

mesas redondas

INTRODUCCIÓN

La salud pública como institución social que forma parte del sistema sanitario y que está situada en la interfase con la comunidad se plantea el estudio de los problemas de salud y sus determinantes en el ámbito de la población, de modo global. Un estudio cuyo propósito es el de comprender la realidad como paso necesario para poder transformarla, mediante el diseño y la práctica de políticas sociales y sanitarias por una parte y por otra mediante servicios, programas e intervenciones de promoción, protección y restauración de la salud de carácter colectivo.

La exposición a las drogas supone, de un lado, un factor de riesgo para la génesis de muchas enfermedades, tanto orgánicas como psicológicas y, de otro, puede llegar a convertirse en un problema de salud en sí mismo, que afecta tanto a la esfera individual como a la colectiva.

La adolescencia es una fase del ciclo vital de las personas particularmente sensible a la adquisición de hábitos de comportamiento social entre los que destacan las conductas relativas a la exposición y consumo de drogas legales e ilegales. Una etapa biográfica en la que son trascendentales los entornos en los que esta exposición se produce.

Por otra parte, los adolescentes constituyen una notable proporción de la población que curiosamente ha merecido un relativamente bajo interés por parte de los sistemas sanitarios, a pesar de la marcada tendencia a la medicalización que les caracteriza. Aunque los indicadores de salud que corresponden a este grupo etario son los más favorables, el establecimiento de conductas relacionadas con la salud, estilos o hábitos de vida, tiene una gran trascendencia. Hasta muy recientemente no han empezado a aparecer programas e iniciativas directamente dirigidos a los adolescentes desde el sistema sanitario.

Así pues desde la perspectiva de la salud pública conviene analizar la importancia de los determinantes del consumo de drogas y su impacto en la salud de los adolescentes, así como explorar las consecuencias de las potenciales intervenciones de prevención y control de forma que fundamenten las recomendaciones para la investigación y la acción sanitaria.

DETERMINANTES DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

El comportamiento adictivo de los seres vivos tiene una base fisiológica relacionada con las ventajas —en el contexto de la evolución biológica— que supone el establecimiento de conductas y hábitos. La selección natural pues, favorece genéricamente aquellas disposiciones molecula-

res que refuerzan la dependencia que explica la susceptibilidad a las drogas, como sustancias capaces de reaccionar con receptores específicos y producir gratificaciones biológicas.

También se plantea que determinados trastornos afectivos y de la personalidad, como el denominado síndrome del niño hiperactivo, así como una cierta susceptibilidad genética, puedan actuar como determinantes o predisponentes.

Sobre este sustrato, las conductas relacionadas con el consumo de drogas vienen condicionadas —en el caso de los seres humanos— por factores de carácter cultural, entre los que destaca la oferta de productos con estas propiedades farmacológicas y el entorno social que modula la percepción y las expectativas de las personas. Básicamente los patrones sociales, las redes de relaciones y los valores de referencia que las personas utilizamos como guía de nuestra conducta acerca de la dimensión moral de nuestras acciones y actitudes, aquello que consideramos que está bien o mal.

Naturalmente, los patrones de socialización tienen una gran importancia sobre las actitudes y las expectativas de las personas que, a su vez, modulan los comportamientos y las acciones de la gente. Estos patrones dependen de la influencia del medio en el que se desarrolla la vida social de los adolescentes, la familia y la escuela y también los grupos más o menos informales en los que se integran. Las relaciones interpersonales son pues un factor crucial. Los valores, expectativas y actitudes de los jóvenes se configuran también de forma diferente según el género. Más allá de la determinación biológica que supone el sexo, la percepción de la propia identidad como femenina o masculina es un determinante decisivo en la configuración del papel social de las personas. Lo que comporta diferencias notables en las actitudes y en la exposición y consumo de drogas.

La adolescencia es la fase de la biografía de las personas que se relaciona con el tránsito de la niñez a la edad adulta. De una cierta irresponsabilidad social a la asunción de los derechos y deberes individuales. Una transición que se supone crucial para la socialización plena. Y que requiere la aceptación y la reproducción de los valores en los que se basan las culturas. Un planteamiento que ha sido vigente durante los últimos años pero que parece que está cambiando en paralelo con las transformaciones que experimentan los valores y el desarrollo de las comunidades.

Los valores, en tanto que legitiman las actitudes y los comportamientos, son referencias indispensables para mantener las reglas del juego que permiten funcionar y subsistir a los grupos.

Por ello no es de esperar que los adolescentes renuncien a cualquier valor cultural y al reconocimiento de lo que es moralmente deseable o reprochable. Sin embargo, muchos de los valores sobre los que se basan las actuales reglas del juego social no son compartidos por los adolescentes y jóvenes.

Según la última edición de la *Encuesta de juventud de Barcelona*, que se ha venido llevando a cabo cada cinco años desde 1992, entre los 1.200 jóvenes entrevistados, destaca que les parezca bien, por ejemplo, viajar en transporte público sin billete (77% de los jóvenes entre 15 y 24 años), pintar grafitos (73%), robar en grandes almacenes (52%), no pagar impuestos (31%), vender droga para vivir (30%) o vivir del paro sin buscar trabajo (25%). En cambio la mayoría considera grave contaminar un río (97%) o la violencia con la pareja (99%). La familia es importante para el 79% y los amigos para el 68%.

Fumar porros es normal para el 75%, y un 65% declara haberlos probado alguna vez. Al 40% les han ofrecido pastillas y al 24% le parece bien. También aprueba el consumo de cocaína el 21% que ha sido ofrecida al 33% y un 18% declara haberla probado.

Finalmente hay que considerar la influencia de la oferta que incluye la producción, la distribución y la dispensación de drogas. En este sentido conviene diferenciar el mercado legal y regulado del clandestino. En general, cuando la oferta es pública la publicidad juega un papel clave en la promoción del consumo de productos que implica mayor accesibilidad. La disponibilidad de las drogas legales es, siempre, más elevada que la de las drogas ilegales. A pesar de que la aceptación social y la tolerancia práctica faciliten el acceso a determinadas drogas ilegales.

EL IMPACTO

En España disponemos de diversas fuentes de información sobre la adquisición y el consumo de drogas por parte de la población. Entre ellas destacan las encuestas de salud generales que tanto el Ministerio de Sanidad como algunas comunidades autónomas llevan a cabo periódicamente, en las que la declaración del consumo de las drogas legales como el alcohol y el tabaco tienen más importancia. Por otro lado, algunas administraciones sanitarias y también grupos de investigación organizados o patrocinados por instituciones como la Universidad y organizaciones no gubernamentales analizan conocimientos, actitudes y exposición a las drogas ilegales, a menudo en relación con problemas de salud como el sida.

En general se observa una tendencia al incremento de la exposición al consumo de drogas tanto legales como ilegales de las poblaciones juveniles, con algunas particularidades en relación al tabaco y la heroína.

La información disponible sobre el impacto que provocan las drogas en forma de enfermedades es más escasa y fragmentaria. Podemos recurrir a los indicadores de mortalidad por causas relacionadas directamente con el consumo de drogas, aunque dado que la letalidad es relativamente baja, sólo proporcionan una orientación grosera.

Las estadísticas de mortalidad son todavía menos útiles en relación con las causas de defunción que tienen que ver con las enfermedades ocasionadas por el consumo crónico ya que su efecto se manifiesta a largo plazo. Lamentablemente la frecuentación por causas de los servicios asistenciales sólo proporciona información sistemática en el caso de las hospitalizaciones, con un grado de precisión insuficiente.

De ahí que habitualmente se recurra a investigaciones específicas con el propósito de evaluar el riesgo relativo que el consumo de drogas comporta para la presentación de determinadas enfermedades, ya sean las atribuibles a la toxicidad directa o bien a los mecanismos de uso como ocurre en el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos datos no permiten estimar el impacto al desconocer el riesgo atribuible poblacional.

El conocimiento de las consecuencias patológicas del consumo de drogas es desigual y, en general más preciso en el caso de las drogas legales como el alcohol y el tabaco. El sida es una excepción aunque tiene que ver con los procedimientos de consumo más que con la droga utilizada. En cambio, la asociación del consumo de alcohol con los accidentes de tráfico depende directamente de los efectos de la droga.

UNA AGENDA PARA LA INVESTIGACIÓN Y PARA LA ACCIÓN

La racionalización de las políticas de prevención y control de las adicciones a las drogas y de las consecuencias que comporta requiere mejorar el conocimiento sobre los determinantes del

consumo, particularmente en la población adolescente debido a su especial vulnerabilidad y a la importancia que el inicio del consumo tiene en el mantenimiento posterior de las conductas.

Los ámbitos de la investigación sobre las causas de los comportamientos abarcan múltiples disciplinas, desde la genética, la biología molecular y la fisiología hasta la sociología y la política, pasando por la psicología y la psicología social.

Una prioridad particular merece la investigación de los valores culturales y de los patrones de socialización, así como de los cambios que experimentan las estructuras sociales y las redes de relaciones personales. La evolución de la estructura y del funcionamiento familiar es en este sentido básica. Del mismo modo la escuela constituye un ámbito preferente y, desde luego, la socialización del ocio.

Paralelamente se debe avanzar en la caracterización del impacto que ocasiona el consumo desde el punto de vista sanitario. La disminución de la conflictividad social asociada al consumo de drogas ilegales podría alentar una cierta despreocupación, en una sociedad más sensible frente a los comportamientos delictivos que amenazan la seguridad ciudadana. Sin embargo, las razones que justifican el interés y la implicación del sistema sanitario por el consumo de drogas dependen principalmente de los efectos negativos que provocan en la salud de quienes se exponen a ellas.

Así pues, se deberían promover las investigaciones epidemiológicas que permitieran conocer la evolución de los problemas de salud asociados al consumo, particularmente la determinación de las tasas de incidencia entre las personas expuestas y, desde luego, el impacto que suponen sobre el sistema sanitario mediante un análisis de la frecuentación de los dispositivos de la atención primaria y la especializada.

Además, sería conveniente que las iniciativas de recogida de información, como las encuestas de salud, se diseñaran de forma que permitieran el análisis de la adolescencia como grupo específico de la población, lo que en la actualidad no ocurre ya que la población objeto de las encuestas se divide en dos grandes grupos según la edad, menores y mayores de 15 años, un corte arbitrario establecido por razones históricas y prácticas, lo que impide el estudio adecuado de la adolescencia como tal.

Se necesita también una evaluación más rigurosa de la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la factibilidad de las intervenciones, de forma que el diseño de las políticas y la organización de los servicios responda a una gradación adecuada de las prioridades que resulten de cuantificar la importancia de los problemas y la susceptibilidad que presentan frente a las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, de forma que se mejorara la pertinencia, la equidad, la efectividad, la eficiencia y la seguridad de las intervenciones.

