados, inmediatamente antes de la llegada a las edades críticas para el inicio en el consumo.

5. El desarrollo de aficiones culturales y plásticas, la realización de actividades lúdicas y el fomento de la práctica deportiva, con anterioridad a las edades críticas para el inicio en el consumo.

Sobre todo en la prevención del consumo de drogas ilegales:

1. Desarrollar programas inspirados en el modelo de Habilidades para la Vida.

Diseñar y aplicar programas que incluyan con suficiente amplitud y con estrategias de planificación de la generalización los siguientes componentes: entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en manejo de la ansiedad y mejora de la autoestima (Carrasco y Luna, 2001).

2. Prevenir el fracaso escolar.

Referencias.

- Bartecchi, C. E., MacKenzie, T. D., y Schrier, R. W. (1994a). The human cost of tobacco use. Part 1. The New England Journal of Medicine, 330, 907-912.
- Bartecchi, C. E., MacKenzie, T. D., y Schrier, R. W. (1994b). The human cost of tobacco use. Part 2. The New England Journal of Medicine, 330, 975-980.
- Berndt, T. J. (1982). The features and effects of friendship in early adolescence. Child Development, 53: 1447-1460.
- Biglan, A., Severson, H., Ary, D., Faller, C., Gallison, C., Thompson, R., Glasgow, R., y Lichtenstein, E. (1987). Do smoking prevention programs really work? Attrition and the internal and external validity of an evaluation of a refusal skills training program. Journal of Behavioral Medicine, 10: 159-171.
- Carrasco, T. J., y Luna, M. (2001). Habilidades para la Vida. Madrid: Thomson-Learning Paraninfo.
- Charlton, A., Minagawa, K., y While, D. (1999). Saying Ano@ to cigarettes: a reappraisal of adolescent refusal skills. Journal of Adolescence, 22: 695-707.
- Covington, M. V., y Omelich, C. L. (1988). I can resist anything but temptation: adolescent expectations for smoking cigarettes. Journal of Applied Social Psychology, 18: 203-227.
- Descombe, M. (2001). Peer group pressure, young people and smoking: new developments and policy implications. Drugs: education, prevention and policy, 8, 7-32.
- Donalson, S. I., Graham, J. W., y Hansen, W. B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. Journal of Behavioral Medicine, 17: 195-215.
- Donaldson, S. I., Graham, J. W., Piccinin, A. M., y Hansen, W. B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. Health Psychology, 14: 291-300.
- Elder, J. P., Sallis, J. F., Woodruff, S. I., y Wildey, M. B. (1993). Tobacco-refusal skills and tobacco use among high-risk adolescent. Journal of Behavioral Medicine, 16: 629-639.
- Ennet, S. T., y Bauman, K. E. (1994). The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking.

- Journal of Personality and Social Psychology: 67, 653-663.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., y Botvin, G. J. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*, 9, 33-39.
- Evans, R. I., Dratt, L. M., Raines, B. E., y Rosenberg, S. S. (1988). Social influences on smoking initiation: importance of distinguishing descriptive versus mediating process variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 18: 925-943.
- Farrell, A. D., y Danish, S. J. (1993). Peer drug associations and emotional restraint: causes or consequences of adolescent's drug use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 327-334.
- Fisher, L. A., y Bauman, K. E. (1988). Influence and selection in the friend-adolescent relationship: findings from studies of adolescent smoking and drinking. *Journal of Applied Social Psychology*, 18: 289-314.
- Friedman, L. S., Lichtenstein, E., y Biglan, A. (1985). Smoking onset among teens: an empirical analysis of initial situations. *Addictive Behaviors*, 10: 1-13.
- Glantz, S. A., y Parmley, W. W. (1995). Passive smoking and heart disease. Mechanism and risk. *JAMA*, 273, 1047-1053.
- Gorman, D. M. (1996). Do school-based social skills training programs prevent alcohol use among young people? *Addiction Research*, 4: 191-210.
- Graham, J. W., Marks, G., y Hansen, W. B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76: 291-298.
- Kandel, D. B. (1978). Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. *American Journal of Sociology*, 84: 427-437.
- Hansen, W. B., y Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20: 414-430.
- Heien, D. M., y Pittman, D. J. (1993). The external cost of alcohol abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 302-307.
- Johnson, C. A., Hansen, W. B., Collins, L. M., y Graham, J. W. (1986). High school smoking prevention: results of a three year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 439-452.
- Landrine, H., Richardson, J. L., Klonoff, E. A., y Flay, B. (1994). Cultural diversity in the predictors of adolescent cigarette smoking: the relative influence of peers. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 331-346.
- Lloyd, B. B., Lucas, K., Holland, J., McGrellis, S., y Arnold, S. (1998). Smoking in adolescence: Images and identities. Florence, KY: Taylor & Francis/Routledge.
- May, C. (1993). Resistance to peer group pressure: an inadequate basis for alcohol education. *Health Education Research*, 8: 159-165.
- Michel, L. (1997). Loud, sad, or bad: young people's perceptions of peer groups and smoking. *Health Education Research*, 12: 1-14.
- Michel, L. y West, P. (1996). Peer pressure to smoke: the meaning depends on the method. *Health Education Research*, 11: 39-49.
- Murray, D. M., Perry, C. L., Griffin, G., Harty, K. C., Jacobs, D. R., Schmid, L., Daly, K., y Pallonen, U. (1992). Results from a statewide approach to adolescent tobacco use prevention. *Preventive Medicine*, 21: 449-472.
- National Institute of Drug Abuse. (1993). Use and consequences of cocaine. *NIDA Capsules*, 2, 49-52.
- Newman, I. A. (1984). Capturing the energy of peer pressure: insights from a longitudinal study of adolescent cigarette smoking. *Journal of School Health*, 54: 146-148.
- Oetting, E. R., y Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: a path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34: 205-213.
- Reed, M. D., y Rountree, P. W. (1997). Peer pressure and adolescent substance use. *Journal of Quantitative Criminology*, 13: 143-180.
- Rooney, B. L., y Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23: 48-64.
- Rovira, J., y Escribano, M. (1989). Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sallis, J. F., Elder, J. P., Wildey, M. B., De Moor, C., Young, R. L., Shulkin, J. J., y Helme, J. M. (1989). Assessing skills for refusing cigarettes and smokeless tobacco. *Journal of Behavioral Medicine*, 13: 489-503.
- Seltzer, C. C. y Oechsli, F. W. (1985). Psychosocial characteristics of adolescent smokers before they started smoking: evidence of self-selection. *Journal of Chronic Disease*, 38: 17-26.
- Severson, H. H., Glasgow, R., Wirt, R., Brozovsky, P., Zoref, L., Black, C., Biglan, A., Ary, D., y Weissman, W. (1991). Preventing the use of smokeless tobacco and cigarettes by teens: results of a classroom intervention. *Health Education Research*, 6: 109-120.
- Shope, J. T., Copeland, L. A., Maharg, R., Dielman, T. E., y Butchart, A. T. (1993). Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study. *Health Education Quarterly*, 20: 373-390.
- West, P., y Lynn, M. (1999). Smoking and peer influence. En A. J. Goreczny y M. Hersen (Eds.), *Handbook of pediatric and adolescent health psychology* (págs. 179-202). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Wagner, E. F. y Atkins, J. H. (2000). Smoking among teenage girls. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 93-110.
- Wysowsky, D. K. (1993). Mortality attributed to misuse of psychoactive drugs, 1979-1988. *Public Health Reports*, 108, 565-570.
- Para detalles prácticos sobre cómo diseñar y aplicar un programa de Habilidades para la Vida consultar:
- Carrasco, T. J., y Luna, M. (2001). *Habilidades para la Vida*. Madrid: Thomson-Learning Paraninfo.



D^o Javier Urta Portillo

Psicólogo de la Fiscalía del
Tribunal Superior y de los
Jugados de Menores de Madrid

Comenzaremos definiendo los conceptos que posteriormente vamos a utilizar.

Anamnesis: Datos de la historia clínica recogidos por interrogatorio del enfermo.

Conducta: Conjunto de operaciones (fisiológicas, motoras, mentales, verbales) que un organismo realiza para su adaptación, por lo tanto incluye las motivaciones, fines y significados (Lagache).

Depresión: Estado de ánimo triste, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Sin una base normal suficiente y en grado intenso se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco-depresiva (Bleuler).

Droga: La consideramos como un síntoma y no como una causa. Es consecuencia del problema de la persona. Designa, en un sentido muy amplio, ciertas sustancias empleadas en química y sobre todo en medicina; en sentido más estricto, cualquier sustancia tóxica que produce hábito o dependencia. Se emplea para conseguir una autogratificación, experimentar nuevas sensaciones o modificar agradablemente el estado psíquico.

Drogadicto: Adicto a las drogas, dependiente de las drogas, lo que implica la pérdida de libertad interior y la alienación de la personalidad.

“Ello”: Necesidades instintivas y los impulsos que subyacen en los ámbitos más profundos del hombre. Constituye el polo pulsional de la personalidad, sus contenidos son inconscientes. Entra en conflicto con el yo y el superyó (Freud).

Esquizofrenia: Enfermedad mental. Síntomas (entre otros): trastornos del pensamiento, ideas delirantes, vivencias de interpretación morbosas, perturbaciones del lenguaje, trastornos sensoriales, perturbaciones en los movimientos, etc.

Principales formas de esquizofrenia: 1. Paranoide; 2. Hebefrénica; 3. Catatónica. Kretschmer habla de la existencia previa de una personalidad esquizoide y asténica.

Hábito: La más pequeña unidad en el proceso de aprendizaje (Thorndike). Hull designa con esta palabra las manifestaciones que corresponden en el aprendizaje a los reflejos condicionados.

Hábitos de drogadicción, factores que los provocan: a. Traumas y experiencias prematuras en la infancia; b. Situación provocadora clave (experiencia inicial); c. La droga.

Instintos: Conducta congénita determinada por estímulos clave (estímulos señal, señales percibidas). Mecanismo desencadenante congénito (J.V. Uexküll).

Motivación: Una serie que va de la no motivación por realizarse, en un polo, a la de temor de fallar, en el otro (John Atkinson).

Es un conjunto de motivos (factor que interviene en el acto volitivo y que está constituido por un componente intelectual consciente y un valor consciente o inconsciente que atrae las tendencias y sentimientos) que intervienen en un acto electivo.

Narcisista: Nombre derivado de Narciso, el joven de la leyenda griega que se enamoró del reflejo de su figura en el agua. Término introducido por Freud para designar el

proceso (o el estado) de aplicación de la libido al propio yo, convertido en “objeto sexual”.

Neurosis: Desviación de la psique en comparación con los individuos normales y sanos, asociada a sufrimiento.

Jaspers: “Fracaso en situaciones límite. El objetivo de la terapéutica ha de ser la transformación del individuo a través de la situación límite, manifestando su ser y actuando en el mundo que le es dado” Existen múltiples tipos de neurosis.

Paranoia: Forma de esquizofrenia caracterizada por la presencia de un delirio en una personalidad no alterada. La formación del delirio se considera debida a un “mecanismo fundamental paranoide” (Jaspers) cuyo núcleo consiste en una proyección de impulsos instintivos y en una sustitución del objeto de pulsión (Freud).

Personalidad: Compendio global del ser humano, aglutina los aspectos afectivos y emocionales, el yo y la conciencia de sí mismo. Es una estructura dinámica que se enriquece con las diversas experiencias con las que interactúa. Modo de ser individual.

Personalidad premórbida: Mórbida –que padece enfermedad o la ocasiona. Personalidad premórbida –aspectos de la personalidad que la podrán inducir a la enfermedad.

Pretoxicómano: Pre: Delante de, denota anterioridad en el tiempo o en el espacio. Pretoxicómano: Antes de ser toxicómano.

Psicopatología: Ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica, especialmente las psicosis y las psicopatías.

Psicosis: Enfermedad mental, con menoscabo e incluso supresión de la vida psíquica normal y ordenada. Kraepelin y Bleuler realizaron una amplísima clasificación de las psicosis.

Pulsión: Proceso dinámico consistente en un impulso que hace tender al organismo hacia su fin.

Realidad: Verdad, lo que ocurre verdaderamente.

Regresión: Retorno a un estadio anterior de la evolución psíquica alcanzada por el individuo; en particular, la adopción de esquemas infantiles de conducta.

Relaciones objetales: Designa la relación del sujeto con su mundo. Relación debe entenderse como interrelación (Melanie Klein). Objeto debe interpretarse como “elección de objeto” y “amor de objeto”, por lo tanto, en los textos psicoanalíticos la persona además de cómo sujeto es calificada de objeto, en la medida en que hacia ella apuntan las pulsiones. Spitz habla de estas relaciones entre la madre y el niño.

Superyó: Conciencia, juez del hombre que ejerce el control sobre sí mismo. La maduración de la conciencia es la última y la más difícil del desarrollo psíquico.

Toxicomanía: Relación existente entre un sujeto y la droga, como una conducta de intoxicación voluntaria (J. Oughourlian). Lo que caracteriza la toxicomanía de hoy en el plano psicossociológico es el ser un fenómeno de grupo y de grupo de jóvenes. Como tal definición es un estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga.

Características: a. Invencible deseo (“compulsión”) de continuar tomando la droga y obtenerla por todos los medios; b. Tendencia a aumentar la dosis (es decir, tendencia a la tolerancia); c. Una dependencia física y psíquica a los efectos de la droga, es decir, la aparición de abstinencia con sintomatología somática y psíquica en caso de interrupción súbita del consumo; d. Unos efectos perjudiciales al individuo y a la sociedad.

Trauma (psíquico): Vivencia que aparece de modo brusco y afecta profundamente al individuo. Se trata de vivencias de espanto, angustia, gran repugnancia, etc., que dejan consecuencias persistentes, como neurosis, deformación caracterial, etcétera.

“Yo”: Los instintos deben acomodarse a la realidad. El “yo” es el representante de ese principio de realidad.

CAUSAS INDUCTORAS PARA EL CONSUMO DE DROGAS Y DISTINTAS TIPOLOGÍAS DE TOXICÓMANOS.

A TÍTULO DE TÉLEX DE URGENCIA

¿Por qué necesita estupefacientes, señor Lee? – es una pregunta que suelen hacer los psiquiatras estúpidos.

Necesito drogas para levantarme de la cama por la mañana, para afeitarme y desayunar. La necesito para seguir vivo – es la respuesta.

Burroughs, Yonqui

¡Madre, madre, méteme otra vez dentro de ti y abórtame para no nacer!

¡Madre, ayúdame, por Dios! ¡Socorro, socorro!

Apenas atiné a preguntar, abrazándole estrechamente:

¿Qué te pasa hijo? ¿Qué te pasa? ¿Qué tienes?

Que me he vuelto loco, madre, que estoy perdido.

Pero ¿cómo? ¿qué dices? ¿qué es lo que te pasa?

Que estoy colgado, colgado –respondía desprendiéndose de mi abrazo.

¿Dónde está papá? ¿Y mi hermana? Llámala. Necesito un médico, un médico, cuanto antes. ¡Ayudadme, ayudadme...! Estoy colgado.

No te entiendo Juanjo. No sé que es eso de colgado. Habla más claro.

¡Que no bajo de un viaje de ácido! ¡Que estoy loco! ¡Que tengo un mal rollo! Que llevo horas y horas alucinando. Que no se me pasa. Madre, esto es el gran muermo. ¡Estoy perdido madre!

“Yo me sentía mal, confuso, medía mal las distancias, el tamaño de las cosas y de las personas. Me asomé a la ventana –era un sexto piso- y vi que el suelo de la calle quedaba a mi misma altura, que estaba a mi nivel y que las cosas y las gentes no se movían por la calzada, sino que era ella misma la que se deslizaba velozmente, como una cinta transportadora, con los coches y las personas paradas encima. Aquello era maravilloso, me fascinaba, me atraía, me incitaba a dar un pequeño salto para incorporarme a un caminar tan cómodo, que parecía sin fin. Estuve a punto de hacerlo, no sé si lo intenté, pero algo, un resto de mi conciencia o

alguien me advirtió mi impulso, me apartó de la ventana de un tirón y me empujó a un rincón del cuarto, donde me dejé caer”.

Ya está aquí otra vez. ¡Es el flash! ¡Me vuelve el flash! ¡No, no, no, por favor! ¡Piedad, piedad...!

“La espera del pico de heroína es como siempre insoportable... De un momento a otro, es posible que todo haya salido bien y me inyecte mi dosis. O, tal vez, mi sobredosis ¿por qué no? Me estoy gastando dinero que no es mío, en un lugar al que no pertenezco y en una casa que no es mía. ¿Por qué no acabar? ¿Por qué comenzar de nuevo? ¿Por qué continuar el martirio? ¿Por qué todos los días comienzan igual? ¿Por qué esta necesidad necia...? Sólo los muertos saben la respuesta. ¿Por qué se callarán esas cosas tan útiles que se les pudren con su alma en medio de tanta putrefacción? A lo mejor, yo sé tanto como ellos y estoy esperando que alguien me aparte de aquí para también acallar mi espíritu lleno de errores imperdonables”.

Elena Soriano, Testimonio materno.

“Es posible que la experiencia de la droga dé frutos más significativos y eche raíces en el suelo de una inteligencia madura y motivada, pero la experiencia, de repente, ha comenzado a experimentarse por una generación de adolescentes, patéticamente acultos y que normalmente no llevan a la experiencia más que una impaciencia vacía... No hay absolutamente nada en común entre un hombre de la experiencia de Huxley con su disciplina intelectual al acercarse experimentalmente a la mescalina y un botarate de 15 años aspirando gasolina hasta que su cerebro se convierte en un puré de garbanzos.”

Roszak, El nacimiento de una contracultura

Una vez definida la nomenclatura básica, pasemos a analizar algunas preguntas previas:

– ¿Por qué se droga una persona?

– ¿Por qué jóvenes que viven en el mismo ambiente adoptan actitudes distintas ante las drogas? Unos no entrando en contacto con ellas, otros probándolas temporalmente y otros haciéndose consumidores habituales.

– ¿Cualquier joven puede llegar a ser toxicómano?

Estaremos de acuerdo en que las causas del consumo son variadas y están fuertemente entrelazadas. Según la OMS son fundamentalmente: “Trastornos de carácter, integración en grupo, mejorar por la droga, ánimo de delinquir, razones sociales y fundamentalmente familiares (condicionamientos familiares, desintegración de la familia, falta de principios éticos, morales y

religiosos, falta de diálogo, pérdida de afectividad...”).

Podemos, por ende, clasificar las causas en: sociales, familiares y personales.

A la pregunta de la distinta forma de posicionamiento ante la droga, perteneciendo al mismo ambiente, espero se me permita contestar intentando derrumbar un tópico, cual es que los jóvenes drogadictos lo son porque han crecido en un ambiente desestructurado ligado a una determinada clase social.

El consumo de drogas se da en todas las clases sociales y ya no es privativo de barrios periféricos de grandes núcleos urbanos.

Así lo demuestran diversas investigaciones. A título de ejemplo, mencionaré una realizada en Fuenlabrada, barrio periférico de Madrid bastante homogéneo en sus características socioeconómicas y donde, sin embargo, se demostró en el estudio que abarcaba a 617 alumnos de 8º de EGB y 1º de BUP, a los que se administró un cuestionario de 50 preguntas y el TAT (Test de Apercepción Temática de Murray) una gran diferenciación en la estructuración de las familias de los dos grupos que se formaron (el que había probado la droga y pensaba seguir haciéndolo y un grupo testigo). Asimismo, se concluyó que el grupo de los propensos posee una personalidad menos madura, menos tolerante a la frustración y al esfuerzo, con rasgos más depresivos (detectados en el TAT). El consumo de tóxicos se presenta en este contexto como un intento de compensación y evasión de una problemática que les desborda.

Dando un salto en el espacio, investigaciones recientes denotan que la mayoría de los norteamericanos de edades comprendidas entre los 16 y 25 años prueban drogas una o dos veces y no repiten la experiencia.

Realizando ahora un salto en el tiempo, vemos que millares de pacientes que han sido expuestos a los efectos de la morfina, han vivenciado la indiferencia al dolor, pero sólo un grupúsculo se ha hecho drogodependiente.

En síntesis, muchas personas se retiran de la droga después de experimentar con ella.

Y de esta forma llegamos a la tercera pregunta ¿cualquier joven puede llegar a ser toxicómano?

La respuesta es un NO rotundo. La motivación y la susceptibilidad psicológicas a la droga es muy distinta en las personas. La droga por sí misma nunca produce hábito (salvo en fases avanzadas o estados terminales). Los diversos estadios evolutivos y de desarrollo conforman una

personalidad que en interacción con factores sociales y familiares pueden ser o no receptivos a la droga. Tanto es así, que los efectos de las drogas varían muchísimo, tanto por el tipo de la droga, la dosis, la vía de administración, el estado anímico en que se encuentra la persona y su personalidad.

Cabe apostillar que investigaciones americanas han tenido como meta el suministrar drogas habitadoras a 300 personas estables psíquicamente, y en ningún caso han podido establecer la más mínima dependencia. Sin embargo, en un grupo de control constituido por personas neuróticas se comprobó que, al cabo de pocas semanas, ya no deseaban prescindir de la droga (según Wlofang Schmidbauer y Jürgen vom Scheidt, Handbuch der Rauschdrogen, 1971).