Unas actividades que no se limitan al ámbito estricto del sistema sanitario ya sea respecto de los servicios asistenciales generales, tanto de atención primaria —relativamente ajena a la atención a la adolescencia, entre otras cosas por las eventuales interferencias entre las competencias de pediatras y generalistas— como hospitalaria y también los específicamente dirigidos a tratar problemas relacionados con las adicciones como los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) o los servicios y unidades de deshabituación, ya sea de los servicios de salud pública que proporcionan intervenciones de promoción y de protección (prevención de enfermedades) de la salud colectivos.

Efectivamente, se requiere también la implicación de los distintos sectores involucrados, tanto de la administración —Educación, Agricultura, Comercio, etc.— como de la sociedad civil y sobre todo la comunidad como tal. Una consideración especial se debe dirigir a los medios de

Tendencias en el consumo de drogas por escolares en España

José Miguel Mata de la Torre

Para estudiar las tendencias en el consumo de drogas en España por parte de los adolescentes contamos desde 1994 con la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*, estudio que se repite de forma bienal y que ha conservado, en lo fundamental, el diseño metodológico, de forma que hoy contamos con una serie histórica que nos permite conocer la evolución del consumo de drogas y algunos factores asociados al mismo, durante los últimos diez años.

En la presentación se describen las tendencias del consumo de las principales drogas por los adolescentes desde 1994, así como las de algunos de los factores asociados a dichos consumos (percepción del riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno) y la valoración, por parte de la población, de las posibles medidas para intentar resolver el problema.

ALGUNOS DATOS PREVIOS

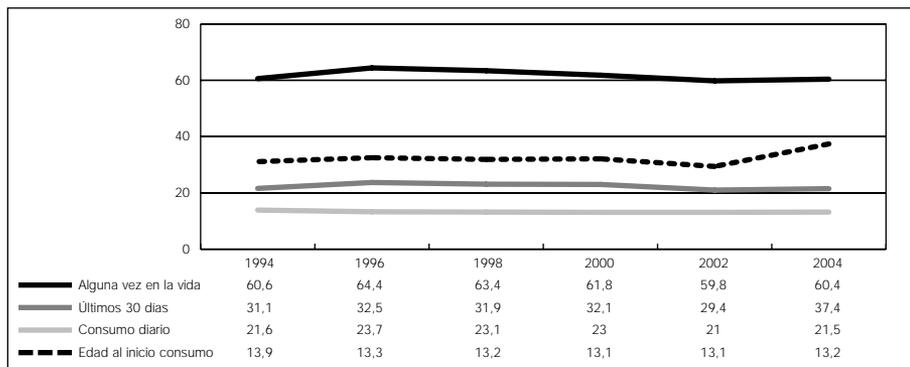
La OMS* ha estimado que en 2002 el 8,9% de la carga total de morbilidad mundial se debe al consumo de sustancias psicoactivas:	
Tabaco	4,1%
Alcohol	4,0%
Drogas ilícitas	0,8%
* Informe sobre la Salud en el Mundo, 2002.	

Estimaciones de la prevalencia anual del consumo mundial de sustancias ilícitas, 2000-2001

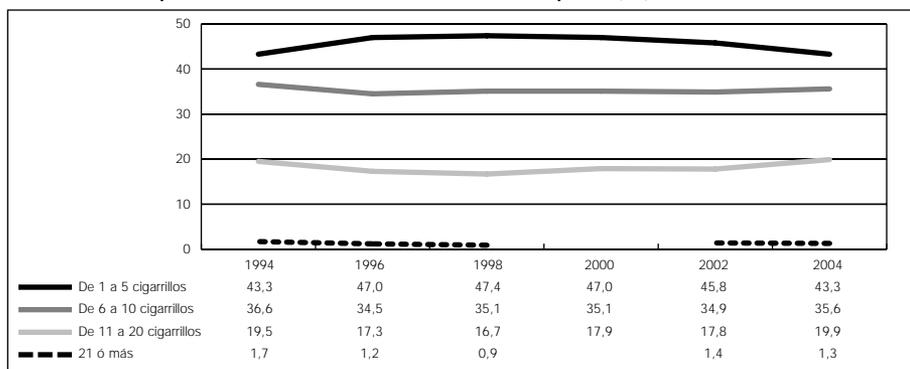
TODAS LAS SUSTANCIAS ILÍCITAS	CANNABIS	ESTIMULANTES TIPO ANFETAMINAS		COCAÍNA	TODOS LOS OPIOIDES	HEROÍNA
		ANFETAMINAS	EXTASIS			
Nº de consumidores (en millones)						
200	162,8	34,3	7,7	14,1	14,9	9,5
Proporción de la población mundial (%)						
3,4	2,7	0,6	0,1	0,2	0,3	0,16
Proporción de la población de 15 años o más (%)						
4,7	3,9	0,8	0,2	0,3	0,4	0,22
FUENTE: UNODC (2003). <i>Global illicit drug trends 2003</i> . New York, NY: United Nations Office on Drugs and Crime.						

ALCOHOL Y TABACO*

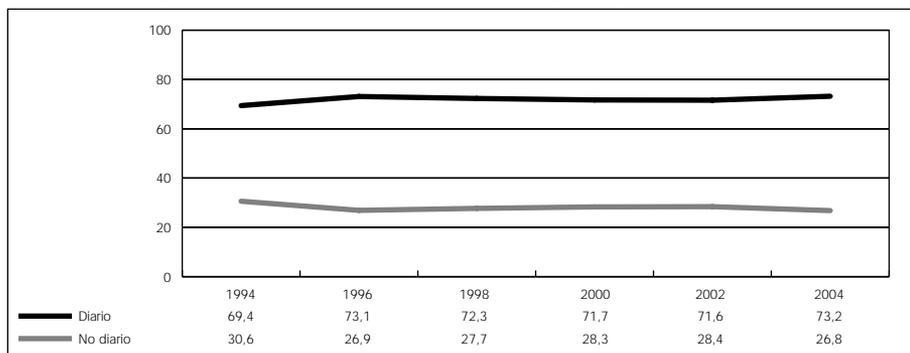
Prevalencia de consumo de tabaco y edad de inicio de consumo en los escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004



Número de cigarrillos consumidos por los escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004

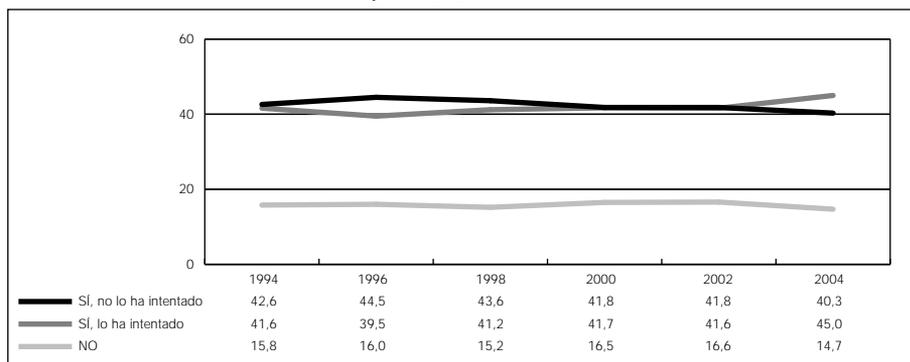


Frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días por los escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004

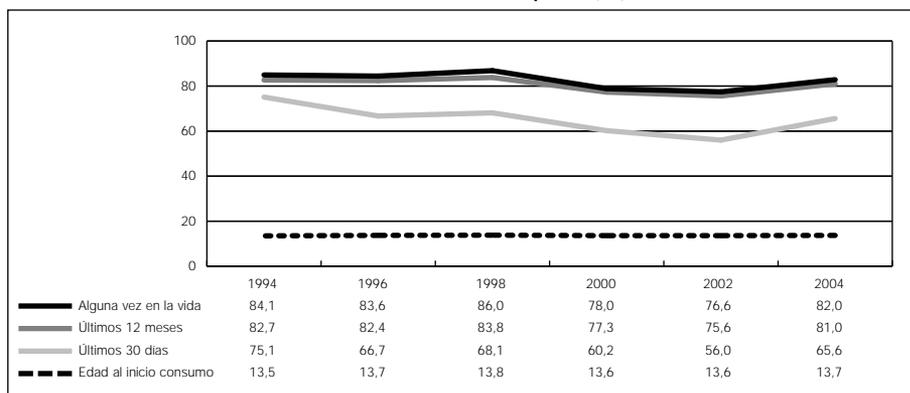


* Fuente de todos los gráficos: DGPNSD. Encuesta Escolar sobre Drogas, 1994-2004.

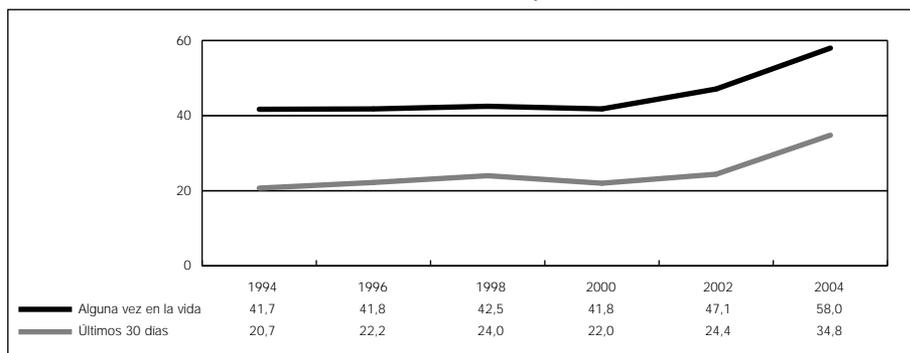
Porcentaje de escolares (14 a 18 años) que se ha planteado dejar de fumar. España (%) 1994-2004



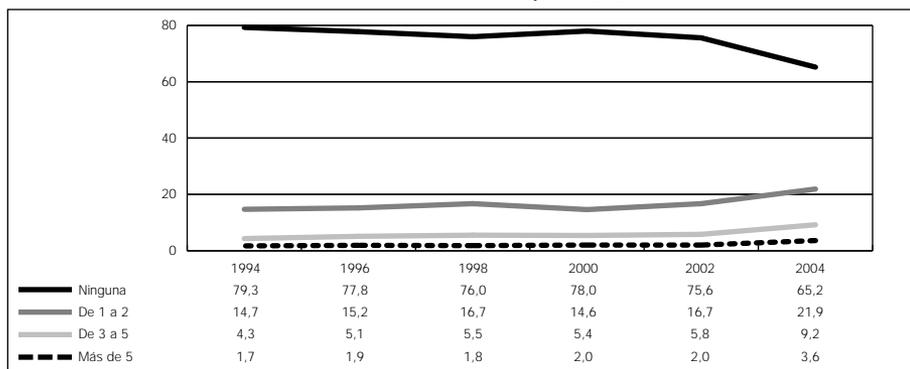
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004