Contestadas las tres preguntas iniciales, vamos a pasar ya al tema en cuestión. La personalidad del pretoxicómano, las características de la personalidad que más pueden inclinar a un joven al abuso de las drogas y a convertirse en drogadicto (vamos a incidir en este aspecto, sin querer infravalorar la importancia de los aspectos sociales y familiares).

Debemos sintonizar con la crisis de la adolescencia, si queremos comprender lo que es la personalidad pretoxicómana.

Los adolescentes más predispuestos a convertirse en drogadictos son los que sufren problemas de salud mental o que tienen alguna estructura psicopatológica, sobre todo depresión, una organización límite de la personalidad, una personalidad profundamente narcisista o una esquizofrenia paranoide. Aunque como muy bien dice el doctor Francisco Alonso Fernández esta explicación psicopatológica es válida aproximadamente para un 10 o un 20%; el resto, cuando se hace drogadicto, no tenía ninguna estructura psicopatológica.

Tendremos por tanto que analizar las causas del resto, es decir, de los que huyen de la cruda realidad de la vida diaria y de los que persiguen una experiencia más profunda (como dicen Schmidbauer y Vom Scheidt: “Los estupefacientes convierten la búsqueda de sí mismo en un experimento existencial”).

Reafirmamos lo que anteriormente hemos expuesto. Que NO cualquier joven puede llegar a ser toxicómano y en este punto rechazamos la expresión de André Malraux: “La esperanza ha muerto”, idea que ha calado en algunos jóvenes, por ejemplo el yonqui que no tiene fe en el futuro, ni en su propio porvenir; que ha perdido la esperanza,

que no cree en nada salvo en la droga, aunque sepa que le abocará a la muerte.

Debemos dejar constancia de que existen puntos encontrados en cuanto a la etiología conducente a la droga desde posturas como las de:

a. Erika Sommer que en Alemania realizó un EEG (Registro Gráfico de los Impulsos Cerebrales) a un gran número de drogadictos comprobando en muchos casos la existencia de alteraciones en las funciones cerebrales. Lo que no fue posible determinar es si estas alteraciones se debían a la droga o si ya existían antes.

Las numerosas alteraciones de las funciones cerebrales del niño con trastornos del comportamiento hacen suponer la existencia de daños cerebrales anteriores a la droga. Estos trastornos debilitaron en determinados casos la capacidad de resistencia frente a la droga.

b. Otros investigadores como Porot afirman: “Existen sujetos para quienes la predisposición lo es todo y la ocasión casi nada. Para algunos autores, los toxicómanos serían psicópatas. Pero conviene observar que estas estadísticas están hechas sobre sujetos ya muy avanzados en la toxicomanía, lo que ha podido sólo agravar algunos pequeños trastornos de la personalidad, que sin duda hubiesen pasado inadvertidos y permanecido en secreto y latentes sin su encuentro con los tóxicos”. “No existe una forma mental especial que llame a la toxicomanía”. “En nuestro estudio, no nos ha parecido que hubiese una personalidad específica, característica de las toxicomanías, sino unas conductas toxicomaniacas que se integran en un contexto neurótico, psicótico y sobre todo psicopático”.

Entre estas posiciones divergentes existen otras paralelas, pero no coincidentes, con nuestra forma de enfocar el tema, tal es el caso de las que ponen todo el acento en la fase de la pubertad como etapa lábil, de transición, induciendo a pensar que son años donde los factores de equilibrio y estabilidad desaparecen.

Es cierto que los adolescentes se orientan a la experimentación de sí mismos, de sus propias posibilidades, en la búsqueda del placer y la gratificación.

Kenniston habla de “un culto a la experiencia”. En el plano psicológico se relegan un gran número de cualidades humanas reconocidas; por una parte, la capacidad de dominarse, de planificar, de esperar, de ahorrar, de dejar para más tarde; por otra parte, la capacidad de venerar, de acordarse y de respetar. Por el contrario, los nuevos valores son la capacidad

de acción, el sentido de la aventura, la sensibilidad, la autenticidad y, por último, la intensidad de las experiencias sensoriales.

En esta línea estarían entroncadas las palabras de Toffler “Lo efímero es la impresión de provisionalidad en la que está inmersa actualmente nuestra vida cotidiana”.

De ahí el eslogan lanzado por los jóvenes ¡Detened el mundo, quiero bajar de él!

Jung ya hablaba del “hombre en descubrimiento de su alma” y sobreentendía que el mundo moderno –en crisis desde su ruptura profunda con el cristianismo –está buscando un nuevo mito, el único que le permitirá hallar una nueva fuente espiritual y le devolverá las fuerzas creadoras.

Todo lo anteriormente expuesto da sentido a la búsqueda del sexo como fuente de placer, y de la droga como medio de eliminación del displacer y acentuadora de los potenciales de placer.

Es cierto, como dijo Eduard Spranger (psicólogo alemán): “El alma tiene sed de aventuras, de cosas nuevas. Hora a hora y minuto a minuto está esperando que se produzca el gran milagro”.

Pero no es menos cierto y éste es el punto central de estas líneas que la droga nada puede hacer contra una personalidad madura y estable. Así lo confirman distintas investigaciones y la realidad de todos los que las abandonan, cuando han satisfecho su curiosidad, cuando el reclamo de “lo nuevo” deja de serlo.

Debemos seguir profundizando en la etapa de la adolescencia, pues de ella parte el drogadicto de hoy, a diferencia del clásico. En la actualidad, se trata de un drogadicto joven, grupal y politoxicómano (lo que le confiere mayor prestigio) e inmerso en corrientes contraculturales. Esto es constatable porque las toxicomanías tienen algo de contagiosas, de manera especial en momentos álgidos de socialización, cuando la inseguridad hace más necesario el grupo de amigos, cuando se hace perentorio el sentirse aceptado e integrado, en plena búsqueda de la identidad y de la liberación del yo frente al adulto. Esto es cierto, si y sólo si se da una causa favorecedora situacional y en una cierta personalidad predispuesta.

Es en el grupo y en el sentimiento de amistad donde nace la droga, pues junto a la carga de rito iniciático que conlleva (por el riesgo implícito que le es inherente) es un gesto normativo prohibido. Sirve como afirmación de la propia personalidad y siempre con la vista puesta en alcanzar un estado de mayor felicidad.

Asimismo, se da en la adolescencia una carencia motivacional y un narcisismo que inducen al grupo como factor para salvaguardar la autoestima y enfrentarse al mundo de los adultos.

Es la adolescencia una etapa (con las variaciones lógicas interindividuales) en la que el mecanismo de identidad se encuentra poco consolidado por lo que le es difícil manejar sus instintos interiores y elaborar los estímulos exteriores de forma coordinada y armónica.

Existe en la adolescencia una maduración de la personalidad, pero ésta no va en sintonía en todas sus líneas, siendo cada día más precoz su evolución en los aspectos cognitivos, biológicos y sexuales y quedando retrasadas las áreas afectivas y emocionales. Este desfase entre las dos vertiente ha de tenerse muy presente como coadyuvante de sus dificultades.

Hemos visto el difícil juego de equilibrio que supone la etapa de la adolescencia, pero seamos serios, porque el tema no es de "risa". El adolescente aprende a experimentar con drogas en el hogar, no en la calle; con los bocadillos de pastillas de mamá para la cefalea, para no engordar, para dormir... todo bien regado por el cubata de papá, el güisquito del tío o el porrón del abuelito y, por si algo faltara, el armario convertido en caja fuerte de medicamentos. Y es que desde el bautizo del niño, pasando por su boda y hasta su momento final, el alcohol nunca debe faltar, tanto es así que colectivos tan poco sospechosos como monjas y cartujos preparan exquisitos licores tipo Chartreuse, Calisay o Benedictine. Hasta la botadura de un barco implica romper contra su casco un preciado cava.

Es difícil encontrarse con un consumidor de drogas ilegales que no lo haya sido antes de las legales.

Veámos que las características personales del adolescente y el entorno social pueden conducirle al consumo de drogas. Volvamos los pasos sobre su historia anterior: su infancia entroncada con sus relaciones familiares, porque este rastro nos llevará posiblemente al inicio del problema.

Consideramos que en la infancia es donde se abona la semilla y la experiencia familiar es el caldo de cultivo.

Partamos de una realidad. El toxicómano no tiene capacidad para resistirse al placer, su vida es instintiva, carece de la sujeción de su propio yo, su yo no pone ninguna cortapisa a sus instintos. De aquí podemos deducir que, en la más temprana infancia, la maduración del yo se vio alterada. Por lo que posteriormente cae atrapado por la fuerza

centrípeto del ello.

La otra instancia de la personalidad, el superyó, que ejerce la función de juez del hombre, requiere para su correcta constitución la identificación del niño con la persona del mismo sexo. Este proceso de identificación ha fallado en las personas que llegan a la toxicomanía, así como las relaciones interpersonales, y eso se debió a la inconstancia en las relaciones objetales y a perturbaciones emocionales, por ejemplo, el hijo no se identificó con el padre, bien porque éste no existía, estaba siempre ausente (hecho real según estadísticas), no se responsabilizaba o porque al hijo no le merecía confianza digna de ser imitada.

El hijo necesita también el reconocimiento del padre, sin éste puede surgir un complejo de inferioridad que le dificultará la conversión de adolescente en un ser maduro.

La figura de la madre (y hablamos de forma genérica) suele aparecer como sobreprotectora, pero en ocasiones distante, con muchas frustraciones y propensa a la depresión. Es la típica madre omnipresente que realiza un amor "tipo aspiradora", y que se refugia en los hijos ante sus problemas de pareja.

Estos lazos parentales retrasan el proceso de equilibración, no ayudan a la formación de la voluntad y constriñen una correcta socialización, con lo que abocan al sujeto al estancamiento de su personalidad en una etapa infantil.

Desde Adler sabemos que las raíces de los trastornos nerviosos y psíquicos se encuentran en la desmoralización del niño, en el debilitamiento del sentimiento vital, y esto puede ocurrir si se le convierte en chivo expiatorio o así lo vivencia, creándole una situación angustiosa que mediante un mecanismo de defensa, ya sea el desplazamiento (agresividad, llamar la atención,...) o bloqueo (reprimiendo y menoscabando sus sentimientos afectivos) logrará disminuir, pero que afectará homeostáticamente a su personalidad.

En relación con los hermanos, el trato a los pretoxicómanos suele ser más simbiótico que en las relaciones fraternales comunes.

Existe, como vemos, padres incongruentes en estas familias que descargan frustraciones, que sobreprotegen y abandonan, que no aceptan los pasos lógicos de la evolución madurativa de sus hijos, con su progresiva emancipación, y caen en una dependencia mutua, lo que va cercenando la personalidad premórbida. Pero no son casos, en general, en que el muchacho reciba grandes traumas o se encuentre expuesto a situaciones

extremas.

No obstante, todos estos comportamientos acarrearán neurosis infantiles (entendidas como alteraciones de la conducta), que posteriormente dificultarán la adaptación al mundo normal y a superar sus propias tensiones interiores, necesitarán un terapeuta y el sustituto que tienen más a mano es la droga. Droga que en ocasiones acarreará regresiones, que muchos de estos jóvenes buscan, como dice el psicoanalista Michael Balint, para alcanzar el primer amor, el de las primeras relaciones emocionales inconscientes.

Cabe afirmar que la mayoría de los drogadictos han padecido trastornos de índole neurótica, así como dificultades de aprendizaje, que han precedido al inicio de la carrera drogadicta (muchos se inician al abandonar los estudios).

Así llegamos a la incapacidad de la persona para hacer frente a la lucha generacional. Pero este punto que, en una primera lectura, parece claro entendido como lucha de intereses, se hace más complejo cuando observamos que en bastantes casos el comportamiento toxicómano se da en momentos en que el sistema familiar sufre o puede sufrir algún cambio (por ejemplo, cuando el joven debiera emanciparse de la familia. Vemos que puede existir una dependencia recíproca que impide desvincularse). Ante este enfoque, la droga realiza una función distinta en el sistema familiar, cual es eliminar amenazas de cambio.

Hablábamos antes del fracaso en las relaciones objetales del niño con su familia; pues bien, ello le inducirá a buscar una comunicación con un objeto, es decir, con un elemento material que en este caso es la droga y la buscará fuera del hogar, en el grupo cuya característica es la propia droga, el tipo de relaciones, la jerga... grupo que verbaliza poco y que por tanto ahonda poco en sus profundos conflictos. Pero este grupo tan escasamente comunicante no le solucionará sus problemas, con lo que se encontrará aislado, incomunicado con su familia y con el grupo; ante ello, comenzará la escalada empleando alucinógenos y drogas más duras. Se ha cerrada la trampa, pues desaparece la comunión con el grupo y se entra en la dependencia de la droga como única vía de evasión.

Hemos intentado ahondar en la anamnesis del posible futuro drogadicto que le llevaría a un punto de difícil inflexión ante la demanda de los instintos, el depauperado yo, la ausencia del "otro" para identificarse y de ideales del yo. En ese punto, la soledad arrastra a la persona hacia las drogas y las drogas le hacen sentirse más solo. Es el drogadicto

que carece de fuerza interior y no encuentra apoyo en el mundo que le rodea. Su personalidad es definida entonces por algunos autores como psicópata inestable.

Llegados aquí considero que debiéramos hacer una pausa, para mediante una breve enunciación de los puntos más significativos de las causas y motivaciones generales que inducen a una persona hacia las drogas, alcanzar una visión más nítida de la problemática.

CAUSAS PRINCIPALES INDUCTORAS DEL CONSUMISMO DE DROGAS

A. Los desequilibrios, conflictos y rupturas familiares, las crisis psicológicas que producen (neurosis infantiles...).

B. Fracasos escolares y de aprendizaje. Escolaridad demasiado prolongada – joven siempre dependiente.

C. La necesidad de socialización y la falta de relaciones interpersonales conducen a la búsqueda del grupo, para pertenecer a él, para ser aceptado. En ocasiones este grupo es un grupo de droga. Miedo a la soledad.

D. Experimentar con lo desconocido, satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas. Tener vivencias emocionantes o peligrosas.

E. Búsqueda del placer y la distracción, antítesis del aburrimiento. Estamos en una sociedad hedonista que busca el placer por el placer de forma inmediata. Como dice Bertrand Russell en *La conquista de la felicidad*: "Cada quién debe aprender en la niñez que ningún gran logro se hace posible sin un esfuerzo persistente".

F. La búsqueda de la autotranscendencia, del sentido de vida y de la razón para la propia existencia en una sociedad carente de ideales.

G. Adquirir un estado superior de "conocimiento" o de capacidad creadora.

H. Influencia del grupo en la actitud del sujeto, siguiendo las teorías de Asch y otros autores sobre la conformidad.

I. Sistema de escape. Forma de evadirse de los problemas reales.

J. Símbolo de protesta, de inconformismo contra esta sociedad.

K. Forman de romper con la moderación y expresar independencia y en ocasiones hostilidad.

L. Escapar de unas condiciones infrahumanas de vida, ya sea por carencias (económicas, culturales, de albergue...) o por las constantes frustraciones y fracasos que la sociedad provoca constantemente. El ser humano requiere ser aceptado y amado para desarrollar su autoestima y realizarse emocional y psicológicamente.

M. Falta de oferta de trabajo.

N. Contacto constante con drogas legales (medicinas inservibles, tranquilizantes, alcohol, etcétera). Medicalización de nuestra cultura (toxicomanías "con receta").

O. Efectos de otras personas consumidoras y que actúan como modelos de conducta para tomar drogas (se ha podido constatar que el número de jóvenes fumadores es más de seis veces superior entre hijos de padre y madre fumadores, que entre los hijos de padre y madre no fumadores). Estos datos también se han obtenido respecto al consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas. Otros modelos serían los hermanos, educadores, etcétera.

P. Sociedad consumista, que incita a probarlo todo y que empuja a la población joven y adolescente al consumo de drogas.

Q. Otra causa que por obvia en ocasiones es olvidada, es la disponibilidad de la sustancia.

R. Desequilibrios y lagunas en la maduración de la personalidad. Yo lábil, carencia de ideales... todo ello conduce a la pérdida de identidad.

Vislumbrados los factores inductores del amplio y sombrío mundo de la droga ("El consumo de sustancias que generan dependencia es el principal problema sanitario que ha de afrontar nuestro país", F. Freixa, 1981), nos solidarizamos con Peele cuando afirma: "las drogas producen adicción cuando son tomadas para esconderse de la vida, o permanecer inmunes al orden social y se vuelven la única fuente de gratificación para aquella persona que ha elegido no avanzar y controlar su propio destino".

Es cierto que la persona nace con una cierta disposición, pero la manera como se desarrolle dependerá de los estímulos e influencias del medio ambiente circundante, pues, como decía Ortega y Gasset, la personalidad del ser humano siempre se acompaña de "sus circunstancias".

EN EL JOVEN ESTAS DOS REALIDADES, PERSONALIDAD Y CIRCUNSTANCIAS, SON VIRTUALMENTE INDISOLUBLES.

LAS DISTINTAS TIPOLOGÍAS DE TOXICÓMANOS

Plasmaremos los distintos tipos de toxicomanías elaboradas por Oughourlian (en su libro *La persona del toxicómano*).

Veremos que lo expuesto hasta el momento se ciñe a las toxicomanías grupales, ya se utilicen como medio (caso de los hippies / punkis...) o como fin (caso de los yonquis), pues las de masas están legalizadas o al menos admitidas y las individualistas son minoritarias y desde luego no son las desencadenantes del alarmante fenómeno de droga actual, que cada día es más grupal (en el inicio del contacto con la droga), se produce a edades cada vez más tempranas y son más lesivas (desde inhalantes hasta el crack).

Desde el punto de vista sociológico, podemos distinguir:

1. Toxicomanías individualistas.
2. Toxicomanías de grupo.
3. Toxicomanías del pueblos/masas.

Desde el punto de vista psicológico, podemos distinguir:

- A. Aquellos para quienes la droga es un medio.
- B. Aquellos para quienes la droga es un fin.

1. Droga del explorador.

Son los toxicómanos individualistas, para quienes la droga es un medio de llegar a otra cosa, para quienes la modificación del estado de conciencia que determina la toma de la droga no se justifica por sí misma y sólo tiene razón de ser en función de los resultados que de ella se espera en otro plano: creación artística, introspección y análisis, etcétera. No existirá servidumbre. Le atraerán especialmente los alucinógenos, tipo LSD, mescalina o psilocybina, pudiendo ser consumidor de hachís. Este toxicómano está perfectamente integrado en la sociedad.

2. Droga de los epicúreos.

A este grupo pertenecen los toxicómanos solitarios para quienes la droga es un fin. Se ciñen al placer que procura o al dolor que evita. Se inclinan esencialmente y tradicionalmente por los opiáceos y actualmente por los barbitúricos. Este toxicómano es fiel a su droga. Un de sus características esenciales es un sentimiento de culpabilidad. Estas

toxicomanías son prácticamente las únicas que plantean el problema de la toxicofilia, es decir, de la estructura psicopatológica del sujeto y de su posición con relación al placer.

3. Droga de los hippies, punkis...

Se trata de toxicómanos de grupo para quienes la droga constituye un medio: medio de alcanzar un cierto número de objetivos psicológicos y filosóficos, pero también un medio en el plano sociológico de mantener la cohesión del grupo, ya que la droga constituye el denominador común a todos los individuos de la comunidad. La droga es un medio de comprenderse y de estar juntos.

4. Droga de los yonquis.

Toxicómanos de grupo para quienes la droga no es un medio, sino un fin. El yonqui se entrega, se abandona, en manos de la droga, la droga se convierte en un fin. Para el yonqui la droga es un deseo de muerte, una conducta suicida. Recientemente ha aparecido una variedad muy particular de yonquis: son los niños o adolescentes que inhalan disolventes volátiles; quieren morir antes de haber vivido y eludir el problema de la elección entre vivir en sociedad o apartarse de ella.

5. Droga etnológica.

Cada pueblo tiene su tóxico y éste no es necesariamente agradable. Y ello confirma la idea de que muchas veces la droga cumple una función que trasciende mucho al placer que procura.

Puede tomarse una droga con fines rituales, sagrados o religiosos, en estado puro y sin que el problema del placer se mezcle en ello en modo alguno. "La bebida mágica desempeña un papel capital sobre todo en el momento de la iniciación de los jóvenes. Entre las pruebas que señalan el paso a la virilidad figura la absorción de una dosis masiva de veneno".

El aspecto de iniciación de la toma de droga es fundamental y lo que nos enseñan las costumbres de los pueblos primitivos en esta materia es esencial. Es decir, que para el joven la sed de iniciación es constante y este es el dato de base, aunque a veces nos lo oculte la problemática del placer, cuando la droga que se utiliza es también fuente de placer.

6. Droga social.

El alcohol como bebida divina original: es el cava, los grandes vinos, los alcoholes preciados, que sirven en nuestros días y en nuestra cultura para

celebrar lo excepcional.

"Beber a la salud" sigue siendo un medio para el individuo de integrarse en la sociedad, de manifestar su solidaridad hacia un grupo social. Para celebrar lo excepcional, lo lúdico o lo sagrado. "Beber juntos".

7. Droga del día a día.

Son las toxicomanías de pueblos que no están destinados a celebrar lo excepcional, que no reconocen en la droga algo divino, trascendente o mágico y que sólo utilizan la droga por lo que materialmente es.

En el Tercer Mundo, la coca es el ejemplo típico, el "coquero" la consume a diario y le ayuda a soportar su vida.

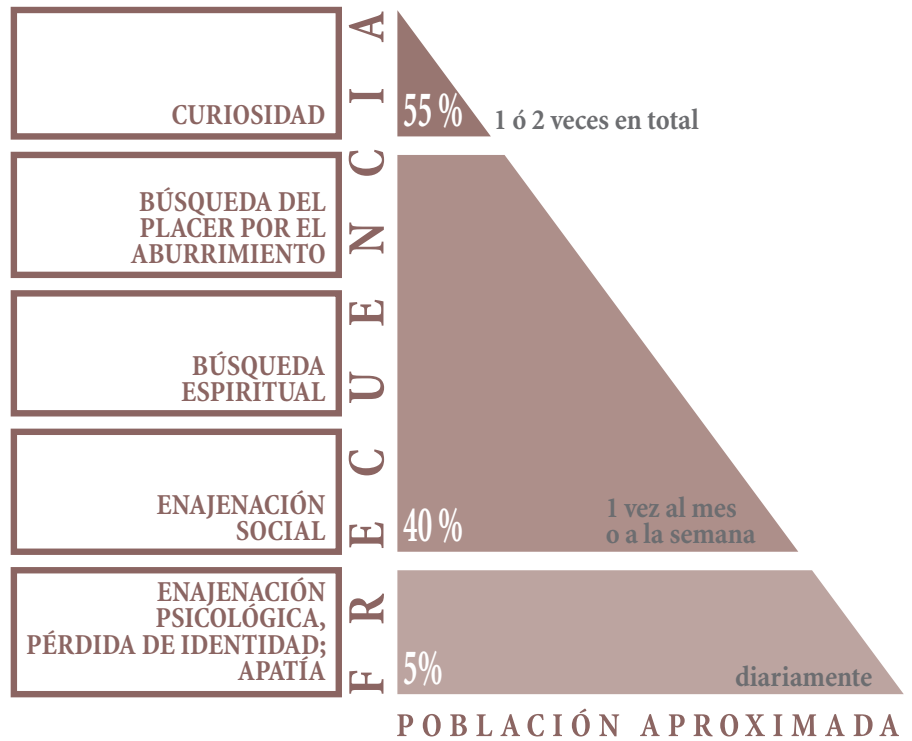
En Occidente hemos tomado la cola de Africa y la coca de América del Sur para hacer una de nuestras drogas de todos los momentos: la Coca Cola, que posee unos efectos ligeramente estimulantes que hacen de ella la bebida de la juventud.

La gran toxicomanía de Occidente es, sin discusión, el tabaco. Al lado del tabaco, el café y el té son las drogas menores pero cotidianas. Occidente conoce dos toxicomanías mayores: el alcohol y los barbitúricos (este alcohol se refiere a los vinos comunes y a los licores baratos). La droga en este caso no integra al sujeto en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- _ Beristáin, A. Y Cuesta, J.L., La droga en la sociedad actual, San Sebastián, Nuevos Horizontes en Criminología, 1985.
- _ Freixa, F. Y Soler Insa, P.A., Toxicomanías, un enfoque multidisciplinar, Barcelona, Fontanella, 1981.
- _ Oughourlian, J.M., La persona del toxicómano, Barcelona, Herder, 1977.
- _ Urra, J., La personalidad del pretoxicómano ¿una realidad?, Actas del IV Curso de Especialización en Toxicomanías, publicadas por la Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, 1987.
- _ Urra, J. Manual de Psicología Forense. Siglo XXI. Madrid 1993.
- _ Urra, J., Violencia. Memoria Amarga. Siglo XXI. Madrid 1997.
- _ Urra, J., Niños y no tan niños. Biblioteca Nueva. Madrid 1998.
- _ Urra, J., Adolescentes en conflicto. Psicología Pirámide. 2000.

Esquema de interacción entre los factores evolutivos personales y las influencias externas



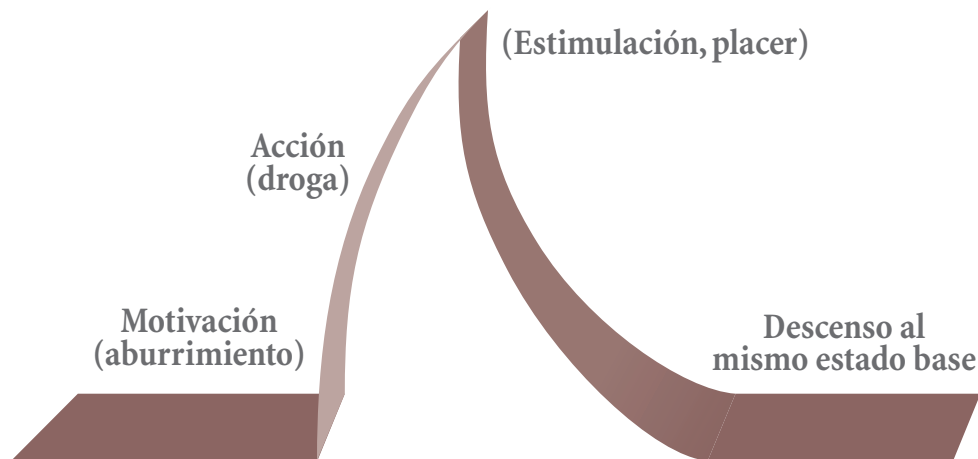
Porcentaje aproximado de la población entregada al consumo de drogas.

Frecuencia y motivaciones de dicho consumo para los entrevistados de 16 a 25 años en los EE UU (sin incluir alcohol y nicotina)

Fuente: Drogas: un estudio basado en hechos, México, Fondo Educativo Interamericano, 1983. Gráfico relizado mediante la extrapolación de datos de diversas investigaciones.



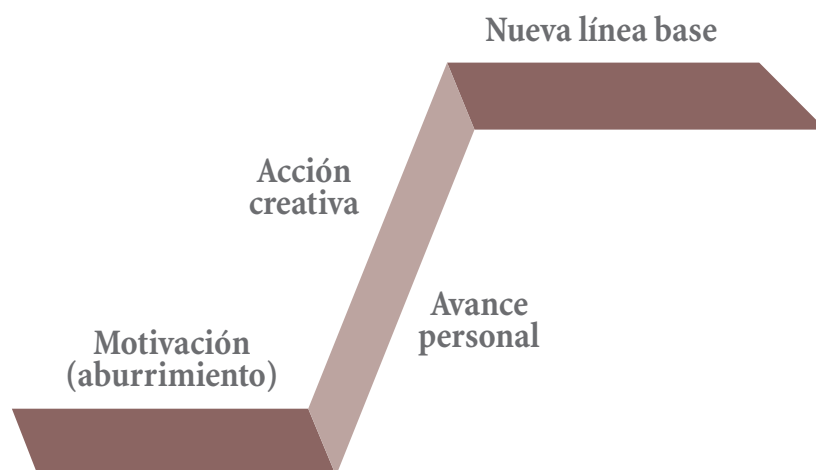
Modelo de motivación basado en la teoría de Maslow de deficiencia-necesidad de gratificación.



Pretende explicar la motivación del placer. Si uno toma una droga para sobrellevar el aburrimiento o para buscar excitación y placer, la droga puede producir ese fin. Sin embargo, cuando la exaltación ha pasado, uno vuelve al mismo punto de partida; por lo tanto, no ha ocurrido ningún avance personal.

18

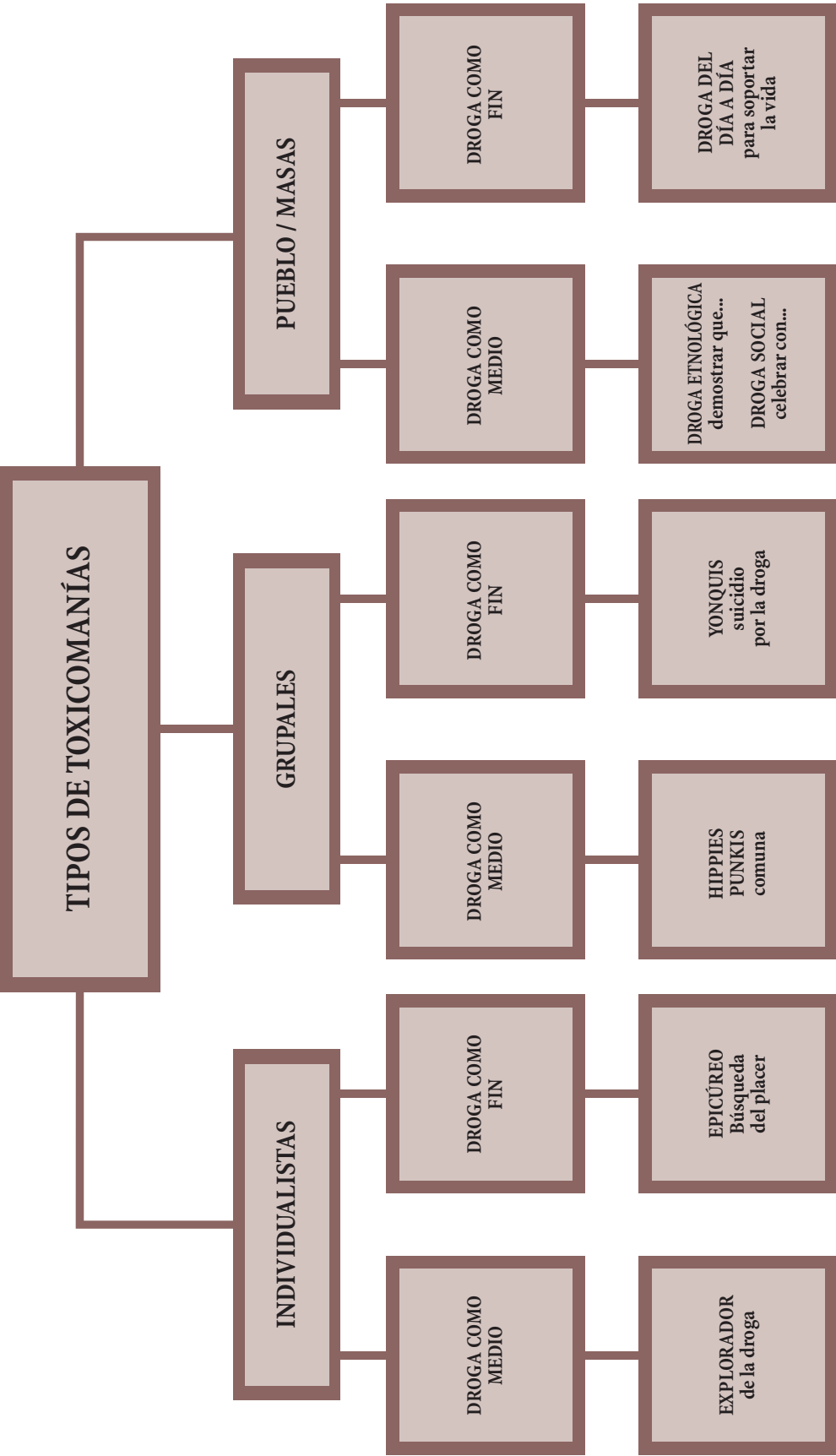
Módulo basado en la teoría de Maslow de avance – motivación.



La antítesis del planteamiento de deficiencia –necesidad de gratificación como motivador es la motivación por avanzar, la cual sustituye la droga por una actividad creativa y establece un nuevo punto de partida a un nivel más alto, donde el área entre las líneas base es llamado avance personal.

Fuente: Teorías de la motivación de Maslow.

Fuente: Oughourlian, La persona del toxicómano, Barcelona, Heder, 1977; esquema y nomenclatura, elaboración propia.





Coordinadores:

Guillermína Campos Giménez

Técnico Plan M. Drogodependencias. Alicante

Cristina Amante García

Técnico de la Fiscalía del Menor de Alicante.

Arantxa Plaza.

Equipo Técnico de Medidas Judiciales de la Fundación

Padre Fontova- Nazaret.

Núm. participantes: 31

Objetivos

Reflexionar sobre las implicaciones de la Ley del Menor y estudiar las opciones de coordinación y colaboración entre el ámbito judicial y los recursos sociosanitarios.

Analizar las posibles actuaciones con menores en programas de medidas judiciales.



Metodología de Trabajo.

1. Presentación de la mesa: coordinadores y participantes: nombre, donde trabaja, conocimiento de la ley. Motivos, objetivos y dinámica de trabajo. Exposiciones
2. Diferenciación de la jurisdicción de menores con la de mayores. Equipos técnicos en la administración asesorando y orientando a los organismos judiciales.
3. Posibles medidas contempladas en la L.O. 5/2000 a adoptar relacionadas con drogodependencias.
4. Características de menores infractores y posibles actuaciones. Análisis de casos.
5. Organismos que colaboran, se coordinan e intervienen en la ejecución de las medidas (por sentencia o por art. 27.2). Posibles intervenciones sobre el consumo de drogas de los menores infractores. Intentar clarificar cuándo y cómo deben intervenir:
 - Papel de las organizaciones y de los educadores (de Libertad Vigilada, de Centro de Día, de Centros de internamiento de menores) encargados de la ejecución de las medidas.
 - Las Unidades de Conductas Adictivas.
 - Las Unidades de Prevención Comunitaria.
 - Los Internamientos Terapéuticos.
 - Otros.
6. Mecanismos de coordinación, colaboración e intervención. Protocolo de intervención.
7. Dificultades.
8. Conclusiones.

Presentación de la Mesa de Trabajo

La prevención de las drogodependencias es el conjunto de actuaciones encaminadas a evitar que la gente se inicie en el consumo de drogas o a evitar la aparición de problemas asociados a dicho consumo.

Por ello, la prevención la podemos entender como un continuo que va desde la Educación para la Salud hasta la prevención de daños relacionados con los usos y abusos de las drogas. Ese continuo lo dividimos artificialmente en Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria.

La Prevención Primaria todos la entienden y comparten más o menos. Va dirigida a la población en general, consumidores o no; intenta fomentar factores de protección, educar para la salud, crear una conciencia social contraria al uso de drogas... Normalmente se sitúa antes de que aparezca el problema pero, en la práctica, muchos de sus objetivos los son también en el trabajo con drogodependientes. Las Unidades de Prevención Comunitaria, en la Comunidad Valenciana, son por ley las encargadas de desarrollar los programas de prevención primaria, movilizándolo a todos los recursos de la comunidad que puedan intervenir: "La prevención es cosa de todos".

La Prevención Terciaria, con la aparición del SIDA, también ha sido asumida como inevitable: Intercambio de jeringuillas, programas de mantenimiento con metadona, de prevención de la tuberculosis... Es asumida por los dispositivos sanitarios, las Unidades de Conductas Adictivas, las ONG's.

A la Prevención Secundaria, sin embargo, le cuesta encontrar su lugar:

¿Se puede hacer algo con el grupo de adojóvenes que no son drogodependientes pero que han optado por el consumo de alguna droga para pasarlo bien, para evadirse, por que sí, por curiosidad y deseo de probarlas...?

¿Quién debe intervenir y cómo?

¿Y si además son menores infractores? ¿Se puede prevenir un posible abuso o dependencia?

¿Es cierto que el consumo en estos casos no es más que un síntoma? ¿Qué la atención que les prestemos no debe centrarse en el uso de drogas que hacen

sino que debemos atender todo su proceso socio educativo y madurativo?

¿Pero qué podemos hacer y quién debe hacerlo?

¿Son aptos los programas de prevención primaria en los que se niega o rechaza el consumo, se potencian valores de salud...? ¿o precisamente estos programas de concienciación dirigidos a la población general, para estos chicos son más contrapreventivos, ante sus mensajes se rebelan y reaccionan contrariamente?

Con la excusa de que ya están en contacto con la droga además no se plantean apenas programas preventivos para esta población porque en teoría "no son productivos o rentables". Pero tampoco consideramos del todo idóneo el recurso de las UCAs por que como adolescentes, la mayoría no son drogodependientes y su contacto con la droga puede ir desde probarlas hasta tomarlas habitualmente, pero desde luego en la mayoría de los casos no existe ni la más mínima motivación por dejarla.

Esta falta de atención se agrava si el caso tiene mayor riesgo.

Los educadores o mediadores cercanos a ellos se sienten desorientados en la intervención: ¿Qué mensajes deben mandarles, de no consumo, de abstinencia o de tolerancia al consumo? ¿Se sienten capaces de intervenir en esta materia? Dudas que llevan a la inseguridad y a la no intervención.

La Prevención Secundaria en materia de drogas es todavía un reto que la sociedad debemos asumir. Pensamos que sí se puede hacer algo con la población adojoven en situación de riesgo. Que todos los participantes en esta mesa (Prevención de las Drogodependencias con menores infractores) podemos ayudar a que el proceso madurativo de muchos chicos y chicas no se vea truncado por una drogodependencia, a pesar de pertenecer a un grupo de alto riesgo.

La Ley del Menor puede ser utilizada como una herramienta. Por ello hemos planteado esta mesa de trabajo, con la intención de analizar la ley y su aplicabilidad en esta materia.

Ver casuística y ejemplificar posibles intervenciones; reflexionar sobre quién y cómo puede intervenir en la materia; descubrir dificultades y posibles soluciones; aunar criterios, son objetivos de esta mesa de trabajo.

1.- Exposiciones

Arantxa Plaza.

*Equipo Técnico de Medidas Judiciales
Fundación Padre Fontova- Nazaret.*

Características de los menores infractores y reflexiones en cuanto a la intervención.

En el año 2002 se ejecutaron 112 medidas judiciales en la ciudad de Alicante por el Equipo de Educadores de Medidas Judiciales de Nazaret, conveniado con el Ayuntamiento de Alicante. Esas 112 medidas correspondían a 85 menores infractores. El desajuste entre el número de medidas y de menores se debió a que 47 de esas 112 medidas (el 42%) las acumularon el 24% de los jóvenes atendidos.

De nuevo el número de varones (el 88 %) superaba al de mujeres (12%). Y el 82% de los delitos fueron cometidos en grupo.

La edad de los jóvenes estuvo comprendida entre los 14 y los 22 años (siempre que hubieran cometido el delito con menos de 18 años). El 55,3% tenían 16 y 17 años.

En el momento de iniciar la ejecución de la medida judicial, el 43% de los jóvenes estaba en edad escolar, y el 57% en edad laboral. Respecto a los jóvenes en edad escolar, el 35% eran absentistas, lo que unido al 16% que no estaban escolarizados hace que el 51% de los menores en edad escolar con medidas judiciales no asistían a los centros escolares. Y de los que asistían, casi el 60% planteaban problemas en el aula, por lo que muchos eran expulsados temporalmente de forma frecuente. De los jóvenes en edad laboral, ninguno tenía titulación, lo que unido a los que eran absentistas y a los no escolarizados, hace que sea un 75% el porcentaje de jóvenes que no tenían ni posiblemente tendrán titulación. Sólo 4 de los jóvenes mayores de 16 años estaba en un programa de formación y 6 trabajando, de modo que al iniciar la medida judicial, más del 75% no se encontraban integrados en contextos de competencia social como el formativo o el laboral.

Casi el 60% de los jóvenes atendidos habían estado en un centro o de protección o de reforma. Los que habían estado o continuaban estando en un centro de protección supusieron un 30% del total, lo que refleja el deterioro y riesgo de las situaciones familiares de los jóvenes con medidas judiciales.

Respecto a los datos familiares, en un 37% el padre estaba ausente como responsable educativo, un 30% de las familias eran monoparentales y un 11% familias reconstituidas. En el 18% de los casos convivían más de un núcleo familiar en el mismo domicilio. Un 11% de los jóvenes atendidos viven con su pareja, un 4% tienen ya hijos a su cargo y un 8% están ya emancipados funcionalmente.

Entre otros datos, se recogen los referentes al consumo de alcohol y drogas ilegales. Estos datos se obtienen de la información aportada por los jóvenes y contrastada con la observación directa y la información dada por sus familias y/o miembros de sus grupos de relación. En contra de lo que a priori pueda pensarse, la información dada a los educadores por los jóvenes acerca de su consumo no suele verse contradecida por la obtenida por otras fuentes, incluso cuando éstas aportan datos objetivos como son las analíticas de las UCA's. La importancia de este dato, que puede resultar paradójico, se retomará cuando tratemos el tipo de intervención orientada al cambio que se puede desarrollar en éste y otros programas educativos.

Según estos datos, el 71% de los jóvenes atendidos en el Programa de Medidas Judiciales en el año 2001 consumen drogas ilegales. De estos, casi el 40% las consume diariamente (en su mayoría hachís), y el 32% las consume ocasionalmente (en este consumo ocasional se amplía la variedad de sustancias: éxtasis, speed, cocaína, "tranquimazines", "cartones"). Sólo el 1% restringe su consumo únicamente al fin de semana.

Respecto del alcohol, el porcentaje de consumidores es del 60%. El 5% consume a diario, y el 16% sólo en el fin de semana, y es el consumo de carácter ocasional el más frecuente (un 39%).

Estos datos indican que las dos terceras partes de los jóvenes atendidos se encuentran en situación de riesgo, a corto y medio plazo, de deterioro físico, cognitivo, emocional y social por consumo de drogas, incluyendo en el riesgo social la comisión de delitos (muchos de ellos cometidos bajo sus efectos).