Prevalencia de borracheras en escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004

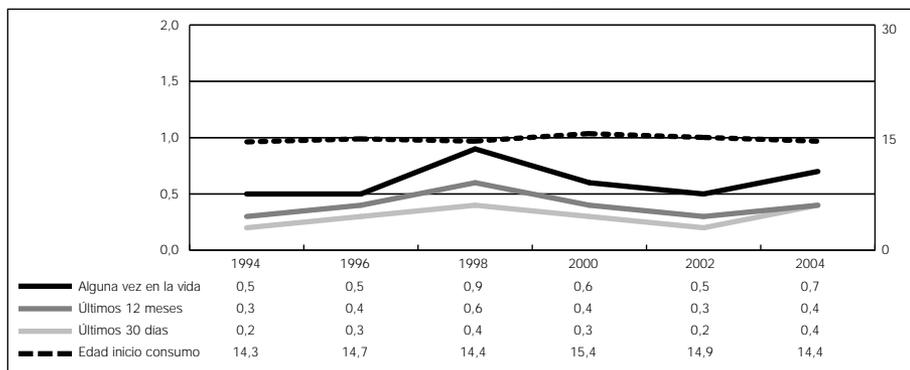


Número de borracheras en los últimos 30 días en escolares de 14 a 18 años. España (%) 1994-2004

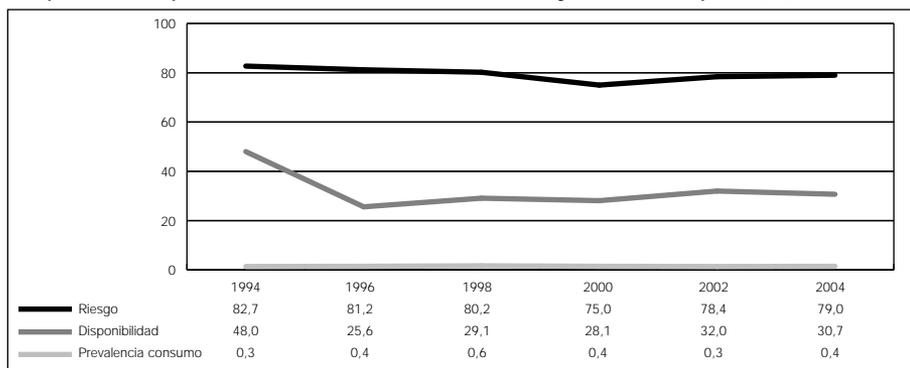


DROGAS ILEGALES. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y PROBLEMAS RELACIONADOS, PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS ESCOLARES ANTE LAS DROGAS

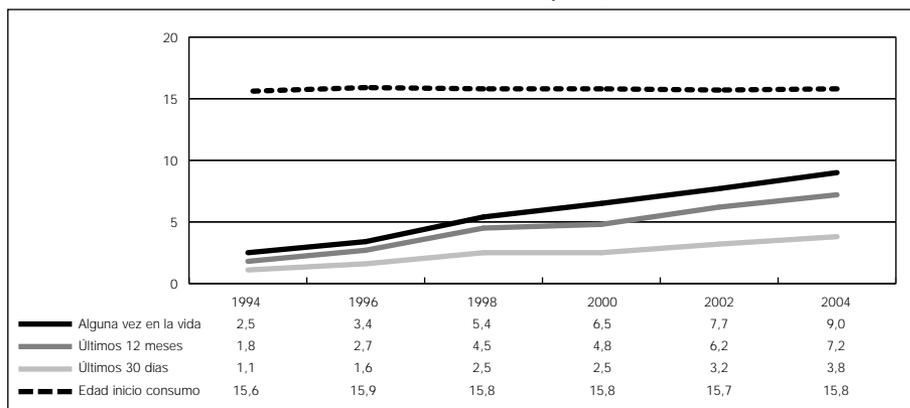
Prevalencia de consumo de heroína (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



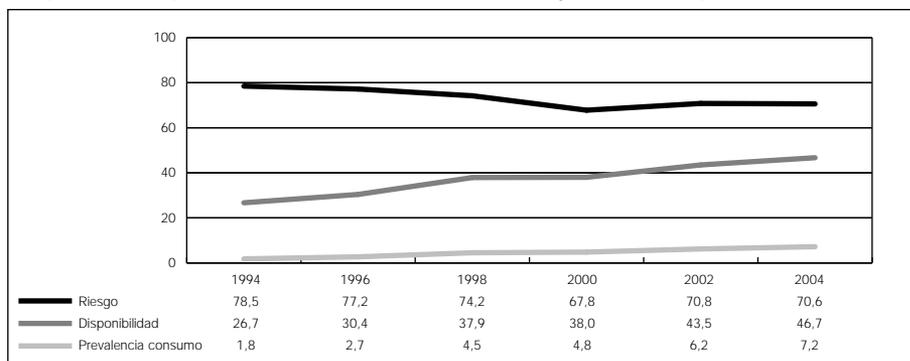
Prevalencia de consumo de heroína, percepción del riesgo y disponibilidad percibida¹ en los escolares entre 14 y 18 años. España (%) 1994-2004



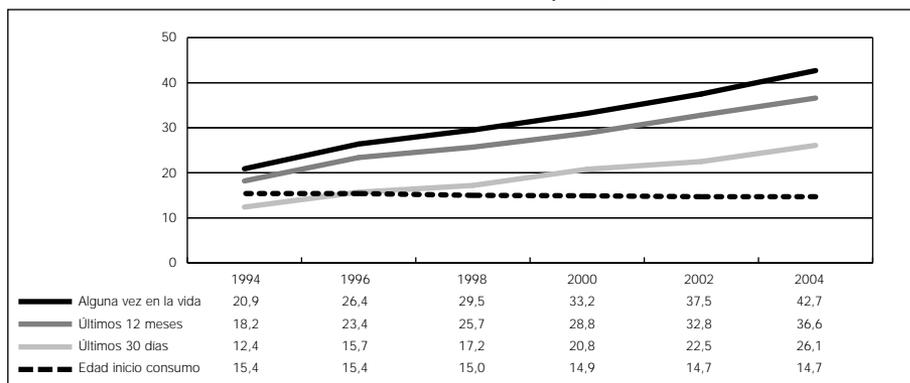
Prevalencia de consumo de cocaína (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



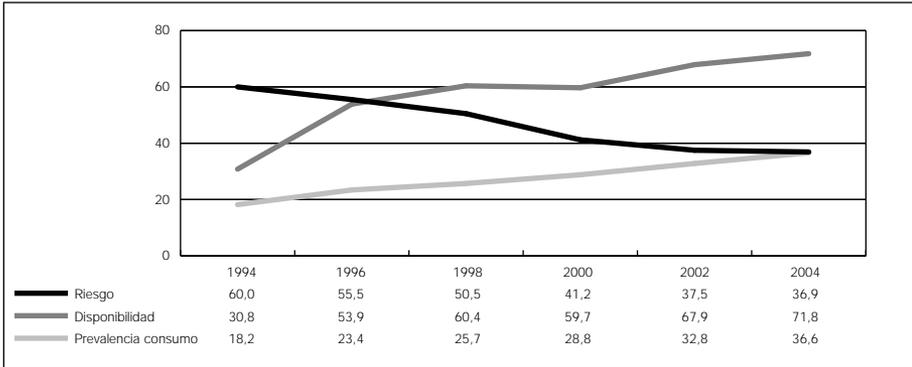
Prevalencia de consumo de cocaína, percepción del riesgo y disponibilidad percibida¹ en los escolares entre 14 y 18 años. España (%) 1994-2004



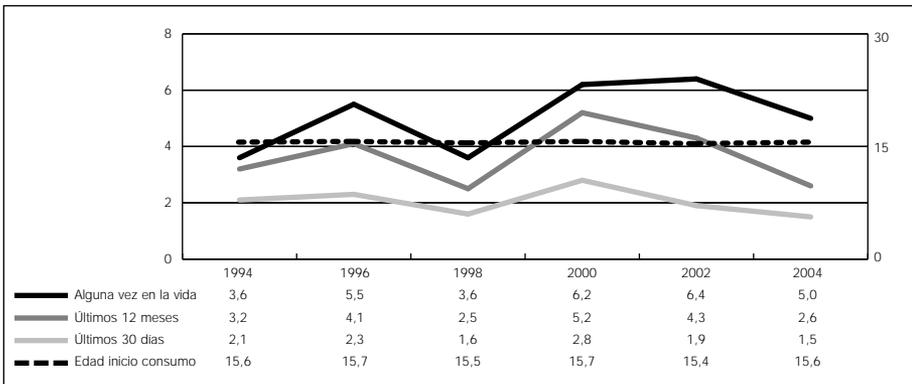
Prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



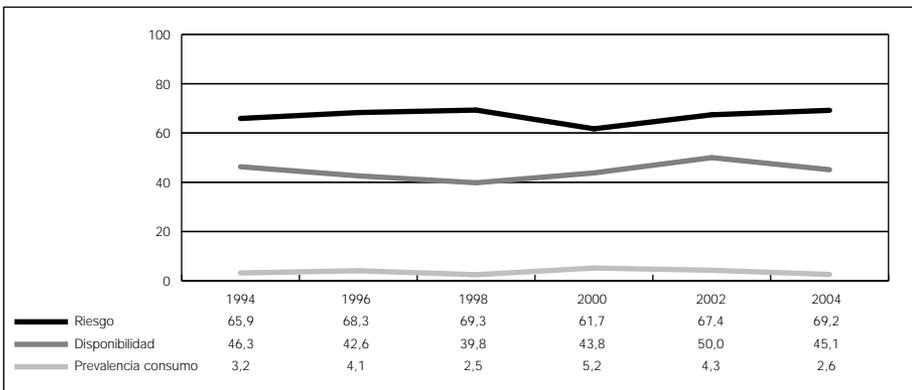
Prevalencia de consumo de cannabis, percepción del riesgo y disponibilidad percibida¹ en los escolares entre 14 y 18 años. España (%) 1994-2004