Pero la relación delincuencia drogas no es ni tan lineal ni tan simple. Los estudios realizados reflejan que:

— El uso y abuso de drogas aumenta en frecuencia en el mismo período de edad de la adolescencia en el que se manifiesta el incremento de la delincuencia (Elliot et al., 1989)

_ Que ambas conductas se han incrementado en los últimos 50 años (Rutter y Smith, 1995).

_ Que la conducta delictiva parece de alguna manera predisponer al consumo de drogas (p.e.: por implicar un estilo de vida en el que es aceptable ir en contra de las normas y/o tener conductas socialmente desaprobadas como el abuso de drogas).

_ Y que el uso de drogas predispone y multiplica la frecuencia delictiva de los sujetos con hábitos antisociales, ya que: reduce inhibiciones y deteriora los mecanismos de control, crea necesidades de dinero para comprar droga y favorece la aparición de factores de riesgo que predisponen al delito...

_ Que la mayoría de los consumidores de drogas que participan en actos delictivos comenzaron sus actividades antisociales antes de tomar drogas por primera vez: hiperactividad, conducta indisciplinada, hostilidad, dificultad para llevarse bien con los demás niños, problemas de aprendizaje.

Tanto la droga como la delincuencia suelen provenir de unos mismos factores comunes que conducen a estilos de vida anormativos en los que tienen cabida la conducta desaprobada y antisocial y la evasión/placer que proporcionan las drogas. Se han identificado como factores de riesgo comunes: padres adolescentes, hogares deshechos asociados con la discordancia familiar y crianza ineficaz, métodos educativos basados en la coerción, hostilidad o sobreprotección, supervisión deficiente, malos tratos y desatención, pobreza y situación social desfavorecida, falta de oportunidades de trabajo y desempleo, participación en grupos de iguales que delinquen o consumen drogas, medios de comunicación que legitiman las conductas violentas y antisociales, barrios en los que el delito y la droga son accesibles y se legitiman y en los que existe un sentimiento colectivo de baja eficacia, políticas de vivienda que construyen guettos...

Estos factores no suponen una causalidad lineal y directa, sino un conjunto multicausal y multidireccional de variables interrelacionadas que influyen en las capacidades y características de los individuos, como son:

_ Desarrollo social disminuido que supone malas relaciones con la familia y los iguales y deficiente capacidad de solución de problemas sociales.

_ Aprendizaje de que la conducta violenta e inapropiada compensa.

_ Tendencia a responder a la frustración y otras dificultades mediante la violencia y/o evasión.

_ Fatal de limitación social en lo tocante a los comportamientos que pudieran perjudicar a los demás.

_ Frecuentes cambios de empleo.

_ Dificultades económicas, deudas.

_ Contactos sociales poco estrechos y poco variados.

_ Trastornos emocionales y otros problemas psicosociales.

_ Estilo distorsionado del procesamiento de la información social (percibiendo intenciones negativas en la conducta de los demás, fijándose selectivamente en las conductas agresivas,...).

Capacidades y características que los predisponen al consumo de drogas y a la comisión de delitos. Comportamientos que a su vez influyen en las experiencias que tienen los individuos, reforzando o perpetuando las tendencias existentes en la conducta.

La intervención ideal, por tanto, debiera ser multidisciplinar y multifocal, es decir, se debería intervenir sobre el joven, su familia, la escuela, el grupo, la comunidad. Que se desarrolle durante un tiempo prolongado, optimizando recursos, con proyectos no difusos sino bien enfocados y con objetivos precisos relacionados con factores de riesgo y de protección que fomenten la conducta positiva y minimicen la conducta perturbadora (y no que se centre exclusivamente en la positiva o en la negativa), que aproveche el potencial de cambio de las situaciones de crisis (en griego momento decisivo, en chino peligro y oportunidad), y con objetivos referentes a la esfera no sólo de lo conductual, sino también de lo cognitivo y lo afectivo-emocional.

¿Cómo intervenir entonces para que los jóvenes que delinquen y consumen drogas dejen de consumir y delinquir?

Primero, modificando la pregunta, y segundo, ampliando y modificando la priorización de los objetivos de la intervención: dejar de consumir o de delinquir es un hecho dentro de un proceso más amplio de cambio, es dejar de realizar una conducta dentro de un proceso dinámico que afecta no sólo lo conductual, sino también y necesariamente lo cognitivo y lo afectivo-emocional.

La pregunta debería ser: ¿cómo hacer para que nuestra intervención influya a favor de que los jóvenes que delinquen y consumen quieran y puedan hacer cambios en su vida?.

El formularla de esta manera implica presupuestos importantes:

1.- Que para iniciar un proceso de cambio no es imprescindible querer cambiar. Hay experiencias vitales, cambios ambientales o cambios naturales en el desarrollo evolutivo que nos hacen cambiar nuestra forma de pensar, de sentir y de actuar.

Muchos chavales cambian sus conductas delictivas y/o de consumo de drogas ante la muerte de un amigo por sobredosis o en accidente, ante la presión de un grupo o al pasar a tener edad laboral, o al tener novia o un primer trabajo, sin que haya expresado una voluntad de cambiar.

“El cambio no sólo se produce como cambio intencional. Esta es una de las formas con las que las personas cambian”.

Por otro lado, el cambio por “tocar fondo” es una creencia que se contradice con los datos de los estudios sobre personas delincuentes y adictas que han cambiado: la moderación en la cantidad de consumo o de delitos y el hábito de menos años de duración del cambio son factores que predicen el cambio.

Además, las razones para cambiar varían: puede ser distinta la que lleva a plantearse la necesidad de cambiar de la que se utiliza para dejar las drogas; de la que se tiene por mantenerse en el cambio de la de volver a intentarlo tras una recaída.

Al igual que uno cambia sin proponérselo, no todo el que explicita deseo de cambiar cambia, de modo que la intención de cambio no es imprescindible para cambiar.

2.- El cambio no consiste sólo en la actuación, es decir, en el cese del consumo o de la comisión de delitos, ni todos los individuos están preparados para entrar en la actuación. Hay cambios que preceden y cambios que siguen a la acción, y diferentes estadios de cambio en los que se puede encontrar un individuo.

Hay jóvenes que delinquen y consumen drogas que no piensan en cambiar, que les falta información sobre las consecuencias de sus conductas, que están desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello, que piensan y sienten que su conducta tiene más ventajas que

inconvenientes, que están menos abiertos a percibirse a sí y a su entorno en relación a sus problemas.

Otros están pensando en el cambio, son más conscientes de sí mismos y de sus problemas, están más abiertos a tomar conciencia de sí y de su entorno, afectiva y cognitivamente. Pero tienen ambivalencia respecto a los costes y beneficios de sus conductas (coacción y libertad), y sentimientos de miedo al rechazo y fracaso si cambian a cómo serán cuando cambien: ¿me gustará cuándo cambie?, ¿me aceptarán?, ¿qué ocurrirá si después del cambio me convierto en un tonto, en un pavo? ¿si fracaso, me sentiré peor?.

Otros han dado pequeños pasos como reducir el consumo-delitos o intentar dejarlo, tienen mayor confianza en sí mismos y en su capacidad de control, ven más contras que pros en su conducta problemática.

Ninguno de ellos ha dejado de delinquir y/o consumir drogas y todos ellos están experimentando un proceso de cambio que avanza en conciencia e intensidad hasta modificarse la conducta problemática de forma estable. Tampoco ninguno de ellos “ha tocado fondo”.

La programación para la actuación requiere cambios en la forma de pensar-sentir respecto a la conducta problemática en la valoración de sus estilos de vida. Es importante que sepan qué tipo de personas quieren ser, que tomen conciencia de su capacidad de enfrentarse con éxito a las situaciones, que descubran sus defensas y sus miedos, dudas.

¿Qué piensan los chavales sobre esto?

Los jóvenes con los que trabajo, delincuentes y consumidores de drogas, me dicen que usan las drogas para evadirse, para sentir sensación de alivio, para no pensar. Para ellos pensar es sentir: la droga les sirve para “empararse” (que es no pensar – no sentir). También para pensar-sentir cosas ajenas a su realidad: agradables (cuando “flipan”) o desagradables (cuando “se emparanolan”, “se rallan”, “cogen parra” o “se chinan”). Lo positivo de esto para ellos es que les permite proyectar sus sentimientos de rabia y de miedo sobre algo/alguien ante lo que pueden actuar de forma inmediata. Les permite romper así la impotencia y la frustración que tienen por situaciones de violencia y abuso que se ejerce o se ha ejercido sobre ellos.

Evaden así la causa real de dicha rabia y/o miedo. El enfrentamiento a ella les haría contactar con el dolor, la impotencia y el desvalimiento que les producen sus circunstancias personales, familiares y sociales. Es la diferencia que hay entre pegar a un desconocido o destrozar un coche con el enfrentarse a un padre/madre aunque éste le maltrate, o a un jefe por una situación laboral de explotación. Es el ojo por ojo, aunque la víctima del hombre sea distinta de su victimario.

La intervención no sólo debe ser global en el sentido de incidir en lo cognitivo-afectivo-conductual. También debe de ir encaminada a romper la cadena de la violencia, esto es: romper la experiencia y vivencia de que pensar-sentir es peligroso y dañino. Para esto es muy importante establecer un vínculo basado en el compromiso, el apoyo, la cercanía, la aceptación incondicional (distinguir entre persona y acto) y la comprensión (ser capaces de ponerse en el lugar del chaval, de arriesgarse a entrar en otra lógica y romper la nuestra, partir de que estos chicos/as son fruto de la desigualdad socioeconómica, viven en condiciones injustas, indignas, cerca del dolor y sufrimiento), y el acompañamiento: estar presentes en sus pequeñas decisiones, cambios, momentos, respetando ritmos personales: hay temporadas que un chaval “se engancha”, otras en las que “vive su vida”, no quieren saber nada, otras en las que demandan apoyo. Acompañar es estar pendiente, saber leer los momentos y cuando las circunstancias lo propicien “estar ahí”, analizando, apoyando, motivando.

Romper con la cadena de la violencia es romper con su creencia de que son malos, de que no tienen remedio, de que están marcados inevitablemente por el destino de sus familias, de que no pueden hacer nada o que por mucho que hagan no pueden cambiar nada. Es recuperar dignidades perdidas. Es trabajar en y desde sus espacios: sus calles, sus plazas, su casa, en sus espacios significativos.

Tras las entrevistas que ellos llaman “comeduras de cabeza” o en el mejor de los casos “charlas para pensar”, cuando les pregunto cómo se sienten, muchas veces contestan que agobiados, que se emparanorian. Pensar-sentir su realidad les genera angustia e inquietud, se sienten perseguidos y amenazados al acercarse a sus experiencias y vivencias dolorosas. Mientras huyan de su dolor y del daño que se les ha hecho no podrán responsabilizarse del daño que causan a los demás y a sí mismos con sus conductas delictivas y de

consumo. La labor educativa debe crear espacios de tranquilidad, lugares dónde uno sea bien recibido, acogido, escuchado en sus vivencias y opiniones, donde pueda equivocarse y no ser evaluado, donde se van a destacar sus logros y aspectos positivos y señalar para reflexionar lo negativo de forma correcta y clara para ver estrategias de cambio. Espacios donde pueda vivir con gusto el momento presente, con tiempo para pensar en sí mismos y en su persona: en qué siente, qué necesita y cómo convivir con los demás.

Para que la intervención influya a favor del cambio intencional, a favor de que los jóvenes perciban las conductas delictivas y de consumo de drogas, y a favor de que se perciben capaces de afrontar una situación de riesgo o una tarea, sin que dicha intervención genere defensas ni resistencias, es muy importante la relación terapéutica: según sea el vínculo que se establezca con la persona, la intervención será percibida como una “influencia liberadora” o como una “fuerza coactiva” a la que resistirse.

Es necesario que el joven sienta y piense que el profesional se preocupa realmente de él, que intenta comprender su experiencia, incluyendo sus necesidades de defensa y su ambivalencia, que le ayuda y apoya por y para él y no por y para objetivos institucionales o personales, que se le trata desde lo humano, de persona a persona, y no de profesional a expediente, estadística, éxito o fracaso profesional, que vea la recaída como parte del proceso de cambio y no como un fracaso del tratamiento.

Importante respetar el ritmo del proceso de cambio de cada uno. También el nivel de cambio (intrapersonal, familiar, interrelacional, cognitivo) con el que se compromete; a veces el compromiso no es de focalizar en lo intrapersonal y sí en lo familiar, p.e.: otras veces es con el síntoma y no con la familia. A veces actuar en todos los niveles es lo que genera el cambio. La intervención sobre el síntoma no es la única ni muchas veces la que favorece el cambio: a veces no es el chaval el que “debe” cambiar. Basta con que cambien sus oportunidades laborales o de ocio, o las relaciones familiares o el barrio en el que vive, o el centro y/o programa escolar.

También es importante asumir el conflicto como algo natural y necesario que hay que afrontar, no negar, evitar o castigar. Crisis en griego significa “momento decisivo” y en chino “peligro y oportunidad”.

Cristina Amante.

Técnico de la Fiscalía del Menor de Alicante.

Diferenciación entre la jurisdicción de menores y la de mayores. Equipos Técnicos en la Administración de Justicia, asesorando y orientando a los organismos judiciales. Posibles medidas, contempladas en la L.O. 5/2000, a adoptar relacionadas con drogodependencias.

Además de los principios que inspiran el Derecho Penal en su conjunto (legalidad, presunción de inocencia, defensa, resocialización, etc.), a la LO 5/2000 le corresponden con primacía los principios de Oportunidad, de Intervención Mínima y el de Superior Interés del Menor, y como complementarios a estos, el Educativo y el de Resocialización. La responsabilidad penal de los menores tiene, frente a la de los adultos, un carácter primordial de intervención educativa.

En la Jurisdicción de mayores la naturaleza psicobiológica de la pericia es la imputabilidad, es decir las capacidades cognitivas o intelectuales y la capacidad volitiva en el momento de la comisión de los hechos (criterios: cronológico, cualitativo y cuantitativo), existiendo una proporcionalidad entre el hecho y la sanción. Mientras que en la Jurisdicción de Menores la exigencia de responsabilidad se basa en las circunstancias personales, familiares, educativas y sociales. Presente, por lo tanto, una reacción jurídica de naturaleza educativa (no hay que olvidar que estamos hablando de adolescentes en continuo cambio y ajustes que afectan al joven de múltiples formas).

FISCALÍA, JUZGADO Y EQUIPO TÉCNICO DE MENORES

El ámbito de reforma es competencia del Ministerio Fiscal en lo relativo a la instrucción, y el Juzgado de Menores en lo relativo al enjuiciamiento de los hechos presuntamente delictivos y la imposición de medidas, mientras que en lo relativo a su ejecución de medias es competencia de la Comunidades Autónomas.

El punto de partida de nuestra intervención siempre es la denuncia formulada contra un menor, de entre catorce y dieciocho años (adolescencia),

protagonista de una acción u omisión de una conducta constitutiva de delito o falta.

Fase de instrucción

Esta denuncia llega a Fiscalía de Menores.

La instrucción (investigación de los hechos, su autor y circunstancias personales, familiares y sociales del menor) es competencia del Fiscal de Menores.

Incoado el Expediente de Reforma, el Fiscal siempre ha de solicitar al Equipo Técnico (psicólogos, trabajadores sociales y técnicos medios especialistas en menores) un informe sobre las circunstancias personales y sociales del menor.

El Fiscal, atendiendo a la gravedad de los hechos, su repercusión y alarma social, valorando siempre las circunstancias personales, educativo-familiares y sociales del menor, puede pedir al Juez de Menores que se imponga al menor una MEDIDA CAUTELAR, para lo cual habrá siempre que oír al Equipo Técnico sobre la conveniencia de su adopción. El Juez de Menores resolverá sobre dicha medida.

TIPOS DE MEDIDAS CAUTELARES RELACIONADAS CON LAS DROGODEPENDENCIAS.

Si concurren circunstancias 1º, 2º y 3º del art. 20 C.P.:

Art. 7.1 d) Internamiento Terapéutico (UDR?)

Art. 7.1 e) Tratamiento ambulatorio (UCA?)

- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo (Pisos Tutelados para adolescentes con abuso de sustancias ;)
- Libertad Vigilada (dentro del PEI, Asistencia a Centro de Día, tarea socio-educativa, prestación de servicios en beneficio de la comunidad).

La atención preferente al interés del menor que se persigue en este proceso hace necesario un informe sobre su situación personal, psicológica, familiar y social. Es el Equipo Técnico quien lo realiza orientando la medida más adecuada. La intervención del Equipo Técnico pasa de ser de potestativa a perceptiva.

Puede ocurrir también que no procede acordar ninguna medida cautelar (escasa gravedad de los hechos desde el punto de vista jurídico penal; no estar inicialmente acreditada la participación del menor, etc.) pero, sin embargo, ponerse de manifiesto una evidente situación de riesgo que

afecte al menor (entre ellas, puede detectarse su grave deterioro del menor como consecuencia de su consumo abusivo de drogas), que exija un urgente internamiento. En este caso, conforme al art. 158 c.c. puede solicitarse del Juez de Primera Instancia, la adopción de una medida de protección conforme a la LO 1/1996 (no confundir con las medidas establecidas por la LO 5/2000 y que se imponen al menor como consecuencia de haber cometido un delito o falta).

El sentido educativo de cada una de las medidas relacionadas con las drogodependencias, que puede acordar el Juez de Menores y que el ET orienta en sus informes es el siguiente:

Medias Institucionalizadoras (art. 7.1)

d) Internamiento Terapéutico (UDR?):

En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada y tratamiento específico dirigido a jóvenes que padezcan un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra de las previstas en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

Medidas Medio Abierto (art. 7.1.)

e) Tratamiento Ambulatorio (UCA?):

Habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas que padezcan. Podrá aplicarse sola o como complemento de otra de las previstas en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

f) Asistencia a un Centro de Día (adecuación a la población). Residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas formativas, laborales o de ocio.

i) Convivencia con una familia o grupo educativo (Pisos Tutelados?). La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, en un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a

aquella en su proceso de socialización.

j) Prestaciones en beneficio de la comunidad. La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad. Se buscará relacionar la naturaleza de dichas actividades con la naturaleza del bien jurídico lesionado por los hechos cometidos por el menor o para que tome conciencia de su problema. (Se podrían utilizar recursos como las UCA's, Asociaciones, Centros de Día...)

k) Realización de tareas socioeducativas. La persona sometida a esta medida ha de realizar, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social o concienciación del consumo abusivo de drogas. Programa de intervención con menores infractores del Plan Municipal sobre Drogodependencias del Ayuntamiento de Alicante

h) Libertad Vigilada. En esta medida, se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquella a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socioeducativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores. La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez, que podrán ser alguna/s de las siguientes:

- Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el interesado está en el período de la enseñanza básica obligatoria, y acreditar ante el Juez dicha asistencia regular o justificar, en su caso, las ausencias, cuantas veces sea requerido para ello.
- Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, vial u otros similares.
- Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.
- Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.

- Obligación de residir en un lugar determinado.
- Obligación de comparecer personalmente ante el Juzgado de Menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.
- Cuales quiera otras obligaciones que el Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social siempre que no atente contra su dignidad como persona.

Fase Audiencia (JUICIO).

El Equipo Técnico es convocado como parte a los actos de Audiencia.

En el acto de Audiencia la posibilidad de ser oídos, especialmente para la ratificación de la medida orientada en el Informe. También responde a las preguntas que puedan hacernos tanto el Ministerio Fiscal como el Letrado de la Defensa.

En los momentos precedentes al acto, el ET actualiza la situación global de menor mediante contactos telefónicos con los profesionales pertinentes y entrevistas con el menor y familiares, a quienes informamos de nuevo sobre el procedimiento. Generalmente aprovecha este momento para hacer las oportunas orientaciones además de informar sobre la medida propuesta por el Equipo.

Fase Post-Resolución.

La ejecución de medida es competencia de las Comunidades Autónomas, Consellería de Bienestar Social.

En esta fase el Juez de Menores solicitará informe al Equipo Técnico sobre la conveniencia de modificación o cese de medida ya acordada. También en ocasiones, a la hora de la concesión de permisos especiales y vacaciones de menores que cumplen medida de internamiento judicial, se solicita la valoración del Equipo.

Importante: En todo ello, será oída la valoración del Equipo Técnico.

Mº Fiscal DESISTE de la incoación, por corrección en el ámbito educativo y familiar. Posible traslado a la entidad pública de protección. Delitos menos graves sin violencia o intimidación o faltas, cuando no-reincidencia en los mismos (art. 18).

Mº Fiscal DESISTE continuación expediente solicitando del Juez SOBRESEIMIENTO Y ARCHIVO por conciliación o reparación entre el menor y la víctima o compromiso de realizar tarea socio-

educativa. Delitos menos graves o faltas.

SOBRESEIMIENTO por motivos previstos en la L.E. Cr. y remisión, en su caso, a entidad pública de protección de menores (art. 30.3).

SUSPENSIÓN EJECUCIÓN FALLO, medida menor de 2 años (art. 40). Condiciones:

- _ No condenado sentencia firme durante suspensión.
- _ Compromiso del menor, actitud y disposición, no-reincidencia.
- _ Posible L.V. o actividad socio-educativa durante plazo suspensión.