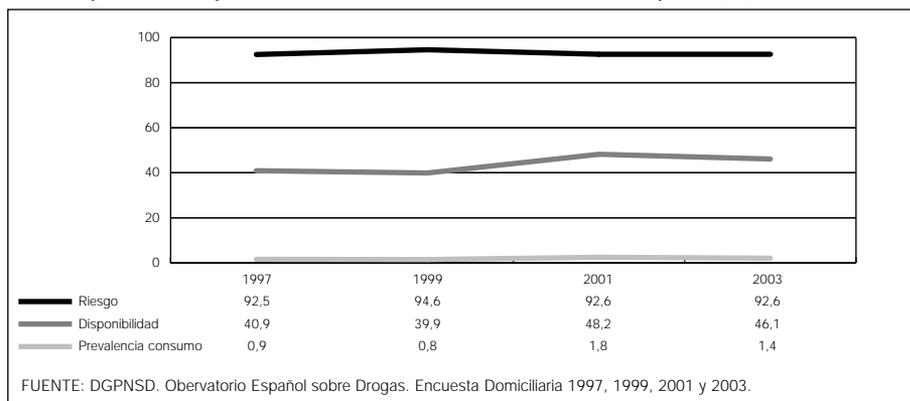
Prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



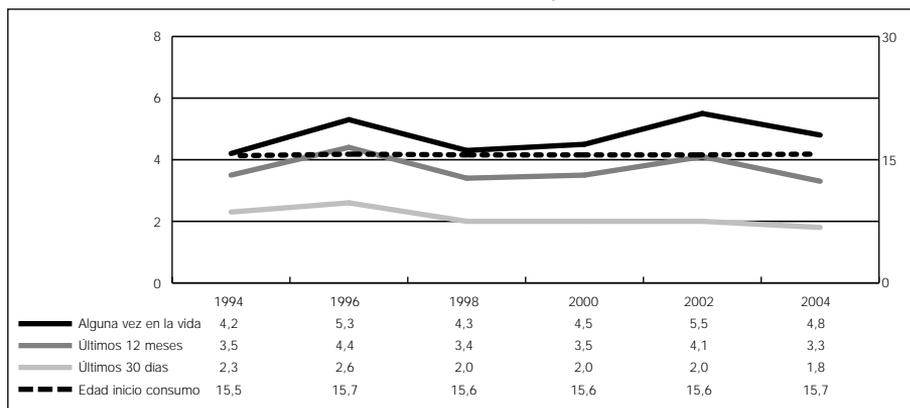
Prevalencia de consumo de éxtasis, percepción del riesgo y disponibilidad percibida¹ en los escolares entre 14 y 18 años. España (%) 1994-2004



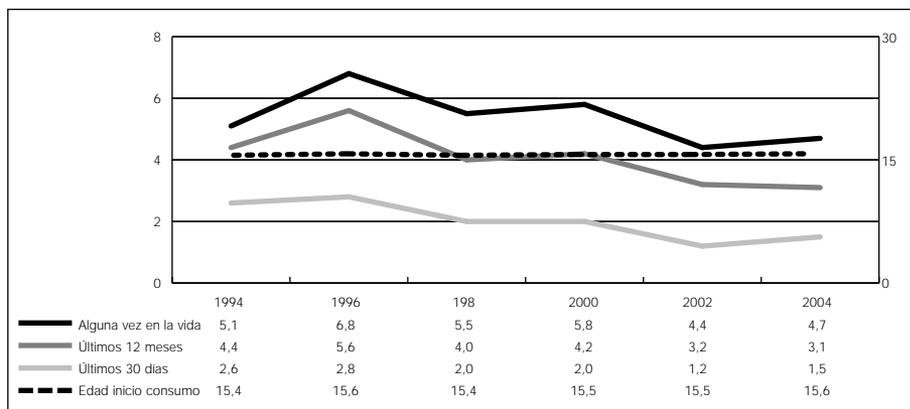
Prevalencia de consumo de éxtasis, percepción del riesgo y disponibilidad percibida¹. Población de 15 a 64 años. España (%) 1997-2003



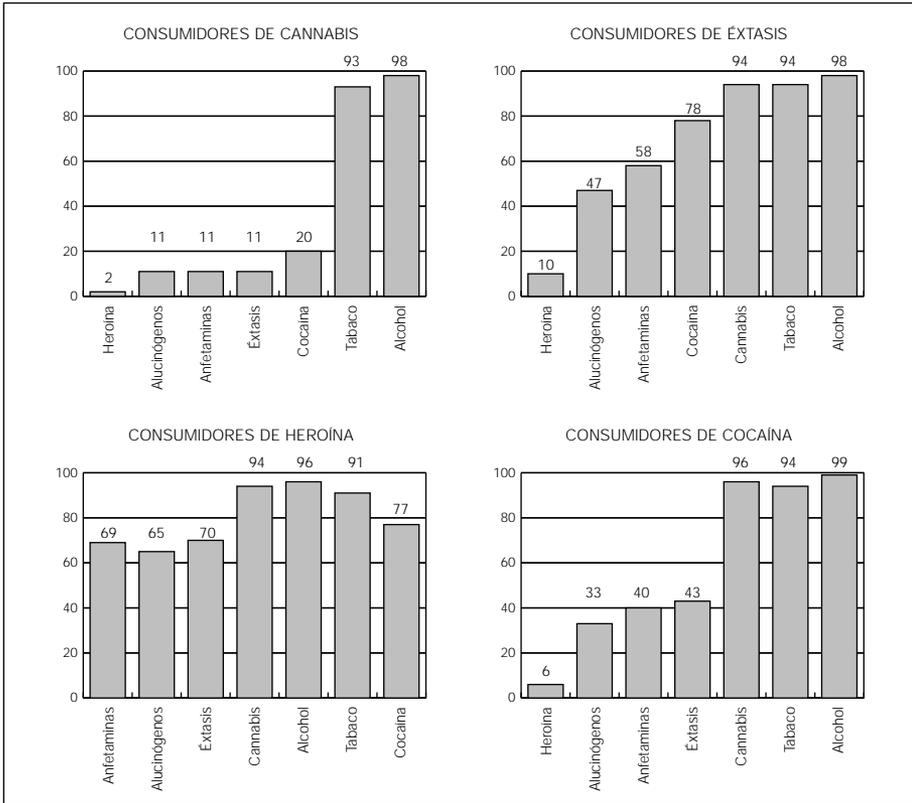
Prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



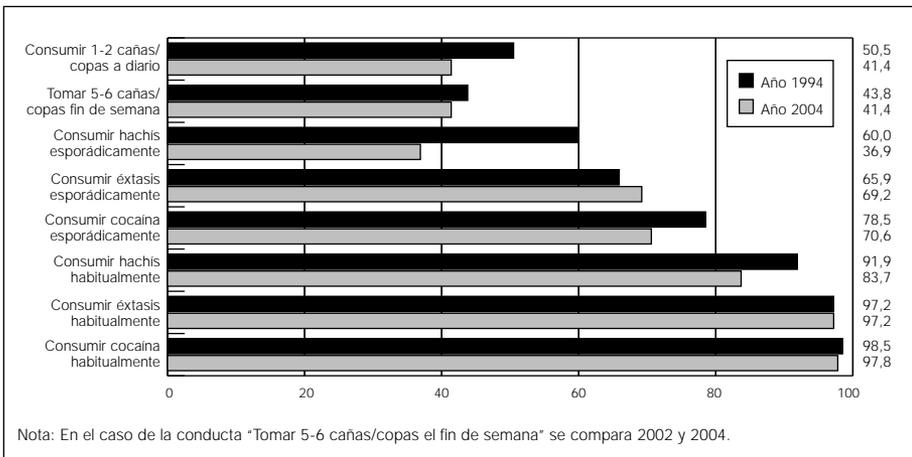
Prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años. España, 1994-2004



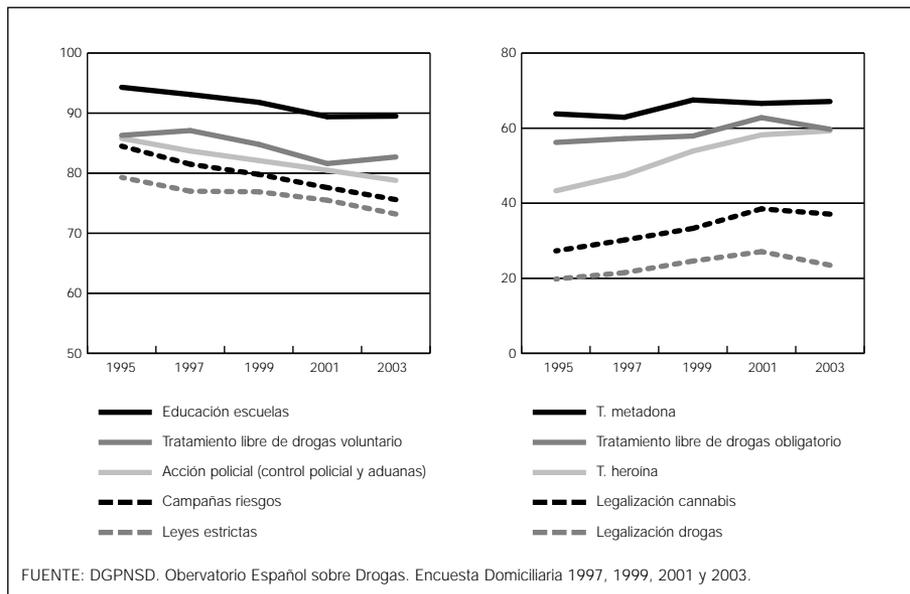
Proporción de consumidores de drogas que han consumido otras drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de 14 a 18 años. España, 2004



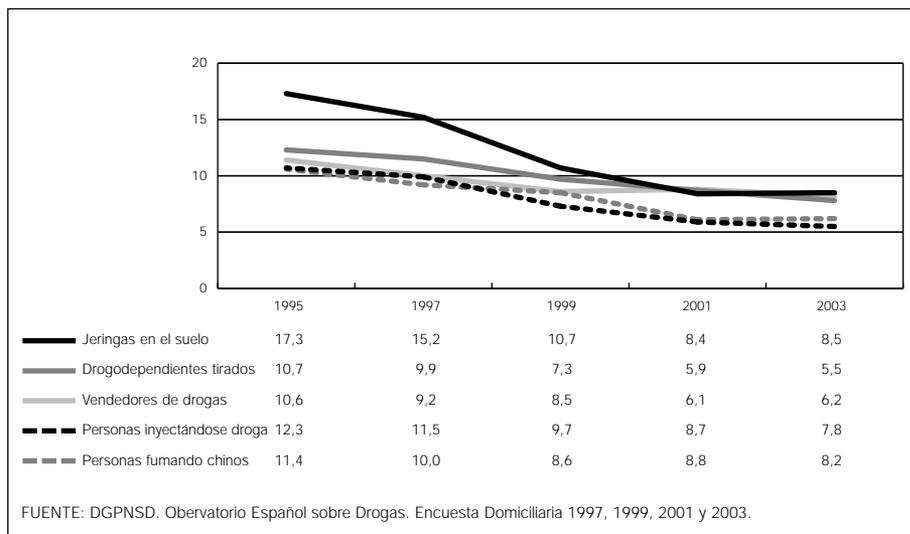
Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede producir bastantes o muchos problemas (%). España 1994 y 2004



Evolución, entre la población de 15 a 64 años, de la valoración de las posibles medidas para intentar resolver el problema de las drogas. España, 1995-2003



Visibilidad del fenómeno de las drogas en el entorno cercano, entre la población de 15 a 64 años. España, 1995-2003



1. En todos los gráficos:

Riesgo = Consumo 1 vez o menos al mes; Disponibilidad = Fácil/Muy fácil; Prevalencia = Últimos 12 meses.

El consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en adolescentes: los problemas nunca vienen solos

Lorenzo Sánchez Pardo

INTRODUCCIÓN

Diferentes investigaciones han puesto de relieve que los consumos de drogas y otras conductas desadaptadas, como el acoso escolar, el fracaso escolar o las conductas antisociales, tienen un protagonismo creciente entre los adolescentes. Unos fenómenos, en parte novedosos, en parte redescubiertos por una opinión pública más sensibilizada con los problemas que afectan a los menores, que provocan el surgimiento de una demanda social que insta a las instituciones y a los profesionales a buscar soluciones a los mimos, esencialmente en el ámbito de la prevención.

La articulación de respuestas preventivas eficaces frente a los riesgos que comporta la aparición de diversos tipos de comportamientos desadaptados, requiere resolver previamente algunas cuestiones cruciales en el campo de la investigación social:

- ¿Cuáles son los factores que, en el momento actual y entre los adolescentes españoles, explican que algunos de ellos se vean implicados en distintas conductas desadaptadas y otros no lo hagan?
- ¿Existe un sustrato de factores de riesgo y/o protección comunes al conjunto de conductas desadaptadas que afectan a los adolescentes?
- Las diferentes conductas desadaptadas ¿son independientes unas de otras?, o por el contrario, ¿se influyen mutuamente, incrementando la presencia de cualquiera de ellas el riesgo de que surjan otras conductas readaptadas?

Respecto a la primera pregunta, relativa a los factores asociados al consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en adolescentes, señalar que, aunque se han realizado numerosas investigaciones en este ámbito en España, persiste todavía una enorme dependencia conceptual y metodológica respecto de las investigaciones realizadas en otros países, principalmente los Estados Unidos.

La cuestión que se plantea es si el enorme bagaje de conocimientos de que disponemos acerca de los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas y, en menor medida, a otras conductas problema, obtenidos en la mayoría de los casos en el marco de estudios realizados en contextos culturales y sociales diferentes al nuestro, son trasladables, sin más, a los adolescentes o jóvenes españoles. Una pregunta de la que, al menos en el plano teórico sabemos que tiene una respuesta negativa, puesto que conocemos que los factores de riesgo y protección son dinámicos, variando en función de los contextos históricos, culturales y socia-

les en los que se desenvuelven determinados grupos e individuos. De ser cierta esta premisa, nos encontraríamos con que parte de los factores de riesgo y protección sobre los que inciden los programas de prevención no serían relevantes a la hora de condicionar la probabilidad de que los adolescentes desarrollen conductas desadaptadas.

La segunda pregunta se refiere a la naturaleza de los factores de riesgo y protección asociados a las diferentes conductas desadaptadas. La bibliografía científica centrada en el análisis de los factores asociados a conductas como el consumo de drogas, el riesgo social, las conductas antisociales, etc., incluye referencias constantes a una serie de variables, de tipo personal, familiar, escolares o relacionadas con el grupo de iguales, que se reiteran de forma más o menos sistemática en todas estas conductas.

La coincidencia de ciertos factores permite hipotetizar la existencia de unos espacios de riesgo y protección comunes a todas las conductas desadaptadas que afectan a los adolescentes. Una cuestión sin duda trascendente desde la perspectiva de la planificación social, puesto que de verificarse la misma, los programas de prevención deberían diseñarse para abordar, conjuntamente, todas estas conductas y no de forma independiente como ocurre actualmente en la mayor parte de los casos.

La tercera y última pregunta se refiere a una cuestión relativamente poco estudiada en nuestro país, como es la de establecer cómo se influyen entre sí las distintas conductas desadaptadas. Analizar las relaciones de interdependencia entre estos comportamientos resulta clave a la hora de predecir la aparición de nuevas conductas problema en ciertos individuos o colectivos sociales, una vez que surge alguna de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los comentarios y conclusiones que se ofrecen en los siguientes apartados están fundamentados en los resultados aportados por el estudio *Factores de riesgo y protección de carácter psicossocial asociados al consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en estudiantes de Secundaria de la Comunidad Valenciana*. Esta investigación fue promovida y financiada por la Fundación para el Estudio, la Prevención y la Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD), dependiente de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

El universo poblacional lo integraron los alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de los centros públicos o privados de la Comunidad Valenciana, matriculados en el curso académico 2004/05 en cualquiera de los cuatro niveles que integran la ESO. La muestra, de carácter probabilística, se distribuyó proporcionalmente por provincias y en función de la titularidad pública/privada de los centros. La muestra efectiva estuvo integrada por 2.871 alumnos de un total de 75 centros docentes, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Para recuperar la proporcionalidad de la muestra en función del curso y edad se procedió al reajuste muestral aplicando los correspondientes factores de ponderación.

La recogida de información se realizó mediante un cuestionario de 102 preguntas, autocumplimentado por los escolares que accedieron voluntariamente a ello en el centro escolar.

El cuestionario incluía un total de 90 variables hipotetizadas como factores de riesgo y/o de protección, que habían sido mencionados como tales en el marco de alguna investigación previa. Estas variables, 77 de las cuales hipotetizadas como factores de riesgo y las 13 restantes como factores de protección, fueron agrupadas en las siguientes categorías:

Factores de riesgo de carácter personal

Insatisfacción personal, sensación frecuente de agobio o estrés, incapacidad para superar dificultades, problemas de autoestima, autolesiones e ideas suicidas, antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico, trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que requieren atención profesional, problemas de integración social, carencia de amigos/aislamiento, ausencia de habilidades sociales para relacionarse con iguales, implicación en conductas antisociales, identificación con valores hedonistas o presentistas e identificación con valores asociados al riesgo y la aventura.

Factores de riesgo de carácter familiar

Presencia de eventos traumáticos en la familia, ausencia de figura paterna o materna en núcleo de convivencia actual, presencia de trastornos psíquicos en progenitores, presencia de enfermedad física o minusvalía grave en progenitores, problemas de alcoholismo y/o dependencia a drogas en progenitores, antecedentes de estancia en prisión de progenitores, problemas de violencia doméstica, malos tratos paternos hacia los alumnos y/o sus hermanos, problemas económicos graves en la familia, ausencia de apego familiar, malas relaciones padres-hijos, ausencia de diálogo padres/hijos, falta de confianza de los hijos con sus padres, ausencia de cariño paterno, insultos frecuentes de los padres a los hijos, castigos físicos paternos frecuentes, falta de supervisión paterna de las actividades realizadas por hijos fuera del hogar, presencia de fumadores en el hogar, consumo de alcohol por parte de los progenitores, actitudes paternas permisivas frente al consumo de tabaco, actitudes paternas permisivas frente al consumo de alcohol, actitudes paternas permisivas frente al consumo de cánnabis y actitudes paternas permisivas frente al consumo de otras drogas.

Factores de riesgo de carácter escolar

Deficiente integración en centro escolar, malas relaciones con compañeros, sufrir acoso escolar, cometer acoso escolar, malas relaciones con los profesores, ser repetidor de curso, bajo rendimiento escolar, dificultades atención/concentración en clase o estudios, absentismo escolar, movilidad escolar, bajas expectativas escolares y falta de implicación paterna en la marcha de los estudios.

Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales

Malas relaciones con amigos/compañeros, elevada influencia/dependencia del grupo de iguales, pertenencia a grupos donde todos o la mayoría de los miembros han bebido alcohol, pertenencia a grupos donde todos o la mayoría de los miembros han fumado hachis o marihuana, pertenencia a grupos donde todos, la mayoría o algunos de los miembros han consumido cocaína, éxtasis o heroína, pertenencia a grupos donde todos, la mayoría o algunos de los miembros han participado en peleas, pertenencia a grupos donde todos, la mayoría o algunos de los miembros han cometido actos vandálicos y pertenencia a grupos donde todos, la mayoría o algunos de los miembros han robado cosas en tiendas o colegio.

Factores de riesgo relacionados con el ocio

Practicar botellón de forma más o menos regular, hora límite de regreso a casa los días laborales inapropiada (después 22:00 horas), hora límite inapropiada de regreso a casa los fines de semana, modelo de ocio centrado en fiestas y consumo de alcohol, alta disponibilidad económica, no pertenencia a clubes o asociaciones, salidas habituales con amigos las noches de los fines de semana y regreso a casa a altas horas en las salidas nocturnas del fin de semana (después de las 02:00 horas).

Factores de riesgo ambientales

Bajo riesgo percibido asociado al consumo de alcohol, bajo riesgo percibido asociado al consumo de cánnabis, bajo riesgo percibido asociado al consumo de otras drogas, elevada disponibilidad percibida del alcohol, elevada disponibilidad percibida del hachis/marihuana, elevada disponibilidad percibida de cocaína, éxtasis o heroína, mala información sobre las drogas y sus efectos y presencia de situaciones de pobreza, marginación o violencia en el barrio.

Factores de protección de carácter personal

Orientación positiva hacia la salud, identificación con valores prosociales/altruistas e identificación con valores familistas o normativos.

Factores de protección familiar

Influencias prosociales en la familia, creencias paternas saludables, estándar de conductas saludables en padres y actitudes preventivas paternas frente uso de drogas.

Factores de protección relacionados con los iguales

Apego a grupos cuyos miembros no consumen tabaco ni alcohol, apego a grupos cuyos miembros no consumen drogas ilícitas y apego a grupos cuyos miembros no se han visto implicados en conductas antisociales.

Factores de protección escolar

Recibir información sobre las drogas en el colegio.

Factores de protección ambientales o comunitarios

Haber visto, recibido o leído mensajes preventivos sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.

VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN

Sexo, edad (12-14 años ó 15-17 años), titularidad pública/privada del centro escolar, país de nacimiento (España/otro país) y ocupación de la madre (trabajo o no fuera del hogar).

Los resultados obtenidos fueron objeto de tres tipos de análisis estadísticos diferentes:

Análisis bivariable

Las respuestas obtenidas a las 102 preguntas del cuestionario se cruzaron con las variables sexo, edad y titularidad del centro. Este primer análisis permitió obtener las prevalencias de las diferentes conductas desadaptadas entre los estudiante de ESO.