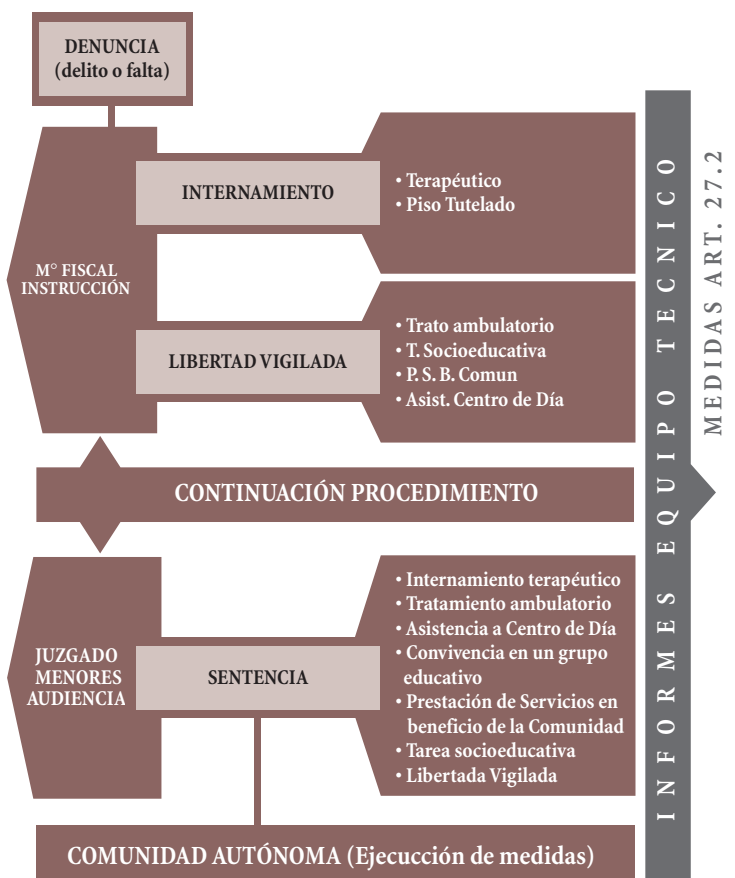
ALTERAR ORDEN CUMPLIMIENTO. Audiencia partes e informes ET (art. 47.3)

DEJAR SIN EFECTO. De oficio o a instancia del Mº Fiscal o letrado menor, audiencia partes e informe ET, en cualquier momento (art. 14.1). De oficio o a instancia del Mº Fiscal, letrado menor o Admón. competente, oídas partes, ET y entidad pública, durante ejecución (art. 51.1). En cualquier momento por conciliación/reparación (art. 51.2)

SUSTITUIR MEDIDA por otra más adecuada. Id. anterior.

REDUCIR DURACIÓN MEDIDA (art. 14).

Anexo: Esquema procedimiento.



Documentos de Trabajo

CASO 1

Alfredo, de 15 años, residente en Alicante, en el Barrio Juan XXIII 2º Sector. Sus padres son consumidores de heroína. Tiene un hermano de 13 años.

A los 10 años se presenta en Nazaret diciendo que está sólo en casa con su hermano. Los padres entran y salen de prisión. La abuela materna, entonces, asume la guarda de hecho de los dos menores. Con la abuela viven dos tíos consumidores de heroína, uno esquizofrénico y una tía de la que se sospecha que ejerce la prostitución.

A los 11 años de Alfredo los padres se separan, quedándose la custodia el padre por estar la madre en prisión. En las salidas de prisión del padre los dos menores van al domicilio paterno.

Alfredo entra en contacto con el Juzgado a los 12 años por un hecho en el que también está implicado el padre, el cual acude a las diversas citaciones y audiencias bajo los efectos de las drogas. Alfredo presenta una gran inmadurez emocional aunque es sorprendentemente consciente de su situación, a pesar de su corta edad.

En este momento su consumo era de cannabis habitual (desde los 8 años) e inicio de consumo de tranqumazines.

PREGUNTAS PARA EL DEBATE:

1. Definición de los problemas.
 2. Pronóstico.
 3. Programa de intervención organismos que deben intervenir y coordinación.
- Especificar en cada pregunta lo relacionado con el consumo de drogas.

CASO 2

Diego, de 16 años, de Alicante, residente en el Barrio del Carmen. Cuando tenía 10 años sus padres se separaron por un ingreso en prisión de larga duración. La madre tiene un hijo de 30 años de otro padre otro de 20 años, (ambos hermanos independientes de la unidad familiar) y un cuarto hijo de 15 años.

El padre es consumidor de heroína y la madre ve en Diego a su padre y el chico se lo cree.

Desde servicios Sociales se ha intervenido mucho a nivel familiar con la madre. Diego acude normalmente al colegio y desde allí recibe asesoramiento e información con el tema de las drogas y es también allí donde conoce a otros chicos con consumo de porros, absentismo, e inicio

de conductas delictivas.

Diego es extrovertido, fantasioso, tiene una carencia emocional muy fuerte, muy dependiente del grupo de iguales, como mecanismos de defensa emplea la omnipotencia.

Con este grupo de amigos se inicia en las conductas delictivas y amplía el consumo a pastillas, cocaína y es entonces cuando llega al juzgado.

PREGUNTAS PARA EL DEBATE:

4. Definición de los problemas.
 5. Pronóstico.
 6. Programa de intervención, organismos que deben intervenir y coordinación.
- Especificar en cada pregunta lo relacionado con el consumo de drogas.

CASO 3

Andrés, de 15 años y 10 meses, reside en Alicante, en el Barrio Virgen del Remedio. La familia tiene un buen nivel económico.

En casa viven el padre, la madre y un hermano de 10 años.

Nunca ha presentado problemas hasta que llega al juzgado según refiere la madre. El padre no se ha presentado nunca a las cita poniendo como excusa el trabajo.

Acude al instituto con una clase de apoyo. Empieza a presentar absentismo escolar. El grupo de iguales es del mismo barrio y es el mismo de toda la vida. Pasan el tiempo en el parque. Consumo de porros y fines de semana últimamente pastillas.

Llega al juzgado de repente con un hecho muy grave (robo con intimidación con arma blanca). Se plantea medida cautelar y se adopta libertad vigilada cautelar. A los dos meses de nuevo es detenido por robar y quemar un coche.

Características del chico: Introverso, dependiente del grupo, con apenas comunicación con su familia (la madre le demanda: quiero que seas como antes), con falta de afecto y las características propias de la adolescencia (sentimiento de incompreensión, frustración, etc...)

La demanda de Andrés es abandonar los estudios y trabajar.

PREGUNTAS PARA EL DEBATE:

7. Definición de los problemas.
 8. Pronóstico.
 9. Programa de intervención, organismos que deben intervenir y coordinación.
- Especificar en cada pregunta lo relacionado con el consumo de drogas.

Conclusiones

El 71% de los menores atendidos por el Programa de Medidas Judiciales durante el año 2001 son consumidores de drogas ilegales. El 40% consume diariamente (el haschish es la droga de abuso más prevalente), el 31% las consume ocasionalmente. El 60% consume alcohol de manera habitual. Solo el 1% restringe el consumo de drogas al fin de semana.

Tras analizar el marco de actuación que ofrece la Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores y su aplicabilidad en el campo de la prevención, se apuntaron las siguientes conclusiones:

1. Los educadores de centros, viviendas tuteladas y medidas judiciales, pueden intervenir preventivamente a través del trabajo educativo, potenciando la autoestima, el aprendizaje de habilidades sociales y la integración en el ámbito educativo (escolarización) e informando/formando respecto al consumo de drogas con el apoyo de técnicos especialistas en prevención.
2. Las Unidades de Conductas Adictivas no deben ser el recurso de referencia en la atención a adolescentes usuarios de drogas.
3. La competencia social debe trabajarse “día a día”, en los espacios convivenciales/sociales de referencia, apoyándose en la presencia de educadores-modelo. La aplicación de programas estructurados de EHS tiene dudoso éxito con estos adolescentes.
4. Resulta fundamental un adecuado diagnóstico multidimensional (niveles personales, familiares, sociales) para orientar intervenciones de éxito.
5. Las intervenciones motivacionales son fundamentales y se configuran como puerta de entrada para poder trabajar las cuestiones formativas, laborales, de uso del tiempo libre o las relaciones con el consumo de drogas.
6. La visibilidad de los comportamientos sintomáticos (consumo de drogas y conducta delictiva) no debe “despistar” respecto a la prioridad de la intervención socioeducativa.
7. Los programas de prevención de las drogodependencias y el papel de los técnicos en prevención deben complementar, allí cuando sea indicado, la acción socioeducativa.



Coordinadores:

Fabiola García Campo

Técnico Plan M. Drogodependencias. Ayto. Alicante

Mª Carmen Pérez Gomis

Técnico Plan M. Drogodependencias. Ayto. Alicante

Román Pinedo Esteban

Jefe del Servicio de Coordinación de Proyectos. Alcaldía del Ayto. de Alicante

Sonia Caballero

Coordinadora Centro Social nº 5. Ayto. Alicante

Mª Asunción Ibañez

Centro Social nº 5. Ayto. Alicante

Núm. participantes: 34

Objetivos

Analizar el alcance y las limitaciones de las estrategias preventivas en el contexto de la acción multisectorial coordinada en escenarios comunitarios multiproblemáticos.

Analizar las estrategias necesarias y las estrategias posibles

Exposiciones

LA ACCIÓN INTEGRAL EN UN TERRITORIO CONSIDERADA COMO PROCESO

Román Pinedo Esteban

Jefe del Servicio de Coordinación de Proyectos.

Alcaldía del Ayto. de Alicante

La acción integral en un territorio determinado implica, entre otros aspectos fundamentales, las características siguientes:

1. Debe facilitar lo que podríamos denominar el autodesarrollo asistido.
2. Requiere un enfoque global en las intervenciones a desarrollar.
3. Tiene que fomentar las redes relacionales.
4. Debe desarrollarse como un proceso y no como una serie de acciones puntuales.

Cada uno de estos aspectos son los que vamos a analizar diferenciadamente a continuación.

1.- Respecto al autodesarrollo asistido

Se trata de favorecer un desarrollo endógeno con relaciones horizontales y dialógicas entre los expertos y la comunidad, es decir, evitar el rol de autoridad de expertos exógenos o las relaciones verticales entre los expertos y la población.

El método será potenciar proyectos e intervenciones significativos y crear/reforzar las redes de relaciones necesarias para que la propia comunidad las asuma, asimile y sostenga por sí misma con carácter de continuidad.

2.- Enfoque Global

Además de conocer los condicionamientos objetivos que forman la realidad multidimensional de un determinado territorio necesitamos conocer las percepciones subjetivas, cómo capta e interpreta la comunidad su propia situación y lo que desea realmente llevar a cabo o está dispuesta a que se haga. Puede afirmarse que no es posible el desarrollo endógeno de una comunidad sin esta condición.

Pero además de lo expuesto anteriormente el enfoque global implica integrar los distintos factores así como los diversos sectores de la comunidad. Por ello, deberá contarse con análisis económicos, ecológicos, organizacionales, socioculturales, institucionales y políticos cada vez más completos.

3.- Fomento de redes relacionales.

A través del fortalecimiento del tejido social se impulsará el asociacionismo y/o relaciones entre diferentes asociaciones u organizaciones ciudadanas para desarrollar acciones diversas, y no solo para entablar relaciones amistosas. Asimismo, se conseguirá que se coordine más adecuadamente los esfuerzos y recursos de las asociaciones e instituciones en acciones conjuntas.

Una de las tareas más importantes de cualquier acción integral debe consistir en fortalecer el tejido social y redes de intercambio y colaboración, limitando la realización de acciones aisladas y potenciando la vinculación progresiva y la coordinación en acciones conjuntas de forma que, cada vez más, las redes se densifican y los respectivos proyectos se encardinan.

Este aspecto, en definitiva, guarda relación con la toma de conciencia colectiva frente a problemas comunes, evitando duplicidades y rentalibizando las diversas intervenciones.

4.- Consideración de la acción integral como proceso.

Muchos proyectos de desarrollo suelen fracasar porque primero se diseñan las acciones, luego suelen verse las dificultades de llevarlas a cabo en un determinado ámbito y con una determinada comunidad, posteriormente se detecta la falta de estructuras adecuadas y, al final, es imprescindible investigar y conocer la situación que en la realidad afecta a todo el desarrollo.

Por ello es muy importante considerar la acción integral como proceso y sus distintas fases, a saber:

- a) Investigación participativa sobre la realidad y situación de la comunidad (con sus condicionamientos objetivos y subjetivos), las percepciones existentes, los recursos, los puntos fuertes y débiles y las líneas de acción pertinentes.
- b) Creación o fortalecimiento de estructuras participativas para que la población y el tejido social se comuniquen y la comunidad en su conjunto se refuerce.
- c) Diseño de acciones basadas en el diagnóstico previo y en el autoaprendizaje colectivo, así como en la sensibilización respecto de los distintos proyectos de acción o intervenciones necesarias.
- d) Desarrollo de las acciones con metodología participativa, contando con las fuerzas vivas y restantes recursos públicos y privados de la comunidad, considerando no solo su situación actual sino todo el potencial de su capacidad.
- e) Coordinación de la acción integral, seguimiento y evaluación que estará implícita desde un enfoque de retroalimentación en todo el proceso de realización.

En todo el proceso se requiere de una metodología innovadora, tanto en la planificación como en la intervención social y la introducción de planteamientos organizativos, flexibles, adaptables e interactivos.

Será preciso ir promoviendo nuevos escenarios de cooperación y el desarrollo de un diálogo e intercambio más fluido y eficaz entre las instituciones, las organizaciones del tejido social, los profesionales y los ciudadanos.

En todo el proceso deberá asimismo tenerse en cuenta como criterio metodológico una aproximación más eficaz y eficiente a las acciones positivas dirigidas a las personas, grupos o colectivos en mayor situación de dificultad o más vulnerables.

Se deberá realizar un alejamiento progresivo de la improvisación y una apuesta rentable, tanto económica como socialmente, por la estabilidad y continuidad de la intervención desarrollada con participación de la propia comunidad desde los principios del desarrollo endógeno en un determinado contexto.

Principios básicos en la organización del Plan Integral.

Existen unos principios generales que se convierten en la práctica exigencias, requerimientos y criterios para la idoneidad y viabilidad de cualquier Plan Integral. Estos son los siguientes:

1.- Colaboración del tejido social o partenariado.

La planificación integral supone el concurso y la colaboración comprometida de todos los agentes sociales implicados, es decir, administraciones públicas, organizaciones empresariales, asociaciones ciudadanas, sindicatos, entidades financieras, colectivos de usuarios, entidades privadas sin ánimo de lucro, etc.

2.- Multidimensionalidad

Esto significa integrar acciones, ámbitos de intervención, estrategias y proyectos desde un enfoque global en áreas, como por ejemplo las siguientes:

- _ Formación ocupacional e inserción socioeconómica.
- _ Área educativo-cultural y sistemas de apoyo profesional.
- _ Vivienda y urbanismo
- _ Ecología y medio ambiente
- _ Recursos sociales y personales

3.- Participación activa

Es un principio operativo, un objetivo y un proceso efectivo para la toma de decisiones. Implica una consideración activa de las personas, grupos e instituciones, es decir, la consideración de una comunidad competente que corresponsabiliza a los ciudadanos y a las instituciones en la gestión de su propio desarrollo y soluciones.

4.- Efecto multiplicador.

Significa favorecer la transmisión de aprendizajes, metodologías, procesos de desarrollo, estructuras operativas a otras posibles experiencias y generar participación en encuentros profesionales, debates ciudadanos, intercambios interinstitucionales y con otros ámbitos territoriales, etc.

5.- Visibilidad

Se relaciona con la utilización de estrategias informativas, de comunicación, de debate, de intercambio entre técnicos-ciudadanos-agentes sociales y económicos, etc., así como el favorecer que amplios sectores de la población conozcan el Plan y sus objetivos y acciones para favorecer una mayor implicación participativa. Asimismo, se contemplará la generación de la necesaria documentación sobre el Plan.

NOTA- Esquema de evaluación de los procesos, resultados e impactos en la Planificación Integral.

PLANIFICACIÓN COMO PROCESO. FASES

ORGANIZACIÓN DE UN PLAN INTEGRAL

METODOLOGÍA DE DESARROLLO

PRIMERA FASE

ESTRUTURAR Y ORGANIZAR LA COOPERACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

ESTRUTURAR Y ORGANIZAR LA COOPERACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES Y LA INICIATIVA SOCIAL (con y sin ánimo de lucro).

SEGUNDA FASE

DIAGNÓSTICO DE LOS ENTORNOS QUE CONDICIONAN O PUEDEN CONDICIONAR EL DESARROLLO DEL PLAN (económicos, políticos, normativos, culturales, demográficos, tecnológicos, ecológicos...)

ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

(dinámica actual y proyecciones-pronóstico de futuro)

DIAGNÓSTICO – AUTODIAGNÓSTICO DE LAS DINÁMICAS INDIVIDUALES, FAMILIARES, DE GRUPO.

EXPLORACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN Y DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES (delimitación de criterios).

TERCERA FASE

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y TÁCTICOS.

DEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES A DESARROLLAR

DEFINICIÓN DE LOS PROYECTOS A PARTIR DE LAS ESTRATEGIAS SELECCIONADAS

COMUNICACIÓN E INTERCAMBIO PARA VALORAR LOS AJUSTES PERTINENTES

CUARTA FASE

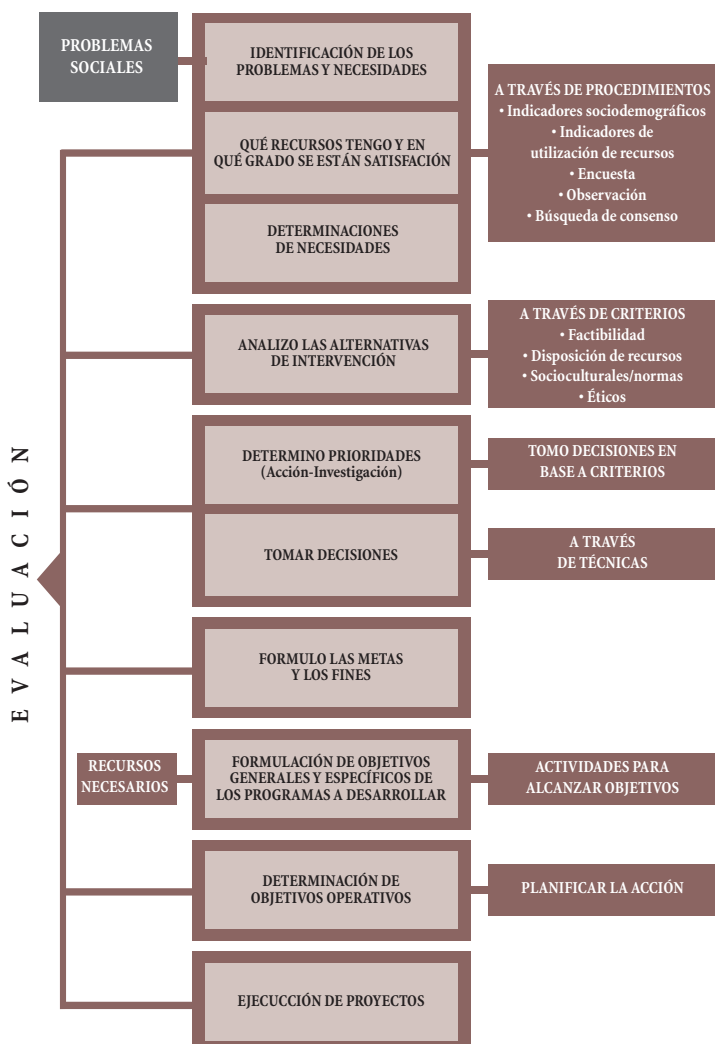
DEFINICIÓN DEL PLAN DE OPERACIONES.

ESPECIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y TEMPORIZACIÓN

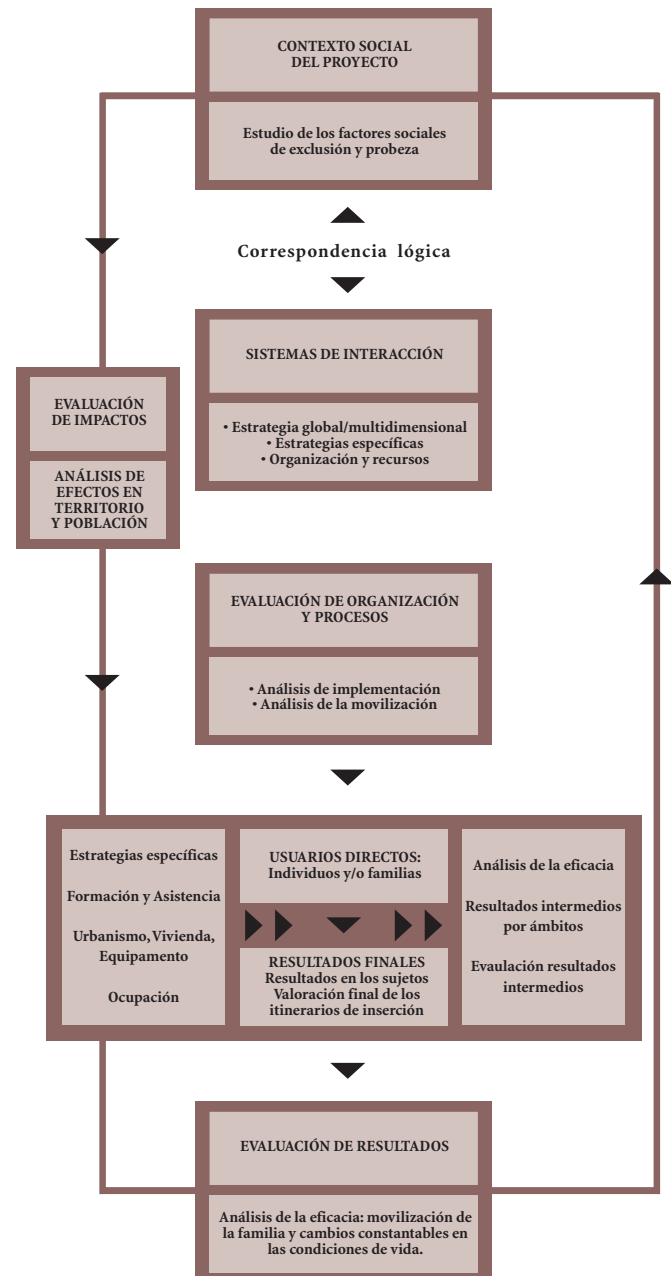
REPARTO DE TAREAS Y RESPONSABILIDADES ENTRE TODOS LOS IMPLICADOS

EJECUCIÓN.....

ESQUEMA DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS, RESULTADOS E IMPACTOS.



HEAD TRAINING CONSULTORES S.L. VI ORGANIZACIÓN DE UN PROYECTO INTEGRAL. PROGRAMAS INTEGRALES DE BASE COMUNITARIA. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL



HEAD TRAINING PLANIFICACIÓN DE S.S. CRISIS DEL CONCEPTO TRADICIONAL. PROGRAMAS INTEGRALES DE BASE COMUNITARIA. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL. 1995

Caso Práctico

Sonia Caballero

M^a Asunción Ibañez

Centro Social nº 5. Ayuntamiento de Alicante

Intervención en la Plaza Diputado Joaquín Galán nº 3 (enclavada en el Barrio Virgen del Carmen)

• 64 viviendas: Muchas de estas viviendas con 3 generaciones/ 3 núcleos familiares; hacinamiento (algunas familias de 15 a 20 miembros).

• Falta de cuidado/higiene en los espacios comunes. Las zonas verdes han sido destruidas y utilizadas como gallineros para palomos, pollos, gallinas, ...

- Situación sociolaboral: sin ningún tipo de cualificación (alto índice de analfabetismo) Trabajos como: venta ambulante, chatarra, actividades delictivas, robos y tráfico de drogas.
- Elevado índice de menores (0 a 8 años) y de preadolescentes y adolescentes. Alto índice de absentismo escolar.
- Debido a la desestructuración familiar provocada por la encarcelación de padres y madres por delitos de tráfico de drogas y robo, en muchas de las familias se realiza intervención desde el Centro Social.
- Mayoritariamente población de etnia gitana.
- Deterioro en las funciones de responsabilidad comunitaria (no pagan comunidad / alquiler).
- Comienzo del uso de drogas (tabaco y alcohol) a edades muy tempranas (8 años aproximadamente); y a partir de 9 años hachís .El ocio de la población juvenil se compone de: rut` del bacalao con consumo de drogas de diseño y las largas estancias en la Plaza Diputado Joaquín Galán con litronas, hachís...
- Alto número de menores con Medidas Judiciales.

Recursos de la plaza:

- Pastor evangelista presidente de una de las comunidades.
- 2 presidentes de comunidad gitana y respetables.
- Todos los otros recursos del barrio que son de destacar que solo ha sido posible trabajar desde el Centro Social nº 5 con familia y desde el Centro Juvenil con niños menores de 12 años.
- Instituto Social de la Vivienda una trabajadora social que se coordina con los presidentes de las comunidades

Recursos del Barrio

Recursos Institucionales

- Centro Social Nº5: donde se ubica el Equipo Social de Base
- Centro Juvenil Municipal: incluido en las instalaciones del Centro Social, donde se desarrollan actividades con menores entre 3 y 18 años: Ludoteca infantil y juvenil, Apoyo escolar, baile, guitarra, manualidades, Entrenamiento deportivo, Taller de cerámica y peluquería (preadolescentes y adolescentes), Excursiones dentro y fuera de la ciudad.
- Colegios de la zona: C.P. Virgen del Remedio, C.P. Nou Alacant, C. Casalarga, C.P. Carlos Arniches
- Institutos de Enseñanza Secundaria: IES Nº14 y IES Gran Vía
- Escuelas Infantiles(de 3 a 5 años): Puig Campana y Tossalet
- Guarderías (de 1 a 3 años): Benacantil y Cáritas
- IVVSA: propietarios de las viviendas del Barrio

Otros Recursos del Barrio:

- Asociaciones de Vecinos: AA.VV. Virgen del Carmen y AA.VV. Alonso Cano
- Asociaciones Gitanas: Arakerando, Gao-Kalo, Mestipen (Asociación juvenil)
- Centro de información juvenil de CC.OO.
- Cáritas Parroquial

Ficha de Trabajo.

Objetivo General: Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, así como el uso indebido de las mismas.

Plantear 3 objetivos específicos:

1.- 2.- 3.-

Plantear estrategias y/o actividades y recursos

¿Quién y como hacerlo?

Documentos de Trabajo

Prevención Secundaria

Conjunto de actuaciones dirigido a un segmento de población concreto que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación) se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas

Factores de Riesgo Ambientales o de Contexto

- Deprivación social y económica (# Pobreza)
- Desorganización Comunitaria
- Disponibilidad de la sustancia
- Percepción de Riesgo
- Movilidad de la Población
- Normas y Leyes de la Comunidad

Factores de Riesgo del Individuo

- Historia Familiar de alcoholismo
- Pautas educativas (disciplina, comunicación,...)
- Actitudes y modelos de conducta
- Conflictos Familiares
- Fracaso Escolar
- Factores de Personalidad (agresividad, falta de autocontrol, conducta antisocial, disconformidad con las normas,...)
- Grupo de Iguales

Indicadores

- Ambito Familiar
- Ambito Escolar
- Población Diana (de Riesgo)
- Ambito Comunitario (Legislación, Economía, Salud,...)

Objetivos Generales

1. Fomentar comportamientos, actitudes y valores saludables de cara a conseguir una mayor calidad de vida.
2. Evitar y/o retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, así como el uso indebido de las mismas.

3. Transmitir una información objetiva y exacta sobre las diferentes drogas.

Algunos Objetivos Específicos

• Ambito Familiar:

- _ Formar y orientar a los padres y madres sobre aspectos básicos de las drogodependencias.
- _ Dotarlos de recursos que les permita analizar y afrontar situaciones problemáticas y asumir su papel educativo-preventivo.
- _ Motivarles a participar en iniciativas escolares y comunitarias.

• Ambito Escolar:

- _ Concienciar a los centros Escolares y a los padres para actuar.
- _ Facilitar el cambio de actitudes respecto al uso de drogas para que descubra y adopte actitudes y comportamientos no perjudiciales.
- _ Formar y orientar al profesorado sobre conceptos básicos.
- _ Facilitar estrategias necesarias para la detección y derivación de los casos de riesgo con uso/abuso de drogas.

• Población de Riesgo:

- _ Potenciar actitudes, habilidades y valores que posibiliten a las personas a desenvolverse en la comunidad y ser agentes de sus propios cambios.
- _ Ocupar constructivamente el ocio y el tiempo libre de los jóvenes con riesgo social.
- _ Aumentar el conocimiento del grupo sobre estilos de vida saludables.
- _ Ofrecer información sobre drogas y riesgos de consumo, así como proporcionarles procesos de reflexión y debate que favorezcan su posicionamiento ante las drogas.
- _ Prevenir situaciones de delincuencia y marginación desde la educación y formación ocupacional y socio-laboral.

• Ambito Comunitario:

- _ Sensibilizar a la población de la importancia de la prevención de las drogodependencias
- _ Conseguir la participación y coordinación de todos los agentes sociales implicados en el tema.

Ideas para pensar en la elaboración de Estrategias Comunitarias

- Desarrollar programas multicomponentes (abordaje de diferentes factores de riesgo y protección)
- Adaptar los programas a la población diana (evitar la contraprevención)
- La necesaria intervención de apoyo temprano a familias y niños que viven en condiciones extremas

- Enfatizar las normas en contra del uso de drogas incrementa las actitudes negativas hacia el uso de las mismas y hacia a los usuarios
- Las intervenciones escolares dirigidas a fomentar el aprendizaje cooperativo mejoran las actitudes y los lazos que los niños establecen con la escuela, reducen el absentismo escolar, las expulsiones y el fracaso escolar
- El entrenamiento a padres en prácticas educativas y comunicación familiar disminuye los problemas de conducta de los niños de alto riesgo y ayudan a fortalecer los lazos familiares
- Resaltar la importancia de los lazos sociales (escuela, familia y grupos de iguales normalizados) como factor de protección
- Necesidad de formación de los agentes sociales para que conozcan los factores de riesgo existentes en la comunidad, de los objetivos prioritarios y de los recursos de la comunidad

Conclusiones

Tras analizar el concepto de lo “comunitario” en relación con la exposición de las representaciones sociales referidas a dos barrios de acción preferente (Juan XXIII y Virgen del Carmen) se planteó como objetivo genérico el diseño de actuaciones dirigidas a retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas y reducir el consumo abusivo o de riesgo en poblaciones adolescente y juvenil.

Se subrayaron las siguientes aportaciones:

1. Partir del conocimiento de las necesidades sentidas por la población objeto, del análisis de las estructuras sociales, de la participación/implicación de los actos sociales y de la identificación de mediadores y líderes comunitarios, como premisas básicas a tener en cuenta en la fase de planificación.
2. Potenciar estrategias de participación social centradas en lo ocupacional: accesibilidad al mercado laboral, programas de formación ocupacional (atención a las profesiones gremiales y artesanales), actividades de ocio y tiempo libre.
3. Potenciar la identificación con el medio comunitario a través de la participación en actividades de vinculación social, la sensibilización respecto a la pertenencia y la identificación con el barrio, la accesibilidad a los recursos comunitarios (escuelas, polideportivos,...), generar espacios para la integrar lo intergeneracional (adultos-jóvenes).
4. Potenciar el papel de los mediadores sociales, los líderes comunitarios y la familia.
5. Potenciar el espacio escolar como espacio de participación comunitaria, integrando los esfuerzos de la comunidad educativa, el equipo social de base, la UPC, los agentes sociales y la familia.



Coordinadores:

Amparo Aguilar Pareja

Técnico Plan M. Drogodependencias. Ayto. Alicante

Pilar Fletes Moreno

Técnico Plan M. Drogodependencias. Ayto. Alicante

Núm. participantes: 42

Objetivos

Reflexionar sobre cómo afectan a la comunidad educativa los problemas relacionados con los usos de drogas de los alumnos.

Analizar la conducta de consumo de drogas en relación con otras conductas y actitudes (absentismo, oposicionismo, violencia...) y respecto a su grado de impacto en el clima escolar, en el rendimiento académico... ¿quién puede detectar problemas relacionados con el uso de drogas en el Instituto? ¿quién puede intervenir y cómo?

Documentos de trabajo

Prevención Secundaria

Conjunto de actuaciones dirigido a un segmento de población concreto que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación) se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas

Objetivos

- Quién puede detectar problemas relacionados con el uso de drogas en el Instituto
- Cómo detectarlos.
- Quién puede intervenir
- Cómo se puede intervenir

Conductas Problemáticas en los Centros Escolares

- a) conductas violentas: palizas, acosos sexuales, extorsiones, daños intencionados a pertenencias de otros o a bienes del centro.
- b) conductas disruptivas -faltas de respeto: insultos a compañeros o profesores, grosería, obstrucción, interrupción,...
- c) comportamientos intimidatorios: amenazas, descalificaciones, rumores, desprecio, aislamiento, ...
- d) conflictos de rendimiento: falta de atención, pasividad, apatía, negativa a la realización de tareas, absentismo.
- e) conflictos relacionados con el uso de drogas consumo en el centro: trapicheo, deudas,...

Factores de Riesgo

1. Factores ligados al contexto social y cultural

- Imagen Social: estereotipos sobre efectos y riesgos.
- Publicidad y Mass Media: normalización del uso de sustancias. Consumismo.
- Disponibilidad /Accesibilidad.

2. Factores ligados al contexto social próximo

- variables familiares: estructura familiar, estilo educativo, cantidad y calidad de la comunicación y relaciones familiares,...
- variables del medio escolar: nivel de integración escolar, interés por los estudios, relación del centro escolar con el alumno y la familia, estilo educativo del centro, normas de comportamiento en el aula, modelado por parte del profesor,
- variables relacionadas con el grupo de iguales: presión de grupo, aceptación social, oposición a padres o a otras

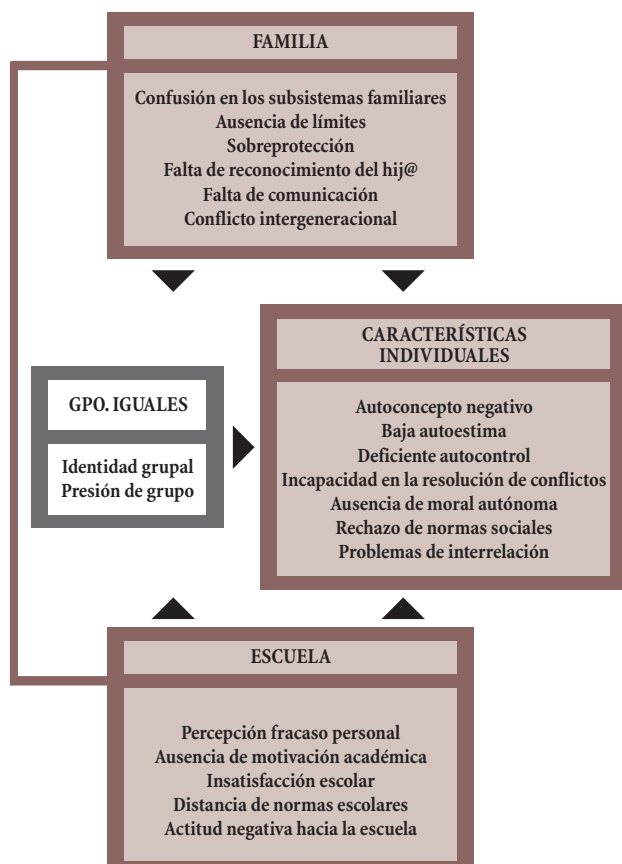
figuras de autoridad, búsqueda de normas y valores fuera del ámbito familiar, modelado por parte del grupo,...

- variables relacionadas con el escenario social: factores urbanísticos, dotación de recursos (equipamientos deportivos, centros culturales, asociaciones juveniles...), accesibilidad al consumo (bares, discotecas, lugares de tráfico...)

3. Factores ligados al propio individuo

- factores físicos: maduración sexual y desarrollo evolutivo.
- factores emocionales: autoimagen, baja tolerancia a la frustración, búsqueda de identidad, sentimiento de alienación respecto a los otros,...
- factores de personalidad: rebeldía, impulsividad, desconfianza, agresividad, inmadurez, egocentrismo, inseguridad, búsqueda del riesgo,...
- factores cognitivos: bajas aspiraciones educativas, desinterés por el colegio, escasa habilidad para la resolución de problemas y toma de decisiones, baja capacidad de análisis y abstracción,...
- factores significativos para el consumo: uso precoz de alcohol, disponibilidad económica, propiedad farmacológica de la sustancia, vivencias familiares traumáticas,...

Interrelación Factores de Riesgo Microsociales y Características Personales.



Consumo de Drogas y Conductas Disruptivas

- Bajo rendimiento académico.
- Mayor absentismo.
- Escasa implicación en las actividades académicas..
- Comportamiento anormativo en las aulas.
- Conflictividad relacional.
- Deficiente valoración personal.
- Baja tolerancia a la frustración.

Poblaciones Objetivo

- los que no usan, pero están expuestos a situación de riesgo. (a)
- los que no usan, pero pueden experimentar y llegar a abusar. (b)
- los que hacen un uso no problemático. (c)
- los que usan y son grupo de riesgo. (d)

Ejemplos

(a) Problemas familiares, fracaso escolar, baja autoestima, deficiente información sobre drogas, consumo "oral", fácilmente manejable por el grupo, ...

(b) Comportamiento anormativo, dificultad de adhesión a un grupo, falta de límites familiares, amante del riesgo, información sesgada,...

(c) El uso de sustancias no afecta a su funcionamiento psicosocial, pero desconocen los riesgos reales.

(d) Absentismo escolar, conductas disruptivas, desinformación sobre los riesgos de consumo,...

Infracciones y comportamientos problemáticos reconocidos dentro y fuera de la escuela durante el curso 1999/2001

TIPOS DE INFRACCIÓN O COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO	% SOBRE POBLACIÓN TOTAL N= 7.416	
	UNA VEZ	VIAS VECE
EN LA ESCUELA		
• Daños en los bienes escolares	10,5	15,8
• Insultos al profesorado	7,4	4,6
• Agresiones físicas al profesorado	0,8	0,4
FUERA DE LA ESCUELA		
• Mobiliario Urbano	12,2	18,3
• Robo en tiendas	13,6	14,2
• Robos en el hogar	13,9	10,8
• Compra-venta de objetos robados	3,5	3,3
• Agresiones y amenazas a padre/madre	1,7	0,9

Fuente:

Estudio "Joventut i seguretat a Catalunya. Joves escolars de 12 a 18 anys". Barcelona 2001. Javier Elzo

Conclusiones

Tras reflexionar sobre qué tipo de conflictos relacionados con los usos de drogas están presentes en los Centros de Enseñanza Secundaria, se analizaron las siguientes cuestiones:

- a) Identificación y detección de jóvenes en situación de riesgo
- b) Estrategias de intervención
- c) Papel de los educadores
- d) Interdependencias y coordinaciones a resolver.

Se apuntaron las siguientes conclusiones:

1. El profesor/tutor es el que se encuentra en mejor situación para identificar/detectar problemas.
2. El equipo directivo (Dirección, Jefatura) y los recursos de apoyo a los docentes (gabinete de orientación, coordinadores de ciclo), deben recoger el diagnóstico de los profesores y coordinar con la UPC las acciones pertinentes.
3. La conveniencia de diseñar e integrar una asignatura curricular de Educación para la Salud.
4. La relevancia que la participación de los Gabinetes de Orientación Psicopedagógica puede tener en el manejo que se realice de los conflictos en el aula.
5. La necesidad de profundizar en la conexión entre la comunidad educativa y los recursos comunitarios.
6. La viabilidad de que el espacio escolar y la comunidad educativa se constituya en el eje para impulsar equipos de prevención de zona y acciones preventivas.
7. La necesidad de incrementar la capacitación de los docentes en el manejo de las situaciones-conflicto.



Coordinadores:

Luis Rodríguez Fernández

Coordinador Plan M. Drogodependencias. Ayto. Alicante.

Juan Carlos Valderrama

Asesor Técnico. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Comunidad Valenciana

Núm. participantes: 33

Objetivos

Analizar la demanda y la oferta de servicios de las Unidades de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias (UPC).

Analizar el rol del preventólogos. Alcance y limitaciones de las UPCs. ¿Qué les podemos decir a los participantes de las mesas A, B y C?

Definir los ámbitos de intervención y propuestas de actuación.

Preparación previa a la Mesa de Trabajo. Cuestionario

Junto con la información de la Jornada y el boletín de inscripción, se remitió a las UPCs y Programas Municipales de Prevención de la Comunidad Valenciana (46 en total) un cuestionario solicitando la siguiente información:

1º. Si recibe la Unidad demandas relativas al uso de drogas en adolescentes y jóvenes y una estimación sobre la intensidad/frecuencia de la demanda (Habitual, Frecuente, Irrelevante o infrecuente) en función de su procedencia (propio usuario, familiares, entorno educativo, servicios sociales, instancias judiciales o de protección y reforma, unidades de conductas adictivas u otros).

2º. Si la Unidad realiza intervenciones programas en el ámbito de la prevención secundaria con jóvenes usuarios, la tipología de intervención (información/orientación con derivación, trabajo con mediadores y programas/servicios específicos) y qué programas específicos se realizan con esta población.

Reportaron datos 26 unidades (57%). Los datos se presentan en las transparencias T2 y T3, contenidas en este documento.

Respecto a qué programas específicos se han reportado (por el interés que pueda tener para el conjunto de las UPCs) se listan a continuación:

UPC Paterna:

- Programa de intervención precoz con adolescentes consumidores.

UPC Villajoyosa:

- Programa de reducción de riesgos en adolescentes y jóvenes (13 a 15 años y 16 a 18 años). En proyecto.

UPC Burjassot:

- Programa de intervención con jóvenes en riesgo (con problemas comportamentales que indiquen riesgo de uso precoz de sustancias de abuso).

UPC Cullera:

- Programa de prevención del consumo abusivo en locales de ocio (personal de bares, pubs y discotecas y clientes).

UPC de Algemesí:

- Programa de intervención precoz con familias de alto riesgo.
- Programa de intervención precoz con adolescentes de alto riesgo.
- Programas de intervención en barrios desfavorecidos (preadolescentes y jóvenes en programas de garantía social).