Regresiones logísticas

Con la finalidad de verificar empíricamente si la presencia de alguna de estas 90 variables independientes se asociaba con una mayor (en el caso de las variables de riesgo) o menor probabilidad (en el de las variables de protección) de que se produjeran distintas conductas problema, así como conocer la potencia explicativa de cada una de estas variables, se realizaron un

total de 7 regresiones logísticas. Las variables dependientes o conductas a explicar en cada una de las regresiones fueron las siguientes:

- Consumo abusivo de alcohol en fin de semana.
- Consumo habitual de hachís/marihuana (últimos 30 días).
- Experimentación con drogas ilícitas distintas al cánnabis (han probado alguna vez cocaína o drogas de síntesis o heroína).
- Ser víctima de acoso escolar.
- Acosar a los compañeros.
- Implicación en conductas antisociales.
- Fracaso escolar.

Análisis de correspondencia múltiple

Para conocer las relaciones de interdependencia y/o influencia mutua entre las conductas señaladas anteriormente, se realizó un análisis de correspondencia múltiple.

Dicho análisis incorporó, además, la presencia y/o ausencia de diversos problemas familiares, escolares, personales, etc. (rupturas familiares, ausencia de algún progenitor, problemas familiares graves limitadores rol socializador, malas relaciones padres/hijos, inadecuados estilos educativos paternos, problemas de integración escolar, problemas en las relaciones con iguales, pertenencia a grupos cuyos miembros consumen drogas o mantienen conductas antisociales, hábitos de ocio poco saludables, etc.).

PRINCIPALES RESULTADOS

RELATIVOS A LOS FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Para confirmar la capacidad explicativa o predictora de las 90 variables anteriormente descritas sobre los consumos de drogas realizados por los estudiantes de ESO de la Comunidad Valenciana se seleccionaron tres patrones de consumo diferentes: a) consumo abusivo de alcohol en los fines de semana, b) consumo habitual de cánnabis (últimos 30 días) y c) experimentación con otras drogas ilícitas, como la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína. Los resultados de las regresiones logísticas realizadas para cada una de estas conductas de uso/abuso de drogas fueron los siguientes:

- a) De las 90 variables hipotetizadas como predictoras del consumo abusivo de alcohol en el fin de semana, 59 resultaron ser significativas ($P < 0,05$) y con unas odds ratios o relaciones de probabilidad relevantes (superiores 1,10).

Las variables de riesgo con mayor potencia predictora del consumo abusivo de alcohol en los fines de semana son: el contar con un modelo de ocio basado en la asistencia a fiestas/bares, la pertenencia a grupos donde todos o la mayoría de sus miembros han fumado y tomado bebidas alcohólicas, la participación regular en botellones y el regreso a casa en las salidas nocturnas después de las dos de la madrugada. Por su parte, las variables con mayor capacidad protectora frente al abuso del alcohol son: la pertenencia a grupos en los que ninguno de sus miembros o sólo algunos han fumado o tomado alcohol y el apego a grupos cuyos miembros no consumen drogas ilícitas.

Los factores relacionados con el grupo de iguales (los hábitos de consumo dominantes dentro del mismo) y las formas de ocio son los que condicionan, fundamentalmente, la presencia y/o ausencia de los consumos abusivos de alcohol en fin de semana entre los estudiantes de ESO.

- b) De las 90 variables hipotetizadas como predictoras del consumo habitual de cánnabis (últimos 30 días), 64 resultaron significativas y con unas odds ratios relevantes.

Las variables de riesgo con una mayor potencia predictora del consumo habitual de cánnabis son: la pertenencia a grupos donde todos/la mayoría de sus miembros han consumido cánnabis, la elevada disponibilidad percibida de hachís/marihuana, la pertenencia a grupos donde todos/la mayoría de sus miembros han tomado bebidas alcohólicas y la participación regular en botellones. Entre las variables con mayor capacidad protectora frente al consumo habitual de cánnabis se encuentran las siguientes: el apego a grupos donde ninguno o sólo alguno de sus miembros han consumido tabaco o bebido alcohol, que no han experimentado con drogas ilícitas como la cocaína, el éxtasis o la heroína y que no han estado implicados en conductas antisociales.

Los factores asociados al consumo de cánnabis entre los escolares se relacionan, tanto con las dimensiones grupales y de ocio (comunes con las observadas en el caso del consumo abusivo de alcohol), como con la presencia de situaciones problemáticas a nivel familiar, escolar y, en menor medida, personal.

- c) De las 90 variables hipotetizadas como predictoras de la experimentación con drogas ilícitas como la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína, 64 resultaron ser significativas y con unas odds ratios relevantes.

Entre las variables de riesgo con mayor potencia predictora se incluyen: la pertenencia a grupos donde todos/la mayoría de sus miembros han probado la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína, que han consumido derivados del cánnabis y la elevada disponibilidad percibida de drogas ilícitas en general y/o del hachís/marihuana en particular. Por su parte, las variables con mayor potencia protectora frente a la eventualidad de experimentar con drogas ilícitas diferentes del cánnabis son: el apego a grupos donde ninguno/sólo alguno de sus miembros han consumido tabaco o bebido alcohol, que no han experimentado con drogas ilícitas y que no se han visto implicados en conductas antisociales.

El análisis de la naturaleza de los factores asociados a la experimentación con drogas ilícitas distintas del cánnabis indica que, si bien se mantiene el peso o influencia de las dimensiones relacionadas con los iguales y el ocio, ganan en potencia explicativa las dimensiones relacionadas con la dimensión escolar, familiar y personal.

RELATIVOS A LOS FACTORES ASOCIADOS AL ACOSO ESCOLAR

La aproximación a los factores asociados al acoso escolar se realizó desde la doble perspectiva de las víctimas y de los agresores, habiéndose realizado dos regresiones logísticas independientes para cada uno de estos comportamientos.

- a) De los 90 factores hipotetizados como predictores de la probabilidad de ser víctimas de acoso escolar, tan sólo 33 resultan ser estadísticamente significativos y con unas odds ratios o relaciones de probabilidad relevantes.

Entre las variables de riesgo con mayor potencia predictora de la probabilidad de ser víctima del acoso escolar se incluyen: las malas relaciones con los compañeros del colegio,

los problemas de violencia doméstica en el hogar, la ausencia de habilidades sociales para relacionarse con los iguales, los problemas de integración social (carencia de grupo de amigos) y/o las malas relaciones con los amigos. Estas variables incrementan las probabilidades de ser víctima de acoso entre 4,3 y 2,1 veces. Por tanto, la probabilidad de ser víctima de acoso escolar está íntimamente relacionada con las dificultades en las relaciones sociales y, en menor medida, con la exposición y observación de conductas violentas en el propio hogar.

Debe destacarse que tan sólo dos de las 13 variables hipotetizadas como protectoras frente a la exposición al acoso escolar son significativas: las actitudes preventivas de padres frente al uso de drogas y el apego a grupos que no se han visto implicados en conductas antisociales. Se da la circunstancia de que, además, su potencia explicativa de la ausencia de acoso escolar es bastante baja.

Las variables explicativas de la exposición al acoso escolar pertenecen a tres categorías básicas: problemas de integración social o en las relaciones con los iguales, la existencia de malas relaciones entre padres e hijos y de conflictos familiares graves y la presencia de problemas personales (baja autoestima, dificultades de afrontamiento, antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, agobio o estrés frecuente, autolesiones y/o ideas suicidas, etc.). En este último caso, parte de estos factores de riesgo de tipo personal asociados al acoso escolar serían, previsiblemente, consecuencia de la exposición al mismo.

- b) De los 90 factores hipotetizados como predictores de la probabilidad de ser autores de acoso escolar 59 resultan ser estadísticamente significativos y con unas odds ratios o relaciones de probabilidad relevantes.

Entre las variables de riesgo con mayor potencia predictora de la probabilidad de acosar a los compañeros del centro escolar se incluyen: las malas relaciones con los profesores, la implicación en conductas antisociales y las malas relaciones con los padres, variables que multiplican por dos las probabilidades de ejercer acoso escolar. Por su parte, las variables con mayor potencia explicativa de la ausencia del ejercicio del acoso sobre los compañeros/as son el apego a grupos cuyos miembros no se han visto implicados en conductas antisociales o a aquellos que no consumen drogas ilícitas ni tabaco o alcohol.

A diferencia de las variables de riesgo predictoras de la victimización, centradas en los problemas existentes en el ámbito de las relaciones sociales y familiares, las variables de riesgo asociadas al ejercicio o autoría del acoso escolar son de naturaleza más diversa. No obstante, el grueso de las variables asociadas al ejercicio del acoso escolar, tanto desde la perspectiva del riesgo como de la protección, pertenecen fundamentalmente a la categoría de los factores escolares, familiares y grupales.

RELATIVOS A LOS FACTORES ASOCIADOS CON LAS CONDUCTAS ANTISOCIALES

El análisis de los factores asociados a las conductas antisociales se realizó a partir de la implicación de los escolares en alguno de los siguientes comportamientos: a) cometer actos vandálicos, b) realizar robos en tiendas, c) participar en peleas callejeras, d) insultar a alguien por ser diferente o tener ideas distintas, e) fugarse de casa y f) haber sido detenido por delitos o faltas graves.

De los 90 factores hipotetizados como predictores de la presencia de conductas antisociales en los alumnos de ESO de la Comunidad Valenciana, 69 resultan ser estadísticamente significati-

vos y con unas odds ratios o relaciones de probabilidad relevantes. De ellos 62 habían sido definidos como factores de riesgo y 7 como factores de protección.

Entre las variables de riesgo con mayor potencia predictora se incluyen: las malas relaciones con los profesores, los antecedentes de estancia en prisión en los progenitores, el absentismo escolar, las malas relaciones padres/hijos y el ejercicio de acoso escolar sobre los compañeros/as. Estas variables incrementan entre 2,8 y 2,3 veces las probabilidades de que surjan conductas antisociales.

Las variables de protección con mayor potencia predictora de la ausencia de conductas antisociales son: el apego a grupos cuyos miembros no mantienen conductas antisociales, el apego a grupos que no consumen drogas ilícitas y/o ni fuman tabaco y beben alcohol y la identificación con valores altruistas y normativos.

La naturaleza de los factores asociados a las conductas antisociales, tanto desde la perspectiva del riesgo como de la protección, vincula los mismos con factores familiares, escolares y relativos a la inserción en grupos donde están o no presentes conductas desadaptadas y/o antisociales.

RELATIVOS A LOS FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO ESCOLAR

De los 90 factores hipotetizados como predictores del fracaso escolar 61 resultaron estadísticamente significativos y con unas odds ratios relevantes. De ellos, 55 habían sido definidos como factores de riesgo y los 6 restantes como factores de protección.