UPC Benidorm:

- Programa de prevención secundaria con adolescentes usuarios y jóvenes en programas de garantía social.

UPC Alaquas:

- Grupos terapéuticos para menores en riesgo.

UPC Alicante:

- Grupos formativos de prevención de riesgos relacionados con el uso de drogas: enseñanzas medias, menores en programas de medidas judiciales, jóvenes en formación pre-laboral, usuarios de recursos de servicios sociales.
- Servicio de Orientación Familiar en Drogodependencias. Intervención terapéutica con familias con hijos adolescentes o jóvenes usuarios de drogas.

PRESENTACIÓN

Aspectos de fondo: cuestiones y argumentos que han motivado esta mesa de trabajo

- **Pueden y deben las UPCs aportar respuestas específicas a los conflictos generados por usos de drogas? Se agota la prevención en evitar el uso de drogas o reducir su incidencia a través de la prevención primaria o inespecífica con población universal?** Son siempre los mediadores sociales los aplicadores idóneos de la prevención? Es realmente prioritaria la acción generalista sobre la actuación con subpoblaciones en riesgo? Y en términos de eficacia y eficiencia?
- **Puede la prevención secundaria (el trabajo con poblaciones selectivas e indicadas) aportar respuestas a los problemas de identidad de la UPC y del técnico experto en prevención?** Existen aproximaciones a los conflictos, metodologías, estrategias y técnicas propias de la prevención de las drogodependencias? Se agota el rol técnico en ser un gestor o facilitador de programas a aplicar por otros profesionales y/o un experto en comunicación eficaz relativa a los conflictos relacionados con los usos de drogas? Qué es preciso (currículo) para ser un experto en prevención? Se puede ser un experto en prevención de las drogodependencias sin ser un experto en drogodependencias?
- **Deben tener respuestas las UPCs y los Técnicos en Prevención a las expresiones en demandas de conflictos sociales relacionados con los usos de drogas?** Qué tenemos que decir sobre las normas dirigidas a reducir la oferta y disponibilidad de sustancias de abuso? Qué del botellón, los XTCs, los usos recreativos, los fines de semana, el consumo de haschish, los conflictos en el aula o en la familia,...? Qué podemos aportar y hacer?

- **Qué lectura hacen las UPCs de los planteamientos que, en torno a la prevención secundaria (trabajo con jóvenes usuarios, hijos de drogodependientes, poblaciones en riesgo), se vienen realizando desde la Dirección General de Drogodependencias? Qué servicios y programas podemos ofertar? Qué dificultades (dotacionales, organizativas, instrumentales) tienen las UPCs y sus técnicos para abordar estos conflictos?**

Aspectos formales: cuestiones a las que pretendemos responder en esta mesa de trabajo (objetivos)

- **Cuáles son los alcances y los límites de las UPCs en relación con la prevención secundaria?** Qué tipo de conflictos, qué poblaciones objetivo, qué contextos sociales, qué ámbitos de intervención y qué tipo de actuaciones nos son propias? Qué dificultades limitan estas actuaciones?

- **Qué podemos aportar como expertos en prevención a los conflictos y problemas relacionados con usos de drogas en poblaciones adjuvéniles que se están planteando en las otras mesas de trabajo?** Qué oferta de programas y servicios podemos realizar? Qué interdependencias y coordinaciones deben resolverse?

- **Cuáles son las funciones propias de la UPC y cuál el rol técnico del experto en prevención? Qué hacemos y qué no (qué somos) las UPCs y los “preventólogos”? Cuál es el perfil profesional idóneo del experto en prevención de las drogodependencias? Sobre qué debe conocer el “preventólogo”?**

Dinámica de la mesa de trabajo:

11,30 h. Presentación

11,45 h. Tarea A. Identificación de conflictos y selección de temas-clave

12,15 h. Tarea B. Análisis. Aproximación descriptiva a los temas-clave

12,30 h. Tarea C. Análisis. Propuestas de actuación

13,15 h. Tarea D. Análisis. Identificación de dificultades

16,00 h. Tarea E. Exposiciones de los análisis: propuestas de actuación y dificultades

16,45 h. Tarea F. Propuestas de solución a las dificultades

17,15 h. Tarea F. Conclusiones y propuestas al Plenario

DESARROLLO DE LA MESA DE TRABAJO

11,45 h. TAREA A. Identificación de conflictos y selección de temas-clave.

¿Qué conflictos o fenómenos relacionados con usos de drogas en poblaciones adolescentes y juveniles son susceptibles de ser abordados por las UPCs desde una perspectiva de prevención secundaria? Esto es, en términos de prevención secundaria, ¿sobre qué podemos decir y hacer?

Exposiciones de coordinadores de mesa y consenso del Pleno. 30´

Panel-propuesta de conflictos

1º) Presentación Panel-Propuesta (Transparencia 1, Ficha de Trabajo 0).

2º) Presentación Datos Cuestionario UPCs (Transparencias 2 y 3).

3º) Propuesta de trabajo (Transparencia 4): Temas-clave.

4º) Formación de Grupos de Análisis de 4 Temas-clave (4 grupos x 7 participantes, selección de portavoces).

12,15 h. TAREA B. Aproximación descriptiva a los temas-clave. ¿Qué lectura realizamos desde las UPCs de las demandas y conflictos identificados?

Trabajo en grupos. 15´

Ficha de Trabajo 1 “Especificaciones sobre la demanda”

1º) Discusión en grupos. Especificaciones de la demanda: qué tipos de problemas se plantean en relación con el Tema-clave, qué nos llega a las UPCs (qué no, pero debería llegar).

12,30 h. TAREA C. Propuestas de actuación. ¿Qué tipo de actuaciones podemos plantear desde las UPCs? Esto es, ¿qué y cómo podemos hacer?

Trabajo en grupos. 45´

Ficha de Trabajo 2 “Propuestas de Actuación”

1º) Análisis del problema: hipótesis explicativas o vectores clave, actores relevantes.

1º) Identificación de poblaciones objetivo: dianas y mediacionales.

2º) Determinación de objetivos operativos.

3º) Tipologías de intervención: métodos y estrategias, servicios y programas.

13,15 h. TAREA D. Identificación de dificultades. ¿Qué limitaciones dificultan el trabajo propuesto?

Trabajo en grupos. 15´

Ficha de Trabajo 3 “Identificación de Dificultades”

1º) Discusión en grupo.

2º) Organización de las aportaciones en las categorías de la Ficha de Trabajo 3: dificultades estructurales o dotacionales (espacios/tiempos, recursos materiales e instrumentales, recursos humanos,...); dificultades organizacionales (dependencia funcional, organización de referencia, interdependencias/coordinaciones,...); dificultades comunicacionales (visibilidad, captación,...); dificultades relacionados con el técnico en prevención (actitudinales y aptitudinales).

16,00 h. TAREA E. Exposición de análisis realizados en subgrupos (Tareas B,C,D).

Exposiciones subgrupos y anotaciones del pleno. 45´

Ficha de Trabajo 4 Panel de propuestas de actuación y dificultades

1º) Exposiciones del trabajo de los subgrupos. Anotaciones y correcciones del Pleno.

2º) Elaboración simultánea de Panel de propuestas de actuación / dificultades (Coordinadores de Mesa de Trabajo).

16,45 h. TAREA F. Propuestas de solución al panel de dificultades.

Trabajo en grupos y exposiciones al pleno. 30´

Ficha de Trabajo 5 “Propuestas de solución”

1º) Discusión en grupos sobre alternativas de solución a las dificultades.

2º) Exposición de propuestas de los grupos. Discusión en Pleno.

3º) Elaboración simultánea del Panel de Propuestas de Solución (Coordinadores de Mesa de Trabajo).

17,15 h. TAREA G. Conclusiones y propuestas al plenario.

Consenso del pleno. 15´

“Panel de Conclusiones”

1º) Propuesta de panel de conclusiones y discusión en pleno: funciones de las UPCs y rol del técnico “preventólogo” en el ámbito de la prevención secundaria.

PREGUNTAS DE ORIENTACIÓN PARA EL TRABAJO DE ANÁLISIS DE LOS TEMAS-CLAVE

Tarea B. Aproximación descriptiva a los temas-clave

- Qué tipo de demandas se reciben en las UPCs?
- Cuáles no llegan, pero “están ahí”? (llegan a otros recursos, no llegan por falta de definición de la demanda, no llegan por falta de visibilidad de la unidad, no llegan por falta de definición de la oferta).

Tarea C. Propuestas de actuación

1. Análisis de los problemas:

- Cuáles son las hipótesis explicativas o los vectores relevantes a tener en cuenta a la hora de entender el problema y de cara a una posible intervención?
- Cuáles son los actores relevantes (personas, grupos, organizaciones, recursos, instituciones)?

2. Identificación de poblaciones objetivo:

- Cuáles son los individuos o grupos diana?
- Cuáles son los mediadores a tener en cuenta?
- Con quiénes debemos trabajar directamente?, a qué niveles?

3. Determinación de objetivos operativos:

(No generales, ni de intenciones, ni relativos a prevalencias o incidencias)

- Qué vamos a hacer?

4. Tipologías de intervención:

- Qué métodos/estrategias vamos a utilizar: de influencia (información, orientación/asesoramiento, sensibilización), de desarrollo de competencias (formación, desarrollo de habilidades sociales, cambio de actitudes,...), de apoyo a actuaciones de control (reducción disponibilidad y condicionantes de riesgo), de diseño ambiental (actuaciones en los contextos y escenarios de consumo dirigidas a disminuir la presión ambiental), orientadas al cambio (modificación de comportamientos de riesgo, intervención de tipo terapéutico)?
- Qué niveles de intervención proponemos: comunitario, mediacional, grupal, familiar, individual?

- Qué interdependencias y coordinaciones es necesario resolver?
- Qué tipo de servicios, programas o actividades proponemos?

Tarea D. Identificación de dificultades:

- Relacionadas con recursos materiales (espacios, tiempos, dotaciones) e instrumentales (protocolos, material documental, programas, material diagnóstico,...).
- Relacionadas con la dependencia funcional y orgánica: qué tipo de organización es la más indicada, qué instrumento rector de referencia del trabajo es el idóneo, qué coordinaciones hay que resolver (a nivel local-municipal, a nivel institucional, a nivel de participación social).
- Relacionadas con la visibilidad del recurso: qué elementos comunicacionales son necesarios.
- Relacionadas con las actitudes de los técnicos (nosotros y los otros) y las competencias propias: sobre qué debemos conocer, qué formación precisa el experto en prevención de las drogodependencias para trabajar con seguridad en estos ámbitos.

Documentos de trabajo

T1. PANEL-PROPUESTA DE CONFLICTOS

Conflictos relacionados con usos de drogas en contextos recreativos:

El fenómeno del botellón

Los fines de semana y las drogas para la marcha (anfetis y coca)

Las normas dirigidas a reducir la disponibilidad de drogas

Conflictos relacionados con usos de drogas en contextos normativos:

Usos de drogas y conflictos de aula

Los padres ante los usos de drogas de los hijos

El cannabis

Conflictos relacionados con los usos de drogas en contextos asistenciales o de riesgo:

Contexto de SS.SS: familias multiproblemáticas y barrios desfavorecidos

Menores en riesgo: institucionalizados y medidas judiciales (Ley del Menor)

Los hijos de drogodependientes (red de atención drogodependencias)

Comorbilidades

T2. DATOS CUESTIONARIOS (I)

- Datos de 26 UPCs/Programas de Prevención (57%)
- Reciben demandas relacionadas con el uso de drogas en poblaciones adolecentes el 88% (23)
- El 85% (22) cuentan con servicios de información/derivación, el 69% (18) interviene con mediadores, 8 unidades reportan programas específicos dirigidos a adolecentes consumidores y/o en situación de riesgo (31%)
- Se han reportado 3 programas de intervención precoz, 4 de prevención de riesgos, 2 de intervención familiar, 2 de intervención comunitaria, 1 de intervención con mediadores

T3. DATOS CUESTIONARIO (2)

Intensidad/frecuencia de la demanda en función de la procedencia (sin datos: 5 Unidades, 19%)

ÁMBITOS	HABITUAL+	HABITUAL	INFRECUENTE +NULA
Familia	66% (17)	27% (7)	15% (4)
Educación	62% (16)	31% (8)	19% (5)
SS.SS	46% (12)	15% (4)	35% (9)
UCAs	35% (9)	12% (3)	46% (12)
Usuarios	31% (8)	8% (2)	50% (13)
Judicial	19% (5)	4% (1)	62% (16)

T4. PROPUESTA DE TRABAJO

GRUPO A

Usos de drogas en los centros de enseñanzas secundarias

GRUPO B

La familia (los padres) ante los usos de drogas de sus hijos

GRUPO C

Usuarios de servicios sociales

GRUPO D

Menores en programas de medidas judiciales

(Alternativas: Usos recreativos. Hijos de drogodependientes)

PANEL-PROPUESTA DE CONFLICTOS

Conflictos relacionados con el uso de drogas en contextos recreativos

El fenómeno del botellón

Los fines de semana y las drogas para la marcha (XTC, Speed, Cocaína)

Las normas dirigidas a reducir la oferta y disponibilidad de sustancias de abuso

Conflictos relacionados con usos de drogas en contextos normativos

Conflictos en las aulas y usos de drogas

La familia (los padres) ante los usos de drogas de sus hijos

El bannabis

Conflictos relacionados con el uso de drogas en contextos asistenciales y/o de riesgo

El contexto de SS.SS: familias multiproblemáticas, barrios desfavorecidos

Menores en riesgo: programas de medidas judiciales, menores institucionalizados (Ley del Menor)

Hijos de drogodependientes

Comorbilidades

Conclusiones

Con el objeto de determinar los alcances de las UPC's respecto a la prevención secundaria dirigida a adólescentes, se analizaron 4 contextos/conflictos:

- a) Uso de drogas en Centros de Enseñanza Secundaria.
- b) La familia (los padres) ante los usos de drogas de los hijos.
- c) Usuarios de servicios sociales.
- d) Menores en programas de medidas judiciales.

Tras la identificación de las dificultades (estructurales/dotacionales, organizativas, comunicacionales y técnicas) se propusieron las siguientes líneas de actuación:

1. La necesidad de resolver las interdependencias-coordinaciones que habilitan el trabajo en prevención con Servicios Sociales, Educación, Fiscalías de Menores y Familia, Servicios Sanitarios,...
2. La importancia de integrar la acción comunitaria en Planes Municipales sobre Drogodependencias que vinculen la coordinación interáreas, especialmente la integración de las UPC's en los Servicios Sociales municipales.
3. Incrementar la visibilidad de la UPC en relación con la red sociosanitaria, a través de acciones comunicacionales y de la especificación de la propuesta de programas y servicios.
4. La necesidad de estandarizar y consolidar la prevención comunitaria como estrategia integradora y canalizadora de las acciones a nivel secundario. Se apuntaron dos estrategias: impulsar los Planes Municipales sobre Drogodependencias y la integración en Servicios Sociales.
5. La necesidad de formación/capacitación de los técnicos de las UPCs y de supervisión.
6. El incremento de las dotaciones técnicas y de recursos humanos de las UPCs.
7. La determinación de protocolos de actuación: de indicadores de riesgo para el nivel diagnóstico, de itinerarios de acción respecto a las redes de específicas y comunitarias y de programas de intervención (niveles de información/derivación, de orientación/asesoramiento, de incremento de competencias y de orientación al cambio).
8. La determinación de servicios y programas: ámbitos de actuación (comunitario, educativo, familiar), niveles de intervención (primaria, secundaria) y poblaciones diana (adólescentes, mediadores).

PARTICIPANTES

Acosta Márquez, Lázaro

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Aguilar Serrano, Julia

Fundación de Ayuda a la Drogadicción. Valencia

Agulló Hernández, Enma

Asociación Casa Oberta. Alicante

Agulló Hernández, Eva M^a

Centro de Vida Nazaret. Alicante

Alapont Arlandis, Dolores

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Cullera

Alapont Pinar, M^a Lourdes

Programa de Prevención de las Drogodependencias. Ayuntamiento de Mislata

Albert Pérez, Verónica

Centro Social nº 5. Ayuntamiento de Alicante

Alcalde, José Benito

Fundación Noray - Proyecto Hombre. Alicante

Amado Pallarés, Lorena

Unidad de Prevención Comunitaria Mancomunidad Camp del Turia.

Amante García, Cristina

Equipo Técnico Fiscalía de Menores. Alicante

Amérigo Martínez, M^a Ángeles

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Villajoyosa

Amo Peña, David

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Andrés Palazón, Milagros

Centro de Menores L'Omet. Elche

Belda Mas, Antonio

Unidad de Prevención Comunitaria. Mancomunidad de Municipios La Costera – Canal

Bisetto Pons, David

Centro de Día Levante. Alicante

Blanco Fernández, Rosa

C.P. Ramón Llull. Alicante

Bonmatí Durá, Susana

Fundación AEPA. Alicante

Botella Guijarro, Alvaro

Fundación AEPA. Alicante

Botella Mora, Antonia

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayunt. de Crevillente

Burillo Nadal, Josefa

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Algemesí

Caballer Oliva, M^a del Mar

Casa de Oficios Benisaudet. Concejalía de Empleo y Fomento. Ayto. Alicante

Caballero Reñón, Sonia

Centro Social nº 5. Ayuntamiento de Alicante

Campos Aparicio, Carmen

Plan Municipal de Prevención de las Drogodependencias. Ayuntamiento de Ceste.

Campos Cana, Mariano

Junta Municipal de Distrito nº 4. Alicante

Caravaca Bertomeu, Juan Carmelo

C. San José. Alicante

Cardo Cruz, M^a Ángeles

Unidad de Trabajo Social "613 Viviendas". Ayunt. de Burjassot

Castillo Piquer, José

Unidad de Trabajo Social "613 Viviendas". Ayunt. de Burjassot

Cervera Guzmán, M^a Dolores

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Alaquas

Céspedes Solves, Oton Daniel

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Clemente Cervera, Amparo

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Carcaixent

Conde Vega, Adelaida

Dirección Territorial de Bienestar Social. Alicante

Chorén Rodríguez, Susana

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Valencia

Domenech García, Rosa

Cruz Roja Juventud. Alicante

Donat Beneito, Paca

Centro Social nº 3. Ayuntamiento de Alicante

Espinilla Berástegui, Mª Dolores

I.E.S. Figueras Pacheco. Alicante

Espeso Salamanca, Begoña

C. Calasancio. Alicante

Fallos Pérez, Ignasi

Unidad de Prevención Comunitaria. Mancomunidad de Municipios de La Safor

Forner Zaragoza, Mª Francisca

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Silla

Fuentes García, Laura

Programa de Prevención de las Drogodependencias. Ayuntamiento de Villena

Gallardo Punzano, Juan Pedro

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

García Boix, Encarna

Residencia Comarcal Baix Vinalopó. Elche

García Coronado, Mª Luisa

I.E.S. Figueras Pacheco. Alicante

García Martínez, Patricia

Centro Educativo "La Villa". Villena

García Navarro, Jesús

Federación de AA.PP.AA. de la Provincia de Alicante "Escuela y Familia".

García Palacios, Alicia

Asociación Casa Oberta. Alicante

García Palacios, Eva

Equipo Técnico Fiscalía de Menores. Alicante

García Verdú, Alicia

Unidad de Prevención Comunitaria. Mancomunidad Intermunicipal del Valle del Vinalopó

Giner Peralta, Susana

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Franados Martínez, Mª Josefa

I.E.S. Bahía Babel. Alicante

Godinez Febrero, Marga

Centro Social nº 1. Ayuntamiento de Alicante

Gómez Lloret, Carlos

C. Santa Teresa. Alicante

Gomis Pérez, Mª Soledad

Bentro Juvenil Municipal "San Blas". Ayuntamiento de Alicante

Gutiérrez Miñana, Mª José

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Benidorm

Haba Giménez, César

Fundación Diagrama. Alicante

Hernández Bernal, Santiago

C. Santa Teresa. Alicante

Hernández Ferrer, Cristina

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Paterna

Hernández Martínez, Manuel

Junta Municipal de Distrito nº 4. Alicante

Herrero Aguilar, Margarita

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Hbañez González, Mª Asunción

Centro Social nº 5. Ayuntamiento de Alicante

Jornet Carrillo, Adela

C. Santa Teresa. Alicante

Larruskain García, Ixone

Centro de Menores L'Omet. Elche.

López Grau, Yolanda

Servicios Sociales. Ayuntamiento de Campello

Mahillo Monte, Begoña

I.E.S. "8 de Marzo". Alicante

Marhuenda Beltra, Mª Dolores

Servicios Sociales. Ayuntamiento de Campello

Marín Belmonte, María

Centro Juvenil Municipal “Hércules 23”. Ayuntamiento de Alicante

Márquez Díaz, Elena M^a

Cruz Roja Juventud. Alicante

Márquez Díaz, M^a del Carmen

Cruz Roja Juventud. Alicante

Martínez Buils, Joaquín

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Castellón

Martínez Galindo, Ana Isabel

C. Inmaculada Jesuitas. Alicante

Martínez García, Carolina

Federación de AA.PP.AA de la provincia de Alicante “Escuela y Familia”

Martínez Navarro, Antonio

Centro de Menores L’Omet. Elche

Martínez Quintero, Rosario

Centro de Información y Prevención del Sida. Alicante

Mateu Aranda, M^a Jesús

Dirección Gral. de Drogodependencias. Consellería de Bienestar Social

Méndez Juan, Juan Andrés

C. Prácticas. Alicante

Millán Llin, Vicente

I.E.S. Mare Nostrum. Alicante

Mira Pastor, Sonia

Servicios Sociales. Ayuntamiento de San Juan

Miralles Guillén, F^o Javier

Concejalía de Acción Social. Ayuntamiento de Alicante

Molina Durá, Carmen

Dirección Territorial. Consellería de Bienestar Social. Alicante

Molina Martínez, José Antonio

Centro de Menores L’Omet. Elche

Molina Navarro, M^a José

Plan de Atención a Personas Sin Hogar. Ayuntamiento de Alicante

Monreal Campos, Francisca

I.E.S. Virgen del Remedio. Alicante

Monzonis Escribá, Joana

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de la Vall D’Uixó

Moratinos Iglesias, José Fernando

Dirección Territorial. Consellería de Educación. Alicante

Moya Pérez, Concepción

I.E.S. Bahía Babel. Alicante

Navarro Giner, Marién

C. Inmaculada Jesuitas. Alicante

Nogués Pascual, M^a José

C. Inmaculada Jesuitas. Alicante

Oliver Castellón, Marga

Dirección Gral. de Drogodependencias. Consellería de Bienestar Social

Pardo Verdugo, Rosa

Unidad de Conductas Adictivas Área de Salud 16. Alicante

Pastor Aznar, Elena M^a

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Torrevieja

Peinado Sansano, José Ignacio

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Santa Pola

Pérez Casanova, Aurea

Fundación Diagrama. Alicante

Pérez Gómez, Francisca

Sindicato de Trabajadores de la Administración. Ayuntamiento de Alicante

Pérez Gomis, Mónica

Plan de Atención a Personas Sin Hogar. Ayuntamiento de Alicante

Pérez Guardiola, Rafael

C. Nazaret. Alicante

Pérez Hervás, José M^a

Dirección Territorial. Consellería de Educación. Alicante

Pérez Hervás, M^a Pilar

Unidad de Conductas Adictivas Área de Salud 16. Alicante

Pérez Martínez, Eva M^a

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Pérez Martínez, M^a del Carmen

Centro Juvenil Casco Antiguo. Centro Social nº 1. Ayuntamiento de Alicante

Pinedo Esteban, Román

Coordinación de Proyectos. Alcaldía. Ayuntamiento de Alicante

Pizcueta Capuz, Vicente

Asociación Controla Club

Plaza Faba, Arantxa

Programa de Medidas Judiciales. Fundación Padre Fontova – Nazaret. Alicante

Ramos Soler, Pilar

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Moncada

Ribera Mataix, M^a Ángeles

IES San Blas. Alicante

Riquelme Guajardo, M^a Luisa

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Catarroja

Rodríguez Malon, José Vicente

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Alzira.

Rodríguez Navarro, Agustina

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Orihuela

Rovira García, Rosa

Programa de Prevención. Concejalía de Acción Social. Ayto. Alicante

Rubio Tomás, César

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Ruiz Ortega, Jesús

I.E.S. Bahía Babel. Alicante

Sala Bonmatí, Dolores

Fundación Salud y Comunidad. Alicante

Sala García, Encarna

Fundación Diagrama. Alicante

Sánchez Cuerda, Pilar

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Carlet

Sánchez Navarro, Ana

Centro Social nº 2. Ayuntamiento de Alicante

Santamaría Picó, Victoria

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayunt. de Segorbe

Santisteban Fernández, José Javier

Unidad de Conductas Adictivas Área de Salud 16. Alicante

Santonja Ivorra, José

I.E.S. Figueras Pacheco. Alicante

Sanz Marina, Beatriz

Fundación Salud y Comunidad. Alicante

Sauco Casanova, Vicente

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Villareal

Serrano Badía, Armando

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Valencia

Simarro Martínez, Juan Miguel

Fundación Noray - Proyecto Hombre. Alicante

Sogorb Sánchez, M^a Carmen

Servicios Sociales. Ayuntamiento de San Juan

Soler Llópez, Paloma

Concejalía de Acción Social. Ayuntamiento de Alicante

Soriano Martínez, Juan Gabriel

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Burjassot

Terol Valls, Juan Bautista

Cruz Roja Juventud. Alicante

Tortajada Navarro, Silvia

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Valencia

Ureña Martínez, Alicia

Unidad de Prevención Comunitaria. Ayuntamiento de Alcoi

Valderrama Zurián, Juan Carlos

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Valencia

Valero Ramal, María

Centro Juvenil Municipal “La Florida”. Ayuntamiento de Alicante

Vallés Lorente, Angel

Unidad de Prevención Comunitaria. Mancomunidad de la Ribera Alta

Velasco Álvarez, Miguel Angel

I.E.S. Bahía Babel. Alicante

Vidal Infer, Antonio

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Valencia

INSTITUCIONES, CENTROS, SERVICIOS Y RECURSOS PARTICIPANTES

Asociación Casa Oberta

Asociación Controla Club

Casa de Oficios “Benissaudet”. Concejalía Empleo y Fomento del Ayto. de Alicante

Centro de Día de Menores “Levante” (Alicante)

Centro de Día del Plan de Atención a Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Alicante

Centro de Información y Prevención del Sida de Alicante

Centro de Menores L’Omet (Elche)

Centro de Vida Fundación Padre Fontova (Nazaret)

Centro Educativo de Menores “La Villa” (Villena)

Centro Juvenil Municipal “Casco Antiguo”. Ayunt. Alicante

Centro Juvenil Municipal “Hércules 23”. Ayuntamiento de Alicante

Centro Juvenil Municipal “La Florida”. Ayuntamiento de Alicante

Centro Juvenil Municipal “Nou Alacant”. Ayuntamiento Alicante

Centro Juvenil Municipal “Partida Santa Faz”. Ayuntamiento Alicante

Centro Juvenil Municipal “San Blas”. Ayuntamiento de Alicante

Centro Juvenil Municipal “Tómbola”. Ayuntamiento Alicante

Centro Juvenil Municipal “Zona Centro”. Ayuntamiento Alicante

Centro Social (2) Comunitario “Isla de Cuba”. Ayuntamiento de Alicante

Centro Social (4) Comunitario “Gastón Castelló”. Ayuntamiento de Alicante

Centro Social 1. Ayuntamiento Alicante

Centro Social 3. Ayuntamiento de Alicante

Centro Social 5. Ayuntamiento de Alicante

Colegio Calasancio (Alicante)

Colegio Inmaculada Jesuitas (Alicante)

Colegio Nazaret (Alicante)

Colegio Público “Prácticas” (Alicante)

Colegio San José (Alicante)

Colegio Santa Teresa (Alicante)

Cruz Roja Juventud de Alicante

Dirección General de Drogodependencias. Consellería de Bienestar Social

Dirección Territorial Consellería de Bienestar Social de Alicante

Dirección Territorial Consellería de Educación de Alicante	Servicios Sociales Ayuntamiento de Campello
Federación de Asociaciones de Madres y Padres “Escuela y Familia”	Servicios Sociales Ayuntamiento de Moncada
Fiscalía del Menor de Alicante	Servicios Sociales Ayuntamiento de San Juan
Fundación Aepa	Sindicato de Trabajadores de la Administración (STA). Ayuntamiento de Alicante
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción	Unidad de Conductas Adictivas Área Salud 16 – Ayto. Alicante
Fundación Diagrama	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Alaquas
Fundación Noray – Proyecto Hombre	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Alcoy
Fundación Salud y Comunidad	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Algemesí
Instituto de Enseñanzas Secundarias “8 de marzo” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Alicante
Instituto de Enseñanzas Secundarias “Figueras Pacheco” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Alzira
Instituto de Enseñanzas Secundarias “Mare Nostrum” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Benidorm
Instituto de Enseñanzas Secundarias “San Blas” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Burjasot
Instituto de Enseñanzas Secundarias “Virgen del Remedio” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Carcaixent
Instituto Enseñanzas Secundarias “Bahía Babel” (Alicante)	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Carlet
Junta Municipal de Distrito 4 de Alicante	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Castellón
Programa de Prevención de las Drogodependencias del Ayuntamiento de Mislata	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Catarroja
Programa de Prevención de las Drogodependencias del Ayuntamiento de Chestre	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Crevillente
Programa de Prevención de las Drogodependencias del Ayuntamiento de Villena	Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Cullera
Residencia Comarcal de Menores “Baix Vinalopó” (Elche)	
Servicios Sociales Ayuntamiento de Alicante	

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de La Safor

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Moncada

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Orihuela

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Paterna

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Santa Pola

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Segorbe

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Silla

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Torrevieja

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Valencia

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Vall d'Uxó

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Vilarreal

Unidad de Prevención Comunitaria Ayuntamiento de Villajoyosa

Unidad de Prevención Comunitaria Mancomunidad Camp del Turia (Lliria)

Unidad de Prevención Comunitaria Mancomunidad Costera-Canal (Xàtiva)

Unidad de Prevención Comunitaria Mancomunidad Ribera Alta (Alzira)

Unidad de Prevención Comunitaria Mancomunidad Valle del Vinalopó (Elda)

Unidad de Trabajo Social "613 Viviendas". Ayuntamiento Burjasot

VALORACIÓN

En este apartado se presentan los resultados de la evaluación realizada sobre la II Jornada Municipal sobre Prevención de las Drogodependencias recogidos, fundamentalmente, a partir de los datos procedentes del cuestionario de evaluación cumplimentado por los asistentes.

Estos resultados, además de ser indicadores del grado de satisfacción, consecución de objetivos y expectativas de los participantes, son referencia de cara a la próxima edición de la Jornada Municipal sobre Drogodependencias, pues es intención de este Ayuntamiento consolidar la realización anual de una Jornada en base al ámbito de actuación municipal que en esta materia recoge la Ley 3/97 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS

Folleto informativos editados	1.200
Solicitudes de inscripción	225
Participantes	140
Ponentes - Conferenciantes	2
Mesas de Trabajo	4
Coordinadores Mesas de Trabajo	9
Exp./Comunicaciones en Mesas de Trabajo	4
Presupuesto Total	9.605,65 €

DIVULGACIÓN

La divulgación de la 1ª Jornada se realizó a través del envío por correo de 1.200 folletos editados a 350 servicios y recursos de toda la Comunidad Valenciana que trabajan en los ámbitos de: drogodependencias, educación, protección y reforma de menores, recursos socio-comunitarios para adolescentes, servicios sociales de los Ayuntamientos de la provincia de Alicante y recursos socio-sanitarios; especialmente a aquellos cuyo ámbito de actuación es el municipio de Alicante.

Así mismo, las siguientes publicaciones recogieron la convocatoria de la Jornada:

- Boletín Informativo del Plan Municipal sobre Drogodependencias. Ayuntamiento de Alicante. Vínculos nº 3. Enero 2002
- Boletín Informativo sobre Prevención de las Adicciones. Fundación AEPA. Contrastes. Nº 34. Marzo 2002.
- Página Web del Ayuntamiento de Alicante (www.alicante-ayto.es)

• Página Web del Plan Nacional sobre Drogas
(www.mir.es/pnd/index.htm)

PARTICIPANTES

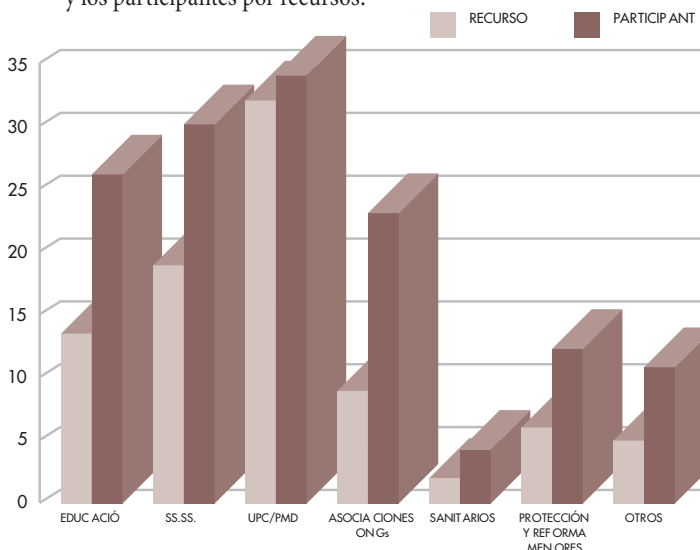
En su inicio la Jornada se planificó para un máximo de 80 participantes, pero debido a la buena acogida que suscitó la convocatoria (225 solicitudes) y al interés que generaba la participación de diversos recursos, la organización decidió ampliar el número de plazas. La admisión de solicitudes se realizó bajo los criterios de: máxima representatividad de los recursos interesados (limitando la admisión de participantes por recurso), adecuación del perfil profesional a la Mesa de Trabajo seleccionada y fecha de recepción de la inscripción. Todo ello contando con la limitación del espacio físico dónde se realizó la Jornada y el consiguiente aumento presupuestario.

Finalmente se admitieron 140 solicitudes, con un total de 86 recursos representados, quedando en lista de espera 85 solicitudes, a las que se les invitó a asistir a las dos Conferencias – Plenarios.

La participación en las 4 Mesas de Trabajo quedó de la siguiente manera:

Mesa de Trabajo A	
Menores Infractores	30
Mesa de Trabajo B	
Intervención comunitaria en barrios desfavorecidos	33
Mesa de Trabajo C	
Ámbito educativo	40
Mesa de Trabajo D	
Prevención y Preventólogos	37
TOTAL	140

El siguiente gráfico muestra comparativamente los recursos/tipo y los participantes por recursos:



De los 140 participantes, 91 entregaron el siguiente cuestionario de evaluación (65%) sobre el que se basan los datos de este apartado:

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Rodee con un círculo la calificación que le han merecido los siguientes aspectos de la 1ª Jornada (1= Muy deficiente. 2= Deficiente. 3= Regular. 4= Satisfactorio. 5= Muy satisfactorio):

1.- Respecto a los aspectos generales de la Jornada:

Aspectos organizativos previos a la Jornada

1 2 3 4 5

Estructura global del programa

1 2 3 4 5

Adecuación de las instalaciones

1 2 3 4 5

Documentación entregada

1 2 3 4 5

Aspectos organizativos durante la Jornada

1 2 3 4 5

Duración de la Jornada

1 2 3 4 5

Satisfacción de la interrelación con los participantes

1 2 3 4 5

2.- En cuanto a las conferencias – plenarios:

Calidad de la Conferencia – Plenario I

1 2 3 4 5

Calidad de la Conferencia – Plenario II

1 2 3 4 5

3.- En cuanto a las Mesas de Trabajo A - B - C - D (rodee con un círculo la mesa en la que ha participado). Utilidad práctica de los contenidos

1 2 3 4 5

Nivel de participación en la mesa de trabajo

1 2 3 4 5

Adecuación de la mesa de trabajo a las expectativas que usted traía.



4.- ¿Cree que debería tener continuidad esta Jornada en años sucesivos?

Sí ☐

5.- ¿Considera adecuado el formato de realización en un solo día?

Sí ☐

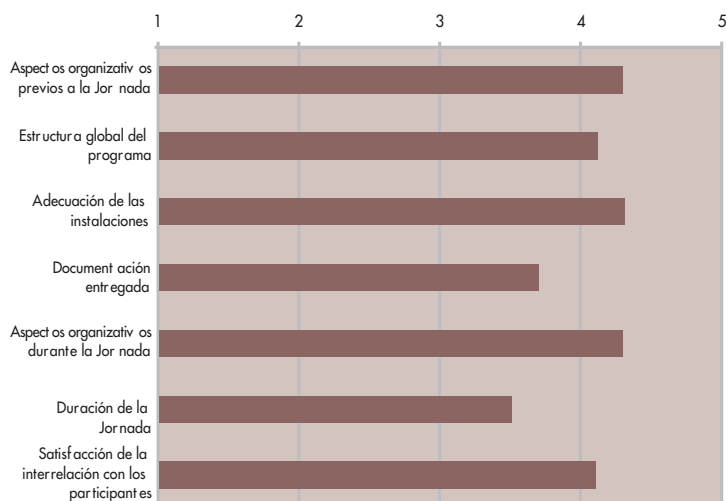
6.- ¿Cuáles son sus sugerencias de cara a unas futuras convocatorias?

Por último, valore del 0 al 10 la 1ª Jornada Municipal sobre Prevención de las Drogodependencias

Muchas gracias por su colaboración

Las calificaciones recogidas en este apartado corresponden a: 1= Muy deficiente. 2=Deficiente. 3= Regular. 4= Satisfactorio. 5= Muy satisfactorio:

El siguiente gráfico recoge las medias de los ítems referidos a los **aspectos generales** de la Jornada: organización, estructura, instalaciones, documentación entregada y participación.

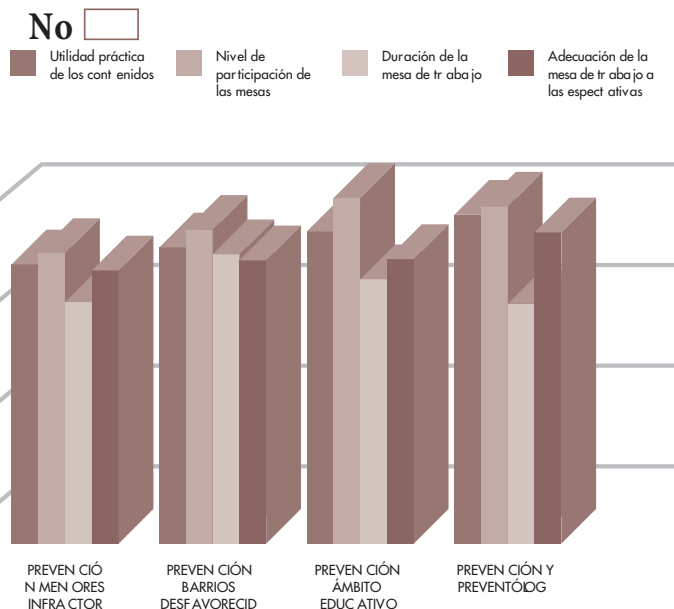


En relación a la **calidad de las Conferencias – Plenarios** (“Qué funciona y qué no funciona en prevención de las drogodependencias con adolescentes” Dº Tomás J. Carrasco Giménez, Facultad de Psicología de la Universidad de Granada y “Personalidad pre-toxicómana o situaciones de

riesgo” Dº Francisco Javier Urra Portillo, Psicólogo de la Fiscalía del Tribunal Superior y de los Juzgados de Menores de Madrid), ambas fueron calificadas con una media de 4,5 puntos.

En relación a las **Mesas de Trabajo**, el siguiente cuadro muestr comparativamente las valoraciones realizadas:

No ☐



En cuanto a la pregunta de si cree que la Jornada debería tener **continuidad** en años sucesivos, el 95% de las encuestas contesta afirmativamente, no respondiendo el 5% restante.

Con relación al **formato** de realización de la Jornada en un solo día, el 36% lo considera adecuado, frente al 54% que opina que se debería ampliar su duración bien a día y medio o 2 días, dotando de mas tiempo a las Mesas de Trabajo para poder profundizar en los contenidos.

La **valoración global** que se realizó sobre la Jornada, en base a la puntuación del 0 al 10, obtuvo la calificación media de 7,7 puntos.

De entre las **sugerencias** apuntadas por los participantes destacan como mayoritarias las siguientes:

- Exposición de experiencias/programas de prevención de drogodependencias.
- Entrega de más documentación.

- Ampliación de la duración de la Jornada
- Ampliación de la duración de las Mesas de Trabajo.
- Publicación y difusión de las conclusiones.
- Mayor interrelación entre los participantes.
- Continuidad en años sucesivos.
- Ampliación de las plazas.

En este mismo apartado se apuntaron los siguientes temas para futuras convocatorias:

- Prevención de las Drogodependencias en Educación Primaria.
- Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Familiar.
- Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Comunitario.
- Grupos de Riesgo.
- Prevención, intervención y acción.
- Formación de Agentes de Prevención.
- Tácticas preventivas en casos concretos con menores.
- Protocolo de actuación en prevención de las UPC's.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Bienestar Social por su apoyo al Ayuntamiento de Alicante en sus programas de actuación en materia de prevención y atención a las drogodependencias.

A la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, por su colaboración en la organización y gestión de la Jornada.

A D^o Tomás J. Carrasco y D^o F^o Javier Urra por su disposición a la hora de participar en la Jornada y su transferencia de conocimientos y experiencias.

A Román Pinedo, Jefe del Dpto. de Coordinación de Programas Comunitarios. A Cristina Amante, Psicóloga del Equipo técnico de la Fiscalía del Menor. A Arantxa Plaza, Educadora del Programa de Medio Abierto de la Fundación Nazaret. A Isabel Caballero y M^a Asunción Ibañez, del Centro Social nº 5. A todos ellos por su colaboración en el diseño y realización de las mesas de trabajo.

A Vicente Pizcueta y Gabriel Tejerina de Controla Club, por su entusiasmo en el apoyo al Plan Municipal sobre Drogodependencias.

A los compañeros de las UPCs, programas y Planes Municipales sobre Drogodependencias por su participación.

A Susa y Marisa del Centro Social nº 4 por su colaboración en la organización.

A la Concejalía y a la Dirección del Área de Acción Social por su apoyo.

A todos los participantes por su interés en el trabajo y su calidad en la participación.