Entre las variables de riesgo con mayor potencia predictora del fracaso escolar se incluyen: el bajo rendimiento escolar, tener entre 15 y 17 años (a esta edades gran parte de los alumnos deberían haber concluido la ESO), las bajas expectativas escolares, las malas relaciones con los profesores, el absentismo escolar y la movilidad escolar. Estas variables incrementan entre 2,78 y 1,8 veces las probabilidades de sufrir fracaso escolar.

Entre las variables predictoras de la ausencia de fracaso escolar, aquellas con una mayor potencia explicativa son: el apego a grupos en los que sus miembros no consumen drogas ilícitas, que no fuman ni beben alcohol, la orientación positiva hacia la salud y la identificación con valores sociales de tipo normativo.

RELATIVOS A LOS FACTORES COMUNES O COMPARTIDOS POR EL CONJUNTO DE CONDUCTAS DESAPTADAS Y/O ANTISOCIALES

Entre la 90 variables hipotetizadas como explicativas de las diferentes conductas problema que han sido analizadas, una parte importante de las mismas son comunes a la mayor parte de ellas. Así pues, existen 14 variables estadísticamente significativas que actúan como predictoras de las siete conductas problema estudiadas (Tabla 1).

Por otro lado, existen 33 variables que son predictoras de todas las conductas problema, salvo de una, dándose la circunstancia de que salvo en dos casos la única conducta no explicada por estas variables es la exposición como víctima al acoso escolar (Tabla 2).

Tabla 1. Variables significativas predictoras de todas las conductas problema (abuso del alcohol en fin de semana, consumo habitual de cánnabis, experimentación con otras drogas ilícitas, exposición y/o ejercicio del acoso escolar, conductas antisociales y el fracaso escolar)

VARIABLES PREDICTORAS DE TODAS LAS CONDUCTAS PROBLEMA
Insatisfacción personal
Incapacidad para superar dificultades
Problemas de autoestima
Autolesiones e ideas suicidas
Ausencia de apego familiar
Malas relaciones padres/hijos
Ausencia de diálogo padres/hijos
Falta de confianza de los hijos con los padres
Insultos frecuentes de los padres a los hijos
Ausencia de supervisión paterna sobre las actividades realizadas por los hijos fuera del hogar
Cometer acoso escolar sobre otros compañeros
Dificultades de atención/concentración en clase o estudio
Absentismo escolar
Apego a grupos que no se han visto implicados en conductas antisociales (como factor de protección de todas las conducta problema)

La existencia de este amplio sustrato común de factores asociados a todas las conductas desadaptadas y/o antisociales estudiadas permite hipotetizar la interdependencia existente entre todas estas conductas. Una hipótesis que ha sido refrendada por los resultados del análisis de correspondencia múltiple realizado.

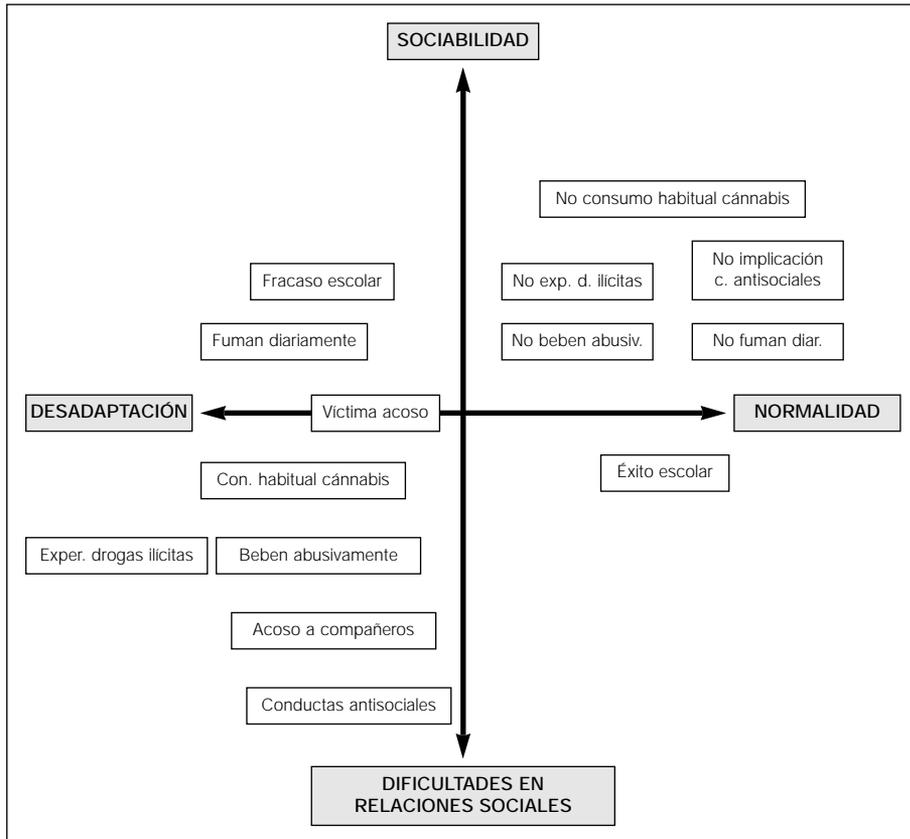
Una de las principales fortalezas o bondades del análisis de correspondencia múltiple es que permite interpretar mediante sencillos mapas/gráficos toda la información estadística disponible referida a las relaciones existentes entre diferentes fenómenos o variables. Ello hace posible observar aquellos fenómenos o categorías que están relacionados entre sí.

El mapa resultante del análisis de correspondencia múltiple practicado permite visualizar las relaciones existentes entre las distintas conductas problema estudiadas (Figura 1), confirmando la interdependencia existente entre las mismas. La mayor o menor proximidad entre las variables muestra el nivel de interdependencia entre ellas, de manera que cuanto más proximidad hay entre ciertas categorías de las variables analizadas más intensa es la relación entre las mismas.

Tabla 2. Variables significativas predictoras de seis de las siete conductas problema estudiadas (salvo en dos casos, la única conducta no explicada por estas variables es la exposición al acoso escolar)

VARIABLES PREDICTORAS DE SEIS DE LAS SIETE CONDUCTAS PROBLEMA
Sensación frecuente de agobio o estrés
Antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico (no significativa respecto del abuso de alcohol en fin de semana)
Implicación en conductas antisociales
Identificación con valores hedonistas/presentistas
Identificación con valores asociados al riesgo y la aventura
Problemas económicos graves en la familia (no significativa del ejercicio del acoso escolar)
Actitudes paternas permisivas frente al consumo de tabaco
Actitudes paternas permisivas frente al consumo de alcohol
Actitudes paternas permisivas frente al consumo de cannabis
Deficiente integración en el centro escolar
Malas relaciones con profesores
Ser repetidor de curso
Bajo rendimiento escolar
Movilidad escolar
Bajas expectativas escolares
Pertenencia a grupos en que todos/mayoría de sus miembros han bebido
Pertenencia a grupos en que todos/mayoría de miembros han fumado hachis/marihuana
Pertenencia grupos en que todos/mayoría/algunos miembros han consumido otras drogas ilícitas
Pertenencia grupos en que todos/mayoría/algunos miembros han participado en peleas callejeras
Pertenencia grupos en que todos/mayoría/algunos miembros han cometido actos vandálicos
Practicar botellón de forma regular
Hora límite inapropiada de regreso a casa los días laborables
Hora límite inapropiada de regreso a casa los fines de semana
Modelo ocio centrado fiestas y consumo alcohol
Alta disponibilidad económica
Salidas nocturnas habituales fines de semana
Regreso a casa a altas horas en las salidas nocturnas del fin de semana
Bajo riesgo asociado al consumo de alcohol
Bajo riesgo asociado al consumo de cánnabis
Apego a grupos cuyos miembros no consumen tabaco y alcohol (como factor de protección)
Apego a grupos cuyos miembros no consumen drogas ilícitas (como factor de protección)

Figura 1. Análisis de correspondencia entre distintas conductas problema en estudiantes de ESO



CONCLUSIONES

- De las 90 variables identificadas por la bibliografía científica como asociadas a diversas formas de uso y/o abuso de drogas entre los adolescentes y jóvenes, aproximadamente sólo el 70% resultan significativas como predictoras del abuso de alcohol en los fines de semana, del consumo habitual de cánnabis y de la experimentación con otras drogas ilícitas por parte de los estudiantes de ESO de la Comunidad Valenciana. Es necesario, por tanto, identificar los factores asociados al consumo de drogas específicos para cada grupo de edad y contexto social y cultural, antes de impulsar estrategias dirigidas a prevenir estos comportamientos.
- Las variables de riesgo y protección que son predictoras del ejercicio del acoso escolar (no así de la victimización), de la implicación en conductas antisociales y del fracaso escolar son, en gran medida, coincidentes con las descritas en relación con los consumos de drogas. No obstante, cada una de estas variables tiene una mayor o menor potencia explicativa, en función de la conducta problema concreta de que se trate. Las variables familiares, escolares y personales, que tienen una importante capacidad explicativa del acoso escolar, las conductas antisociales y el fracaso escolar, son poco relevantes como predictoras de algunos patro-

Experiencias de tratamiento y prevención en menores consumidores de drogas

Oriol Esculiés Plou

Proyecto Hombre atiende a adolescentes y a sus familias desde hace más de 10 años. A modo de ejemplo, durante el año 2004 se atendieron 1.266 adolescentes en alguno de nuestros Centros de Tratamiento. Otros programas de Prevención Selectiva y Universal alcanzaron una población de unas 54.527 personas entre alumnos, familiares y profesorado.

Las experiencias y las evaluaciones de estos últimos años empiezan a indicar que existen algunos factores relacionados con la eficacia del tratamiento y la prevención en menores consumidores de drogas o en riesgo de consumirlas. Entre estos factores, destacan tres: la adaptación de las metodologías, la implicación de la familia y el equipo de profesionales.

ADAPTACIÓN DE LAS METODOLOGÍAS

ATENCIÓN INMEDIATA

La percepción de los riesgos que supone consumir drogas por parte de los más jóvenes es más baja de lo deseable. La motivación intrínseca para realizar cambios de actitud y comportamentales aparece en momentos puntuales; lo que se denomina episodios críticos. Uno de los principios para el tratamiento de las adicciones del National Institute on Drug Abuse de Estados Unidos publicado en el 2001 es: "El tratamiento debe ser fácilmente disponible en todo momento. Las personas pueden tener dudas sobre si empezar o no un tratamiento. Hay que aprovechar la oportunidad cuando ellas digan que están listas para recibirlo. Se pueden perder potenciales candidatos si la admisión a tratamiento no está disponible inmediatamente o si no son fácilmente accesibles."

En Gran Bretaña se realizó un estudio a varios servicios de urgencias hospitalarias para valorar la efectividad de intervenciones a jóvenes entre 18 y 19 años que acudían por intoxicación etílica. Se realizaba una entrevista individual de 45 minutos por persona aprovechando el impacto del episodio crítico para trabajar estrategias de reducción del consumo; y a otro grupo de control no se les realizaba ninguna entrevista. El seguimiento de los casos durante algunos meses demostró que los que habían participado en la entrevista registraban un consumo menor que los del grupo de control. Este estudio pretendía iluminar sobre la importancia de la intervención breve e inmediata en momentos críticos (Research Society on Alcoholism, 2000).

El inicio del tratamiento puede facilitarse por motivaciones externas al adolescente. Tanto la familia, la escuela, Justicia Juvenil y Atención al Menor tienen una influencia decisiva. No aparece correlación alguna entre los motivos de inicio de tratamiento y el éxito del mismo.

Durante los primeros tres meses de tratamiento es donde se produce el mayor número de bajas. Así mismo, permaneciendo más de tres meses se empieza a observar una mejora significativa de los resultados esperados. De ahí la importancia de potenciar la retención inicial.

RESPUESTAS MÁS NORMALIZADAS

Previo a la intervención ante un adolescente consumidor de drogas o en riesgo de consumirlas es fundamental acertar el diagnóstico. Se recomienda siempre las actuaciones más normalizadas que estén en su encuadre habitual, es decir, acudir a la familia y la escuela como los principales agentes directos en la educación de los más jóvenes.

No obstante, si se procede a una intervención con profesionales especializados deberíamos adecuar el servicio para que sea también normalizado y "amigable"; tanto en trato, espacio físico, ubicación, lenguaje, gestión, actividades, etc. A modo de ejemplos, se recomienda que los servicios para adolescentes estén separados de los de adultos; ritmos dinámicos; sesiones cortas en duración pero con mayor frecuencia; momentos y espacios de relación no formal; actividades diversas, creativas y motivadoras pero que generen hábitos; espacios adecuados a su movilidad y a su sentimiento de pertenencia.

APROVECHAR LA FUERZA DEL GRUPO

Para poder trabajar con adolescentes se necesita preservar un clima de grupo de no violencia, ni física ni verbal, y de respeto con el otro. Insisto nuevamente: sin esta premisa no se puede trabajar; no se consiguen avances; las intervenciones fracasan.

A la vez, es realmente útil fomentar que los adolescentes se sientan corresponsables de lo que sucede en su grupo de iguales y que la ayuda entre ellos se convierta en un pilar metodológico de la intervención.

ABORDAJE INTEGRAL

¿Qué le preocupa a un adolescente? ¿De qué manera apoyamos su rendimiento académico? ¿Cómo nos situamos en la relación con sus padres? ¿Cómo entrenamos en habilidades de comunicación y autoafirmativas? ¿Qué le proponemos como alternativa a un ocio poco saludable? ¿Cómo trazamos un itinerario laboral? ¿Cómo canaliza su sexualidad? ¿Cómo le abrimos el acceso a una vivienda digna?

Ante realidades complejas se requieren respuestas también complejas; abordajes integrales. La ayuda a adolescentes consumidores de drogas no debería perseguir como único resultado la disminución o abandono del consumo. La meta es el faro a seguir, pero si uno pretende llegar hasta ella se estrella.

El adolescente ofrece menor resistencia a aceptar una ayuda global, para ÉL, y no sólo para no consumir drogas ("te ayudamos a reducir la ansiedad, a mejorar en los estudios, a discutir menos en casa, a pensar mejor").

Si el abordaje integra diversos ámbitos, necesitamos de profesionales que procedan de distintas disciplinas, de la implicación de las administraciones públicas, de la sociedad civil, de los medios de comunicación. José Antonio Marina, ilustre profesor y escritor, nos rescata el siguiente proverbio africano: "para educar a un niño se necesita a la tribu entera".

PROMOVER EL VÍNCULO RELACIONAL

Somos personas sociales y necesitamos de la relación con los demás; construimos vínculos afectivos. Antes de hablar de aquello que nos preocupa, de revelar un secreto personal, de mostrarse auténticamente, de hacer caso a aquello que nos dicen, antes necesitamos confiar.

Establecer un vínculo relacional con un adolescente es el paso previo a perseguir objetivos de cambio. Cultivar un entorno afectivo propicio requiere invertir en tiempo y recursos (elementos aparentemente escasos en nuestras sociedades).

Acordémonos de cuando éramos adolescentes. Establecíamos vínculos con algún profesor/a, no con todos. Conviene identificar esos vínculos y aprovecharlos. Un fuerte vínculo va estrechamente relacionado a la retención de los adolescentes a los programas de intervención.

¿Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN?

Una vez finalizada la intervención un adolescente continúa su proceso evolutivo hacia la vida adulta. Continúa acertando o equivocándose en la toma de decisiones, fluctuando emocionalmente, manifestando carencias en sus habilidades de relación, realizando muchas o pocas conductas de riesgo. Entendemos que el fin de la intervención ha de ir acompañada de algún sistema de seguimiento a largo plazo que garantice un espacio donde puedan ser asesorados y acogidos. Vuelvo a insistir, esta red de apoyo continuada tiene que ser lo más normalizada posible (amistades, familiares, pareja y escuela).

LA IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA

La implicación de la familia en los programas de prevención y tratamiento es un elemento clave para el éxito de las intervenciones. Implicación quiere decir que los padres y madres se comprometan, incluso por escrito, a participar activamente del programa educativo, que asistan regularmente a las actividades del Centro, que se esfuercen por cumplir las pautas marcadas por los profesionales y, en definitiva, que estén dispuestos a jugar un papel de cambio a favor de su hijo.

La implicación de la familia permite romper con la dependencia de los padres hacia los profesionales y acrecienta el sentimiento de autoeficacia que facilite cambios en el sistema familiar. Ellos mismos pueden resolver la mayoría de conflictos domésticos.

Cualquier programa de intervención dirigido a adolescentes y a su entorno debe adaptarse a los cambios sociales que acontecen en relación a la familia actual. Es habitual encontrarse con familias monoparentales, parejas separadas o divorciadas, hijos únicos, e hijos adoptados. Crece el número de familias inmigradas. Nos encontramos que tanto el padre como la madre trabajan fuera de casa, por lo tanto, con menos disponibilidad horaria. Se ha abierto el heterogéneo abanico de tipos de estructuras y estilos familiares. Existe confusión en cómo se debe educar a los hijos. Además, se ha incrementado el poder adquisitivo de las familias.

Estos fenómenos sociales nos obligan a replantearnos muchas de las estrategias centradas en las familias. Es crucial establecer, por ejemplo, si conviene que los padres separados o divorciados asistan al Centro juntos o separados cuando les pedimos su implicación; pactar horarios de asistencia al Centro y "deberes" en casa más acordes y flexibles que permitan conciliar la vida laboral con la dedicación hacia los hijos (durante los fines de semana se dispone de más

tiempo de convivencia); construir itinerarios particulares para cada caso; formalizar el compromiso de implicación de los padres (contrato educativo) delimitando las funciones y pautas a seguir por parte de los padres y el Centro.

EL EQUIPO DE PROFESIONALES

Los proyectos son en gran medida las personas que los desarrollan y sus beneficiarios. ¿Dónde encontramos buenos profesionales? ¿Qué cualidades indican que estamos delante de un buen profesional para trabajar con adolescentes? ¿Qué apoyo y planes formativos necesitan? ¿Cómo nos reciclamos para estar al día?

Las personas que trabajan directamente con adolescentes en situación de riesgo o en crisis requieren de ciertas cualidades, cuidados y aprendizajes específicos para que desarrollen óptimamente su tarea.

Nombraremos algunas cualidades específicas:

- Vocación para educar, manifestando un talante de educador/a, independientemente de su profesión.
- Habilidad para convivir con el conflicto continuado, propio de la relación con adolescentes. Manejo del límite.
- Coherencia personal.
- Voluntad y capacidad para el trabajo en red.
- No parece que la edad cronológica del profesional tenga relevancia.
- Manejo para las relaciones no formales.
- Continuidad en el tiempo para actuar como referente clave.

Dentro de los equipos multidisciplinares conviene introducir un mayor número de profesionales educadores/as sociales, maestros, pedagogos terapéuticos, psicopedagogos, integradores sociales, animadores socioculturales y psiquiatras infantojuveniles. Existe una creciente dificultad para encontrar profesionales varones entre estas disciplinas.

En relación a los aprendizajes específicos se ve cada vez más necesario que exista una formación universitaria orientada a la capacitación para la tarea educativa con adolescentes, diferenciándola de la educación infantil.

Una formación que incluya trabajo diferencial de género ya que el porcentaje de mujeres consumidoras de drogas va aumentando. Formación desde la diversidad por el incremento de personas inmigradas. Formación en contextos no formales, tutorizaciones y manejo de la empatía. Y también entrenamiento en habilidades para relacionarse con adolescentes (por ejemplo, combinando la capacidad para ser asertivo y poner límites claros a la vez que se promueve la confianza).

En relación a los cuidados, tenemos que buscar mecanismos para preservar y dar apoyo a los profesionales que trabajan con adolescentes, manteniendo un óptimo clima laboral.

Se puede disponer de espacios y momentos de recogida emocional (grupos de ayuda mutua); supervisión externa, espacios de no convivencia con adolescentes. Las rotaciones temporales

entre los servicios de la institución o con otras entidades son otra herramienta que oxigena y regenera las motivaciones de los equipos. La ratio entre adolescentes y profesionales tiene que ser la adecuada: no más de 10 adolescentes por profesional; ni más de 5 en el caso de adolescentes con comportamientos de riesgo o en crisis.

El régimen de vacaciones debe permitir el descanso dosificado durante la totalidad del año tanto del profesional como del equipo al que pertenece. La ausencia de un miembro del equipo no puede sobrecargar en exceso al resto; por ello, las vacaciones, la redistribución de tareas, las compensaciones de personal y la búsqueda de equilibrios deben planificarse al unisono.

Convendría mejorar las contraprestaciones salariales y otro tipo de incentivos de mejora de la calidad del trabajo, por ejemplo, para todos aquellos profesores y profesoras que aceptan libremente ejercer también de tutores.

Resumiendo, está en nuestras manos acompañar a los adolescentes a que construyan sus propios caminos ya que seguramente SABEMOS hacerlo. Y me dirijo a mí mismo como a todos ustedes, todos nosotros podemos acompañar. Nosotros somos la tribu en la tarea educativa de ser mejores personas.



Oriol Esculiés Plou

Psicólogo. Coordinador Terapéutico
de Proyecto Hombre Cataluña